



9

Entre o Consenso e o Minotauro da Saúde: um balanço da estratégia da Reforma Sanitária Brasileira

Thiago Henrique dos Santos Silva

Os homens fazem a sua própria história; contudo não a fazem de livre e espontânea vontade, pois não são eles que escolhem as circunstâncias sob as quais ela é feita, mas estas lhes foram transmitidas assim como se encontram.

A tradição de todas as gerações passadas é como um pesadelo que comprime o cérebro dos vivos.

Karl Marx

Diz o mito grego que o rei Minos, de Creta, pediu a Poseidon um touro como sinal da aprovação divina de seu poder, prometendo que o sacrificaria em homenagem a Zeus. Como Minos, encantado com a beleza e elegância do touro, desiste de sacrificar o animal, vira alvo da fúria dos deuses que decidem – como vingança – fazer com que Pasífae, sua esposa, se apaixone pelo touro e peça ajuda a Dédalo, um brilhante engenheiro, para conseguir engravidar do animal. Dessa relação, nasce o minotauro, ou “touro de Minos”, uma criatura metade humana e metade touro. Quando a criatura cresceu e se tornou incontrollável, o rei Minos deu ordens que se construísse um labirinto onde a criatura viveria, alimentada sempre com a carne humana de sete meninos e sete meninas ofertados pelas cidades-Estado sob seu domínio, a cada sete anos. Os historiadores tratam essa peça da mitologia como um símbolo da hegemonia

política sobre o mar Egeu, em que as cidades-Estados menores tinham que pagar a Creta impostos regulares como sinal de subjugação.

Outro símbolo também inspira nossas reflexões em tempos de hegemonia financeira. Como não lembrar da demonstração de força do touro de bronze localizado em Wall Street também como símbolo de uma dominação global? A simbologia desta estátua é uma ode à hegemonia da *finança capitalista*¹ (Lévy *et al.*, 2010). Assentada num equilíbrio dinâmico entre *força e consenso*, a *finança capitalista* detém firmemente em suas mãos a hegemonia política do globo. Ao passo que os adversários são alvo de domínio – com a face mais dura da coerção –, os grupos aliados são alvo de direção política, ou do consenso. Encantados com as promessas de riqueza e crescimento pujante, as classes dominantes dos países subjugados arquitetam sua política econômica de forma a servir ao distinto animal e sua voracidade, ficando com o que sobra das migalhas do processo de acumulação em nível global.

Com essas inspirações construímos a imagem do que se tornou, ao longo de 28 anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, um sistema de direitos que tenta se constituir sob a hegemonia financeira e num país da periferia do capitalismo. Em seu arcabouço legal, o SUS afirma a universalidade, integralidade e a equidade como princípios pautados no direito humano à saúde. Entretanto, sob o mesmo arcabouço legal e a alcunha de *complementar*, o capital privado avança ininterruptamente representando a parte do touro num único corpo, cobrando sua parte dos tributos em forma de isenções fiscais bilionárias e por meio da venda de sua capacidade instalada para o SUS. O setor privado da saúde, cada vez mais internacionalizado (Amorim, 2016; Neto & Scrivano, 2016), submetido aos ditames do touro de bronze de Wall Street, completa a síntese mitológica, funcionando igualmente como um espírito do mundo que moldou o sonho de um sistema de saúde universal em um sistema rebaixado: subfinanciado, que funciona como resseguro do sistema privado, segmentado e, mais recentemente, vítima da apropriação privada dos insuficientes

¹ Para estes autores, a *finança capitalista* é uma fração da classe burguesa a nível global, conformada – *grosso modo* – pelos grandes conglomerados financeiros, seguradoras, agências de *rating* e bolsas de valores.

fundos públicos que o dão sustentação (Mendes, 2012). Como o minotauro, o SUS é formado pela parte humana e pela besta, num único corpo. Assim como os tributos de carne humana que eram ofertados para manter saciado o monstro, são as isenções e benefícios fiscais que mantêm de pé o setor privado da Saúde no Brasil até os dias atuais.

A conformação desse sistema contraditório guarda relações com a hegemonia internacional da *finança capitalista*, ou seja, com a influência global do touro de bronze, com a dinâmica interna da luta de classes no Brasil e seu padrão de dominação. No entanto, destacamos neste capítulo a relação guardada entre a conformação do minotauro e a estratégia política desenvolvida pelo bloco progressista nos últimos trinta anos, a chamada via pacífica ou estratégia de conciliação.

Dos poucos acordos entre os analistas internacionais, há o da ofensiva generalizada perpetrada pela *finança capitalista* no sentido de retomar as taxas de lucro do sistema capitalista, avançando sobre os fundos públicos (Behring, 2010), comprometendo, sobretudo, a política social (Boschetti, 2010). Na América Latina (Houtart, 2016), esse fenômeno não seria diferente, e vem se manifestando com intensidade por meio da derrocada de governos eleitos democraticamente, realinhando-os aos interesses hegemônicos norte-americanos, como acontece no Brasil, segundo Guimarães (2015).

Ao observar o fenômeno brasileiro, Singer (2015) afirma que, para resistir a tal ofensiva, seria necessária uma sólida aliança interclassista e/ou intensa mobilização dos trabalhadores, ou seja, um profundo investimento político em construir *força social*. Na ausência desses dois elementos e percebendo os retrocessos impostos pela conjuntura, cabe investigar como tais elementos – notadamente o segundo – foram tratados na trajetória estratégica do bloco progressista brasileiro, que foi, perceptivelmente, rebaixando seus horizontes com o passar dos anos. No setor Saúde, Paim (2008) afirma que o afastamento do movimento da Reforma Sanitária das classes populares organizadas – ao que o autor denomina de “o fantasma da classe ausente” – foi um dos principais elementos que contribuíram para o rebaixamento de horizontes da Reforma Sanitária brasileira (RSB) (Paim, 2008: 310).

Se os objetivos finais da Reforma Sanitária eram a elevação da saúde da população, as mudanças das práticas de saúde e a modificação do sistema de

saúde, o que vemos atualmente é um completo rebaixamento desse programa ao que alguns autores, como Souza (2009), chamam hoje de “SUS possível”. No “SUS possível” os fundos públicos se transfiguraram em grandes lastros de reprodução de capital, seja por meio da adoção de modelos de gestão indireta (Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – Oscips), seja por meio dos novos modelos fundacionais (Fundações Estatais de Direito Privado) ou empresariais (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH) que em última análise fazem parte de um pacote de reforma do Estado que condiz com a sua modernização – de caráter gerencialista – diante das novas demandas do capital e sua crise estrutural. Como se não bastasse, o setor privado da saúde também tem tido acesso privilegiado a fontes de financiamento públicas consolidando-se como um sistema de saúde à parte, longe da complementariedade definida na Assembleia Constituinte (Bahia, 2005; Paim, 2008). Para alguns autores, na base desse rebaixamento está o dilema reformista: o pequeno investimento na via sociocomunitária, na estratégia da Reforma Sanitária ou a dissociação tático-estratégica entre o discurso revolucionário e a prática reformista (Paim, 2008; Gallo *apud* Paim, 2008: 278-279).

Entre força e consenso, a Reforma Sanitária brasileira acabou fazendo a opção pelo segundo, e essa escolha estratégica teve peso importante na conformação do que chamamos de *minotauro da Saúde* do Brasil: um modelo de expansão do sistema de saúde contraditório, que coloca o princípio da integralidade no campo das utopias e utiliza do princípio da equidade para constituir um sistema público rebaixado, universal no marco legal, mas não no mundo real, ao passo que fomenta o crescimento do setor privado com isenções fiscais bilionárias, fazendo com que o subsistema público se torne cada vez mais refém do seu regime de acumulação.

Nossa hipótese é de que, ao escamotear a saúde como parte da luta de classes, rebaixaram-se as possibilidades estratégicas de um movimento que se intitulava de transformação “do modo de produção” da vida, caindo na “cilada da reforma administrativa” (Paim, 2008; Fleury, 1989; Berlinguer, 1987). É com esse olhar que tentaremos realizar um balanço crítico da estratégia da Reforma Sanitária brasileira, retomando suas bases teóricas e influências conceituais.

Gramsci e a Reforma Sanitária Brasileira

O pensador italiano Gramsci (1891-1937) é considerado um dos autores clássicos do pensamento marxista. O deputado italiano fundador do Partido Comunista da Itália (PCI) – contemporâneo de Lenin, Rosa Luxemburgo, Trotsky e Stalin – foi e continua sendo um dos pensadores marxistas mais lidos em todo o mundo, não apenas pela densidade de sua obra, mas principalmente pelo fato de que seu legado teórico serviu de base para as leituras estratégicas e condução das lutas dos movimentos de esquerda em várias partes do mundo. No entanto, em razão principalmente da dificuldade com a qual elaborou suas obras principais e mais maduras – no cárcere do período fascista italiano –, é passível de muitas polêmicas e várias interpretações.

Gramsci foi um dos principais intelectuais leninistas de seu país, e contribuiu sobremaneira ao enriquecimento do Marxismo tecendo uma análise minuciosa de um Estado de características diferentes daquele analisado por Lenin ou Marx, mas que mantinha uma característica essencial: não era mais apenas “escritório geral dos interesses da burguesia”, como descrito pelos antecessores, *mas sem deixar de sê-lo*. O que chama atenção de Gramsci em seu percurso intelectual é que o tipo de luta a ser travada em formações sociais com Estados de características mais ocidentalizadas será uma luta de alcance mais longo, uma vez que as formas de dominação são diferentes e sofisticadas, contudo sem nunca perder a perspectiva leninista de quebra do Estado a fim de erigir uma sociedade socialista. Em outras palavras a obra de Gramsci trata de elaborar uma análise estratégica para resolver a questão mais central para o movimento socialista: a questão do poder.

Porém, não só as condições precárias nas quais o autor elaborou suas análises servem de pano de fundo para sua má interpretação, mas também os rumos que tomou o movimento socialista internacional, com a estalinização da União Soviética, as perseguições, a militarização imposta pela conjuntura externa, a cisão sino-soviética e, mais à frente, a revelação por Krushev dos crimes de Stalin em fevereiro de 1956. O forte aparato ideológico da Guerra Fria tratou de construir uma narrativa de que tais atrocidades cometidas em nome do socialismo seriam inerentes ao modelo socialista e que mudanças

drásticas tais como as ocorridas na Rússia só poderiam acabar em totalitarismo.² Parte importante da intelectualidade europeia – que ainda vivia as amarguras do pós-guerra e das revoluções frustradas nos países centrais do velho continente – iniciou um amplo processo de revisão das teses marxistas, resgatando ideias da velha socialdemocracia, ou, de forma mais crítica, aderindo à tese de que fora dos marcos democráticos estabelecidos até então, não poderia existir socialismo, que seria fruto de um processo de amadurecimento dos marcos democráticos então existentes: daí derivam as teses eurocomunistas.

Visto como a formulação definitiva de uma via pacífica ao socialismo – negando em si o conflito direto e aberto entre as classes em torno do poder do Estado –, essa tradição informou não só a estratégia do Partido Comunista Espanhol (PCE), do Partido Comunista Italiano (PCI) e do Partido Comunista Francês (PCF), mas de boa parte dos partidos comunistas ao redor do mundo (incluindo parte do Partido Comunista Brasileiro – PCB), principalmente nos anos 1980, em que a União Soviética dava sinais claros de seu esgotamento.³

Anderson (1986) insinua com expressões como “herança política ampla e insistentemente invocada” e “comumente associados” que a trajetória da tradição eurocomunista, apesar de ser “invocada” de Gramsci, não é uma formulação sua. Assim se faz necessária uma demarcação sucinta do núcleo categorial trabalhado por Gramsci, a fim de demonstrar a interpretação que baliza este capítulo. Conquanto a obra de Gramsci seja extremamente vasta, vamos nos ater à exposição de duas categorias: *hegemonia* e o binômio *guerra de posição/guerra de movimento*.

O conceito gramsciano de hegemonia frequentemente é confundido por analistas como um vasto consenso, que inclui as classes aliadas e também aquelas que teriam projetos de sociedade antagônicos. Em verdade, não foi dessa forma que Gramsci desenvolve o termo.

Para compreender de maneira mais aprofundada a gênese e o desenvolvimento ulterior do conceito em Gramsci, faz-se necessário entender em qual contexto o conceito de hegemonia fora desenvolvido e apropriado pelo autor,

² Para uma crítica a esta concepção, sugere-se obra de Žižek (2013).

³ Para melhor compreensão da influência do eurocomunismo no PCB, sugerem-se as produções de Simionatto (2011) e Coutinho (2007).

uma vez que, em conjunto com o binômio Oriente/Ocidente – na análise do Estado – e seu corolário estratégico guerra de posição/guerra de movimento são definidores de como é entendida por muitos autores a estratégia gramsciana de transição ao socialismo. O conceito da forma como fora trabalhado por Lenin dizia respeito às alianças de classe no interior do processo revolucionário russo, que tinha no czarismo seu inimigo principal, e discutiam-se a forma e o conteúdo das alianças com as demais classes no período da Revolução Russa de 1905. Ou seja, o conceito de hegemonia, que nasce para analisar a questão da hegemonia operária internamente ao bloco de forças que luta contra o czarismo, é operacionalizado por Gramsci para compreender o Estado burguês e a sua forma de domínio. Vejamos o que diz o autor, na nota sobre *supremacia, direção e domínio*:

a supremacia de um grupo social se manifesta de dois modos, como 'domínio' e como 'direção intelectual e moral'. Um grupo social *domina* os grupos adversários, *que visa a 'liquidar' ou a submeter* inclusive com a força armada, e dirige os grupos afins e aliados. Um grupo social pode e, aliás, deve ser *dirigente* já antes de conquistar o poder governamental (esta é uma das condições principais para a própria conquista do poder); depois, quando exerce o poder e mesmo se o mantém fortemente nas mãos, torna-se dominante mas deve continuar a ser também 'dirigente'. (Gramsci, 2002: 62-63, destaques meus)

Percebem-se, nesta passagem, elementos fundamentais para compreender o conceito gramsciano de hegemonia e inclusive ressaltar-se de confusões rotineiramente cometidas em seu nome. Este parágrafo inaugura a discussão geral que se dará no âmbito do conceito de hegemonia sobre força e consenso.

Quando Gramsci utiliza a expressão domínio – através da coerção, uso da força, das armas –, não está tratando necessariamente da burguesia ou do Estado burguês, embora seu estudo siga por este caminho. Por sua vez quando menciona *ser dirigente* não está tratando necessariamente da questão do consenso com o conjunto do corpo social – como muitas vezes se-lhe atribui –, mas está fazendo referência exatamente à formulação da hegemonia como conceito relacionado à *direção* de um bloco de forças. Percebe-se mais claramente essa questão quando o autor afirma que *ser dirigente* é condição para a própria conquista do poder.

Juntamente com a formulação do conceito de hegemonia, o binômio *guerra de posição* e *guerra de movimento* compõe a base do que se pode chamar de estratégia política em Gramsci. O maior número de polêmicas decorre da interpretação desses conceitos, uma vez que foram utilizados por muitos autores para justificar a leitura de que Gramsci seria o *teórico da democracia* e que sua estratégia política de guerra de posição seria fatalmente a via para os países de capitalismo avançado. Entretanto, é preciso destacar que na obra de Gramsci não se encontra uma teoria que abandone a análise de que o Estado apresente um caráter de dominação de classe e a possibilidade do assalto revolucionário ao poder. A reflexão gramsciana analisa qual tática se utilizar em cada momento, e não afirma a nulidade de uma em benefício da outra. Em verdade, defende que se lance mão de outras táticas a fim de atingir o objetivo e evitar o refluxo diante das forças inimigas. Gramsci dizia que a luta política não se encerrara com a destruição do inimigo, desse modo, assemelhando-se à guerra colonial, na qual o exército vitorioso se propõe a ocupar de modo estável o território conquistado (Bianchi, 2008). A título de ilustração, vale lembrar como Gramsci avaliava as combinações na luta anticolonial da Índia:

Assim, a luta política da Índia contra os ingleses (e, em uma certa medida, a da Alemanha contra a França ou da Hungria contra a Pequena Entente) conhece três formas de guerra: de movimento, de posições e subterrânea. A resistência passiva de Gandhi é uma guerra de posição que se torna guerra de movimento em certos momentos e guerra subterrânea em outros: o boicote é guerra de posição, as greves são guerras de movimento, a preparação clandestina das armas e dos elementos combativos de assalto é guerra subterrânea. (Gramsci *apud* Bianchi, 2008)

Em outro argumento dos defensores da via pacífica e democrática de transição ao socialismo – a via eurocomunista – postulava-se que a elaboração da ampliação do Estado e das complexificações da luta política, por conta dos aparelhos privados de hegemonia (que compõem a sociedade civil) dava ao caráter da luta política o de uma guerra de posições, conquistando a hegemonia antes de tomar o poder. E mais, diziam que esta era a afirmação gramsciana diante da mudança qualitativa de análise dos Estados orientais e Estados ocidentais. No entanto, para Gramsci:

A verdade é que não se pode escolher a forma de guerra que se quer, a menos que se tenha imediatamente uma superioridade esmagadora sobre

o inimigo. A guerra de posição não é de fato constituída apenas pelas trincheiras propriamente ditas, mas todo o sistema organizativo e industrial do território que esta detrás do exército alinhado. (Gramsci *apud* Bianchi, 2008)

Essa passagem deixa claro que não se trata da escolha histórica (e consequentemente da superação histórica) de uma tática pela outra. Trata-se de táticas diferentes que terão de ser lançadas em momentos diferentes da luta política. Para fins de síntese vale destacar um trecho de Macciocchi (1977) sobre a polémica entre guerra de posição e de movimento:

O primeiro termo [guerra de movimento] designa para Gramsci substancialmente o enfrentamento direto pela tomada do poder; e o segundo [guerra de posição], o conflito de classe que amadurece sob a direção do partido revolucionário, quando a luta aberta não é possível, ou então para preparar suas condições. *Mesmo nesse segundo caso, a ação desenvolvida visa à subversão da estrutura e do bloco histórico dominante.* Não existe aí nenhum imobilismo, nenhuma pausa, nenhuma paz social, mas um novo tipo de guerra, com um caráter totalmente distinto do enfrentamento direto. *De forma alguma se poderia interpretá-lo em termos de “via parlamentar”, de “via pacífica” para o socialismo.* Não é em Gramsci que se podem encontrar as premissas para a “via italiana para o socialismo” elaborada por Togliatti. (Macciocchi, 1977: 86, destaques meus)

As Bases Teóricas da Estratégia da Reforma Sanitária Brasileira

A utilização do categorial gramsciano nas elaborações teóricas da Reforma Sanitária brasileira recebeu profundas influências da chamada “via eurocomunista”, originada na Itália, com base nas elaborações de Togliatti e posteriormente Berlinguer,⁴ que cunhou a expressão “democracia como valor universal”.

O momento histórico-político era bastante propício para a emergência do debate da questão democrática praticamente numa linha darwiniana, afinal a humanidade já havia experimentado tanto do *capitalismo selvagem* quanto dos *totalitarismos*, sejam de esquerda ou direita. Uma parcela importante da

⁴ Berlinguer, então secretário-geral do PCI, foi o autor do texto intitulado “Democracia como valor universal”, lido por ocasião dos 60 anos da Revolução Russa em Moscou, em 1977.

esquerda mundial, no intuito de se distanciar da imagem criada pelo regime soviético após a divulgação dos crimes do regime estalinista, adotou a perspectiva revisionista que contemplava a democracia como valor universal. Inspirada na concepção gramsciana de Estado ampliado e na aparente oposição entre os conceitos de Oriente e Ocidente e guerra de posição (manobra) *versus* guerra de movimento, tomou conta das formulações teóricas do campo da saúde coletiva brasileira. Tal influência se deu por uma dupla via: tanto pela disseminação das teses de Coutinho (1979) sobre a *democracia como valor universal*, quanto pela influência direta de Berlinguer, um dos principais impulsionadores da Reforma Sanitária italiana.

No Brasil, Coutinho é um valioso aliado no debate de ideias da corrente eurocomunista. Tendo passado boa parte do exílio durante o regime militar na Itália, Coutinho retorna ao Brasil disposto a disseminar as efervescentes ideias que pululavam na Itália sobre a renovação do marxismo no esteio de Gramsci, Ingrao, Togliatti e Berlinguer (Braz, 2012). As disputas internas entre as correntes do PCB, partido ao qual Coutinho era filiado, serviam de tela para os debates ideológicos do momento. Eram a renovação e reorganização da esquerda brasileira e do pensamento progressista que estavam em questão no período de relaxamento das liberdades democráticas.

Em seu célebre texto de 1979, Coutinho critica por um lado as teses “etapistas” clássicas do PCB, que pregavam ainda a necessidade de uma etapa de reformas de cunho democrático-burguês com aliança estreita com setores da burguesia nacional, e de outro as teses da Terceira Internacional Comunista e do trotskismo, que, de diferentes formas, pregavam a atualidade do assalto revolucionário ao poder. Para ele, as teses que admitiam que o Estado era, em última instância, um instrumento de dominação burguesa e que a democracia (como corolária deste Estado) seria uma forma de organizar o consenso sobre os governados seriam estreitas, e partiriam de uma concepção equivocada da teoria marxista do Estado (Coutinho, 1979: 34).

A concepção segundo a qual a velha máquina estatal deve ser destruída para que se possa implantar a nova sociedade – *uma metáfora que muitas vezes é entendida em sentido demasiadamente literal* – quer indicar precisamente que a Democracia política no Socialismo pressupõe a criação (e/ou a mudança de função) de novos institutos políticos que não existem, ou existem apenas embrionariamente, na democracia liberal clássica. (Coutinho, 1979: 37, destaques meus)

Percebe-se nessa passagem o esforço de Coutinho em criticar as teses leninistas da tomada do poder. Não se pode ignorar que o esforço analítico do autor se dá em busca de renovar uma esquerda constantemente acusada de atrocidades nos países onde logrou chegar ao poder pela via revolucionária, ou seja, em apontar as contradições do socialismo realmente existente (Sorex).⁵ Particularmente interessa a Coutinho a questão da democratização forçada dos meios de produção, que ocorreram tanto na União Soviética quanto na China e Vietnã, sem a necessária democratização dos mecanismos de poder e participação nestes respectivos Estados.

Coutinho torna evidente, assim como os eurocomunistas italianos, a proposta de construção da *democracia de massas* – expressão de Ingrao – que, em conjunto com o conceito de *democracia progressiva* de Togliatti, informaria a estratégia hegemônica da esquerda brasileira no período pós-redemocratização, como evidenciam os textos-base da estratégia democrático-popular adotada pelo Partido dos Trabalhadores (PT) (1987).⁶

No que tange à produção no campo da saúde coletiva, destacamos as produções de Sonia Fleury e Jaime de Oliveira como seminais para a compreensão do desenvolvimento teórico concernente à Reforma Sanitária brasileira. Há uma afinidade teórica evidente entre os escritos de Coutinho e dos formuladores do campo da saúde, como demonstra Fleury:

A luta pela hegemonia por parte das classes dominadas recoloca a questão da *democracia não só como valor tático, mas também estratégico*.

Esta *revisão da perspectiva golpista* das esquerdas aponta para a conquista de reformas no interior do capitalismo, como condição de consolidação de uma contra-hegemonia, mesmo uma via de transição a um socialismo que preserva as conquistas democráticas alcançadas. (Fleury, 1989: 32, destaques meus)

⁵ Termo de João Quartim de Moraes, para categorizar os países onde a experiência socialista teve lugar na história real e concreta, eivada de limites e contradições. (Moraes, 2001)

⁶ É preciso correlacionar as formulações dos teóricos do eurocomunismo com os pensadores da Reforma Sanitária brasileira. Seria um erro apontar que apenas os intelectuais ligados ao PT desenvolveram suas teorias (e depois, sua prática política) no esteio teórico do eurocomunismo, já que as interpretações da realidade brasileira inspiradas nessa tradição tornaram-se hegemônicas tanto na academia quanto nos partidos e movimentos sociais. Alguns dos mais destacados intelectuais da Reforma Sanitária brasileira nunca foram ligados ao PT.

A questão da “revisão da perspectiva golpista”, ou seja, a chamada “via pacífica” de transição ao socialismo está presente em várias análises que deram base à teoria da Reforma Sanitária, e pode ser encontrada de diversas formas e em distintos graus nos principais autores do campo, como Oliveira (2007), Paim (2008), Fleury (1989) e Rodriguez Neto (2003). Por essa via, o bloco de forças progressista teria nas disputas e formulações de políticas públicas – dentro de um ambiente democrático – a via pacífica para alcançar uma sociedade justa e igualitária, na qual fosse possível um SUS verdadeiramente universal, integral e equânime. A democracia, segundo a autora – e segundo a tradição eurocomunista –, era elevada assim a elemento estratégico, e não mais tático. Se a democracia era agora um objetivo estratégico e fim do horizonte, a batalha deveria ser em torno da hegemonia:

Conquistar *consenso antes de tomar os aparelhos* da sociedade política, introduz uma *nova estratégia para as classes dominadas realizarem a transição para o socialismo*, ademais de trazer para o cerne da luta de classes as *batalhas a nível cultural e ideológico travadas no cenário institucional*. É, pois, com base neste referencial teórico que reafirmamos a nossa tese de 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. (Fleury, 1987a: 95 *apud* Paim, 2008: 106, destaques meus)

O trecho anterior é uma síntese das interpretações dos conceitos gramscianos que informam a estratégia adotada: a luta pela cidadania como metassíntese. Essa preocupação acompanha a autora em sua trajetória intelectual, desde que faz profundo estudo sobre o sistema previdenciário brasileiro (Oliveira & Teixeira, 1989) em que buscou compreender o papel que a instituição previdenciária exercia na organização social da prática médica e como, no setor Saúde, tomava forma a dinâmica das relações entre as classes sociais e o Estado, conforme lembra Carlos Gentile de Melo no prefácio à obra. Tanto esse trabalho quanto o texto de Oliveira (2007) se comprometiam em entender a história, o terreno político, os condicionantes estruturais e conjunturais que serviriam de base para a formulação do nascente sistema nacional de saúde. Com base em referenciais teóricos marxistas, tentaram compreender como se davam os embates de classe por meio da análise institucional e da relação com a sociedade.

Oliveira (2007) apresenta um recorte na história das políticas de saúde no Brasil pós-64 em dois grandes períodos: o primeiro – de meados de 60 a meados de 70 – se caracterizaria por um privilegiamento dos interesses econômico-corporativos do empresariado privado da saúde; o segundo – que se segue a meados de 70 – no qual se mostra evidente uma crise político-financeira do modelo estabelecido na década anterior, como caracteriza o autor:

“Crise” esta que não passa, na verdade, de uma *expressão setorial da situação mais abrangente*, de crise – simultaneamente *econômica e política*, “*de legitimação*” e “*fiscal*” – que o regime autoritário atravessou.

Como consequência deste quadro, este segundo período foi marcado também pelo surgimento de um *conjunto de hoje conhecidas proposições*, voltadas todas, *grosso modo*, para a ideia do *controle, reforma, e racionalização do modelo assistencial* anteriormente estabelecido.

Mas, uma terceira característica central deste período – que também tem sido assinalada pela literatura sobre o tema – corresponde ao fato de que *praticamente todas estas proposições tiveram que enfrentar fortes dificuldades políticas de viabilização* (nascidas, em síntese, dos interesses empresariais setoriais privados beneficiários do status quo anterior na área, e das articulações que estes setores conseguiram desenvolver, ao interior da burocracia governamental e das “máquinas políticas” aí influentes). (Oliveira, 2007: 202, destaques meus)

É em razão de uma crise econômica forte, que gera uma crise fiscal sem precedentes com previsíveis consequências nas possibilidades de “legitimação social” do regime, que se abrem espaços para mudanças, principalmente aquelas de cunho racionalizador. É interessante notar que mesmo diante da crise de tamanhas proporções os esforços racionalizadores tiveram forte oposição dos setores empresariais privados que se beneficiavam do modelo anterior, ficando a cargo de muitos dos agentes políticos intra e extrainstitucionais ligados ao movimento da Reforma Sanitária o papel de liderar um processo de mudança para um modelo mais razoável do ponto de vista administrativo e fiscal.

Oliveira (2007) chama a atenção para a necessidade de se teorizar tal prática política no sentido de que havia agora uma “janela de oportunidades” para o movimento sanitário, dada a nova conformação dos interesses políticos. Essa oportunidade histórica, porém, deveria ter por base o entendimento de

que só foi possível “nos marcos e em função da crise fiscal e de legitimidade do Estado” (Oliveira, 2007: 203). Com isto, demarca um forte compromisso com propostas de mudanças reais e concretas, comprometidas com alterações graduais no modelo de atenção, mas que possam ir além da resolução da crise fiscal e de legitimidade, recuperando a eficácia político-ideológica das políticas públicas. Oliveira argumenta que:

o conjunto de proposições que gira em torno da ideia de Reforma Sanitária tem seu significado inovador dado pelo fato de que estas proposições apontam numa direção que se situa (e hoje pode situar-se) para além destas preocupações e de suas autolimitações. Ou seja, se situa para além dos esforços de resolução de uma crise de legitimidade e fiscal do Estado. E, portanto, *para além dos esforços de autorreprodução deste Estado e das condições econômico-sociais e políticas que ele ajuda a sustentar.*

Assim, se o período anterior foi marcado por uma tensão entre, por um lado, mesquinhos interesses econômico-corporativos enraizados nesta área, e, por outro, *esforços racionalizadores que compunham, em última análise, um projeto de recuperação da eficácia político-ideológica das Políticas Sociais enquanto instrumento de hegemonia*, o período que hoje se esboça parece, a meu ver, começar a ser marcado por uma tensão entre projetos de hegemonia alternativos. (Oliveira, 2007: 203, destaques meus)

Percebe-se que o autor novamente dá contornos ao polo principal da contradição no período: mesquinhos interesses econômico-corporativos *versus* esforços racionalizadores. É por este prisma que atravessam, em seu entendimento, as possibilidades de disputa por uma nova hegemonia, o que nos conduz a um dos maiores desafios teóricos: com que estratégia política se pode ir além do reforço da legitimidade de um Estado impermeável às demandas populares, tendo como campo principal de atuação o próprio Estado? Para Oliveira (2007), a saída seria aproveitar as brechas e reforçar a guerra de posição no aparelho estatal. O risco dessa estratégia, como demonstraremos posteriormente, seria o do reforço da revolução passiva.

Diante dessa questão – da disputa por uma nova hegemonia – Oliveira apresenta a discussão basilar sobre a estratégia de transição ao socialismo, reafirmando a natureza de classe do Estado capitalista e a necessidade de quebra, em oposição à mera ocupação de espaços no Estado propugnada pela estratégia social-democrata. As principais chaves teóricas que utilizará para ler

a realidade brasileira são as inspiradas na tradição gramsciana, com evidente influência eurocomunista:

Ou, ainda, a noção – que será central neste nosso trabalho – de *guerra de posição* (por contraste com a ideia correlata de *guerra de movimento*), enquanto proposta de orientação estratégica para a luta pelo socialismo no contexto que o autor italiano descreve sinteticamente como “ocidente”. Noção que será retomada e ampliada, no pós-guerra, por Togliatti, através do conceito de *Democracia Progressiva*. (Oliveira, 2007: 204)

Essas são as bases conceituais da fórmula defendida pelo autor: *guerra de posição mais democracia progressiva*. Oliveira tem o cuidado de tentar diferenciar tal formulação da estratégia social-democrata – de mera ocupação do estado – ao mesmo tempo que a diferencia da estratégia bolchevique (caracterizada por Gramsci de guerra de movimento). Para tanto, afirma que a fórmula de Togliatti incorpora a ideia de *quebra do Estado* defendida por Lenin, sem a qual o Estado não poderia perder sua natureza de dominação de classe. Tal quebra viria da necessidade de se promoverem modificações estruturais em características básicas e específicas do Estado capitalista como, segundo o autor, sua tendência à centralização e burocratização (Oliveira, 2007: 204).

Contudo, as transformações necessárias à quebra do Estado não se dariam apenas dentro de seu aparelho. Oliveira trabalha com a conceituação gramsciana de Estado ampliado (sociedade política *mais* sociedade civil), ou, como ficou conhecida na fórmula clássica: hegemonia coraçada de coerção. Nesse sentido, desapareceriam as ideias de quaisquer distinções entre o aparelho de Estado e os aparelhos privados, e entre os aparelhos de hegemonia e coerção (Oliveira, 2007: 204). Para o autor, todos os aparelhos, públicos ou privados de hegemonia e coerção seriam, em última análise, integrantes do Estado, em seu sentido ampliado. Fica evidente que Oliveira trabalha a fórmula togliattiana de democracia progressiva como se fora sua fórmula para a guerra de posição, dando a entender que o momento da guerra de movimento estaria superado pela história. Nesse arcabouço, as políticas públicas, notadamente as políticas sociais, cumpririam um importante papel de *ampliar as fronteiras* do Estado para uma hegemonia alternativa.

Uma vez assentada a estratégia propugnada pelo autor, retoma uma discussão sobre as políticas públicas por meio das funcionalidades do Estado

e como elas se tornam indispensáveis para o Estado capitalista ser o que é, ou seja, que seja capitalista e seja Estado, mantendo as condições gerais de reprodução do modo de produção. Como primeira aproximação, Oliveira afirma que a atuação governamental, por intermédio das chamadas políticas públicas, costuma orientar-se em pelo menos duas grandes direções: a da garantia de condições “econômicas” e a da garantia de condições “político-ideológicas” de reprodução da ordem estabelecida (Oliveira, 2007: 205). Esse autor afirma que, do ponto de vista dos interesses dominantes, as políticas públicas cumprem papel fundamental na manutenção do *status quo*. Entretanto, retomando ligação com a estratégia por ele propugnada, formula o problema nos seguintes termos:

como devem ser pensadas, alternativamente, as chamadas políticas públicas (e, mais particularmente, as *políticas sociais*) no *interior de um projeto de guerra de posição/democracia progressiva?*; como se colocam, mais concretamente, no âmbito das políticas públicas, “*as questões da “quebra do Estado”, e da luta pela hegemonia*”? (Oliveira, 2007: 206, destaques meus)

A profundidade e densidade dessas questões apresentadas por Oliveira, engajadas numa mudança importante da sociedade brasileira, faziam parte dos debates do conjunto da esquerda no período de luta pela redemocratização. Inspiradas pelo sucesso da fórmula eurocomunista no pós-guerra europeu, tais questões animavam o debate no interior das academias e partidos políticos no Brasil. Evidentemente essas interpretações – e as estratégias políticas corolárias – também foram alvo de críticas, pois o movimento da Reforma Sanitária, assim como a esquerda brasileira do período, não era um bloco homogêneo. Havia divergências no interior do que se convencionou chamar Partido Sanitário⁷ e também entre intelectuais do campo que se recusavam a alcinha de partícipes da Reforma Sanitária oficial.

As críticas de tais intelectuais iam desde divergências sobre as estratégias-ponte a serem tomadas para chegar ao SUS, até o descolamento dos movimentos sociais e o descaso que teve o movimento sanitário em construir uma base social que propiciasse sustentação ao processo de mudança que se impunha na saúde do país.

⁷ Forma como foi designada por alguns autores, como Campos (2007), um grupo de notáveis dirigentes do movimento da Reforma Sanitária, em debates polêmicos por meio de artigos.

Em seu texto intitulado “A Reforma Sanitária necessária”, Campos (2007) apresenta uma leitura divergente da apresentada por Oliveira (2007), advertindo:

Onde Jaime vê “cortes”, tendemos a identificar *continuidade*, sobre novas bases, de um mesmo modelo de produção de serviços de saúde, servindo cada uma das alterações político-administrativas antes para *radicalizar e consolidar o modelo assistencial do que para encerrá-lo*. Assim, consideramos que os acontecimentos de meados de sessenta (reforma administrativa e unificação dos institutos previdenciários, entre outros) contribuíram para *tornar vitoriosa uma tendência que já vinha dos anos cinquenta*, marcadamente no IAPI, de estender a assistência médico-hospitalar por meio do financiamento estatal, segundo lógicas de mercado. É obvio que esta continuidade não é um movimento linear. (Campos, 2007: 211, destaques meus)

Para Campos, a divisão temporal proposta por Oliveira (2007), apesar de parecer pedagógica, sugere que desde meados de 1975 estariam ocorrendo mudanças importantes que serviriam de base para a Reforma Sanitária, tese da qual Campos diverge. Em verdade, o autor não crê que tais medidas racionalizadoras fariam parte de uma Reforma Sanitária viável, plausível e eficaz, mas sim serviriam ao estabelecimento de correções internas ao modelo privatista, necessárias à sua própria reprodução e expansão (Campos, 2007: 212). Diante disto, questiona:

Ora, seriam as medidas racionalizadoras capazes de resolver a *crise fiscal*? Em certa medida, até que sim, desde que se entenda por problema fiscal apenas o equilíbrio entre receita e despesa, excluindo desse cálculo o tema da justiça social. O mesmo, contudo, não pode ser dito com relação à *crise de legitimidade*. Seriam esses projetos capazes de tornar palatável aos cidadãos um modelo que privilegia o lucro, e não a satisfação de suas necessidades? (Campos, 2007: 212, destaques meus)

Oliveira (2007) descreve como um dos elementos centrais das possibilidades abertas para a agenda da Reforma Sanitária exatamente a *convergência das crises econômica, fiscal e de legitimidade* pelas quais passava o regime autoritário. O autor reforça que a *contradição política principal* se dava entre a disputa de dois projetos, o *privatista-conservador* e o *modelo racionalizador*, o qual qualifica como o modelo que inicia a Reforma Sanitária. Além disso, deixa claro que é preciso ter em conta que as possibilidades foram abertas *pelas* crises e tem que ser resolvidas *em função* delas. Abre-se neste ponto um debate que se correlaciona com a crítica à estratégia geral. Afinal, em nome *de quem*

resolver a crise fiscal e de legitimidade que é do *Estado autoritário*? Como seria interpretada pelo cidadão comum a capacidade de a crise se resolver pela transição pactuada, por alto, que se dava no Brasil? Seria de fato uma estratégia de hegemonia alternativa reforçar o papel do Estado que conseguia operar sua transição como uma *revolução passiva*, como apontado por Paim (2008)? Campos se defronta com questões parecidas:

Ou, pensando candidamente e com otimismo, seria possível, aproveitando a crise de legitimidade do regime político e do modelo assistencial, introduzir sub-repticiamente, *por original via prussiana*, modificações reformistas no modelo, no sentido de adequá-lo, lenta e inexoravelmente, ao projeto de Reforma Sanitária? Essa alternativa de prática política, na qual é difícil separar a ingenuidade – o *wishful thinking* – do projeto deliberadamente articulado de dominação social, *ignora o papel do Estado na manutenção e na reprodução do modo hegemônico de produção dos serviços de saúde*. (Campos, 2007: 212, destaques meus)

Ao classificar o processo de mudanças proposto – e defendido – por Oliveira como “original via prussiana”, Campos faz uma crítica tenaz à prática política de vários militantes da Reforma Sanitária e principalmente aos marcos teóricos que vinham sendo produzidos que orientavam tal prática. Ocupar assessorias técnicas, cargos de confiança, lugares estratégicos na máquina pública como estratégia central – apesar de não propugnada, mas defendida – para mudanças na arquitetura institucional que permitissem experiências-piloto para o SUS era uma prática corrente. A construção dessa estratégia de hegemonia alternativa dentro do Estado apostava no simples convencimento da tecnocracia de que tais medidas racionalizadoras seriam necessárias para evitar o colapso do sistema de saúde. Ao mesmo tempo, traria força para um projeto que contivesse em si as possibilidades de “quebra do Estado”. Em acordo com a crítica de Campos, soa, como nas palavras do autor, *wishful thinking*, ou seja, mais desejo do que possibilidade real.

Assim, como apontará Paim (2008), Campos afirma que estão dados naquele momento os elementos de transformismo pelo qual passará o movimento sanitário – ou vários de seus componentes – nos anos vindouros. A desarticulação do movimento com as bases populares que davam musculatura e radicalidade – preservando o elemento jacobino, nos termos de Paim – para as mudanças políticas por que o país passava era criticada pelo autor:

Resumindo: ao contrário de outros países capitalistas, que realizaram reformas na Saúde, e nos quais *os intelectuais progressistas tiveram que compor-se com o movimento sindical de trabalhadores ou com partidos apoiados nessa classe*, aqui, o principal agente das transformações teria sido o “*partido sanitário*” encastelado no aparelho Estatal e apoiado, evidentemente, por autoridades constituídas. Ou seja, *a própria eleição dos instrumentos para implementação das políticas, em larga medida, já diz de seus limites “transformistas”* (no sentido gramsciano, de reforço do bloco politicamente dominante) e da renúncia, *a priori*, de qualquer veleidade de trabalhar, junto à sociedade, pela construção de uma nova hegemonia, de um novo bloco político, capaz de dar concretude, apesar dos constrangimentos impostos pela realidade brasileira, a um projeto de socialismo. (Campos, 2007: 212-213, destaques meus)

Esses limites são centrais na tentativa de compreensão do processo transformista pelo qual passaria a Reforma Sanitária brasileira. A opção por não priorizar alianças dos tipos mencionados parte do pressuposto de que colocar a luta pelo direito universal à saúde no Brasil no contexto geral da luta de classes faria com que o movimento perdesse bases sociais importantes, e que perdesse o consenso que vinha sendo conquistado com importantes setores sociais (Paim, 2008). Era notório como os documentos da época tratavam do tema da saúde como um grande *consenso nacional*, acima dos interesses partidários e de classe. Foram comemoradas posições favoráveis ao texto da saúde apresentado à Constituinte de 1988 por personalidades como Jorge Bornhausen, José Sarney e Roberto Campos, como assinala Paim (2008) em seu livro. Entretanto, a história ulterior mostrou que Campos estava correto em suas observações.

O autor afirma, ainda, que poucos foram os momentos nos quais se buscou uma aliança mais orgânica com a sociedade civil, como na VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve na criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) um dos principais instrumentos de atuação do que chamou de “Partido Sanitário da Ordem”⁸ (Campos, 2007). A crítica de Campos ao que denominava de Reforma Sanitária oficial acaba se

⁸ A composição da CNRS dá razão às críticas de Campos: nove representantes de ministérios e governo federal; dois representantes das secretarias estaduais e um para todas as secretarias municipais; poder legislativo com dois representantes; três representantes do patronato; duas vagas para prestadores privados; uma vaga para profissionais da saúde (representados pelos médicos); uma vaga para usuário; e três representantes dos trabalhadores (Central Única dos Trabalhadores – CUT, Comando Geral dos Trabalhadores e Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares).

constituindo numa crítica a uma estratégia mais geral que o Partido Sanitário da Ordem logrou desenvolver nos anos decisivos da redemocratização brasileira, que nasce, porém, nos primeiros anos do regime civil-militar brasileiro, logo que surge o MDB. Esse processo molecular de mudanças graduais que foram sendo incorporadas ao aparelho estatal acaba por ser reivindicado em um dos textos produzidos pela CNRS, o que ratifica a elaboração do autor de que a interpretação histórica das políticas de saúde por meio de “cortes”, como propõe Oliveira, seria equivocada, e que mesmo a CNRS admitira que a reforma proposta seria a “continuidade do desenvolvimento do mesmo processo” que criou bases ampliadas para o desenvolvimento da capitalização dos serviços de saúde (Campos, 2007: 215).

Pode-se depreender claramente das formulações expostas que se interpoem conceitos gramscianos: a *revolução passiva*, como mudanças graduais dirigidas de cima com pouca ou nenhuma incorporação dos interesses e demandas organizadas dos de baixo; o *transformismo* pelo qual passam intelectuais ligados à classe trabalhadora que, ao chegar ao Estado, acabam por reforçar ideologicamente sua dominação; tudo dentro do que se propugnava por estratégia de *guerra de posição*, com lutas pela hegemonia de longo alcance. E como não poderia deixar de ser, o processo de mudanças estruturais via revolução passiva resulta num movimento de *conservar mudando*, como na metáfora⁹ usada por Lampedusa. Campos explicita essa ideia chamando a atenção *para a noção de continuidade, de transformação dentro da ordem preestabelecida*, articulada com outra lógica que também faria parte do universo teórico dos técnicos da reforma: a de tomar o Estado, e dentro dele, especificamente o governo, como principal base de sustentação para o desenvolvimento da reorganização da assistência médico-sanitária (Campos, 2007).

A aposta era nas mudanças graduais que iriam molecularmente modificando a base estrutural da sociedade. Entretanto, como lembraria o próprio Gramsci, o processo da revolução passiva é um instrumento de *reforço de hegemonia do bloco no poder*, o que significa, para Campos, que o processo iniciado em 1967 estaria reforçando e ampliando as bases para a capitalização da saúde

⁹ No romance *Il Gattopardo* de Giuseppe Lampedusa, que retrata a decadência da aristocracia siciliana durante o período do *Risorgimento* italiano, em um dos diálogos, o príncipe de Falconeri sugere: “tudo deve mudar para que tudo fique como está”. Gramsci ao estudar esse período descreverá o *gattopardismo* como uma das manifestações da revolução passiva.

no país. Diante da análise exposta, o autor chega a uma conclusão: os ideólogos os quais chama de partido sanitário estariam usando uma concepção restrita de Reforma Sanitária, posto que apenas desta forma poderiam imaginar que a composição de forças da época, incluindo as que compuseram a Assembleia Nacional Constituinte,¹⁰ poderia abrir possibilidades de mudanças radicais (Campos, 2007: 216).

Concordamos com Campos em sua crítica à subestimação do poder de classe contido no interior do próprio Estado e também no que diz respeito à capacidade de o Estado modelar e conformar um serviço privado de saúde que atenda aos interesses públicos. Também nos parece correta – sobretudo na perspectiva histórica – quando critica a supervalorização do problema da integração interinstitucional como elemento central da Reforma:

Essas simplificações tendem a “ocultar” *o peso decisivo que a lógica de mercado* e os interesses privados têm no modo como se articulam a distribuição e alocação dos recursos, a produção e o consumo de serviços, e, até mesmo, no perfil de intervenção do Estado no mercado de Saúde. Assim, são supervalorizados problemas secundários, decorrentes dessa lógica da mercantilização, *sendo propostas soluções que não alteram, em absoluto, essa dinâmica*. Sem dúvida, *esse é o caso da falta de integração institucional*, transformada em palavra-chave da reforma oficial.

No entanto, parece que o mercado é resistente ao controle, ainda que racional. *Parece que o mercado tende a seguir a sua lógica de reprodução e de desenvolvimento*, apesar das prédicas dos planejadores preocupados com a saúde da população. Nesse campo, o fracasso dos reformadores oficiais é patente. (Campos, 2007: 220-221, destaques meus)

Campos exemplifica, por meio dessas críticas, com impressionante permanência na história, que o padrão medicalizante e mercantil hegemônico lançava suas ofensivas contra o que era público, sintetizado no modelo InCor do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (Campos, 2007). Atualmente se sabe que esse modelo iniciado na cidade de São Paulo foi o precursor das organizações sociais que se espalharam para todo o país,

¹⁰ Timothy Power, renomado cientista político britânico, demonstra que em torno de 40% do Parlamento Constituinte que compôs a Assembleia de 1988 foram de ex-membros da Aliança Renovadora Nacional (Arena) e do Partido Democrático Social, que no momento se dividiam em sete partidos diferentes (Power, 2000).

lançando as ofensivas da reprodução ampliada do capital para o setor público, mais precisamente para sua estrutura interna de administração da coisa pública (Bravo & Matos, 2012).

Apesar de concordarmos em muitos dos elementos levantados pelo autor, acreditamos que há de se destrinchar melhor a falta do apoio social e as análises dos interesses de classe que condicionaram as possibilidades de êxito do movimento sanitário. Certamente, Campos não era o único que apontava tal contradição *in loco*, ao mesmo tempo que se desenrolavam os acontecimentos. Gallo e colaboradores assumiam como absolutamente lógica a proposta da Reforma Sanitária para fazer frente ao deprimente quadro sanitário brasileiro, entretanto, já chamava a atenção de que era também uma opção manter o setor privado prestando serviços para evitar uma maior oposição dos setores que historicamente se colocavam contrários às políticas públicas (Gallo *et al.*, 1988: 415). Manter tais setores virtualmente satisfeitos, contudo, não significava que o projeto racionalizador teria apoios populares, e que a *práxis* política do movimento sanitário cumpriu um papel importante nesta dificuldade em construir alianças mais orgânicas com os setores populares organizados:

Em primeiro lugar, há que se ressaltar que *os movimentos sociais, sindicais ou populares não aderiram à proposta com a intensidade esperada.*

Em segundo lugar, se coloca a questão de que a proposta da “Reforma Sanitária” foi *gerada no interior da tecnoburocracia* e se estendeu no máximo ao conjunto dos profissionais do setor, *chegando aos movimentos sociais de forma acabada, verticalmente, a partir do Estado.* O seu processo de formulação priorizou a condução dentro dos limites das instituições governamentais. (Gallo *et al.*, 1988: 415-416, destaques meus)

Não se trata apenas de identificar que não houve participação popular ou envolvimento dos movimentos sociais no processo de construção da Reforma Sanitária brasileira. A literatura por ora apresentada já daria conta de demonstrar isso. É preciso compreender como um processo político tal qual o iniciado no Brasil pós-redemocratização, que deu origem à maior central sindical do país até hoje, a CUT; e ao maior partido de massas do mundo, o PT, desenvolveu inicialmente uma história diferenciada para, ao longo do tempo, adotar a mesma prática política criticada e desenvolver uma estratégia geral que, ao fim e ao

cabo, também resultou num processo de mudanças nos moldes da revolução passiva, como afirma Singer (2012).

Nos parece que a chave interpretativa está no alerta de como as forças progressistas trataram do tema do Estado. Em produção mais recente, Paim alerta que o Estado não é um mero instrumento capaz de ser manipulado livremente por grupos que exercem o poder e que dispõe de uma autonomia relativa diante dos interesses imediatos das classes hegemônicas, selecionando pressões *legítimas* das classes subalternas (Paim, 2008: 104).

Essa questão foi tema de acalorados debates no seio do movimento sanitário. O quanto poderia ser manipulado o Estado a partir da tecnoburocracia? Quais os limites impostos pela sua seletividade estrutural? Até onde as classes dominantes permitiriam reformas progressistas no seio do Estado? Estas e outras questões foram levantadas na polêmica sobre o dilema reformista, que sintetiza a contradição estratégica colocada.

O Dilema Reformista

A tese de que a Reforma Sanitária ia se tornando cada vez mais administrativa e cada vez menos sanitária foi consequência da política de apostas em jogo, como visto nas análises teóricas descritas anteriormente. Cada vez mais a aposta recaía no que Paim denominaria de vias técnico-institucionais e legislativo-parlamentar.

Mesmo durante o processo, houve quem chamasse atenção, como Berlinguer, que dizia que a prevenção não tem estado no centro das atividades sanitárias de nenhum governo e que em vez de envolver o Estado na política de saúde, ela é que tem sido envolvida na corrupção e populismo do Estado. Ressaltava ainda o risco que a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) e toda a luta necessária na Constituinte poderiam ter levado a uma preocupação muito institucional, com risco de subestimar os problemas reais de saúde (Berlinguer, 1987).

Paim (2008) afirma com clareza onde reside o dilema reformista, destacando os elementos fundamentais que cita como objetivos da Reforma Sanitária: saúde da população, mudanças das práticas de saúde e a modificação do sistema de saúde. Para Paim, o dilema reformista se dá quando o

movimento sanitário opta por investir suas energias apenas na modificação do sistema de saúde.

O autor ainda chama a atenção para a convocação da cientista política Sonia Fleury para um reforço na luta ideológica para que não se perdessem os objetivos da reforma. Esse chamamento está contido no mesmo *Jornal Proposta*, oriundo de uma aula da professora num curso sobre a Reforma Sanitária na reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC). O título da matéria jornalística é “O dilema reformista”, segundo Fleury:

Aí veio então o dilema, na definição de Sonia. A Reforma Sanitária tem como objetivo a saúde da população, a intenção de modificar a prática médica e a mudança do sistema de saúde. Até agora, porém, só se mudou o sistema, enquanto os outros objetivos foram esquecidos, “soterrados pela transição pactuada, pelo peso do sistema e por outros fatores”. (Fleury, 1988)

Pode-se perceber a convergência entre as definições de Paim e de Fleury acerca do que trata o dilema reformista, pois ambos o definem da mesma forma: o foco na mudança do sistema de saúde, deixando de lado a mudança das práticas e os reais problemas de saúde da população.

Partindo do pressuposto de que a saúde se constitui no elemento revolucionário da Reforma Sanitária, tal como a redistribuição da terra era para a reforma agrária, sabia-se que a luta concreta por sua implementação encontraria oponentes, e era preciso reconhecer esses limites e atentar para o risco da proposta ser tragada pela burocracia estatal da saúde (Damaso, 1989 *apud* Paim, 2008).

Por meio dessa análise, Paim afirma que a conquista da hegemonia pelo movimento sanitário teria um caráter prolongado, pressupondo uma longa luta de persuasão na busca da direção política e cultural, e, nesse percurso a estratégia de “guerra de posição” conduziria a RSB por caminhos tortuosos (Paim, 2008: 272). É com base nessa concepção teórica que o movimento sanitário adota uma determinada estratégia política na conjuntura da transição democrática, a política de “aproveitar espaços”:

Romper com o isolacionismo a que a sociedade tinha sido condenada, em relação ao aparelho de Estado, não sem, com isso, despertar, em vários segmentos de esquerda uma severa crítica que ia da acusação de

reformismo, até de oportunismo e adesismo. Essa estratégia proporcionou uma tática ‘sui generis’, embora perigosa, com riscos e algumas vezes ‘cabeças roladas’, de se investir nas contradições”. (Rodríguez Neto, 1997 *apud* Paim, 2008: 274)

Com base no referencial gramsciano se desenha uma estratégia de conquista de hegemonia no seio da sociedade brasileira, uma hegemonia sanitária, e a forma de travar esta luta que levaria ao socialismo (como horizonte estratégico) seria por uma longa e árdua guerra de posição, salvaguardando espaços dentro da estrutura burocrática, formulando e publicizando críticas à arquitetura institucional então vigente e garantindo um arcabouço legal que permitisse a construção do SUS.

Como afirma o autor mais à frente, essas táticas não eram consensuais:

A tática usada pelo Partido Sanitário não correspondia à estratégia por ele propugnada: ao mesmo tempo que se apontava o Socialismo (...) isolava-se a possibilidade efetiva de participação popular, trabalhando-se cada vez mais em nome da população e não em articulação orgânica com os setores populares. Isso leva a crer que nessa não correspondência tático-estratégica (prático-teórica) situava-se o cerne daquilo que posteriormente se chamaria de *dilema reformista* (Gallo *apud* Paim, 2008: 22, destaques meus)

Pode-se perceber em Gallo e colaboradores um esforço para se chegar ao centro do problema. Os autores sublinham a contradição – diferentemente de Teixeira e Paim – ao colocarem como dilema reformista não apenas o não investimento nos debates acerca dos reais problemas de saúde da população e em como reverter o quadro sanitário do país, mas, fundamentalmente, o afastamento de uma articulação orgânica com o povo, com os setores populares que poderiam impulsionar as transformações que viabilizariam a Reforma Sanitária.

Ao colocar tal questão como cerne do dilema reformista e levando em conta a teoria da determinação social do processo saúde-doença, pode-se compreender porque Gallo e colaboradores enfatizam o momento da articulação orgânica com os setores populares: é nesta relação-articulação dialética que a compreensão da teoria baseada na causação social toma corpo e se transforma em bandeira política, ou seja, os reais problemas de saúde do povo nem sempre são problemas diretamente resolvidos por unidades de saúde ou pela presença de profissionais, mas frequentemente causados pelos limites estruturais da sociedade contemporânea.

O próprio Paim (2008) admite que existem evidências de uma menor ênfase nessa trincheira de lutas e atribui a alguns militantes a influência para que as vias institucionais fossem privilegiadas. Contudo, afirma que o movimento da RSB “incomodava muito por ser uma luta política e ideológica contra-hegemônica, além de incidir sobre interesses cristalizados nos âmbitos societários e setorial” (Paim, 2008: 278).

Mesmo sabendo que o movimento sanitário incomodava o *status quo* (e o fazia de fato), muitos criticavam a prática reformista adotada:

A teoria – baseada na causação social – exigia a denúncia das limitações estruturais postas pelo Capitalismo e a necessidade de sua superação através da consciência sanitária, de classe, da interação; a prática – reformista – omitia a denúncia, preconizava a ‘dialética do possível’, o ‘agir-racional-com-respeito-a-fins’. (Gallo *apud* Paim, 2008: 26-27)

Gallo sublinha inclusive que a prática estaria se dissociando de seu próprio referencial teórico. Se aceitamos a análise deles e admitimos que estas escolhas “táticas” afastavam o movimento sanitário de uma estratégia que tivesse como horizonte a transformação radical da sociedade contemporânea; se admitimos que lideranças do movimento tinham consciência de que não investiam suas energias suficientemente na via sociocomunitária; e fazendo uma análise em perspectiva histórica dos rumos tomados pelo movimento sanitário, poder-se-ia sugerir a utilização de duas categorias gramscianas para a compreensão desses processos histórico-políticos. São elas, o transformismo e a revolução passiva.

Paim tece uma série de argumentos que, em sua visão, não podem ser negligenciados na análise do dilema reformista, a fim de “verificar as possibilidades reais de desenvolvimento do elemento jacobino contra o transformismo e a revolução passiva” (Paim, 2008: 279):

Desde a sua emergência o movimento sanitário explicitava a sua opção reformista, tendo em conta os fracassos no Brasil dos movimentos revolucionários do final dos anos sessenta e início dos anos setenta. Parodiando o livro de Zélia Gattai – *Anarquistas Graças a Deus*, Sonia Fleury declarava em diversas oportunidades: Reformistas, graças a Deus... (Paim, 2008: 279)

Ainda é necessário chamar a atenção para o fato de que Paim (2008: 280), diante dessa análise, conclui então que o movimento sanitário teria

um braço estatal e um braço civil, representado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que, marcado por uma produção essencialmente intelectual, disporia de uma concepção estratégica, ingressando na arena política num segundo momento. Tal concepção, de assumir o Cebes como “representante” das classes subalternas neste processo político – hegemônica para boa parte do movimento sanitário – retrata a postura “vanguardista” do movimento sanitário. Os autores apontam importantes “nós-críticos” a serem desatados para a solução do dilema reformista como a fragilidade da base social da Reforma Sanitária, particularmente no que se refere à classe trabalhadora (Paim, 2008).

Vale retomar o contraponto de Gallo ao chamar a atenção para uma questão de fundo teórico importante: a “não correspondência tático-estratégica”, evidenciada pela falta de articulação orgânica com os setores populares, corresponde ao cerne de um dilema reformista porque necessariamente afasta esta estratégia do referencial teórico que supostamente lhe dá sustentação, qual seja a teoria gramsciana.

Não seria apenas uma questão de “escolha” do movimento sanitário optar por algumas das táticas possíveis para se chegar a um mesmo objetivo estratégico, mas tais escolhas implicariam desvio de rumos estratégicos, pois ao optar por secundarizar esta via (chamada por Paim de sociocomunitária) estaria estreitando os horizontes das transformações possíveis com a Reforma Sanitária. Destaca-se um trecho com uma autocrítica importante do autor no qual sugere – nas entrelinhas – o que deve ser feito pelo movimento sanitário:

Nenhuma perspectiva tecnocrática terá doravante como justificar-se diante de seus fracassos, quaisquer que sejam seus méritos lógicos ou científicos, o que quer dizer que haverá sempre que buscar sólidas e profundas bases de apoio à ação transformadora do tecido social, para que ela possa viabilizar-se, e mesmo que deva então seguir o ritmo aparentemente lento dos atalhos transversais e das retiradas. (Mendes-Gonçalves *apud* Paim, 2008: 282)

Da Revolução Passiva ao Minotauro da Saúde

Qualquer observador da atual situação do SUS admite o fato de que há um abismo entre o que se pretendia em sua criação e o que de fato se tornou. Demonstramos que elementos de estratégia política, de leitura do cenário – do

Estado – e dos estrangimentos impostos pela dominação neoliberal constituíram o contexto condicionador para o que Paim (2008) denominou de “as promessas não cumpridas” pela RSB. Além de uma afirmação mais geral de que o SUS se tornou refém do clientelismo e do partidarismo, indicando que merece destaque a não implantação do preceito constitucional de seguridade social, o autor assevera:

Além disso, o subfinanciamento, a precarização das relações, a remuneração, as condições de trabalho, a insignificância de mudanças estruturantes nos modelos de atenção à saúde e gestão do sistema, o marketing de valores de mercado e as soluções que ignoram os determinantes estruturais das necessidades de saúde, expressam evidências de promessas não cumpridas pela RSB. (Paim, 2008: 297)

Por sua vez, Fleury (2009: 749) evidencia tanto a influência do predomínio do capital financeiro nas possibilidades de desenvolvimento de políticas públicas nos países menos desenvolvidos quanto a influência acentuada no chamado “período neoliberal” de valores como o individualismo e o consumismo, elementos que contribuem para a segmentação e fragmentação do sistema de saúde em curso. A autora afirma que a RSB é um paradoxo:

O paradoxo da reforma sanitária brasileira é que seu êxito, ainda que em condições adversas e parciais, terminou por, ao transformá-la em política pública, reduzir a capacidade de ruptura, inovação e construção de uma nova correlação de forças desde a sociedade civil organizada. Em outras palavras, *o instituído se impôs ao instituinte*, reduzindo o caráter libertário e transformador da reforma. (Fleury, 2009: 751, destaques meus)

É interessante notar que a expressão de Fleury – *o instituído se impôs ao instituinte* – faz menção à supremacia do que chama de processo de institucionalização (Fleury, 2009) da reforma, ou seja, da preocupação premente nas reformas do aparelho do Estado e da formulação de políticas que poderiam garanti-la. É a mesma preocupação de Paim (2008: 271) ao afirmar que a reforma ia ficando “cada vez mais administrativa e menos sanitária”, e também de Bahia (2009) ao convocar para a análise dos fatos: a promessa de universalização proposta na criação do SUS foi sendo mitigada, ao passo que a estratificação e a segmentação do direito à saúde foram sendo paulatinamente subsidiadas pelo Estado que – paradoxalmente – deveria servir de instrumento para universalizá-lo.

É diante dessa questão que nos propomos a observar criticamente o que aconteceu no interior do bloco reformador, que contribuiu para que os horizontes de mudança da RSB fossem cada vez mais rebaixados, a fim de concordar com Paim (2008) de que a Reforma Sanitária acabou constituindo-se num processo de revolução passiva. O próprio autor já chamava a atenção de que haviam evidências de uma menor ênfase na trincheira sociocomunitária de construção da RSB (Paim, 2008: 277). Somem-se as observações de Bahia e Teixeira:

Houve um deslocamento das bases de sustentação política do movimento sanitário. Após a Constituição, os gestores representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde assumiram o protagonismo da defesa do SUS. A adoção de uma agenda pragmática por parte de um movimento sanitário ampliado e institucionalizado, no contexto da expansão do neoliberalismo e fragmentação do corporativismo, logrou neutralizar diversas tentativas contrárias ao SUS mas não deteve a implosão da concepção constitucional de Seguridade Social. (Bahia, 2009: 757, destaques meus)

Em outras palavras, o êxito da reforma como fruto das lutas deste ator político, movimento sanitário, vai gerar, contraditoriamente, a superação deste caráter de movimento vindo da sociedade civil como crítica ao Estado, em direção a atores políticos que são parte da institucionalidade estatal, tais como os secretários municipais e estaduais de saúde, os promotores públicos, a burocracia reformadora. (Fleury, 2009: 750, destaques meus)

As autoras afirmam que esse deslocamento de base social ocorrido no seio do movimento sanitário cumpriu papel central na adoção de uma agenda cada vez mais pragmática, isolada da agenda geral da seguridade social e, ao fim e ao cabo, contribuíram para o rebaixamento dos horizontes de mudança originais. Entretanto, em lugar de afirmar que houve um deslocamento de base social, interpretamos o fenômeno com uma mudança na força dirigente do bloco reformador. Essa mudança, tal como demonstramos anteriormente, está completamente imbricada com a não solução do dilema reformista e é consequência direta da leitura estratégica informada pela tese da *democracia como valor universal*. Para elucidar essa formulação, vejamos como Gramsci trabalha o conceito de força dirigente:

Um terceiro momento é aquele em que se adquire a consciência de que os próprios interesses corporativos, em seu desenvolvimento atual e futuro, superam o círculo corporativo, de grupo meramente econômico, e podem e devem tornar-se os interesses de outros grupos subordinados. Esta é a fase mais estritamente política, que assinala a passagem nítida da estrutura para a esfera das superestruturas complexas; é a fase em que as ideologias geradas anteriormente se transformam em “partido”, entram em confrontação e lutam até que uma delas, ou pelo menos uma única combinação delas, tende a prevalecer, a se impor, a se irradiar por toda a área social, determinando além da unicidade dos fins econômicos e políticos, também a unidade intelectual e moral, pondo todas as questões em torno das quais ferve a luta não no plano corporativo, mas num plano “universal”, criando assim a hegemonia de um grupo social fundamental sobre uma série de grupos subordinados. (Gramsci apud Coutinho, 2011: 252, destaques meus)

Gramsci, nessas passagens, revela quando os interesses de determinada força política superam o seu momento meramente “econômico-corporativo” e atingem o nível das superestruturas; nesse estágio conseguem elaborar um programa que unifique a classe em fins políticos, econômicos, intelectuais e morais, criando assim hegemonia sobre os demais grupos sociais e tornando-se força dirigente do bloco histórico. Ao discutir o problema da direção política na formação do Estado italiano, vemos em Gramsci:

O critério metodológico sobre o qual se deve basear o próprio exame é este: a supremacia de um grupo social se manifesta de dois modos, como “domínio” e como “direção intelectual e moral”. Um grupo social domina os grupos adversários, que visa a “liquidar” ou a submeter inclusive com a força armada, e dirige os grupos afins e aliados. (Gramsci, 2002: 62, destaques meus)

Diante dessa exposição fica evidente nossa conclusão: antes do processo Constituinte e da instituição da Reforma Sanitária nos marcos legais do Estado brasileiro, a direção política do processo da Reforma Sanitária estava sob o partido sanitário, que conseguia fazer um programa unificador do conjunto do movimento sanitário. Após o *instituído* tomar forma, além da desagregação do bloco que se observará nos anos 1990, a força que passa a representar o *interesse geral* são os *policy makers*, ou seja, os secretários de Saúde, em nível estadual e municipal, além da tecnocracia progressista por vezes instalada no nível central. Se antes da Constituinte o partido sanitário demonstrou capacidade de influência nos debates ocorridos na sociedade e articulação com

parlamentares, ampliando sua governabilidade, depois dele o ator político do bloco que deterá maior governabilidade sobre os rumos do SUS serão os gestores organizados coletivamente no Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e no próprio Ministério da Saúde.

Entretanto, o lugar que a nova força dirigente do movimento sanitário realmente existente ocupa é pleno de contradições. Tais atores políticos só se constituem como tal por ocuparem lugares *no interior* do Estado, fazendo deles também agentes da hegemonia, ou, em outras palavras, agentes da revolução passiva. Importante salientar que falamos de um ator político não monolítico, com diversos graus de entendimentos sobre o direito à saúde e de clareza dos projetos do SUS. Além disso, são premidos a todo o momento pela *realpolitik* e a necessidade da construção concreta no dia a dia do SUS, forçando-os a um horizonte mais pragmático, ou seja, mais moderado. Dessa forma, nos parece que a direção do bloco reformador da RSB passou para uma força mais moderada dentro do próprio bloco, o que certamente contribuiu para o processo de revolução passiva identificado por Paim: “as condições concretas em que a RSB foi implantada reduziram a sua práxis a uma reforma parcial setorial, ilustrando algumas das consequências da revolução passiva” (Paim, 2008: 300); e “independentemente do jacobinismo de parte de seus autores, dominou a Revolução Passiva brasileira, onde a dialética do conservar-mudando parece continuar imperando” (Paim, 2008: 303).

Gramsci afirma que a direção dos moderados no processo do *Risorgimento* italiano foi fundamental para que o processo de revolução passiva se desse “sem o terror”,¹¹ ou como “revolução sem revolução” (Gramsci, 2002: 63). É nesse sentido que afirmamos que o refluxo do movimento sanitário e o deslocamento

¹¹ O autor descreve o processo do termidor francês e a posterior restauração por Napoleão também como um processo geral de “Revolução-Restauração”, ou revolução passiva. No caso francês, a direção do bloco histórico (a força dirigente) estava com os jacobinos, uma força radical que conseguiu se impor como representante de todo o bloco, fazendo que suas ideias representassem as ideias gerais do bloco. Por este motivo, pela Força dirigente no interior do bloco ter sido a força mais radical, chegou o bloco em seu conjunto a dirigir um processo revolucionário com mudanças profundas. Diferentemente da França, na Itália quem dirigiu o bloco transformador desde sempre foi a fração moderada, ficando o Partido da Ação (de Garibaldi) em condição subalterna. A direção dos moderados na Itália foi fundamental para que houvesse transformismos e que se completassem as mudanças pelo alto, dentro do processo de revolução passiva.

de sua força dirigente contribuíram para completar o processo de revolução passiva no setor, isto é, o caminho do projeto original da Reforma Sanitária, ao SUS possível, o SUS que vimos ao longo do tempo ser construído como produto final das correlações de força e embates de projetos políticos divergentes, contraditório, rebaixado e precarizado. Esse SUS possível, é completamente aprisionado pela lógica de acumulação do capital privado, desde seu nascedouro. A ampliação dos subsistemas público e privado, que ocorreu paralelamente depois da Constituinte de 1988, guarda relações não apenas com as políticas domésticas, mas com a dominação global do capital portador de juros.

O Minotauro da Saúde

Com a retomada das bases históricas e teóricas do movimento da Reforma Sanitária objetivamos elucidar quais as estratégias políticas adotadas pelos principais atores do processo reformador no setor Saúde. Entretanto é preciso chamar a atenção para as condições concretas que a luta política impôs aos mesmos processos reformadores.

O SUS nasce sob a hegemonia do touro de Wall Street, ou seja, a hegemonia da finança capitalista e do capital portador de juros. Para Saes (2001: 59) o tratamento dado pelos sucessivos governos brasileiros dos anos 1980 (inclusive o da Nova República) à questão da dívida externa permitiu detectar a preponderância política persistente do capital bancário, na medida em que implicou a aceitação de elevado patamar a que se alçaram os juros internacionais e internos. O autor argumenta que já há uma clara hegemonia da fração bancário-financeira no bloco do poder que dirigiu o Estado brasileiro desde os pós-1964. Apenas nos governos Lula-Dilma (2003-2015) haverá uma mudança na direção desse bloco, conforme Boito Jr. e Berringer (2013).

O que nos interessa no momento é tornar claro: a hegemonia da fração bancário-financeira no Estado brasileiro condicionou as possibilidades de construção das políticas sociais como um todo. São diversos os autores do campo da saúde coletiva que atestam esses constrangimentos, como Mendes:

De forma bem diferente do que foi realizado no período em que a proteção social do Estado de Bem-Estar Social europeu e americano se desenvolveu, não era mais o capital industrial que liderava o movimento do capital. Principalmente, a partir dos anos 1980, percebe-se o ressurgimento do

capital portador de juros, de forma duradoura, e ele passa a determinar as relações econômicas e sociais do capitalismo contemporâneo. (Mendes, 2012: 70)

Se aceitamos a tese de que a hegemonia do capital portador de juros resultou num constrangimento para a futura formulação de políticas públicas, como ela se expressou *de fato* no mundo real da luta política? Primeiramente é importante retomar que o conceito de hegemonia em Gramsci significa um equilíbrio dinâmico entre dominação e direção, e por direção devemos entender a capacidade ideológica de conquistar – ou impor – o consenso (Anderson, 2006). Se nos beneficiarmos do argumento de Saes (2001), é possível dizer que essa hegemonia já estava expressa tanto em políticas econômicas no período pré-1987/1988 quanto durante o próprio processo da Assembleia Nacional Constituinte, mesmo assumindo o fato de que precisou ceder na negociação em torno dos marcos legais que construíram a nova Carta Magna, diante de um cenário de afluxo do movimento de massas e de renovação de esperanças democráticas na sociedade. Contudo, no setor Saúde observa-se uma clara demonstração desta hegemonia, com a interdição do debate sobre o financiamento do SUS. Tendo o Estado brasileiro já sido capturado pelo touro de bronze, o bloco conservador da Constituinte obstruiu este debate, o que pode ser considerado um marco para o futuro do SUS, como explicitou Arouca:

Em outubro de 88, a análise de Sergio Arouca era visionária, mostrou o Proposta: se não fosse assegurado o financiamento necessário ao novo sistema com uma reforma tributária que garantisse a descentralização financeira para estados e municípios, dizia, “toda a Reforma Sanitária correria o risco de vencer nas afirmações de princípio e perder nas possibilidades materiais de sua implantação”. E previa: “A luta no campo da ordem econômica deve ser considerada aberta para futuros enfrentamentos”. O mesmo, antecipou, ocorreria em relação à derrota sofrida “na questão social mais ampla, a da Reforma Agrária”. (De Lavor *et al.*, 2008, destaques meus)

Esse foi o produto final do confronto direto das relações de força no período, uma Constituição bastante avançada em termos de direitos assegurados pelos marcos legais – em que pese a derrota no financiamento com a indefinição do montante de recurso para o SUS no orçamento da seguridade social – num contexto de hegemonia do capital financeiro. O Estado

social almejado no Brasil havia se tornado concreto na letra da lei, e bastaria agora tomar forma no mundo real, desafiando a hegemonia da finança. Nos anos que se seguiram à Assembleia Nacional Constituinte se pôde constatar a manutenção da hegemonia do capital financeiro no Brasil, evidenciada pelas políticas econômicas dos governos Collor, Itamar e Fernando Henrique. Entretanto, vivia-se um momento novo no país, pois a reconquista da democracia e do sufrágio universal colocou um novo problema para o bloco no poder: para a manutenção do consenso dos governados era necessário algum avanço na construção de políticas públicas e na melhoria do nível de vida, uma vez que naquele momento o expediente da coerção não poderia mais ser utilizado como no período do regime civil-militar.

Neste ponto se faz importante resgatar que as três tendências descritas por Rodriguez Neto (2003) – conservadora, modernizante privatista e racionalizadora – eram na verdade agendas políticas¹² de frações que disputavam a hegemonia no setor Saúde. Diante da crise fiscal do Estado nos anos 1980 e com a crise da previdência, as propostas racionalizadoras ganharam fôlego por apresentar uma possível saída para a crise fiscal, contribuindo também para revolver a crise de legitimidade do Estado, apontada por Oliveira (2007). A grande derrotada no período da transição democrática foi a tendência conservadora, que teve de se adequar a uma relação de tipo diferente com o Estado após a Constituinte. No entanto, os hospitais privados e os médicos liberais não perderam todas as posições de força que detinham antes do SUS, afinal na própria Constituição se afirma – contraditoriamente – que a saúde, apesar de direito, é livre à iniciativa privada, em caráter complementar. Além disso, como garantir integralidade e universalidade no acesso sem a iniciativa privada uma vez que a expansão de equipamentos públicos era sistematicamente limitada pela política econômica e pelo subfinanciamento do SUS? Estavam dadas as condições para a expansão paralela dos subsistemas público e privado nos anos seguintes.

A expansão paralela dos subsistemas público e privado é tratada na literatura da saúde coletiva muitas vezes pela expressão *mix público e privado*,

¹² Segundo Rodriguez Neto (2003), a proposta racionalizadora era a agenda do movimento sanitário; a proposta conservadora a agenda do setor hospitalar privado e dos médicos liberais; e a proposta modernizante era a dos planos privados de saúde.

como em Viana e colaboradores (2013), Menicucci (2011) e Ocké-Reis (2012). Entretanto retomamos a observação de Campos (2007) de 1988 quando alertava que a estratégia desenvolvida no seio da RSB afastava das classes populares e dos trabalhadores organizados, dava ênfase às mudanças na arquitetura administrativa que dariam origem ao SUS e subestimava o lugar do setor privado no novo sistema e a disputa que travaria no futuro. O autor advertia que esse processo contribuiria para o surgimento de um sistema de saúde que na verdade serviria para ampliar as bases de reprodução do capital no setor, construindo assim um modelo de expansão do sistema de saúde contraditório – o minotauro da Saúde, como denominamos.

Nos anos dos governos petistas, de 2003 a 2016, houve mudanças importantes e disputas no interior do bloco do poder.¹³ Uma vez que não podemos nos alongar neste debate, marcamos a compreensão que houve de fato a conformação da frente neodesenvolvimentista, que atendia majoritariamente aos interesses da chamada burguesia interna, entretanto tal frente só foi possível por iniciativa do Executivo federal, ao condensar um conjunto de interesses e arbitrar conflitos.

No que tange à política de Saúde, tal período (2003) iniciou-se como esperança de oportunidade histórica de consolidação do SUS e de reorientação do modelo de atenção, como afirmam Teixeira e Solla (2005), e termina aparentemente em 2016 como um período que trouxe avanços para o direito à saúde dentro de uma agenda contraditória. Para Viana e colaboradores (2013) houve uma retomada da valorização do Estado – em relação ao período neoliberal –, porém sob um modelo de articulação entre o econômico e o social que conferiu pouco espaço às políticas sociais universais. Sobre a questão da participação privada e sua relação com o SUS, Viana e colaboradores afirmam:

Assim, se alastrou outro processo, o da intensa participação privada na assistência à saúde, de diversas formas: na oferta de serviços; na oferta e incorporação (muitas vezes acrítica) de tecnologias de ponta para todos os tipos de procedimentos médicos; na intermediação financeira no mercado de saúde; no estímulo à constituição de grandes grupos capitalistas de caráter multinacional na área, envolvendo serviços, finanças e indústria. Essa expansão privada teve forte financiamento e subsidio estatal, o que

¹³ Para melhor discussão acerca do tema, sugere-se Boito Jr. e Berringer (2013) e Teixeira e Pinto (2012).

explica, em parte, o fato de o gasto privado ser maior que o gasto público em saúde no Brasil. Explica, também, a existência de um mercado de saúde de natureza privada operando dentro e fora do SUS. (Viana *et al.*, 2013: 183, destaques meus)

Como o neodesenvolvimentismo compreende em si a ativação de um mercado interno de massas, nada mais coerente do que incentivar – com uso dos bancos públicos de fomento¹⁴ – não apenas a expansão do mercado privado de saúde, mas ampliar as bases dos incentivos fiscais que subsidiam os planos de saúde e a rede filantrópica. Compreendemos que as expansões do setor Saúde e do avanço do direito à saúde, nos marcos do neodesenvolvimentismo, ocorreram de forma paradoxal, condicionadas pela própria máxima neodesenvolvimentista de ser o “desenvolvimentismo possível nos marcos do neoliberalismo”, uma vez que também houve uma expansão relevante dos equipamentos públicos de saúde no período. Esse modelo de expansão contraditório toma corpo em declarações como a do ex-ministro Alexandre Padilha, quando afirma que a saúde devia ser entendida dentro da agenda do desenvolvimento.¹⁵ Sobre o padrão de desenvolvimento da política pública de saúde, expõe Viana e colaboradores (2013):

Nesse novo padrão de desenvolvimento, a política social não foi direcionada para fincar as bases do Estado Social, com a finalidade de criar uma sociedade de iguais, protegida das forças do mercado; ela foi direcionada para operar políticas focalizadas de combate à desigualdade da forma mais rápida e impactante possível no consumo das famílias. (Viana *et al.*, 2013: 183)

Concordamos que as políticas de saúde do período neodesenvolvimentista careceram de alcance mais estrutural, muitas vezes focadas no combate em curto prazo às desigualdades. Entretanto, divergimos no ponto em que se afirma que o Estado social sem recursos desmorona ou é ativamente desmantelado (Viana *et al.*, 2013). Em nosso entendimento o Estado social no Brasil não desmoronou: ele nunca existiu. Existir nos marcos legais não garante uma

¹⁴ O BNDES serviu de instrumento de fomento à expansão de cooperativas médicas, como a Unimed (Duarte, 2013).

¹⁵ O discurso de posse de Alexandre Padilha se configura como peça-chave para a compreensão da saúde no âmbito do neodesenvolvimentismo (Padilha, 2011).

existência no mundo real.¹⁶ O que houve foram políticas públicas que realmente mudaram a vida das pessoas, mas que, por conta dos condicionantes políticos e econômicos, tiveram alcance muito menor do que os ideários do Estado social retardatário brasileiro, como caracteriza Mendes (2012).

Nossa segunda divergência diz respeito ao fato de a exploração capitalista continuar assentada no trabalho, e não em uma pretensa exploração dos consumidores. Explorar os consumidores e induzir a demanda fazem parte da agenda capitalista desde Keynes no pós-guerra, e mesmo em tempos de dominância financeira a exploração do trabalho continua sendo lastro fundamental para o regime geral de acumulação, pois as *commodities* vendidas nos mercados futuros das bolsas de valores dependem da exploração dos trabalhadores da agricultura, para ficar num único exemplo.

Outro elemento importante que caracteriza o período neodesenvolvimentista e sua relação com a saúde é a abertura ao capital estrangeiro por meio do projeto de lei de conversão n. 18/2014, sancionado pela presidenta Dilma Rousseff e defendido pelo então ministro da Saúde Arthur Chioro. Tal proposta, amplamente combatida pelo movimento sanitário (Cebes, 2015), era considerada mais um passo para o aprofundamento da segmentação do direito à saúde no Brasil, como afirma Silva (2015).

Como vimos anteriormente, é a esse modelo de expansão contraditório, público e privado ao mesmo tempo, com o público em dependência crescente do privado e com o privado se servindo do público para manter suas taxas de lucro e sua expansão, que chamamos de minotauro da Saúde no Brasil. Esse modelo tem suas raízes no subfinanciamento do sistema público e nas derrotas na Constituinte que mantiveram a relação contraditória com o setor privado de Saúde, que ao longo do tempo se alimentou dos recursos públicos.

Do ponto de vista das despesas em ações e serviços de saúde do Ministério da Saúde, sua participação em relação ao PIB se manteve no mesmo patamar de 1,7% do PIB, entre 1995 a 2014. Por sua vez, quando se compara o gasto público total com saúde (União, estados e municípios)

¹⁶ Assim como Moraes (2001) usa o termo *demorex* para evidenciar a democracia realmente existente da democracia imaginada e escrita nos termos da lei, valeria o paralelo para o Estado social realmente existente.

e o gasto privado em relação ao PIB, no mesmo período, verifica-se a intensidade do crescimento do segundo em relação ao primeiro. Para se ter uma ideia, torna-se importante decompor essa comparação ao longo dos anos 1990 e 2000. Vejamos: em 1993, o gasto público foi de 2,8% do PIB e o privado de 1,4% do PIB; em 2002, ambos cresceram, sendo 3,2% e 3,9%, respectivamente. Nota-se que o gasto privado ultrapassa o público em relação ao PIB, especialmente nos governos do FHC. Em 2014, o gasto público correspondeu a 3,9% do PIB e o gasto privado a 4,2% do PIB. Fica evidente o aumento mais significativo do gasto privado no decorrer dos anos de existência do SUS.¹⁷

Em consonância com uma desresponsabilização crescente da esfera federal no financiamento, se percebe um aumento progressivo da participação dos municípios, que representavam 19,1%% do total dos gastos públicos em 1995, passando para 30,7% em 2014 (Mendes & Funcia, 2016). De 2003 a 2014, que corresponde ao chamado período neodesenvolvimentista, a participação federal no total de gastos públicos cai de 51,1% para 42,7%, ao passo que os municípios continuam a aumentar sua participação de 25,9% para 30,7% (Mendes & Funcia, 2016). Esses números apenas evidenciam aquilo que vínhamos afirmando anteriormente: tanto no período de hegemonia neoliberal quanto na hegemonia neodesenvolvimentista, não houve um aumento do peso da política social de caráter universalista no conjunto das políticas públicas. O que percebemos é que houve um desmonte da ideia – e do orçamento – da seguridade social (Viana, 2012), e mesmo nos “tempos áureos” de expansão econômica e estratégias de redistribuição de renda, as políticas sociais mantinham caráter mitigatório e focalizado (Cohn, 2005). É diante desse cenário que autores como Menicucci (2011) afirmam que a estratégia dos governos de impedir o financiamento adequado para o SUS se conformou numa estratégia de inviabilização sistêmica.

É importante, nesta altura, correlacionar esses dados com a política e relações de classe, afinal, a simples análise dos dados pode fazer o leitor recair na falsa ideia de que seria apenas um ato de vontade do presidente de plantão fazer que o orçamento da saúde e sua participação em relação ao PIB

¹⁷ Ver Levi e Mendes (2015).

aumentassem. A grande questão é que é no âmbito do Executivo federal se travam os grandes embates da luta de classes.¹⁸ Saes (2001) afirma, inclusive, que as classes dominantes tentam blindar o nível central de governo do interesse dos cidadãos comuns, levando-os a se preocuparem sempre mais com questões locais do que questões nacionais, tornando os grandes temas da luta de classes no interior do Estado questões inalcançáveis para a maioria da população. Isso quer dizer que as mudanças no nível central dos governos não são produto de uma mera manifestação de vontade: elas dependem das disputas por hegemonia no interior do bloco no poder, da correlação de forças entre as classes fundamentais internas e internacionais. Uma vez que afirmamos que o SUS teve toda sua trajetória marcada pela hegemonia do capital portador de juros e um curto período pela hegemonia da burguesia interna (que não rompeu com o capital financeiro), consegue-se apreender os motivos pelos quais todos os governos da Nova República (Collor, Itamar, FHC, Lula e Dilma) não lograram aumentar a participação federal no total dos gastos públicos.

Enquanto o setor público sofria as consequências das disputas no interior do Estado, o setor privado continuava seu ritmo de crescimento acelerado, financiado por renúncias fiscais vultosas. Tais renúncias – afirma Mendes (2012) – que foram da ordem de 7,8 bilhões de reais em 2007, alcançaram o patamar de 12,4 bilhões de reais em 2010, representando naquele ano 30,6% do gasto público federal (Ocké-Reis, 2012).

Esse é o quadro necessário para a compreensão dos motivos pelos quais o subsistema público nunca conseguiu sobrepujar o subsistema privado em termos de capacidade instalada. Menicucci (2011) afirma que em 1999 apenas 29,6% do total de leitos hospitalares eram públicos. Dados mais recentes (Santos *et al.*, 2016) dão conta de que, dos 430 mil leitos atualmente disponíveis no país, 68% são disponibilizados para o SUS (rede privada conveniada *mais* rede própria do SUS) e 32% não (hospitais privados não credenciados). Desse total de leitos, 37.968 são de UTI, sendo 50,3% destinados ao SUS e 49,7% não. Considerando que, como apontam Paim e colaboradores (2011), apenas 31,9% da rede hospitalar em 2010 era própria do SUS,

¹⁸ Nas democracias estabelecidas a luta de classes real fica “por detrás das cortinas”, e são os embates em torno do orçamento que estão no “palco” como diria Singer (2012).

podemos intuir que a participação da rede privada credenciada ao SUS seja significativa. Além disso, das vinte mil unidades de saúde de Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica (SADT) atualmente existentes no país, 92% pertence à rede privada com fins lucrativos. Os dados são contundentes: em 2010 apenas 28,4% dos mamógrafos se encontravam na rede SUS, apenas 24,1% dos tomógrafos e apenas 13,5% dos equipamentos de ressonância magnética (Paim *et al.*, 2011).

Por meio dos dados apresentados anteriormente conclui-se que o setor privado da saúde, que cresceu e continua crescendo com a ajuda dos fundos públicos, sempre deteve maior capacidade instalada que o setor público e vem mantendo um patamar de gasto *per capita* – para seus atuais cinquenta milhões de usuários – muito acima do setor público, para uma clientela bastante reduzida. Além disto torna o setor público refém de seu regime de acumulação ao deter a maioria dos equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico, fazendo com que parte expressiva dos gastos públicos entrem na conta do setor privado, elevando seus lucros. Com a recente abertura ao investimento estrangeiro, o setor privado estará cada vez mais internacionalizado e influenciado pela lógica geral de acumulação financeira.

A resultante histórica de vetores que partiram do movimento sanitário, do Estado, do setor privado da saúde e da sociedade conforma o sistema de saúde no qual o público parece ser complementar ao privado – o minotauro da Saúde, que devorará os sonhos humanos de um direito pleno à saúde enquanto reinar em seu labirinto.

Conclusão

A Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88, em que pese ter consolidado um texto legal com importantes conquistas, não criou o Estado social no Brasil. Carlos Drummond de Andrade (1945) nos lembraria que “os lírios não nascem das leis” e foi isso que tentamos demonstrar.

Este capítulo resgata as contribuições da literatura marxista para uma análise da realidade e tenta demonstrar sua atualidade histórica. A opção por Gramsci se deu não apenas por sua influência no campo da saúde coletiva e na formulação de estratégias da RSB, mas, sobretudo, porque sua interpretação

hegemônica em solo brasileiro foi bastante influenciada pela crise da esquerda europeia no pós-guerra e lateralmente por uma exitosa operação ideológica em nível global que totalizava a democracia burguesa como único horizonte possível na modernidade, numa verdadeira armadilha hegeliana. Demonstramos a vitalidade das categorias de análise de Gramsci aplicadas a processos históricos recentes, evidenciando as razões pelas quais não se pode imputar a seu arcabouço teórico a opção pela chamada via pacífica.

Tais conceitos informaram o corpo teórico desenvolvido pela Reforma Sanitária, como suas leituras sobre o Estado, a democracia e as estratégias políticas possíveis. Entretanto, conforme demonstramos, a formulação hegemônica não passou sem críticas mesmo nos anos 1980, pois alguns intelectuais, como Campos (2007) e Gallo e colaboradores (1988), já alertavam que a práxis política do movimento sanitário poderia ser responsável pelo seu fracasso.

A demarcação da estratégia de guerra de posição – e uma leitura equivocada do conceito de hegemonia – acentuou o *momento do consenso* pelo movimento da Reforma Sanitária, ou seja, a tentativa de ampliar o convencimento de mais camadas da tecnocracia e dos *policy makers* para propostas de cunho racionalizador que apontariam para a construção da saúde como direito. Entretanto, a história concreta da formação do SUS torna evidente que havia um limite para esse tipo de estratégia: a oposição a projetos políticos ligados à manutenção do poder das classes dominantes, a blindagem do núcleo central de poder do Estado que determina que a política econômica esteja submetida ao regime de acumulação do capital financeiro e a firme hegemonia (dominação e direção) das classes dominantes sobre o aparelho do Estado e sobre os aparelhos privados de hegemonia (jornais, canais de televisão, igrejas, associações da sociedade civil etc.).

Em nosso entendimento os equívocos teóricos (e conseqüentemente políticos) guardam relação com o distanciamento do movimento da Reforma Sanitária dos movimentos organizados da classe trabalhadora, influenciando sua prática política e contribuindo para seu encastelamento no período posterior à Assembleia Nacional Constituinte no âmbito das academias. O abismo entre o movimento sanitário – e seus representantes oficiais como o Fórum da Reforma Sanitária – e os setores da classe trabalhadora organizada foi sendo

gradativamente ampliado ao longo dos anos, desagregando o bloco progressista no setor Saúde, que parecia guardar suas esperanças de mudança por meio de um controle social cada vez mais burocratizado e rebaixado. O afastamento foi fundamental para o que chamamos de mudança na força dirigente do bloco reformador na Saúde, com a ascensão dos gestores do SUS – secretários, técnicos do Ministério etc. – como a força política que dirigia as ações da agenda concreta da Reforma Sanitária, ou o que restou dela. Mesmo com a louvável iniciativa nos primeiros anos de manter ativa a Plenária da Saúde e a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, foram os gestores que tomaram para si a agenda concreta, premidos pelo pragmatismo e pelas limitações macropolíticas e macroeconômicas.

O horizonte de transformação se restringiu cada vez mais à democracia realmente existente, e com isso se exultaram experiências municipais como inspiradoras do SUS que poderia dar certo. Infelizmente, a história mostrou que tais experiências foram exceções que confirmaram outra regra. O que ficou evidente é que a somatória desses elementos fez da RSB também um processo de revolução passiva em termos gramscianos, como retoma Paim (2008).

Enquanto o Bloco progressista diminuía sua marcha por seus próprios problemas e pelos limites impostos pelas estruturas do Estado brasileiro e seu regime de dominação de classe, o subsistema privado avançava a galope. Utilizamos a figura mitológica do minotauro da Saúde com o objetivo de chamar a atenção para o aprisionamento a que o SUS está submetido, tendo que conviver no mesmo corpo com um sistema privado que o subjuga, o sitia, e que recebe bilhões de recursos públicos em forma de renúncia fiscal, disputando a base social que poderia servir de força motriz para mudanças mais profundas no sistema. Além disso, o setor privado é caracterizado por um regime de acumulação altamente capital intensivo, com incorporação tecnológica acrítica e dirigida pelos interesses do complexo médico-industrial, constroem uma ideologia de consumo de saúde que ajuda a interditar qualquer disputa de reorientação de modelo de saúde e enfraquecimento do paradigma biomédico. A figura do minotauro sugere a indissociabilidade das questões público-privadas.

Escamotear e subestimar a luta de classes e ignorar que projetos de sociedade radicalmente opostos não se resolvem com o consenso foram causas

condicionantes das chamadas *promessas não cumpridas* da Reforma Sanitária, como diria Paim (2008). Na busca por afirmar que a via de transição para outra sociedade – justa e igualitária – seria uma via democrática e pacífica, os defensores desta tese ignoram um dado histórico concreto: a esquerda nunca negou a possibilidade de passar a outra sociedade pela via democrática, quem sempre negou este caminho foi a direita com seus sucessivos golpes militares – e agora parlamentares – como nos recordaria Moraes (2001). A experiência chilena deve ser retomada para iluminar esta análise, pois no momento decisivo foi o elemento *força*, e não o *consenso*, que definiu os rumos da história.

Acentuar a necessidade da construção de força social como base para um projeto transformador do alcance do projeto original da RSB nada mais é do que preparar-se para a passagem da *revolução dentro da ordem* para a *revolução contra a ordem*, nos termos de Fernandes (1981). Se o que se pretende é um sistema de saúde público, gratuito, universal e equânime, há de se esperar resistência por parte do minotauro.

Referências

- AMORIM, L. Compra da Amil saiu cara para a United Health. *Exame*. São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/revista-exame/compra-da-amil-saiu-cara-para-a-united-health/>>. Acesso em: 19 out. 2016.
- ANDERSON, P. As Antinomias de Gramsci. In: ANDERSON, P. et al. *Crítica Marxista: a estratégia revolucionária na atualidade*. São Paulo: Joruês, 1986.
- ANDERSON, P. Força e consenso. In: SADER, E. *Contragolpes: seleção de artigos da New Left Review*. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2006.
- BAHIA, L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. *Saúde e Sociedade*, 14(2): 9-30, 2005.
- BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3): 753-762, 2009.
- BEHRING, E. R. Crise do capital, fundo público e valor. In: BOSCHETTI, I. et al. *Capitalismo em Crise, Política Social e Direitos*. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- BERLINGUER, G. A Reforma Sanitária na Itália. *Jornal Proposta/ Jornal do Radis*. Rio de Janeiro, ano 1, mar. 1987. Encarte especial, p. 7-10.
- BIANCHI, Á. *O Laboratório de Gramsci*. São Paulo: Alameda, 2008.

- BOITO JR., A. & BERRINGER, T. Brasil: classes sociais, neodesenvolvimentismo e política externa nos governos Lula e Dilma. *Revista Sociologia e Política*, 47, 2013.
- BOSCHETTI, I. Os custos da crise para a política social. In: BOSCHETTI, I. et al. *Capitalismo em Crise, Política Social e Direitos*. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- BRAVO, M. I. S. & MATOS, M. C. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S. & PEREIRA, P. P. A. (Orgs.). *Política Social e Democracia*. 5. ed. Rio de Janeiro: Cortez, 2012.
- BRAZ, M. *Carlos Nelson Coutinho e a renovação do marxismo no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012.
- CAMPOS, G. W. A Reforma Sanitária necessária. In: TEIXEIRA, F.; BAHIA, L. & AMARANTE, P. *Saúde em Debate: fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2007.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). Movimento Sanitário reage ao capital estrangeiro na atenção à saúde. *CEBES*, 2015. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2015/01/movimento-sanitario-reage-ao-capital-estrangeiro-na-atencao-a-saude/>>. Acesso em: 30 out. 2016.
- COHN, A. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. T. et al. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- COUTINHO, C. N. A Democracia como valor universal. In: SILVEIRA, Ê. *Encontros com a Civilização Brasileira*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.
- COUTINHO, C. N. Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia. In: TEIXEIRA, S. F. *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989.
- COUTINHO, C. N. Gramsci no Brasil. In: MORAES, J. Q. D. *História do Marxismo no Brasil*. v. 4. 2. ed. Campinas: Editora Unicamp, 2007.
- COUTINHO, C. N. *O Leitor de Gramsci*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.
- DE LAVOR, A. et al. A saúde em construção. *Radis*. Rio de Janeiro, ago. 2008, v. 72. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_72.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2016.
- DUARTE, J. BNDES financia expansão da Unimed-BH. *Diário do Comércio*, 2013. Disponível em: <www.diariodocomercio.com.br/noticia.php?tit=bndes_financia_expansao_da_unimed-bh&cid=7251>. Acesso em: 30 out. 2016.
- FERNANDES, F. *O Que é Revolução?* 1. ed. Brasília: Brasiliense, 1981.
- FLEURY, S. “O dilema reformista”, segundo Sonia Fleury. Reforçar a luta ideológica para não perder os objetivos da Reforma. *Jornal Proposta/Jornal do Radis*. Rio de Janeiro, n. 11, p. 5, jul./ago. 1988.
- FLEURY, S. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: FLEURY, S. (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1989.
- FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3): 743-752, 2009.
- GALLO, E. et al. Reforma Sanitária: uma análise de viabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 4(4): 414-419, 1988.

- GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. 1. ed. v. 3. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- GUIMARÃES, S. P. Impeachment, golpe de Estado e ditadura de 'mercado'. In: BELLUZZO, L. G. D. M. & BASTOS, P. Z. *Austeridade para Quem? Balanço e perspectivas do governo Dilma*. 1. ed. São Paulo: Carta Maior; Friederich Ebert Stiftung, 2015.
- HOUTART, F. América Latina sob o jugo do capital. In: PRONER, C. et al. *A Resistência ao Golpe de 2016*. 1. ed. Bauru: Canal 6, 2016.
- LEVI, M. L. & MENDES, A. Gasto Total com Saúde no Brasil: a importância e o esforço de medi-lo. *Domingueira do Idisa*, 8, 2015.
- LÉVY, D. et al. *A Finança Capitalista*. 1. ed. São Paulo: Alameda Casa Editorial, 2010.
- MACCIOCCHI, M.-A. *A Favor de Gramsci*. 2. ed. Trad. Angelina Peralva. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
- MENDES, A. & FUNCIA, F. O SUS e seu financiamento. In: MARQUES, R. M. et al. (Orgs.). *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. v. 1. Brasília: Abres, Ministério da Saúde, Opas, 2016.
- MENDES, Á. N. *Tempos Turbulentos na Saúde Pública Brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado*. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.
- MENICUCCI, T. M. G. A Reforma Sanitária Brasileira e as relações entre o público e o privado. In: SANTOS, N. R. & AMARANTE, P. D. D. C. (Orgs.). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. (Coleção Pensar em Saúde)
- MORAES, J. Q. D. Contra a canonização da democracia. *Crítica Marxista*. São Paulo, n. 12, p. 9-40, 2001.
- NETO, J. S. & SCRIVANO, R. Fundos de investimento miram setor de saúde. *O Globo*. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/economia/fundos-de-investimentos-miram-setor-de-saude-20091926>>. Acesso em: 19 out. 2016.
- OCKÉ-REIS, C. O. *SUS: o desafio de ser único*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- OLIVEIRA, F. D. Hegemonia às avessas. In: OLIVEIRA, F.; BRAGA, R. & RIZEK, C. *Hegemonia às Avessas*. 1. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2010.
- OLIVEIRA, J. D. A. Para uma Teoria da Reforma Sanitária: 'democracia progressiva' e políticas sociais. In: TEIXEIRA, S. F.; BAHIA, L. & AMARANTE, P. *Saúde em Debate: fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2007.
- OLIVEIRA, J. D. A. & TEIXEIRA, S. F. (IM) *Previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1989.
- PADILHA, A. Discurso de Posse Alexandre Padilha. *Site do Deputado Darcísio Perondi*, 2011. Disponível em: <<http://darcisioperondi.com.br/0301-discurso-de-posse-do-novo-ministro-da-saude-alexandre-padilha/>>. Acesso em: 30 out. 2016.
- PAIM, J. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. 1. ed. Salvador: Edufba, 2008.
- PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9.779): 1.778-1.797, 2011.
- POWER, T. J. *The Political Right in Postauthoritarian Brazil: elites, institutions and democratization*. Pensilvania: The Pennsylvania State University Press, 2000.

RODRIGUEZ NETO, E. Subsídios para definição de uma Política de Atenção à Saúde para um governo de transição democrática. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, 2003.

SAES, D. *República do Capital*. 1. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2001.

SANTOS, I. S. *et al.* Os recursos físicos de saúde no Brasil: texto para discussão n. 18. *Projeto Saúde Amanhã*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/09/PJSSaudeAmanha_Texto0018_2016_v03-1.pdf>. Acesso em: abr. 2018.

SILVA, T. H. D. S. Uma aposta nefasta: a segmentação do direito à saúde no Brasil. *Cebes*, 2015. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2015/07/uma-aposta-nefasta-a-segmentacao-do-direito-a-saude-no-brasil/>>. Acesso em: 30 out. 2016.

SIMIONATTO, I. *Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no serviço social*. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SINGER, A. *Os Sentidos do Lulismo: reforma gradual e pacto conservador*. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

SINGER, A. Cutucando onças com varas curtas: o ensaio desenvolvimentista no primeiro mandato de Dilma Rousseff (2011-2014). *Novos Estudos Revista do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – Cebrap*, 102: 39-67, 2015.

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3): 911-918, 2009.

TEIXEIRA, C. F. & SOLLA, J. P. Modelo de Atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N. T. *et al.* *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

TEIXEIRA, R. A. & PINTO, E. C. A economia política dos governos FHC, Lula e Dilma: dominância financeira, bloco no poder e desenvolvimento econômico. *Economia e Sociedade*, 21: 909-941, 2012.

VIANA, A. L. D. *et al.* O Sistema de saúde brasileiro: dilemas atuais. In: FONSECA, A. & FAGNANI, E. (Orgs.). *Políticas Sociais, Desenvolvimento e Cidadania: educação, seguridade social, pobreza, infraestrutura urbana e transição demográfica*. v. 2. 1. ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013.

VIANA, M. L. W. O silencioso desmonte da seguridade social no Brasil. In: BRAVO, M. I. S. & PEREIRA, P. A. P. (Orgs.). *Política Social e Democracia*. 5. ed. Rio de Janeiro: Cortez, 2012.

ZIZEK, S. *Alguém Disse Totalitarismo?* São Paulo: Boitempo Editorial, 2013.