UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE – UFF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA – PPGH
DOUTORADO EM HISTÓRIA

TIAGO SIQUEIRA REIS

Cebes, Abrasco e o público-privado na saúde pública brasileira (1976-2002)

Niterói
2022

Tiago Siqueira Reis

Cebes, Abrasco e o público-privado na saúde pública brasileira (1976-2002)

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal Fluminense como requisito para obtenção do título de Doutor em História.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Virginia Maria Gomes de Mattos Fontes
Coorientador: Prof. Dr. André Vianna Dantas (Fiocruz)

Niterói
2022

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG
Gerada com informações fornecidas pelo autor

R375c Reis, Tiago Siqueira
Cebes, Abrasco e o público-privado na saúde pública brasileira (1976-2002) / Tiago Siqueira Reis ; Virginia Maria Gomes de Mattos Fontes, orientadora ; André Vianna Dantas, coorientador. Niterói, 2022.
294 f.

Tese (doutorado)-Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2022.

DOI: http://dx.doi.org/10.22409/PPGH.2022.d.07403174666

1. História Contemporânea. 2. História. 3. Saúde. 4. Público e Privado. 5. Produção intelectual. I. Fontes, Virginia Maria Gomes de Mattos, orientadora. II. Dantas, André Vianna, coorientador. III. Universidade Federal Fluminense. Instituto de História. IV. Titulo.

CDD -

Bibliotecário responsável: Debora do Nascimento - CRB7/6368

TIAGO SIQUEIRA REIS

Cebes, Abrasco e o público-privado na saúde pública brasileira (1976-2002)

BANCA EXAMINADORA

Prof. ª Dra.ª Virginia Maria Gomes de Mattos Fontes (Orientadora)
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Prof. Dr. André Vianna Dantas (Coorientador)
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes
Universidade de São Paulo (USP)

Prof. Dr. Eurelino Teixeira Coelho Neto
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Prof. Dr. Marcelo Badaró Mattos
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Prof. ª Dra.ª Maria Valéria Costa Correia
Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Niterói
2022

À Luiz Benedito e Monalisa Pavonne Oliveira,

Meus amores, minha vida.

Agradecimentos

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense pela oportunidade e privilégio de contribuir com uma instituição universitária pública, gratuita, estatal e de qualidade.

Ao CNPq pela bolsa de estudos, fundamental para o desenvolvimento e manutenção da pesquisa.

Aos colegas da pós-graduação pelo aprendizado compartilhado e pelo companheirismo. Agradeço em especial aos camaradas Felipe, Rodrigo, Márcio, Afonso, Letícia e aos professores Cezar Honorato e Sônia Regina de Mendonça.

Agradeço aos colegas do Grupo de Trabalho e Orientação coordenado por Virgínia Fontes, apesar da distância, sempre foram muito gentis.

Agradeço aos professores Marcelo Badaró e Valéria Correia pela gentileza de participar da minha qualificação e defesa final, pela leitura e comentários valiosos e fundamentais para a tese. Aos professores Eurelino Coelho e Áquilas Mendes pela participação na banca de defesa, pelos comentários e contribuições.

O professor André Vianna Dantas devo um agradecimento especial por aceitar a coorientação, pela confiança depositada no trabalho, pela sempre prontidão em atender, pelas excelentes análises, pelo trabalho que vem desenvolvendo e que me foi essencial e, por sua educação, respeito e gentileza.

Um agradecimento especial para minha orientadora Virgínia Fontes, lutadora incansável e sempre disposta para o que vier. Agradeço por confiar no trabalho e pela honra de ter sido seu orientando. Agradeço por todos os ensinamentos e por fazer parte desse momento.

Agradeço minha mãe por acreditar no meu trabalho e pelo apoio de sempre.

Esta tese e toda a minha trajetória acadêmica em História não teria ocorrido sem minha companheira de todas as horas. Obrigado pelo apoio, pelas inúmeras conversas, debates, pelas orientações, pelas inúmeras ideias, pelas alegrias e tristezas vividas juntos, por caminharmos e construirmos nossa vida juntos. Muito obrigado meu amor, Monalisa Pavonne Oliveira.

Nos últimos meses de conclusão da tese veio ao mundo a pessoa mais linda e maravilhosa, mudando tudo para melhor ao seu redor. Muito obrigado por existir meu pequeno Luiz Benedito. A pesquisa é nossa.

Obrigado.

RESUMO

A pesquisa trata do tema da relação entre o público e o privado no âmbito da saúde pública brasileira contemporânea. A temática é discutida a partir da análise da história de duas das mais proeminentes agremiações na área da saúde, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes, criado em 1976 e, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco, fundada em 1979. As organizações são analisadas enquanto aparelhos privados de hegemonia situados a partir da referência gramsciana de Estado Ampliado, situando-os no terreno das lutas de classe na sociedade civil no campo da esquerda na área da saúde. O trabalho tem por objetivo compreender como as agências e seus intelectuais no quadro das lutas de classes teorizaram e elaboraram seus projetos políticos para a saúde pública tendo por questão a relação público e privado. Nosso recorte temporal divide-se em dois períodos: o primeiro subperíodo entre os anos de 1976, data de criação do Cebes e 1988, quando da institucionalização de grande parte da agenda de lutas da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) na Constituição Federal de 1988; e um segundo subperíodo entre os anos de 1988 até o término do segundo mandato presidencial de Fernando Henrique Cardoso em 2002. Os períodos são analisados como complementares, identificando o comportamento das agremiações no momento do processo histórico da RSB e após os marcos legais da saúde, quando o debate concentrou-se na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Partimos da hipótese da existência de um consenso fluído entre público-privado na trajetória de Cebes e Abrasco, estabelecendo de formas variadas o consenso acerca da presença do privado no projeto político de saúde pública brasileira. Tal consenso fluido impôs limites a luta de classes e a elaboração da consciência crítica e unitária, negligenciando o próprio princípio das determinações sociais da saúde e da vida.

Palavras-Chave: Público e Privado; Saúde Pública; Cebes e Abrasco.

ABSTRACT

The research deals with the issue of the relationship between the public and the private in the context of contemporary Brazilian public health. The theme is discussed based on the analysis of the history of two of the most prominent associations in the health area, the Brazilian Center for Health Studies – Cebes, created in 1976, and the Brazilian Association of Collective Health – Abrasco, founded in 1979. organizations are analyzed as private devices of hegemony situated from the Gramscian reference of the Expanded State, placing them in the field of class struggles in civil society in the field of the left in the area of health. The objective of this work is to understand how agencies and their intellectuals within the framework of class struggles theorized and elaborated their political projects for public health, taking into account the public and private relationship. Our time frame is divided into two periods: the first sub-period between the years of 1976, the date of creation of Cebes and 1988, when the institutionalization of a large part of the struggle agenda of the Brazilian Sanitary Reform (RSB) in the Federal Constitution of 1988; and a second sub-period from 1988 to the end of Fernando Henrique Cardoso's second presidential term in 2002. The periods are analyzed as complementary, identifying the behavior of the associations at the time of the historical process of the RSB and after the legal frameworks of health, whose debate focused on the implementation of the Unified Health System (SUS). We start from the hypothesis of the existence of a fluid consensus between public and private in the trajectory of Cebes and Abrasco, establishing in different ways the consensus about the presence of the private in the political project of Brazilian public health. Such a fluid consensus imposed limits on the class struggle and the elaboration of a critical and unitary conscience, neglecting the very principle of the social determinations of health and life.

Keywords: Public and Private; Public Health; Cebes and Abrasco.

Lista de tabelas

Tabela 1: Edições da Revista Saúde em Debate 80

Tabela 2: Temas das edições de Ciência e Saúde Coletiva 208

Tabela 3: Dados da Revista Ciência e Saúde Coletiva 209

Lista de quadros

Quadro 1: Composição dos agentes nos Anais da VIII CNS 52

Quadro 2: Organização da VIII CNS 56

Quadro 3: Gestão Cebes 1978/1988 71

Quadro 4: Cargos ocupados por membros da Fiocruz no Cebes 72

Quadro 5: Composição da Gestão da Abrasco de 1979 a 1988 77

Quadro 6: Membros da Fiocruz em cargos de direção do Cebes e Abrasco (1976-1988) 77

Quadro 7: Principais cargos ocupados pelo Cebes e Abrasco no aparelho do Estado (1980-1988) 120

Quadro 8: Composição da Gestão da Abrasco de 1989 a 2002 206

Quadro 9: Composição organizacional Cebes (1989-2002) 234

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 13

CAPÍTULO I 28

HISTÓRIA E HISTORIOGRAFIA DA REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL 28

(1970-1988) 28

1.1 Reforma Sanitária Brasileira (1970-1988): lutas de classes e historiografia 29

1.2 A VIII Conferência Nacional de Saúde 48

1.3 Caracterização do Movimento Sanitário 60

1.4 Dimensões do Cebes e Abrasco 67

CAPÍTULO 2 82

DISPUTA PELA HEGEMONIA DA REFORMA SANITÁRIA 82

2.1 Forjando o consenso 82

2.2 Princípios políticos e estratégicos 91

2.3 Concepção de Reforma Sanitária Brasileira de Jairnilson Paim 106

CAPÍTULO 3 128

ANOS 1990: HEGEMONIA PRIVATISTA 128

3.1 A questão da estatização no processo da Reforma Sanitária 128

3. 2 A Reforma Sanitária na contramão da história 138

3.3 Década de 1990: expropriações em curso das conquistas sociais 142

CAPÍTULO 4 158

A QUESTÃO DA ESTATIZAÇÃO 158

4.1 Habermas e a teoria do agir comunicativo 158

4.2 Consenso público e privado 165

4.3 Vulgarização da relação público e privado: a defesa do consenso privatista 190

CAPÍTULO 5 **202**

CEBES E ABRASCO: ORGANIZAÇÃO E POLÍTICA **202**

5.1 Gestão em saúde: política e dimensões organizacionais da Abrasco **202**

5.2 Cebes: organização e política **210**

CAPÍTULO 6 **242**

CONSENSO PÚBLICO-PRIVADO NA AÇÃO POLÍTICA **242**

6.1 Relações perigosas entre o público e o privado **243**

6.2 Abrasco no Conselho Nacional de Saúde **250**

6.3 XI Conferência Nacional de Saúde **265**

CONCLUSÃO **274**

FONTES **280**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **281**

INTRODUÇÃO

A pesquisa visa analisar o consenso acerca da relação público e privado a partir do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) entre os anos de 1976 e 2002. O Cebes criado em 1976 e a Abrasco em 1979 são consideradas como das mais proeminentes agremiações da sociedade civil na área da saúde, em especial no campo da esquerda, bem como na elaboração e defesa da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Escolhemos investigar o Cebes e a Abrasco pelo protagonismo adquirido nas décadas de 1970 e 80 na edificação do processo histórico da RSB, procurando compreender como as agências e seus intelectuais se comportaram no que diz respeito à teoria e ação política relativa à questão público-privado no âmbito da saúde pública.

Nosso recorte temporal divide-se em dois períodos, entre os anos de 1976, data de criação do Cebes e 1988, quando da institucionalização de grande parte da agenda de lutas da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) na Constituição Federal de 1988; e um segundo subperíodo entre os anos de 1988 até o término do segundo mandato presidencial de Fernando Henrique Cardoso (FHC) em 2002. Os períodos são analisados como complementares, identificando o comportamento das agremiações no momento do processo histórico da RSB e após os marcos legais da saúde, quando debate concentrou-se na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A escolha da baliza cronológica não segue um recorte rígido, pois acreditamos que o contexto da reforma sanitária pré-constituição de 1988 e o pós-constituição e a existência do SUS, devem ser analisados como complementares e não excludentes, contribuindo assim para complexificar a compreensão acerca dos sujeitos, projetos, agendas, lutas, organizações coletivas da sociedade civil e políticas na saúde brasileira. A trajetória política e social da saúde das décadas de 1970 a 2000 encontra-se em constante disputa e se reconfigurando no tempo presente, sobretudo pela existência das agremiações e dos agentes ainda em atividade.

Nosso objetivo principal é compreender como as agremiações e seus intelectuais relacionaram-se frente a organização política da saúde pública tendo em vista a questão público-privado no Brasil nos anos de 1976 e 2002. Objetivamos também: conhecer o processo histórico da reforma sanitária das décadas de 1970 e 80; identificar os agentes coletivos e caracterizar o movimento sanitário; apresentar e compreender a estrutura, organização e dinâmica interna do Cebes e Abrasco; analisar as formas de organização política do Cebes e Abrasco; identificar e

examinar as interpretações dos agentes das agremiações acerca da relação público e privado e a gestão em saúde; identificar as ações políticas institucionais das agremiações quanto a relação público e privado e a gestão em saúde; compreender e analisar o Estado e as lutas de classe, especialmente na saúde brasileira.

Os questionamentos sobre a validade de uma reforma sanitária construída coletivamente, movida pela luta em defesa da ruptura da lógica mercantilista e privatizante do modelo de saúde até então vigente a fim de elaborar novas bases políticas e sociais através de uma profunda reforma, levaram a tentar conciliar em sua fase de implementação o privado, bem como delegar a ele a execução dos serviços públicos. Cebes e Abrasco durante o processo da reforma sanitária dos anos de 1980 defenderam a participação do setor privado no projeto reformista, posicionando contrariamente ao projeto de estatização integral da saúde apoiado por outros grupos da esquerda brasileira na área da saúde. Nos anos subsequentes a Constituição de 1988 até 2002, identificamos a continuidade das ideias políticas das agremiações e de seus intelectuais quanto a negação da possibilidade de estatização, reafirmando a necessidade da presença do privado.

Nesse sentido, iniciamos nossa pesquisa com a seguinte questão: porque Cebes e Abrasco optaram por conciliar o público e o privado no projeto político da saúde pública brasileira? Porque este projeto e não o projeto de estatização integral da saúde, isto é, sem a participação do setor privado na estrutura da saúde pública. Levantamos ainda o questionamento sob quais condições seria possível implementar um sistema público, estatal, gratuito e universal de saúde tomando como estratégia o consenso público-privado?

Partimos do pressuposto da existência de uma relação complexa estabelecida pelo Cebes e Abrasco acerca da questão público-privado e a gestão pública no contexto do SUS e da continuidade da reforma sanitária no final da década de 1980 ao início da década de 2000. Aventamos a hipótese de um consenso fluído entre público-privado, pois alguns adotaram a hipótese da relação harmônica público-privado, alguns consideraram que poderiam controlar o privado, outros foram levados pelas ideias hegemônicas neoliberais, descartando as considerações de classes, tidas por eles como derrotadas e tentando se ajustar em meio ao contexto. Tal consenso fluido, diluiu a luta efetiva, concentrando-se na luta institucional, para agir nos interstícios, bem como negligenciou a formação política, para formar gestores; aos poucos negligenciando o próprio princípio das determinações sociais da saúde e da vida.

Portanto, o tema pelo qual transcorre nossa pesquisa é o Estado e, para movermos nesse terreno de enorme complexidade precisamos definir e apresentar nossas escolhas teóricas e

metodológicas. Antes de revelá-las, é necessário esclarecer que se contrapõem a concepção institucionalista do Estado, identificado a partir de suas agências burocráticas e de seus agentes, como os políticos propriamente ditos e sujeitos da administração pública, bem como a imagem de um Estado que se coloca acima da sociedade e dos homens. Tal compreensão do Estado predomina no debate acadêmico brasileiro, sendo tributária da perspectiva liberal[1]. Procuraremos também distanciar da noção de Estado como Objeto a serviço exclusivamente dos interesses burgueses ou de uma determinada classe ou fração, tese que podemos encontrar em certas correntes marxistas. Em resumo, evitaremos cair nas armadilhas de pensar o Estado como Coisa-Instrumento e Estado-Sujeito:

> O Estado como *Coisa*: a velha concepção instrumentalista do Estado, instrumento passivo, senão neutro, totalmente manipulado por uma única classe ou fração, caso em que nenhuma autonomia é reconhecida ao Estado. O Estado como *Sujeito*: a autonomia do Estado, considerada aqui como absoluta, é submetida a sua vontade como instância racionalizante da sociedade civil. Concepção que remonta a Hegel, retomada por Max Weber e a corrente dominante da sociologia política (a corrente "institucionalista-funcionalista"). Ela relaciona esta autonomia ao poder próprio que o Estado passa por deter e com os portadores desse poder e da racionalidade estatal: a burocracia e as elites políticas especialmente (Poulantzas, 2015, p. 131).

Entendemos o Estado "como uma relação, mais exatamente como a condensação material de uma relação de forças entre classes e frações de classe, tal como ele expressa, de maneira sempre específica, no seio do Estado" (Poulantzas, 2015, p. 130). O Estado sendo uma relação específica de forças entre classes e frações de classe, é uma expressão condensada das lutas e contradições de classes. Dessa maneira, ao contrário de um bloco monolítico e sem fissuras como no Estado Sujeito e no Estado Coisa, o Estado é responsável por reproduzir as divisões de classe. Para Poulantzas as contradições e lutas de classes atravessam e constituem a ossatura material do Estado, organizando-o de modo que "a política do Estado é o efeito de seu funcionamento no seio do Estado" (Poulantzas, 2015, p. 134-135).

O Estado enquanto relação social está presente em formações históricas e sociais concretas, expressando os conflitos sociais que emergem da sociedade civil. A concepção de Estado relacional elaborada por Poulantzas é posterior a uma das mais importantes contribuições para o marxismo e as ciências de modo em geral, estamos falando do conceito de Estado Ampliado de Antonio Gramsci. O marxista italiano na tentativa de compreender as

[1] Cf.: MENDONÇA, Sonia. R. de. Estado e poder: elites, classes e hegemonia. In: REIS, Tiago Siqueira; SOUZA, Carla Monteiro de; OLIVEIRA, Monalisa Pavonne; LYRA JUNIOR, Américo Alves de. (Org.). **Coleção história do tempo presente**: Volume 3. Boa Vista: Editora UFRR, 2020, pp. 19-39.

formas de organização da dominação no capitalismo nas sociedades ocidentais, tendo como horizonte a segunda metade do século XIX e a primeira metade do século XX, percebeu em sua análise a ampliação do Estado. Para Gramsci, o Estado é formado pela sociedade política e sociedade civil, que se constituiu através do nexo dialético de unidade-distinção, ou seja, uma inseparável relação entre o exercício da dominação que se expressa na sociedade civil e a coerção na sociedade política, mesmo que ambos possuam funcionamentos distintos (Gramsci, 2017).

Para Gramsci (2017) o Estado mantém sua natureza classista como analisada por Karl Marx, mas ele se ampliou e, também está atravessado pelas lutas de classes de interesses dos subalternos. O Estado em Gramsci opera-se com uma lógica triádica, compreendendo três níveis de percepção da sociedade e do Estado como demonstra a historiadora Sônia Mendonça:

> a) infra-estrutura – o espaço das relações de produção e de trabalho; b) sociedade civil – conjunto dos indivíduos organizados nos aparelhos privados de hegemonia e cerne da ação/pressão política consistentemente dirigida à consecução de certos objetivos de grupo; c) sociedade política – ou Estado em sentido estrito, identificado ao que mais comumente designamos como Estado, isto é, o conjunto de aparelhos e agencias do poder público. O peculiar nessa visão de Estado ampliado é que ele, sendo uma relação social, engloba tanto a sociedade civil quanto a sociedade política, em permanente interação e interconexão (Mendonça, 2003, p. 2).

A unidade entre estrutura e superestrutura forma o conceito de bloco histórico, visto que Gramsci adverte para o fato de não ser "verdade que a filosofia da práxis "destaque" a estrutura das superestruturas; ao contrário, ela concebe o desenvolvimento delas como intimamente relacionado e necessariamente inter-relativo e recíproco" (Gramsci, 2015, p. 369). Nesse sentido, o Estado Ampliado ou Integral de Gramsci é formado pela sociedade política e sociedade civil, que se constituiu através do nexo dialético de unidade-distinção, ou seja, uma inseparável relação entre o exercício da dominação que se expressa na sociedade civil e a coerção na sociedade política, mesmo que ambos possuam funcionamentos distintos (Gramsci, 2017).

A sociedade política também chamada por Gramsci (2017) de "Estado-governo" ou "Estado do político" é o Estado em seu sentido restrito, correspondente ao aparelho de Estado voltado para a administração direta e do exercício legal da coerção sobre aqueles que não consentem de maneira ativa ou passivamente. Conceitualmente mais complexa é a sociedade civil, que segundo Gramsci é formada por um conjunto de aparelhos privados de hegemonia, ou seja, organismos sociais coletivos que organizam as vontades coletivas, visões de mundo, as consciências sociais de modo a adequá-las ou não aos interesses das classes dominantes, através

de formas de dominação por meio do convencimento (Gramsci, 2017). Dessa forma, será na sociedade civil que ocorre o processo de "luta de classes, de conquistas democratizantes e de suas limitações no âmbito do Estado capitalista" (Fontes, 2010, p. 133). Portanto, a sociedade civil em Gramsci é inseparável da noção de totalidade.

Assim como o conceito de Estado adquire diferentes interpretações, não é diferente com o conceito de sociedade civil. Pelo fato de prevalecer no senso comum, na academia e nos diferentes espaços de poder a perspectiva liberal, cabe alertar para as diferenças do que estamos adotando daquilo que é recorrente na literatura. De início já se pode registrar o fato de que em Gramsci não existe antagonismo entre Estado e Sociedade Civil como ocorre na linhagem teórica liberal.

Dentre os usos e abusos do conceito de sociedade civil destacamos a ideia de terceiro setor, em especial, a defendida no Brasil por Bresser-Pereira. Nela pressupõe-se a setorização das esferas sociais em três níveis: o primeiro setor (Estado); o segundo setor (mercado) e; o terceiro setor (sociedade civil). Nessa linha interpretativa que se tornou hegemônica, atribuem ao Estado o campo da política, ao mercado a função econômica e a sociedade civil o âmbito social. A sociedade civil é tratada de modo positivo formada por "associações voluntárias", auto-organizadas, marcadas por laços de solidariedade, atuando de forma autônoma, sendo responsável por harmonizar a relação Estado e mercado, bem como por manter a coesão social, promovendo a cidadania e a democracia participativa.

Os usos liberais do conceito de sociedade civil englobam uma infinidade de organismos coletivos, instituições, empresas, dentre outras, bem como de natureza diversas, num mesmo arcabouço conceitual. Além da falta de precisão, tal roupagem do conceito de sociedade civil despreza por completo o conceito de capitalismo, de classe social e da noção de totalidade. A sociedade civil nesses termos perde seu caráter transformador ou contra-hegemônico, tornando-se um instrumento legitimador de práticas do capitalismo contemporâneo (Mendonça, 2013, p. 17-25)[2].

Retornando a Gramsci, o conceito de sociedade civil "procura dar conta dos fundamentos da *produção social, da organização das vontades coletivas e de sua conversão em aceitação da dominação, através do Estado"* (Fontes, 2010, p. 133). Os intelectuais desempenham papel central na organização das vontades coletivas e das ações voltadas para a formulação do convencimento para o exercício da hegemonia e contra hegemonia. Como

[2] MENDONÇA, Sônia. R. de. Sociedade Civil em Gramsci: venturas e desventuras de um conceito. In: Sonia Regina de Mendonça; Dilma Andrade de Paula. (Org.). *Sociedade Civil*: ensaios históricos. 1ed.Jundiaí: Paco Editorial, 2013, v. 1, p. 15-25.

ressalta Mendonça (2014), uma classe ou fração de classe para se desenvolver necessita gerar seu próprio quadro de intelectuais que sejam capazes de conferir homogeneidade e organização em busca da hegemonia. Nesse sentido, a hegemonia é uma das dimensões da dominação para Gramsci, ela é entendida como um conjunto de estratégias que o poder dominante emprega para obter o consentimento a partir da direção política e cultural de uma classe sobre a outra, materializada através da sociedade civil (Coutinho, 2003, p. 128). A hegemonia em Gramsci se fundamenta a partir da "combinação da força e do consenso" (Gramsci, 2017, p. 95), de tal modo que essa dominação se consolida em duas direções:

> Dos aparelhos privados de hegemonia em direção à ocupação de instâncias no Estado e, em sentido inverso, do Estado, da sociedade política, da legislação e da coerção, em direção ao fortalecimento e à consolidação da direção imposta pelas frações de classe dominantes por meio da sociedade civil, fortalecendo a partir do Estado seus aparelhos privados de hegemonia. A dominação de classes se fortalece com a capacidade de dirigir e organizar o consentimento dos subalternos, de forma a interiorizar as relações sociais existentes como necessárias e legítimas. O vínculo entre sociedade civil e Estado explica como a dominação poreja em todos os espaços sociais, educando o consenso, forjando um ser social adequado aos interesses (e valores) hegemônicos. (Fontes, 2006, p. 212).

Destarte, na sociedade civil verifica-se nos aparelhos privados de hegemonia tanto as lutas intra e entre classes sociais que repercutem na sociedade política, constituindo uma relação social na qual o convencimento se irradia nas agências do Estado restrito, ao mesmo tempo em que a coerção da sociedade política se dirige a sociedade civil a fim de fortalecer suas frações de classe, reforçando a partir do Estado restrito seus aparelhos privados de hegemonia (Mendonça, 2013, p. 19). Entende-se que os aparelhos privados de hegemonia,

> são a vertebração da sociedade civil, e se constituem das instâncias associativas que, formalmente distintas da organização das empresas e das instituições estatais, apresentam-se como associatividade voluntária sob inúmeros formatos. Clubes, partidos, jornais, revistas, igrejas, entidades as mais diversas se implantam ou se reconfiguram a partir da própria complexificação da vida urbana capitalista e dos múltiplos sofrimentos, possibilidades e embates que dela derivam. Não são homogêneos em sua composição e se apresentam muitas vezes como totalmente descolados da organização econômico-política da vida social. Clubes, associações culturais ou recreativas tendem a considerar-se como desconectados do solo social no qual emergem e como distantes da organização política do conjunto da vida social. Certamente, os sindicatos – patronais ou de trabalhadores – sendo também formas associativas desse jaez enfatizam sua proximidade econômica e sua característica mais direta de defesa de interesses de tipo corporativo. Porém muitos partidos políticos e jornais – na maioria das vezes diretamente comprometidos com determinados segmentos de classe – tendem a apagar tal comprometimento, apresentando-se seja como a expressão da "unidade nacional" ou como porta-vozes de uma neutralidade informativa inexistente. Todos, porém, são formas organizativas que remetem às formas da produção econômica (a infraestrutura) e política (ao Estado), embora sua atuação seja eminentemente de cunho cultural (Fontes, 2010, p. 133-134).

Nesse sentido, para Gramsci a luta de classes se dá na sociedade civil e, desse modo, a organização das classes subalternas devem nascer na sociedade civil, assim como das classes e frações dominantes. Para Gramsci não é possível conquistar a hegemonia sem a existência de aparelho privado de hegemonia. Será a partir do aparelho de hegemonia que classes e frações de classes, sejam elas burguesas ou subalternas, elaborarão seus projetos de classes e estabelecerão seus confrontos e antagonismos de classe.

Sendo assim, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), objeto da presente pesquisa, serão examinados a partir da concepção gramsciana de Aparelho Privado de Hegemonia (APH). Partimos da premissa de que são instâncias associativas voluntárias nascidas e inseridas fundamentalmente nas lutas na área da saúde, responsáveis por elaborar projetos e visões de mundo classistas, com potencialidades para exercer poder político e disputar seu projeto hegemônico próprio.

O grande desafio é operacionalizar os aportes teóricos em metodologia para a pesquisa histórica. Gramsci nos trouxe importantes e valiosas pistas, como compreender a natureza do privado, isto é, a quem ele se dirige, qual base social organiza e quais são seus objetivos. É preciso esclarecer a qual classe ou fração de classe pertence o aparelho privado e a quem ele se dirige, pois podemos nos deparar com relações complexas, como por exemplo, um aparelho privado da classe dominante que se dirige aos subalternos e, aparelhos que nascidos na classe trabalhadora que se convertem em aparelhos funcionais para as classes e frações burguesas[3].

As categorias são fundamentais como ponto de partida e chegada, no entanto, devemos estar atentos para analisar e compreender o conjunto do arcabouço teórico do objeto, sem perder de vista que "categorias" conceituais "não devem ser concebidas como esquemas rígidos, mas apenas como critérios práticos de interpretação histórica e política. Nas análises concretas dos eventos reais, as formas históricas são determinadas e quase "únicas"" (Gramsci, 2017, p. 67). Portanto, não cabendo nosso objeto de pesquisa no modelo, de maneira alguma torna-se uma barreira para a investigação, mas surgem pistas fundamentais colocando o problema por inteiro.

Para tanto, percorreremos nossa investigação em profundo diálogo com a metodologia histórica apoiada no Estado Ampliado de Gramsci, admitindo sua potencialidade para a pesquisa histórica. Desse modo, Sônia Mendonça elaborou um itinerário de pesquisa destinado a operacionalização metodológica do Estado Ampliado gramsciano. Para a historiadora o método gramsciano é efetivamente aplicável, porquanto:

[3] HOEVELER, R. C.. O conceito de aparelho privado de hegemonia e seus usos para a pesquisa histórica. **Práxis e hegemonia popular**, Marília, n. 4, v. 5, 2019, pp. 145-159

> Cabe ao pesquisador verificar quem são os atores que integram esses sujeitos coletivos organizados, a que classe ou fração de classe estão organicamente vinculados e, sobretudo, o que estão disputando junto a cada um dos organismos do Estado restrito, sem jamais obscurecer Sociedade Civil e Sociedade Política encontram-se em permanente interrelação. Pensar o Estado significa, portanto, verificar, a cada momento histórico, que eixo central organiza e articula a Sociedade Civil enquanto matriz produtiva e, ao mesmo tempo, como essas mesmas formas de organização da Sociedade Civil articulam-se no e pelo Estado restrito, através da análise de seus agentes e práticas (Mendonça, 2013, p. 19).

Nessa direção, Mendonça apresenta um exemplo concreto de pesquisa histórica a partir da metodologia do Estado Ampliado, trata-se da sua tese de doutorado intitulada "O Ruralismo Brasileiro"[4]. Analisa os aparelhos privados de hegemonia da classe dominante agrária/agroindustrial, a Sociedade Nacional de Agricultura (SNA) e a Sociedade Rural Brasileira (SRB) e suas relações com o Ministério da Agricultura (agência do Estado restrito), tomando como recorte a Primeira República. Mendonça destrincha as formas de organização e funcionamento dos aparelhos, suas bases sociais, mapeando seus quadros dirigentes, os conflitos e disputas por projetos.

> Para verificar a correlação de forças vigente entre as entidades patronais agrárias/agroindustriais selecionadas, visando perceber quais de seus projetos inseriram-se na materialidade do Estado restrito, parto de quatro pressupostos: 1) que a sociedade civil, além de arena dos conflitos de classe – intraclasse dominante e mesmo intra aparelhos de hegemonia – é o espaço de correlações de forças específicas que originam o surgimento/organização das entidades estudadas; 2) que a pesquisa não se limita à simples identificação dos distintos projetos em disputa, sendo necessário ir além, investigando as forças sociais em confronto neles "personificadas"; 3) que as determinações estruturais configuram a essência dos sujeitos analisados, sendo fundamental que estes sejam tomados como expressão das relações e condições em que se encontram reciprocamente situados; 4) que somente a partir da ação coletiva é possível falar de atores coletivos. Justamente por isso, inicio a pesquisa documental a partir das publicações periódicas produzidas pelas agremiações selecionadas, de modo a mapear seus quadros dirigentes, suas bases sociais, o cotidiano de seu funcionamento institucional, além dos projetos e demandas endogenamente homogêneos/conflitivos[5].

Diferentemente de Mendonça que analisou um organismo específico do Estado restrito, o Ministério da Agricultura e sua relação com os aparelhos privados de hegemonia, por questões de limites ao escopo do nosso trabalho, não analisaremos o Ministério da Saúde. No entanto, procuramos ao longo do trabalho relacionar o Cebes e a Abrasco com o aparelho de Estado de modo em geral. Este certamente foi um dos grandes desafios da pesquisa, pois nossa lente de

[4] MENDONÇA, Sônia Regina de. **O Ruralismo Brasileiro**. São Paulo: Hucitec, 1997.
[5] MENDONÇA, Sonia. R. de. Estado e poder: elites, classes e hegemonia. In: REIS, Tiago Siqueira; SOUZA, Carla Monteiro de; OLIVEIRA, Monalisa Pavonne; LYRA JUNIOR, Américo Alves de. (Org.). **Coleção história do tempo presente**: Volume 3. Boa Vista: Editora UFRR, 2020, p. 36-37.

análise centrou na escolha temática do consenso público-privado, direcionando os caminhos da investigação. Dessa forma, optamos por não analisar um aparelho específico do Estado e sua relação com nossos APHs, mas compreender o espaço mais geral da luta de classes que se desenrolou a partir do fio condutor, o consenso público-privado na estrutura da política em saúde pública.

Deparamos também com um segundo desafio ao escolher o método do Estado Ampliado na medida em que os aparelhos privados selecionados dizem respeito ao campo, podemos assim dizer, da esquerda política. Não se trata de APHs das classes e frações dominantes. Isto implica em navegar em terreno ainda pouco explorado por outros pesquisadores adeptos a metodologia do Estado Ampliado gramsciano[6]. Os estudos desse segmento concentram-se em avaliar, especialmente o Partido dos Trabalhadores (PT) e a Central Única dos Trabalhadores (CUT). Do ponto de vista da área da saúde, desconhecemos trabalhos que recorrem ao método, seja ele para examinar APHs da burguesia ou das camadas populares. Por outro lado, a lacuna historiográfica torna a pesquisa ainda mais desafiadora e necessária, podendo no limite de suas capacidades, ao menos abrir novas possibilidades de análise e encorajar novos estudos em um campo pouco explorado pelos historiadores profissionais.

Assim, uma vez escolhido o Cebes e a Abrasco como objeto de pesquisa, entendidos como aparelhos privados de hegemonia, inscritos no terreno da sociedade civil gramsciana, buscaremos detalhar suas formas organizacionais, identificar e conhecer seus quadros dirigentes e, sobretudo, seus intelectuais orgânicos. Compreender e analisar as divergências e conflitos entre seus projetos e a quem eles se dirigem. Identificar quais as forças sociais em confronto, pois como alertou Mendonça (1997), não basta identificar os projetos em disputa, mas as forças em confronto por eles personalizadas.

Nessa direção, a categoria de transformismo elaborada por Gramsci nos parece profícua para a análise da trajetória das agremiações, particularmente do ponto de vista dos projetos políticos acerca do consenso público e privado na saúde. A pesquisa realizada pelo historiador Eurelino Coelho em "Uma esquerda para o capital" (2005), atualiza o debate iniciado por

[6] Temos uma grande variedade de estudos acerca de APHs das classes e frações dominantes no Brasil que seguem a metodologia do Estado Ampliado, além dos trabalhos de Sônia Mendonça, podemos citar como exemplo: CAMPOS, Pedro. **Estranhas Catedrais**: as empreiteiras brasileiras e a ditadura civil-militar (1964-1988). Rio de Janeiro/Niteroi: Faperj/EdUFF, 2018; FONTES, Virginia. **O Brasil e o capital-imperialismo**: teoria e história. Rio de Janeiro: EPSJV / editora UFRJ, 2010; LAMOSA, Rodrigo A. **Educação e Agronegócio**: a nova ofensiva do capital nas escolas públicas. Curitiba: Appris, 2016; CALHEIROS CASIMIRO, Flávio Henrique. **A Nova Direita**: aparelhos de ação política e ideológica no Brasil contemporâneo. São Paulo: Expressão popular, 2018; GUIOT, André Pereira. **Dominação burguesa no Brasil**: Estado e sociedade civil no Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES) entre 2003 e 2010. Tese (Doutorado em História). Universidade Federal Fluminense, 2014.

Gramsci, apontando possibilidades de análise e caminhos teóricos e metodológicos. Coelho, analisou duas tendências internas e majoritárias do Partido dos Trabalhadores (PT) entre os anos de 1979 e 1998, demonstrando a existência de mudanças em suas trajetórias quanto aos projetos teóricos e programáticos. Concluiu que houve a incorporação de elementos pós-modernos e liberais no lugar das referências iniciais marxistas, confirmando uma tendência no contexto internacional de "crise do marxismo", motivado pela mudança na concepção de mundo de seus intelectuais orgânicos. Em sua avaliação os intelectuais deslocaram-se para o terreno do inimigo na luta de classes, segundo o autor, "um caso histórico de *transformismo*".

O trabalho de fôlego de Coelho é de grande valia para os estudos históricos, não somente pelo grande volume de fontes arroladas e seus resultados, mas, sobretudo pela forma como manejou a categoria "transformismo" de Gramsci para a pesquisa histórica. Assim, acompanharemos de perto o percurso teórico e metodológico de Coelho, acreditando no seu potencial em complexificar e ampliar a análise do Estado Ampliado.

O grande desafio teórico e metodológico enfrentado por Coelho diz respeito ao emprego do conceito de transformismo para realidades distintas da analisada por Gramsci. Em Gramsci o transformismo está ligado ao conceito de revolução passiva, diferentemente do contexto em que se deparou Coelho. Em síntese o conceito gramsciano compreende o transformismo molecular, ou seja, incorporação individual de sujeitos de um determinado grupo social a outro vinculado ao grupo de oposição e, ao transformismo de grupos radicais inteiros que passam para o campo adversário. O transformismo em Gramsci ocorre "com a absorção gradual mas contínua, e obtida com métodos de variada eficácia, dos elementos ativos surgidos dos grupos aliados e mesmo dos adversários e que pareciam irreconciliavelmente inimigos"[7]. Dessa forma, observa-se o domínio exercido pela direção política absorvendo membros da elite dos grupos inimigos o que leva à sua derrota e aniquilação no decorrer de um período frequentemente muito longo.

Coelho entende que o transformismo significa exatamente um dos mecanismos ordinários da hegemonia burguesa, sendo um dos aspectos da dimensão política da relação existente entre diferentes grupos sociais no capitalismo. Nesse sentido, a hegemonia opera na revolução passiva, mas não somente nela. Coelho seguindo as pistas deixadas por Gramsci, compreende que "a ampliação da classe dirigente e a produção da desorganização política dos grupos subordinados – podem ser consideradas como elementos constitutivos do próprio transformismo, em qualquer contexto" (Coelho, 2005, p. 465). Se em Gramsci o transformismo

[7] GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do cárcere***,* vol. 5, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002a., p. 286.

ocorre a partir de uma ação intencional e organizada do grupo hegemônico, Coelho sugere a possibilidade de sua ocorrência como propõe o próprio Gramsci, sob formas de variada eficácia. Isto implica em reconhecer a existência do fenômeno transformismo em processos de dominação de forma "espontânea", como também, "o transformismo expressa em si mesmo as características do movimento de que ele é um mecanismo específico, a hegemonia" (Coelho, 2005, p. 465).

O caminho analítico proposto por Coelho deixa claro que para os fins da pesquisa do seu objeto e do Brasil contemporâneo, não é possível manejá-lo a luz da revolução passiva[8], pois trata-se de um conceito vinculado a uma forma histórica específica da revolução burguesa, o que não é o caso de sua pesquisa. É importante reter também que Coelho esclarece que Gramsci entendia a possibilidade de trabalhar o conceito de transformismo para além do contexto de revolução passiva. Na concepção de Coelho, os anos de 1979 e 1998 tratados em sua investigação, não configuram a revolução burguesa no país, pois já detinham o controle dos principais mecanismo de poder. O que estava em jogo seria a recomposição das formas de sua hegemonia devido à crise que se instaurou com o fim da ditadura empresarial civil-militar. Portanto, "foi precisamente neste trabalho de construção/reconstrução de hegemonia que o transformismo desempenhou uma função crucial" (Coelho, 2005, p. 465).

A pesquisa histórica ao dialogar com o conceito de transformismo deveria levar em consideração:

> 1) absorção, em caráter individual ou "de grupo" e obtida por diferentes "métodos", de intelectuais ("elementos ativos") das classes subalternas pelas classes dominantes. Nele estão implicados: 2) a modificação "molecular" dos grupos dirigentes, sua ampliação e 3) a produção da desorganização política das classes subalternas. A concepção do transformismo como mecanismo de atração de intelectuais exige, por fim, que se considere o 4) poder de atração de cada classe, que varia principalmente em função da sua "condensação ou concentração orgânica". Na medida em que este conceito designa um dos elementos constitutivos do "mecanismo" geral de hegemonia, não é de estranhar que através dele se possa estabelecer certas analogias históricas. É com esta definição que se pode propor o emprego do conceito como critério de interpretação da história recente dos grupos de esquerda que pesquisamos (Coelho, 2005, p. 465-466).

Em sua análise das tendências internas do PT, Coelho parte do estudo do projeto político gestado pelos intelectuais orgânicos. O projeto político remete a um processo concreto da luta de classes, sendo elaborado a partir da visão de mundo de sujeitos específicos, ou seja, os intelectuais orgânicos. Desse modo, na sociedade civil temos distintos projetos em disputa,

[8] Para maiores detalhes do conceito de revolução passiva ver capítulo 2.

contudo, a compreensão dos projetos da classe subalterna requer uma complexidade particular de análise, pois na construção da consciência de classe os subalternos se deparam com a hegemonia das ideias das classes dominantes. A sua condição de subalternidade manifesta-se quando uma classe social, mesmo que detenha uma concepção de mundo embrionária, isto é, descontínua e ocasional, extrai por razões de submissão e subordinação intelectual de outros grupos sociais uma concepção de mundo que não é sua, não necessariamente acredita em tal concepção, mas a segue pelo fato de sua conduta ser submissa e subordinada, ao invés de ser independente e autônoma (Gramsci, 2015).

Coelho sugere que diante da luta de hegemonias, a consciência coerente e unitária dos subalternos somente existirá ao confrontar a visão de mundo do inimigo que é dominante no senso comum. A disputa por hegemonias, portanto, passa pela contraposição do senso comum, elaborando a independência política e teórica própria do grupo. É o que Gramsci chama de "espirito de cisão", ou seja, conquistar e reconhecer a própria personalidade histórica, reconhecendo o campo a ser esvaziado do seu elemento de massa humana, elaborando um projeto político antagônico e contra o senso comum. Missão que cabe aos intelectuais orgânicos das classes subalternas, porém, Coelho (2005, p. 335-336) acentua os obstáculos,

> Por várias razões os intelectuais orgânicos, neste caso, não podem cumprir seu papel, isto é, organizar a classe, prescindindo de explicitar conscientemente a condição de classe. Esta mesma condição se põe, integralmente, para os projetos políticos formulados por eles. Eis uma das conclusões que queríamos sublinhar. Um dos momentos da crítica do senso comum informada pelo "espírito de cisão" tem de ser, forçosamente, a denúncia do dispositivo de ocultação da origem de classe do pensamento burguês. Mas esta denúncia só mantém sua força crítica desde que construída a partir do pressuposto contrário, ou seja, da explicitação consciente da própria origem de classe da crítica. Mais que isso: vimos que a consciência de classe ("crítica e coerente") significa a compreensão da totalidade das relações sociais das quais a classe faz parte. É, pois, uma condição para o desenvolvimento da consciência de classe operária – em termos gramscianos, para o desenvolvimento da "autoconsciência crítica" – que a própria condição de classe seja compreendida dialeticamente: em contradição com outras classes e em movimento permanente de superação. O "espírito de cisão" é um momento necessário deste desenvolvimento. A ocultação do caráter de classe nos projetos políticos é um sintoma de que tais projetos permanecem aprisionados no horizonte das relações burguesas, ainda que representem negações práticas reais de aspectos parciais dessas relações. Sintoma, portanto, de que o trabalho dos intelectuais, em tais casos, não produz a organização da classe na perspectiva da autoconsciência crítica, isto é, de que não se trata mais da atividade que é a própria essência da função dos intelectuais orgânicos das classes subalternas.

Para Coelho a falta de organicidade dos projetos é expressão da consciência contraditória aludida por Gramsci, bem como reflete a própria existência contraditória da classe subalterna no capitalismo. Assim, sugere como possibilidade metodológica na pesquisa histórica acompanhar como se apresenta esta contradição na formulação do projeto político

(Coelho, 2005, p. 336). Tais contradições são oriundas da classe concreta, da unidade dialética entre teoria e prática do sujeito, a filosofia da práxis.

Tomando a crítica do senso comum, como a crítica da práxis que é da própria classe, isto é, não é externo a ela, assinala que a superação do senso comum deve ser a superação em seu sentido dialético, elaborando a partir da práxis uma nova visão de mundo. A operação historiográfica abrange dois momentos organicamente ligados, a elaboração dos projetos políticos e a existência real da classe. Como vimos, a classe é atravessada e constituída por contradições, dessa maneira, o historiador deve se ater para o fato das fontes documentais que dispõe sobre as classes subalternas, sejam elas o movimento operário, ou outras formas organizacionais, não encontrará de imediato em tais fontes a práxis do grupo social na análise dos projetos políticos (Coelho, 2005, p. 338). Portanto, de forma resumida,

> Um projeto político não é, portanto, uma decorrência direta ou não mediada das condições concretas (isto é, materiais) da luta de classes, visto que sofre, em sua elaboração, a mediação dos intelectuais. Estes, por sua vez, não são um grupo social à parte ou acima das lutas de classes, como vimos. Os intelectuais são os construtores dos projetos políticos, e são alcançados pela pesquisa assim que a investigação histórica dos projetos tais como formulados e expressos passa, como não poderia deixar de ser, pelo questionamento sobre o seu processo de elaboração real (é o que os historiadores, seguindo a antiga tradição hermenêutica, chamam de crítica externa dos documentos). O que nossa reflexão autoriza a supor é que, do ponto de vista da elaboração do projeto, a questão decisiva a considerar é a da natureza das relações intelectual/classe, o nível de compromisso orgânico. E já vimos que a questão da organicidade precisa ser tratada no seu duplo registro, a saber, de vinculação efetiva e vivenciada com a classe e de organização da classe com base na "autoconsciência crítica" (Coelho, 2005, p. 339).

As contribuições de Coelho ampliam o conceito de transformismo gramsciano e complexificam a análise dos aparelhos privados de hegemonia. A propósito da nossa investigação, examinaremos como os intelectuais do Cebes e Abrasco elaboraram os projetos políticos relativos à temática da questão público e privado da saúde e suas mediações com a própria classe e os projetos hegemônicos. Assim, acompanharemos a trajetória das agremiações a fim de compreender como se estabelece a organicidade de tais projetos e como refletem o espirito de cisão ou se estão atravessados por contradições de classe e em que medida tais contradições se apresentam.

Para fins da nossa pesquisa não analisaremos o transformismo a partir do deslocamento de membros individualmente ou de forma coletiva do Cebes e Abrasco para o campo do inimigo. Certamente uma pesquisa mais detalhada dos membros das agremiações encontrará registros de mudança de lado de forma individualizada, como de fato ocorreu, no entanto, o que nos interessa é compreender o transformismo em seu momento para além do contexto de uma

revolução passiva, ou seja, o exercício da dominação sob formas de variada eficácia, de modo que os itinerários de pesquisa traçados por Coelho nos ajudarão na compreensão do fenômeno.

Nesse sentido, nossa hipótese é de que o projeto político assente no consenso público e privado na saúde manteve as premissas básicas desde a fundação do Cebes e Abrasco até o período pós-1988. As agremiações nunca se opuseram a participação do empresariado e da propriedade privada no projeto de saúde pública brasileira. Como pretendemos demonstrar, o consenso público e privado atravessa e constitui sob formas e maneiras variadas a trajetória das agremiações. Sugerimos que no contexto pós-1988 até 2002 a temática adquiriu novas determinações e elementos, situando-se de forma mais objetiva no contexto dos projetos hegemônicos de matriz neoliberal, mas sob as mesmas bases e premissas já defendidas pelo grupo. O exame da natureza das relações entre os intelectuais e a classe, bem como o nível de compromisso orgânico abrirá terreno para aferição de nossas hipóteses, sendo profícuo levar adiante a ampliação do conceito de transformismo.

Arrolaremos, portanto, diversas fontes para melhor composição do quadro analítico, dentre elas: a Revista Saúde em Debate editada desde 1976 pelo Cebes, e a Revista Ciência e Saúde Coletiva, editada pela Abrasco desde 1996. A documentação permitirá mapear o corpo diretivo, o funcionamento da agremiação, suas ações políticas, a elaboração de seus projetos e os conflitos internos, bem como compreender a disputa por hegemonia tanto intraclasse como a identificação de seus classes e frações antagônicas.

Para compor o quadro documental, analisaremos a presença das agremiações em diferentes terrenos de luta pela saúde pública, como no Conselho Nacional e Saúde (CNS), a partir da análise das atas de reuniões e demais documentos formulados pelo conselho, durante os anos de 1991 a 2002 e, os anais, cadernos, regimentos e relatórios finais relativos as edições de número 8 da Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, a 9º edição do evento ocorrida em 1992, a 10º em 1996 e a 11º edição realizada no ano de 2000.

Nessa direção, estruturamos o trabalho em seis capítulos, o primeiro dedicado a análise da produção historiografia relativa as lutas ocorridas na reforma sanitária das décadas de 1970 e 80. Discutimos a partir da produção especializada o que se entende por 'movimento sanitário', destacando a elaboração dada por agentes do Cebes e Abrasco. Nesse sentido, procuramos demonstrar como forjou-se a ideia de que o Cebes e Abrasco se autointitularam movimento sanitário em detrimento de seu significado mais amplo e heterogêneo. Por fim, dedica-se a compreensão interna das agremiações Cebes e Abrasco, suas histórias e trajetórias, seus

agentes, composição e mapeamento do corpo diretivo, linhas programáticas, dinâmica interna e ações políticas entre os anos de 1976, quando criou-se o Cebes até 1988.

O segundo capítulo aborda como Cebes e Abrasco disputaram a hegemonia no campo da esquerda na área da saúde brasileira. Debatemos o projeto político das agremiações, suas táticas e estratégicas. Analisa também a concepção de reforma sanitária produzida por membros de destacada importância das agremiações.

O capítulo três discute como o tema da estatização foi tratado no processo da reforma sanitária. Em seguida buscou-se compreender a dinâmica contemporânea de dominação capitalista e o contexto brasileiro sob domínio do neoliberalismo na década de 1990, com especial atenção para os projetos liberais de Reforma do Estado brasileiro ocorrido durante o governo de Fernando Henrique Cardoso e o projeto gerencialista voltado para expropriações no aparelho de Estado, relacionando com as lutas travadas na área da saúde.

No quarto capítulo identificamos as contribuições de Jürgen Habermas para a formação do pensamento sobre planejamento e gestão em saúde reivindicado pelo grupo Cebes/Abrasco. Buscamos chamar atenção para o debate da questão da estatização da saúde, analisando como os agentes das agremiações se posicionaram sobre o tema no pós-1988 e, consequentemente forjou-se o consenso público-privado.

O quinto capítulo tem por objetivo compreender a organização interna das agremiações, sua história, trajetória, agentes, composição, mapeamento do corpo diretivo e suas linhas programáticas.

O sexto capítulo é dedicado às ações do Cebes e Abrasco em diferentes frentes de luta, tais como em seus próprios espaços institucionais, nas conferências nacionais de saúde e no Conselho Nacional de Saúde.

CAPÍTULO I
HISTÓRIA E HISTORIOGRAFIA DA REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL (1970-1988)

A produção historiográfica referente à política de saúde pública brasileira contemporânea apresenta uma extensa variedade de objetos, metodologias e teorias, abrangendo e proporcionando a interação de diversas áreas do saber como às ciências humanas, sociais e aplicadas, bem como das disciplinas relativas ao campo da saúde. Um ponto em comum nas pesquisas pode ser observado na escolha do recorte cronológico, dividindo-se entre os estudos dedicados aos fenômenos que antecedem e aqueles que sucedem a Constituição Federal de 1988 (CF-88), em especial a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) no mesmo ano. Assim temos de um lado, trabalhos em sua maioria de profissionais ligados a Saúde Coletiva, Medicina e Sociologia que procuram refletir a partir da década de 1970 o processo da reforma sanitária brasileira até a consolidação legal da área da saúde na Constituição de 1988. Por outro lado, uma presença ampliada de campos multidisciplinares analisando os limites, dificuldades, ataques, avanços, possibilidades e potencialidades do SUS, assim como inúmeras investigações concentradas em discutir a saúde a partir do diálogo com as políticas advindas do capitalismo contemporâneo, as privatizações, as organizações de natureza privada, o fundo público e as múltiplas relações com o Estado em seu sentido estrito e a sociedade civil.

Pelo fato de boa parte das pesquisas optarem por um recorte rígido, ou mesmo seguindo critérios atinentes a lente e ao objeto delimitado, acabam prescindindo de uma discussão relacionando os dois contextos históricos. Acreditamos que devem ser analisados como complementares e não excludentes, contribuindo assim para complexificar a compreensão acerca dos agentes, projetos, agendas, lutas e suas respectivas organizações coletivas da sociedade civil e suas relações com o aparelho de Estado. A trajetória política e social da saúde das décadas de 1970 a 1990 encontra-se em constante disputa e se reconfigurando no tempo presente, sobretudo pela existência das agremiações e dos sujeitos ainda em atividade.

1.1 Reforma Sanitária Brasileira (1970-1988): lutas de classes e historiografia

Dedicaremos nossa atenção neste primeiro momento ao contexto da reforma sanitária das décadas de 1970 e 80, caracterizado no plano da política nacional de saúde em plena ditadura empresarial civil-militar (1964-1985) pela ausência de um sistema digno de serviços à população, gratuito e universal, prevalecendo a mercantilização, privatização, tratamento geograficamente e socialmente desiguais aos usuários em todo o território nacional, ineficiência e dependência externa na produção de medicamentos e equipamentos de saúde[9]. O funcionamento ocorria a partir da intensa exploração da força de trabalho através das contribuições da folha salarial para a Seguridade Social que era repassada para a iniciativa privada na compra de serviços e expansão do setor privado na área da saúde, revelando um processo de privatização e empresariamento do setor hospitalar, resultante de uma dependência entre os setores empresariais e a Seguridade Social. A política em saúde gerou enorme desequilíbrio entre a saúde pública e privada, favorecendo a segunda, ao mesmo tempo precarizou profissionais de ambos os lados, bem como não promoveu o exercício liberal da prática médica, pois a política do setor baseava-se nos acordos do Ministério da Previdência com a empresa hospitalar (Fleury, 1989).

A política de saúde nos meandros da tecnocracia empresarial civil-militar, como destaca Sônia Fleury, "ao contrário dos países em que a política de privatização tem sido mais um discurso que uma realidade, no caso brasileiro durante as ditaduras militares a privatização dos serviços de saúde foi uma política levado a cabo sem necessidade de um grande embasamento ideológico"[10]. O quadro político-social-econômico da ditadura de forma em geral preconizou aumento do desemprego, níveis elevados de concentração de renda e exploração da força de trabalho, baixos salários, autoritarismo e repressão estatal aos sindicatos, entrada de grandes aglomerados econômicos e fechamento de pequenas e médias empresas nacionais, acompanhado da ausência de políticas públicas e de direitos fundamentais para existência humana[11], somado a necessidade de expansão da política de saúde privada hospitalar para

[9] CORDEIRO, H. A.; FlORI, J. L. C. & GUIMARÃES, R. F. N. **A questão democrática na área de saúde**: proposta para um debate. Rio de Janeiro, 1979. (Mimeo)

[10] FLEURY TEIXEIRA, Sônia Maria. Política de saúde na transição conservadora. **Saúde em Debate**. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, n. 26, 1989, p. 47.

[11] Cf.: MENDONÇA, Sônia Regina. **Estado e economia no Brasil:** opções de desenvolvimento. Rio de Janeiro: Graal, 2003; IANNI, Octávio. **Estado e planejamento econômico no Brasil (1930-1970)**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1977; MACIEL, David. Ditadura militar e capital monopolista: estruturação, dinâmica e legado. **Lutas Sociais**, São Paulo, v. 18, p. 64-78, 2014; OLIVEIRA, Francisco Maria Cavalcanti de. **Crítica à razão dualista.** O ornitorrinco. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2003.

manutenção e progressão dos lucros privados, resultou na crise da Previdência Social e do próprio modelo de saúde, promovendo um cenário devastador de crise social na população.

Nesse contexto podemos vislumbrar de forma sintética dois grandes agrupamentos de forças não homogêneas em disputa: de um lado uma diversificada composição de atores sociais orientados por agendas progressistas a favor de uma ampla reforma na maneira de conceber, praticar e estruturar a saúde pública no país, nomeada de Reforma Sanitária brasileira. E, por outro lado, grupos e agentes em defesa de valores liberais para o exercício das atividades profissionais em saúde e movidos por interesses privatizantes, mercadológicos e excludentes.

Concentraremos nossa atenção nos grupos e agentes que de alguma maneira lutaram por agendas socializantes e participaram da Reforma Sanitária, sem perder de vista os conflitos com os interesses opostos. Devido a abundante produção acerca da reforma sanitária, suas muitas polêmicas, pontos de vista e especificidades de objetos de análise, torna-se inviável para nossos objetivos esboçar uma revisão minuciosa sobre os mais diversos pontos de convergência, divergência e perspectivas de estudos já produzidos.

As mais conhecidas publicações sobre a reforma sanitária (1970/88) são confeccionadas em sua grande maioria por personagens com formação em Medicina com mestrado e/ou doutorado em Saúde Coletiva, contando também com algumas poucas e influentes publicações de cientistas sociais. O Serviço Social é uma das áreas do saber com destacada produção sobre o assunto, porém apresentando um número maior de estudos no recorte pós-1988. Outro aspecto que merece ser ressaltado é a participação de grande parte dos autores como integrantes das lutas e dos movimentos sociais, conferindo-lhes o papel de autores e atores das políticas em saúde no país em diferentes períodos e intimamente envolvidos com o processo em si.

A área da saúde do ponto de vista da política e lutas sociais na contemporaneidade e no tempo presente, apesar de sua indiscutível importância, ainda não despertou o devido interesse dos historiadores profissionais. O debate histórico da reforma sanitária e do universo da política em saúde pública no país pós-1970, coube em grande medida aos investigadores que de algum modo estiveram e estão ligados diretamente com a área. Outro ponto a destacar refere-se a perda de centralidade das discussões acerca da reforma sanitária após 1988, espaço ocupado pelo debate em torno do SUS. A reflexão ampla sobre o projeto, estratégia e organização da luta pela saúde pública vêm recuperando ainda que timidamente o fôlego nas últimas décadas, contando com a presença de velhos conhecidos e novos pesquisadores, apresentando novas perspectivas

e desierarquizando o domínio do saber[12], antes dominado pelos agentes vinculados ao Cebes e Abrasco, e dos cursos de Medicina e Saúde Coletiva. É nesse movimento de retomada do debate da reforma sanitária, de ocupação de espaços desconsiderados pelos historiadores e de produção de novas análises que nossa pesquisa se enquadra.

É comum encontrar na produção especializada a atribuição das mobilizações e lutas pela reforma sanitária das décadas de 1970 a 80 ao denominado movimento sanitário. O movimento sanitário em seu sentido datado de tal período, pode ser entendido como formado por diferentes organizações coletivas da sociedade civil, tendo por objetivo a luta por uma reforma na política em saúde pública a fim de superar o modelo de saúde vigente da ditadura empresarial-militar, isto é, a reforma sanitária. Repensou-se, dessa forma, a saúde de forma ampliada, com o intuito de promover mudanças substanciais na teoria, prática, concepção, usos, acesso, na estrutura, organização e em tudo aquilo que envolve o universo da saúde pública.

Cabe destacar que no período pós-1988, muitos movimentos sociais e organizações da sociedade civil vem reivindicando em suas bandeiras de luta a retomada da agenda da reforma sanitária, congregando novos e velhos elementos para a luta. Tais agrupamentos coletivos se identificam enquanto partes do movimento sanitário, entendendo que a luta pela transformação da saúde pública, conforme a agenda da reforma sanitária é pertencente ao movimento sanitário. Desse modo, movimento sanitário pode ser compreendido como um espaço aberto a ser ocupado por todos aqueles dispostos a lutar pela reforma sanitária. Assim, movimento sanitário não deve ser percebido como um movimento social, pois dele se agrupam diferentes movimentos sociais. Ele não tem institucionalidade, pois congrega em diferentes momentos, espaços e direcionamentos, diversos coletivos regidos por diretrizes próprias. Portanto, a noção de movimento sanitário está mais próxima da ideia de uma alegoria capaz de reunir distintos agrupamentos sociais em favor de mudanças na saúde pública a partir dos ideais coletivos visualizados no processo da reforma sanitária das décadas de 1970 e 1980, sem, contudo, possuir unidade, pensamento comum, unitário, e muito menos a identificação de lideranças e projetos harmônicos.

Se tomarmos como exemplo a composição da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), pela qual é reiterado na literatura sua importância enquanto formatadora do projeto da reforma sanitária, sendo a primeira conferência a permitir a participação dos usuários da saúde

[12] Principal exemplo da presença de novos autores pode ser encontrado no livro organizado por Sonia Fleury (2018) intitulado Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. No que diz respeito aos estudos com novos olhares acerca do processo da reforma sanitária, cf.: Bravo (2010); Correia; Santos (2017); Dantas (2017; 2018a; 2018b); Silva (2013).

nos debates, temos uma enorme diversidade de coletivos, quais sejam: Movimento Popular em Saúde (MOPS), Central Única dos Trabalhadores (CUT), Confederação Nacional das Classes Trabalhadoras (CONCLAT), Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (FAMERJ), Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM), Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Partido dos Trabalhadores (PT), Partido Comunista Brasileiro (PCB), Partido Comunista do Brasil (PCdoB), Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), Partido Democrático Trabalhista (PDT), dentre outros. Em alguma medida, todos tiveram certa participação na confecção do relatório final, uns mais e outros menos se destacaram nas lutas que anteciparam o encontro, bem como na elaboração de ideais, projetos, estratégias e ações no processo da reforma sanitária.

Considerando o movimento sanitário como aglutinador de todos os envolvidos com a agenda da reforma sanitária, certamente não será possível atribuir unidade a tão diversificada frente de luta, como não poderia deixar de ser se tomarmos como referência Gramsci ao sugerir que a homogeneidade se constrói pelo Estado, na medida em que sem atingir o Estado e as relações de produção, a tendência é a fragmentação dos subalternos. Não obstante, esta não parece ser a percepção da ampla maioria dos estudos sobre o contexto da reforma sanitária e do movimento sanitário, pois quando observamos mais de perto o manuseio dos interlocutores com as teorias, ações, táticas, estratégias e projetos do movimento sanitário, percebemos a escolha do Cebes e da Abrasco como referência para a elaboração de sua história. Em certos casos as pesquisas carregam a ideia de movimento sanitário ampliado, mas por não problematizar o fenômeno, acabam despropositadamente incorrendo no erro de reduzir sua amplitude e diversidade ao identificar o Cebes e Abrasco como sendo o próprio movimento sanitário.

Esbarramos, por outro lado, com uma historiografia menos acidental e mais consciente de sua construção teórica, quando delimita quem elabora a história do movimento sanitário. Em outras palavras, distingue o componente que dá dimensão a totalidade do movimento, isto é, a diversidade de agentes, reconhecendo sua amplitude, ao mesmo tempo nomeia seus interlocutores privilegiados. Tal corrente de pensamento provém das fileiras do Cebes e Abrasco, como veremos com mais detalhes adiante. Aqui cabe considerar que em sua formulação concebem a história da reforma sanitária e do movimento sanitário a partir da experiência e perspectiva do Cebes e Abrasco, marginalizando outras frentes de luta, porém,

sem descartá-las, ou seja, apesar de não negá-las, deixam a margem do edifício da história inúmeras e variadas organizações coletivas que estiveram presentes nas lutas pela saúde no país.

Nos deparamos, assim, com um primeiro desafio para a compreensão do fenômeno histórico das lutas pela saúde no Brasil, qual seja, o estudo da disputa pela hegemonia no interior da reforma sanitária. Será correto afirmar que o Cebes e a Abrasco são porta-vozes do movimento sanitário? A história do movimento sanitário pode ser compreendida tão somente a partir da trajetória e perspectiva do Cebes e da Abrasco? Podemos considerar como verdadeira a imagem de unidade na luta pela reforma sanitária? É certo que nossa pesquisa não tem a pretensão de responder em definitivo todas as questões, uma vez que não cabe a operação historiográfica dar respostas definitivas e acabadas para os fenômenos sociais, mas contribuir para a sua reflexão e ao debate sobre o tema analisado, sugerindo pistas e chaves de leitura para a sua compreensão. Vejamos como se processaram a multiplicidade de atores no que chamamos de movimento sanitário ampliado.

As décadas de 1970 e 80 foram marcadas por intensas lutas e formações de organizações coletivas das camadas populares e, sobretudo da organização de aparelhos privados das classes e frações dominantes[13]. Surgiram neste período múltiplas organizações populares com enorme potencial democratizante e algumas com viés anticapitalista. O movimento sanitário seja ele ampliado ou a partir da perspectiva do Cebes e Abrasco não tinha um perfil anticapitalista e, sim democratizante. Dentre as lutas que se travavam na sociedade civil, muitas foram por melhores condições de moradia, água, esgoto, salários, condições de vida e saúde, principalmente nos grandes centros urbanos do país.

Os movimentos sociais das periferias urbanas refletiram o descontentamento com a ausência de políticas públicas e o cenário de precariedade geral vivenciados diariamente por seus moradores. Notamos esforços de pesquisadores de distintas áreas científicas em trazer à tona a história de luta pela saúde realizada pelos movimentos sociais das periferias urbanas. Em geral poucos são os estudos dedicados a história ampliada dos diversos agentes construtores da reforma sanitária brasileira, tanto em relação aos atores, como do papel desempenhado em diferentes espaços geográficos, observando o predomínio de pesquisas com objetos de análise localizados no eixo Rio de Janeiro e São Paulo.

[13] CF. DREIFUSS, René Armand. **1964**: A conquista do Estado – Ação política, poder e golpe de classe. Petrópolis: Vozes, 1981.

É o caso da pesquisa de Maria Inês Bravo, tomando como objeto de análise a região da Ilha do Governador, localizada no município do Rio de Janeiro. Bravo analisa as lutas e formas de organização dos movimentos populares pela saúde na localidade na década de 1980. A autora demonstra a participação dos movimentos populares urbanos nos debates e lutas pela saúde em diferentes frentes, reivindicando dentre outros: a melhoria da qualidade de vida e da saúde, a democratização do acesso a saúde, entendendo que a saúde deve ser de responsabilidade do Estado, pública e estatal.

A capacidade organizativa dos movimentos populares é confirmada na realização de grandes e importantes encontros coletivos, como destaca a autora[14]: I Encontro Popular pela Saúde, ocorrido no bairro da Cidade de Deus em 1980, contando com cerca de 3 mil pessoas; Encontro Estadual de Favelas em 1981, reunindo aproximadamente 10 mil moradores de favelas da cidade do Rio de Janeiro; II Encontro Popular pela Saúde em 1987, abrangendo tanto os movimentos populares como uma mais expressiva presença de profissionais de saúde; I Encontro Popular pela Saúde do Rio de Janeiro, realizado no bairro de Olaria, com aproximadamente 10 mil pessoas, representadas por 150 associações de moradores do estado, tendo a presença do governador Leonel Brizola.

Do ponto de vista da organização coletiva, o Fórum Popular pela Saúde e posteriormente o Conselho Popular de Saúde representavam espaços de reunião dos movimentos populares de bairros e favelas, dos sindicatos, comissões de saúde, dos partidos políticos e profissionais do setor para debaterem a saúde, sobretudo a nível estadual e municipal. Para Bravo a compreensão desses espaços de organização e de luta na sociedade civil deve levar em consideração a participação não somente dos movimentos populares, mas também da mediação dos articuladores, como setores da Igreja Católica, militantes de partidos políticos, assistentes sociais etc. Assim, estes espaços constituíram-se "num embrião para a democratização das instituições públicas com a incorporação de novos valores e práticas relacionados à expansão da participação política e dos direitos de cidadania" (Bravo, 2010, p. 246-247).

Bravo considera que mesmo formando valioso espaço de luta e enfrentamento, os fóruns e o conselho não conseguiram avançar em ações que modificassem a política de saúde, restringindo-se ao campo da denúncia e ao debate, bem como contribuindo para a formação da consciência coletiva na saúde[15]. A experiência da Ilha do Governador que se estende para o

[14] A organização de cada encontro contou com a participação de diferentes entidades, como a Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (Famerj), sindicatos, movimentos populares urbanos, pastorais da saúde, arquidioceses, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), dentre outros.

[15] BRAVO, M. I. S.. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: Lutas Sociais e Práticas Profissionais (3ª edição). 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010. v. 1. 296p.

munícipio e estado do Rio de Janeiro como foi possível perceber na realização dos encontros pela saúde com significativa participação popular pode ser visto como um valioso exemplo na correlação de forças no campo da saúde no país naquele momento[16].

Por seu turno, a literatura especializada sobre os movimentos sociais pela saúde despertou maior interesse sobre as lutas ocorridas na cidade de São Paulo. Encontramos estudos como de Eder Sader e Pedro Jacobi[17] que tratam os movimentos sociais das décadas de 1970 e 80 em São Paulo como agentes da política, protagonistas de um período de intensas mobilizações no município e estado de São Paulo, sendo muitos deles influenciados e confundindo-se com outras lutas, como o crescimento do pensamento sindical contestatório, as organizações de base, a criação do Partido dos Trabalhadores (PT), das greves no ABC paulista em 1978, dos inúmeros movimentos pela melhoria da qualidade de vida, como o "Movimento do Custo de Vida", dentre outros aspectos experimentados de perto pela população de São Paulo[18].

O cientista social Pedro Jacobi acompanhou de perto as lutas de classes pela saúde pública no município de São Paulo. Jacobi analisou as lutas pelo direito à água, saneamento básico e saúde na periferia urbana da cidade de São Paulo entre os anos de 1974 e 84. O trabalho descreve o quadro de precariedade sanitária vivida pelos habitantes da periferia, desprovidos de condições mínimas para reprodução social. Diante do cenário insalubre e de total ausência de políticas públicas, Jacobi demonstra como os moradores dos bairros da periferia da zona norte, sul e leste se organizaram e reivindicaram seus direitos.

Assim como Bravo, o estudo de Jacobi evidencia o papel fundamental daqueles que designa como "agentes externos" aos movimentos sociais, isto é, todos aqueles agentes mediadores das lutas da periferia, como os agentes pastorais, médicos sanitaristas, militantes de diretórios de partidos políticos, organizações de esquerda, dentre outros. Em cada região periférica analisada, constatou-se formas diferenciadas de atuação de cada agente externo, destacando como característica fundamental dos movimentos pela saúde a "diversidade de

[16] Sobre os movimentos sociais pela saúde no estado do Rio de Janeiro, confira também: ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de. Planejamento e Participação popular em saúde: o caso de Duque de Caxias [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1994.

[17] Destaca-se também, estudos sobre a cidade de Campinas, no estado de São Paulo. Cf.: SMEKE, Elizabeth de Leone Monteiro. **Saúde e democracia, experiência de gestão popular**: um estudo de caso. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1989.; FERRAZ, Ana Targina Rodrigues. **Impactos da experiência conselhista sobre as atividades políticas e organizativas dos movimentos sociais na saúd**e: o caso do movimento popular de saúde de Campinas/São Paulo. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2005.

[18] Cf.: SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena**: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-80. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

formas que assumem, assim como a diversidade dos agentes envolvidos"[19]. No entanto, o ponto em comum das regiões periféricas no âmbito das lutas pela saúde assentou na ação mais incisiva das Comunidades Eclesiásticas de Base (CEBs) e dos médicos sanitaristas[20] junto aos moradores, especialmente na zona leste da capital paulista.

Tomando como exemplo a análise da zona leste, a Igreja Católica teve papel fundamental na organização popular, suporte institucional e espaço de aglutinação dos movimentos. A presença das CEBs e dos médicos sanitaristas assumiram grande importância para a organização e direcionamento dos enfretamentos travados pelo movimento social, orientando e fornecendo subsídios para que os moradores pudessem conhecer melhor os problemas de saúde causados pela política de abandono do poder público, apontando caminhos para o enfrentamento, porém, tendo a preocupação de se manterem como suporte e indutores, não interferindo no protagonismo e autonomia dos movimentos (Jacobi, 1993). Dentre as ações realizadas, destaca-se as informações técnicas repassadas pelos sanitaristas ao movimento, como o número de médicos, funcionamento do atendimento e medicamentos sob responsabilidade da Secretária de Saúde.

> A partir dos dados fornecidos, a população tem melhores condições para reforçar as suas demandas. Os sanitaristas passam a desempenhar um importante papel no desenrolar das campanhas reivindicatórias pela expansão da rede e pela melhoria no atendimento, tanto participando de reuniões com os moradores, em seu processo de organização, como esclarecendo dúvidas e colocando seu conhecimento a serviços dos militantes dos movimentos reivindicatórios, no sentido de apresentar as necessidades tecnicamente definidas à população. É difícil supor que o movimento por melhores condições de saúde tivesse tido a mesma repercussão sem a sua presença (Jacobi, 1993, p. 133).

Os moradores com as informações obtidas sobre às condições sanitárias passaram da fase da caridade cristã para a reivindicação dos direitos (Sader, 1988). A relação com a Igreja e os médicos sanitaristas fez surgir as Comissões de Saúde, formado principalmente por mulheres das comunidades de base. O movimento pela saúde se organizou, traçou seus objetivos e formas

[19] JACOBI, Pedro. **Movimentos sociais e políticas públicas**: demandas por saneamento básico e saúde – São Paulo 1974-84. São Paulo: Editora Cortez, 1993, p, 130.

[20] Jacobi faz referência aos médicos com residência em Medicina Preventiva, formando-se em Médicos Sanitaristas, cuja formação visa profissionais com visão ampla dos problemas sociais. As comunidades periféricas recebem os médicos sanitaristas após serem aprovados em concurso público realizado pela Secretária Municipal de Saúde de São Paulo. Os médicos sanitaristas "ao contrário dos demais médicos que já atuam com a população nos CSs (Centros de Saúde), os sanitaristas têm toda a sua formação voltada para a rede pública de saúde, tornando-se o seu mercado de trabalho e sua opção de vida. Com uma mentalidade pouco frequente nos serviços públicos, estes médicos trazem uma bagagem de conhecimentos bastante aprofundados sobre a saúde das populações periféricas, sobre suas carências mais agudas". Jacobi aponta que grande parte dos médicos sanitaristas passam a morar nas comunidades e vivenciar o dia a dia dos moradores (Jacobi, 1993, p. 131).

de atuação, constituindo, assim, “efetivas organizações de massa” (Sader, 1988, p. 269). Eder Sader visualiza na organização e ação do movimento pela saúde na zona leste de São Paulo a existência de um alargamento do espaço da política, pois questionaram a política da ditadura e as condições históricas de subalternidade social. Diante do processo de transição política da ditadura e a abertura de organização na sociedade civil, os movimentos sociais, dentre eles da saúde, puderam com suas organizações e ações inventar “novas formas de política” (Sader, 1988).

A luta pela participação no Conselho de Saúde do município é uma dessas novas formas de política. Foi assim que um grupo de mulheres na região do Jardim Nordeste, integrantes da Comissão de Saúde da zona leste, reivindicaram a criação de um Centro de Saúde para o bairro e o direito de atuar na sua fiscalização e controle do funcionamento. Elas descobriram uma brecha na lei municipal permitindo a eleição de moradores para o conselho, antes tomado por membros que nada tinha a ver com os usuários dos serviços de saúde da localidade, o chamado “conselho de notáveis”, formado por presidentes de clubes, diretores de escolas, delegados, dentre outros). O grupo de mulheres argumentou na Secretaria de Saúde que o conselho deveria ser ocupado por pessoas ligadas ao centro de saúde, usuários e quem conheciam de perto seus problemas. Assim, após a conquista da construção do Centro de Saúde, conseguiram também a permissão da prefeitura para organizar as eleições em 1979, sendo eleitas 12 donas de casa, por um prazo de dois anos (Jacobi, 1993).

Eder Sader avalia a conquista do conselho de saúde como o ensaio da “passagem da pura luta reivindicativa para uma ação política, de participação na gestão dos serviços públicos” (Sader, 1988, p. 277). As mulheres lutaram pela institucionalização de suas funções e autoridade no exercício do conselho, aproximando, assim, de forma institucional sua relação com a Secretaria de Saúde, abrindo espaço para o fortalecimento da luta pela saúde. O movimento entendia que a institucionalização era um passo importante, mas que caminhava lado a lado com as comissões de saúde, de forma autônoma e promotora das lutas dos moradores (Sader, 1988, p. 227).

O controle popular iniciado no Jardim Nordeste se espalhou para outros bairros, em 1981 aproximadamente 95 mil moradores de 19 bairros, elegeram 313 conselheiros, formados majoritariamente por mulheres. Em 1985, um ano antes da VIII Conferência Nacional de Saúde, 37 bairros da zona leste participaram com 140 mil moradores nas eleições para o conselho, elegendo 838 conselheiros, novamente com maioria feminina (Jacobi, 1993, p. 111). A

experiência da zona leste serviu de exemplo e influenciou a luta em torno do tema na reforma sanitária e no estabelecimento de conselhos de saúde na legislação brasileira de 1988[21].

Após o estabelecimento constitucional dos conselhos de saúde, a prefeitura da cidade de São Paulo em 1989 sob comando da Prefeita Luiza Erundina do Partido dos Trabalhadores (PT), tendo Eduardo Jorge[22] como Secretário de Saúde, institui o Conselho Municipal de Saúde, fortalecendo o movimento democrático de luta pelo controle popular. No entanto, na gestão seguinte do Prefeito Paulo Maluf (1993-1996)[23], criou-se o Plano de Atendimento à Saúde (PAS), com o objetivo de desmantelar a organização pública da saúde em ataque direto aos direitos conquistados pela reforma sanitária, destituindo a eleição para o Conselho Municipal de Saúde, sendo os membros indicados pela prefeitura. O direito popular ao conselho foi reconquistado somente durante a gestão municipal de Marta Suplicy (2001/2004) do PT em 2001[24], novamente sob comando de Eduardo Jorge na Secretaria de Saúde.

No mesmo ano em que eram eleitas as primeiras conselheiras do movimento popular no Jardim Nordeste, ocorreu o I Encontro Nacional de Experiências de Medicina Comunitária (Enemec), realizado pela Igreja Católica por meio do Instituto Paulista de Promoção Humana (IPPH), ligado à Diocese de Lins, no Estado de São Paulo. O evento contou com a presença de representantes de 19 estados, compartilhando suas experiências sobre a medicina comunitária e educação popular em regiões periféricas. A organização da luta pela saúde adquiriu novo formato, ultrapassando os limites locais para o envolvimento organizado em nível nacional. Em 1980, ocorreu o II Enemec na cidade de Olinda, no Estado de Pernambuco, mas será no terceiro encontro no ano seguinte, na cidade de Goiana, no Estado de Goiás, quando os participantes de diferentes estados do país deram vida ao Movimento Popular de Saúde (MOPS). Os próximos encontros passaram a se chamar Congressos do MOPS realizados em nível regional, estadual e nacional.

---

[22] Médico sanitarista e membro do PT (1980-2005), Eduardo Jorge atuou no movimento popular de saúde na zona leste de São Paulo nas décadas de 1970 e 80. Assumiu a Secretaria de Saúde de São Paulo entre os anos de 1989-1990 e 2001-2002. Foi um importante personagem no processo da Reforma Sanitária Brasileira, representando o PT na Assembleia Nacional Constituinte no que se refere a área da saúde.

[23] Paulo Maluf nasceu em 1931 em São Paulo, é um político conservador e liberal, tendo assumido inúmeros cargos públicos, como Governador do Estado de São Paulo (1979-1982), Prefeitura de São Paulo (1969/1971 e 1993/1996) e por quatro gestões como Deputado Federal por São Paulo. Maluf pertenceu a Aliança Renovadora Nacional (ARENA), partido situacionista da ditadura empresarial civil-militar brasileira e posteriormente no período democrático no Partido Democrático Social (PDS – até 1993), Partido Progressista Reformador (PPR – 1993/1995) e Partido Progressista Brasileiro (PPB – 1995/vigente). Cabe destacar que a ARENA foi extinta em dezembro de 1979, rebatizada no ano seguinte para PDS que foi extinto em 1993, em seu lugar foi criado o PPR em 1993 a partir da fusão do PDS e do Partido Democrata Cristão (PDC). Em 1995 mudou de nome para PPB, sendo renomeado para Partido Progressista (PP) em 2017.

[24] Após a gestão de Paulo Maluf, elegeu-se o candidato a prefeito do mesmo Partido Celso Pitta (PPB) para o mandato de 1997 a 2000.

Além dos trabalhadores das comunidades carentes dos grandes centros urbanos, o MOPS contou também com membros de cidades de menor porte, alcançando adeptos por inúmeros municípios do país. A Igreja Católica, especialmente os setores ligados a Teologia da Libertação e as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) foram os principais responsáveis por sua construção e formação nos primeiros anos. O MOPS mantinha uma composição heterogênea, reunindo militantes de partidos políticos de esquerda, em especial o Partido dos Trabalhadores (PT), profissionais ligados à saúde, sindicatos, dentre outros[25]. Propunha-se como princípios norteadores a independência e autonomia em relação ao Estado e aos partidos políticos, tomando decisões baseadas na ação coletiva, questionando a representação institucional, as negociações sem participação popular e práticas voltadas para atuar por dentro do Estado[26]. Dentre as principais bandeiras do MOPS estão o controle dos serviços de saúde pelos trabalhadores, a saúde como direito universal e de responsabilidade do Estado e a estatização completa da saúde.

Os movimentos pela saúde urbana que nasceram a partir de reivindicações locais, passaram a se organizar nacionalmente com o MOPS. Os encontros serviram como plataforma para debater questões locais e os problemas gerais da saúde pública. No V encontro realizado em Salvador em 1984, firmou posição do movimento quanto a necessidade de criação de uma Política Nacional de Saúde, destacando a importância da participação popular em sua elaboração e a prestação de serviços públicos gratuitos em todos os níveis na saúde brasileira. No mesmo ano da celebre VIII Conferência Nacional de Saúde, o MOPS realizou o VI Congresso interno, sendo suas propostas sistematizadas e formalizadas para serem apresentadas na conferência nacional, dentre elas, a estatização dos serviços de saúde, direito à saúde e dever do Estado, controle popular por meio de autonomia das organizações populares frente ao Estado e sob legislação que garantissem a presença popular no planejamento e controle dos serviços de saúde, assim como a presença popular nos conselhos de saúde, descentralização da saúde e etc. O MOPS era inegavelmente uma das principais forças sociais no cenário político da saúde brasileira.

Ana Maria Doimo e Marta Rodrigues[27] ressaltando o protagonismo do MOPS nas lutas e agendas da saúde pública, afirmam que na primeira metade da década de 1980 o movimento alcançava seu mais expressivo processo de mobilização e reivindicação, ao contrário do

[25] DOIMO, Ana Maria; RODRIGUES, M. M. A. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal da atuação política**. Política & Sociedade**. Florianópolis. v. 3, 2003, p. 97.
[26] Idem, p. 100.
[27] Doimo e Rodrigues (2003).

movimento sanitário (leia-se, Cebes e Abrasco) que segundo as autoras, encontrava-se fortalecido pela eleição direta de governadores e parlamentares, assumindo cargos no aparelho do Estado. Enquanto o MOPS fortalecia e expandia sua luta na base social, o movimento sanitário, reduzido ao Cebes e Abrasco, optou pela via institucional. Destacam o papel do MOPS na VIII CNS, em especial pelo estabelecimento dos princípios de que a saúde é um direito social e deve ser garantido e financiado pelo Estado, contando com a participação da comunidade na gestão e controle do sistema por meio de conselhos paritários. Ainda na análise das autoras, cabe reter a visão que se tornou majoritária de consenso na elaboração das lutas e do projeto da reforma sanitário entendido enquanto relatório final da VIII CNS. Para elas o evento marcou o encontro de diferentes frentes de luta na saúde, convergindo para uma agenda comum e construída coletivamente.

A história do MOPS é reconhecida pelos pesquisadores e agentes envolvidos com a luta pela reforma sanitária como fundamental no movimento sanitário e na história da saúde pública, porém sua história e seus agentes têm ocupado somente breves páginas nas publicações especializadas. Um dos poucos trabalhos dedicados ao MOPS no recorte da reforma sanitária coube a cientista social Silvia Gerschman, investigadora da Ensp/Fiocruz e adepta do Cebes e Abrasco. Gerschman estudou o MOPS e o movimento dos médicos a partir do exemplo do estado do Rio de Janeiro, nas décadas de 1980 e 90 relacionando-os no contexto do processo da reforma sanitária brasileira. O trabalho merece alguns comentários pela exposição dada pela autora.

Em sua avaliação os primeiros anos do MOPS, a sua articulação regional, estadual e nacional, bem como seus congressos tinham por preocupação as questões locais da saúde. Gerschman considera que o MOPS não debateu as grandes questões políticas da saúde, ocupando-se de tais problemas somente durante a VIII CNS. Estabelece que a trajetória do MOPS alcançou amadurecimento acerca das questões nacionais da política quando outros já haviam discutido e preparado o terreno. Desse modo, atribui ao Cebes e Abrasco, identificados como sendo o próprio movimento sanitário, a autoria do debate sobre os grandes temas da saúde. A autora põe em confronto o movimento popular e o "movimento sanitário", ao primeiro coube a imaturidade na teoria e na prática e ao segundo a racionalidade e consciência política.

Gerschman sugere o papel de vanguarda do "movimento sanitário" (Cebes e Abrasco) no processo da reforma sanitária, destacando como bem-sucedida, ponderada e racional a estratégia de penetrar nos aparelhos do Estado, mas reconhecendo que "a participação nos

organismos estatais acabou sendo uma decisão unilateral do Movimento Sanitário, o que dificultou sua relação com o MOPS no transcorrer da década de 80"[28].

Em sua avaliação os conflitos internos no MOPS impossibilitaram sua aproximação com as estratégias políticas do "movimento sanitário". Os conflitos se deram pela presença de distintas posições ideológicas, de um lado por partidos de esquerda e facções favoráveis a estatização total da saúde, como o Partido dos Trabalhadores (PT), Partido Democrático Trabalhista (PDT) e Partido Comunista do Brasil (PCdoB), tal agrupamento é definido como radical, e em lado oposto, uma ala mais moderada, hegemonizada pelo Partido Comunista Brasileiro (PCB) e identificada com o "movimento sanitário", defensora da institucionalização, ocupação de cargos no aparelho do Estado, contrária a estatização da saúde, sendo favorável a presença do setor privado[29].

Gerschman assinala que os "radicais" por meio da Famerj e do Movimento Popular em Saúde do Estado do Rio de Janeiro chegaram a questionar a forma como se organizou a VIII CNS sob liderança de membros do Cebes e Abrasco, alegando limitações na efetiva participação dos movimentos populares. Para Gerschman o grupo "radical" não concordou com a Ementa Popular pela Saúde realizada pela Plenária Nacional de Saúde, pois não contemplava a estatização total.

É interessante perceber como a autora avalia os conflitos internos no MOPS, em sua análise existe um período em que o movimento se orienta para o debate da política externa, como no caso da VIII CNS, quando apesar das diferenças houve certo consenso na construção do projeto da reforma sanitária e, de certo modo, boa convivência com a agenda do "movimento sanitário". Define, portanto, como um período de maturidade política. No entanto, sugere que quando o movimento se voltou para o debate interno, surgiram os impasses, acarretando a perda de direcionamento, paralisando-o, uma vez que passa a operar com "camisa-de-força". Isto é, quando os projetos e ações políticas defendidos pelo "movimento sanitário" (Cebes e Abrasco) foram postos em debate, diferentes percepções de mundo e estratégias políticas foram defendidas pela maioria de seus membros. A defesa das premissas básicas que dão identidade ao movimento, isto é, autonomia, independência e não institucionalização, em contraposição as estratégias do Cebes e Abrasco, é interpretado como descaminho, agindo de forma imatura.

> Precisamente no momento em que o Movimento Popular em Saúde esteve mais próximo das decisões políticas substantivas, a ausência de maturidade para absorver

[28] GERSCHMAN, Silvia. **A Democracia Inconclusa**: Um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira. 2a.. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 112.
[29] Idem, p. 114

> a institucionalização como uma exigência do processo político no setor se traduziu em cisão interna. Isso se deu como resultado das diferenças políticas no interior do movimento, que trouxe como conseqüência o descenso na atuação do mesmo[30].

Gerschman aponta a retomada do "correto caminho" pelo movimento após a eleição da nova diretoria da Famerj em 1989, quando são eleitos membros com posições próximas ao Cebes e Abrasco. Assim, atuando nas linhas políticas do suposto movimento sanitário, o MOPS teria superado o obscurantismo interno. Para a autora a presença interna do componente democrático contribuiu para a elevação aos postos de diretoria da corrente hegemônica nas ações políticas da reforma sanitária, ou seja, o "movimento sanitário", "tal condição foi facilitadora para que a facção mais radical não chegasse a se cristalizar na condução do movimento, pois existiu uma alternância nas direções políticas e nas práticas do MOPS"[31].

Outro ponto a destacar na análise de Gerschman diz respeito ao encaminhamento geral da luta pela reforma sanitária, seus limites e possibilidades. Sugere que o MOPS nasce e se constrói a partir das carências sociais das periferias urbanas, ocupando importante espaço no campo de lutas pela saúde. Em paralelo nas universidades são elaborados pelo movimento sanitário (Cebes e Abrasco) os novos paradigmas para a saúde, resultando na formulação de teorias e ações consistentes para a reforma sanitária, como a ocupação de cargos no aparelho do Estado. Portanto, assinala que o MOPS buscou se firmar de forma independente do caminho trilhado pelas inovações oriundas no campo universitário. A incapacidade do MOPS de compreender a dinâmica da luta política pela reforma sanitária, levou o movimento à sua crise interna e contribuiu para enfraquecer o projeto hegemônico do "movimento sanitário" na luta institucional, assim, favorecendo o retrocesso político na reforma sanitária após a CF-88.

Gerschman trata como imaturo os conflitos e disputas por projetos e ideologias no interior do MOPS, a razão de ser baseou-se no projeto de base social, independente, classista e voltado para a organização dos trabalhadores. A explicação teórica para fundamentar suas afirmações partem da ideia de que a trajetória do MOPS não se assumiu como "'sujeito autoconstruído' em lugar de 'em oposição a'"[32]. Isto se deve pelo fato de acreditar que o movimento nasceu a partir das necessidades sociais que lhes foram colocadas, reagindo às carências e violências cotidianas sofridas no campo da saúde.

Os novos sujeitos emergidos da luta social no período em análise, compartilhavam de experiências e de identidade de classe. A noção de classe nos ajuda a compreender o MOPS e

[30] Idem, p. 70.
[31] Idem, p. 125.
[32] Idem, p. 256.

as críticas destiladas por Gerschman. Os estudos do historiador inglês E. P. Thompson apontaram que classe não nasce naturalmente como algo dado, a classe se forma a partir da sua própria experiência do *fazer-se*, levando em consideração as mediações culturais, a experiência e consciência social materializadas em pessoas e contextos reais. A classe "acontece quando homens como resultado de experiências comuns (herdadas ou partilhadas), sentem e articulam a identidade de seus interesses entre si e contra outros homens cujos interesses diferem (e geralmente se opõe) dos seus"[33]. Nesse sentido, classe é um fenômeno histórico, sendo definida pela ação dos homens enquanto produzem sua própria história. Portanto, a classe só pode ser entendida quando analisamos a formação social e cultural, surgida de processos que só podem ser estudados quando eles mesmos operam durante um considerável período histórico[34].

Thompson ao analisar as ações populares no século XVIII na Inglaterra, rompe com a visão espasmódica das lutas populares, sustentada na ideia de que os trabalhadores são motivados por questões econômicas e fisiológicas. A pesquisa empírica comprova que há nas lutas uma noção legitimadora, ou seja, "homens e as mulheres da multidão estavam imbuídos da crença de que estavam defendendo direitos ou costumes tradicionais, e de que, em geral, tinham o apoio do consenso mais amplo da comunidade". O questionamento devia-se ao fato de algo estar errado ou infringido o consenso popular acerca das práticas que lhes julgavam legítimas. Para Thompson (1988) não há uma única reação simples, "animal", à fome. Para ele há evidências de pessoas que nada fizeram e morrem de fome, há evidências também de que os homens, chefes de famílias abandonavam os seus etc. Tudo depende dos costumes, das tradições, dos comportamentos e das vivências das pessoas.

Os estudos de Thompson contribuem significativamente para descortinar tais visões estereotipadas dos trabalhadores e suas formas de organização. No entanto, embora as pesquisas empíricas tenham demonstrado ser cada vez mais difícil a defesa dessas perspectivas, ainda perdura em certas análises a imagem das classes populares como incapazes de organização e ação autônoma. A noção espasmódica das lutas populares e a ausência das mediações levantadas por Thompson e que podem ser vistas na análise de Gerschman, é também atravessada pela atribuição do caráter fragmentário e disperso conferido ao MOPS. O reducionismo da análise fica evidente quando afirma a inexistência de identidade no MOPS, impedindo de se projetar na política de forma duradoura, atuando apenas de forma esporádica.

[33] THOMPSON, E.P. **Costumes em Comum**: Estudos sobre a Cultura Popular Tradicional. São Paulo: Companhia das Letras, 1998, p. 152.
[34] Para saber mais sobre classe trabalhadora na análise marxista, recomenda-se: MATTOS, Marcelo Badaró. **A classe trabalhadora**: de Marx ao nosso tempo. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2019.

Eder Sader (1988) debruçou-se sobre diferentes experiências de luta nas décadas de 1970 e 80, dentre elas do movimento popular pela saúde na cidade de São Paulo. Em sua análise o período foi marcado por polêmicas internas nos movimentos sociais, partidos políticas e sindicatos quanto as estratégias a serem adotadas. Os principais debates giravam em torno do caráter da revolução, seria ela socialista, popular, democrática, de libertação nacional, qual o papel teria as classes sociais etc. Por outro lado, o tema da organização e as lutas dos trabalhadores não detinham espaço entre as grandes polêmicas que polarizam os debates. Este seria um dos motivos pelos quais "será cada vez maior o número de militantes que – individualmente ou em grupos – começam a se desprender dessas organizações e a manter essas atividades junto aos trabalhadores já sem as referências totalizadoras das estratégias revolucionárias" (Sader, 1988, p. 173).

As pastorais católicas seriam os locais que possibilitariam o encontro destas experiências populares. Os movimentos sociais nasceram heterogêneos e fragmentados, representando suas próprias condições de existência, reproduzindo-se enquanto formas singulares de expressão, ou seja, "embora tenham inclusive desenvolvido mecanismos de coordenação, articulação, unidade, eles se mantiveram como formas autônomas de expressão de diferentes coletividades, não redutíveis a alguma forma "superior" e "sintetizadora" (Sader, 1988, p. 198). A pluralidade presente nos movimentos sociais, especialmente no MOPS, não indica segundo Sader nenhuma compartimentação de classes sociais diversas, apenas indica formas diferentes de expressão.

> Os movimentos sociais tiveram de construir suas identidades enquanto sujeitos políticos precisamente porque elas eram ignoradas nos cenários públicos instituídos. Por isso mesmo o tema da autonomia esteve tão presente em seus discursos. E por isso também a diversidade foi afirmada como manifestação de uma identidade singular e não como sinal de uma carência (Sader, 1988, p. 199).

O período em questão diz respeito às críticas ao centralismo estatal imposto no curso do socialismo soviético e a descrença na revolução. No plano nacional recaiam as críticas ao autoritarismo do Estado de exceção, desse modo, Sader pontua a desconfiança das organizações populares com a institucionalização, pois dificultava o controle direto dos movimentos populares. A institucionalização é vista como antagônica a autonomia das organizações populares, pois segundo grande parte dos movimentos sociais, em especial o MOPS, repudiavam às estratégias de institucionalização das práticas políticas, prevendo que nelas estão contidos elementos de manipulação e burocratização.

A escolha estratégica e tática de autonomia frente ao aparelho do Estado, aos sindicatos e quaisquer aparelhamentos no movimento, tendo por preceito a construção de base e a formulação, execução e controle de políticas públicas com presença ativa dos movimentos populares é visto por Gerschman como limitador e contraditório do movimento. A defesa do MOPS da estatização integral da saúde pública e sua opção por não institucionalização é tida como contraditória pela pesquisadora, pois em sua avaliação não há coerência entre defender a saúde como estatizada e ao mesmo tempo se negar a institucionalização do movimento, deixando a tarefa política da saúde para outros, ficando apenas na contestação.

O MOPS, assim como ocorreu com o movimento popular pela saúde na zona leste de São Paulo, defendia a luta pela base, elegendo a classe e frações de classe dominante de natureza privatista como inimiga na luta pela saúde pública, propondo a estrutura geral da saúde sob domínio do Estado, sem a presença do privado. Isto não é o mesmo que lutar pelo autoritarismo estatal, o monopólio do poder na saúde, pois sua pauta principal consistiu na estatização da saúde com participação popular, com controle popular em todas as frentes de organização de políticas públicas. Assim, o movimento seria duplo, isto é, mantém a luta na base e a legalidade de participação no controle popular, uma vez que sob domínio do Estado, tal perspectiva poderia ser aventada e reivindicada, ao contrário da estrutura da saúde com a presença de interesses do setor privado defendido pelo Cebes e Abrasco.

No entanto, a crítica de Gerschman ao abandono da luta institucional é importante e sintomática de um período atravessado pela negação de muitos movimentos sociais e organizações classistas da luta no seio do Estado. Virginia Fontes sugere a existência de uma visão deturpada em torno do conceito de sociedade civil, havendo muita confusão acerca da noção de governo e Estado, recusando a luta no terreno do Estado por identificá-lo com a ditadura. Para Fontes ao recusarem a luta no âmbito do Estado, dificultava-se a elaboração de projetos capazes de superar "o Estado capitalista, ao desconsiderá-lo como momento importante da luta popular. Enaltecia uma atuação "de costas" para o Estado, sem a intermediação de partidos, ou de organizações estáveis, consideradas como "camisas de força" para tais movimentos" (Fontes, 2010, p. 227).

O final dos anos de 1970 e a década de 1980 foram marcados por avanços, retrocessos e contragolpes das classes dominantes. Foram anos de intensas lutas, greves e movimentos de contestação das mais variadas pautas. Os anos de 1980 "representaram uma época de grandes ganhos políticos para os trabalhadores, através do efeito pedagógico das experiências das diversas lutas travadas" (Almeida, 2011, p. 493). Uma década de grande inovação nas lutas

populares com a criação do Partido dos Trabalhadores (PT), da Central Única dos Trabalhadores (CUT) e do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), formados pela base, assumiram a luta socialista democrática de caráter anticapitalista, adquirindo enorme protagonismo e abrangência nacional, alterando a relação de forças no país a partir da crise de hegemonia das classes dominantes e construindo uma contra-hegemonia (Almeida, 2011).

A efervescência da organização subalterna da luta e de projetos contra-hegemônicos foram postos a prova pelo avanço da agenda de negação da luta no seio do Estado. Para Fontes (2010) a compreensão do fenômeno passa por duas situações distintas e que se retroalimentam: como resultado das crises da década de 1970, o empresariado disputou intraclasse os recursos do fundo público, por conseguinte, colocaram-se contrários a qualquer política estatal de natureza social que interferisse na sua apropriação privada dos recursos públicos; o segundo aspecto diz respeito a ampliação das universidades e do retorno dos exilados pela ditadura.

> Muitos daqueles que retornavam do exílio incorporaram ao longo dos anos o desencanto europeu com a experiência soviética, o que se expressou em muitos casos pela recusa aos partidos comunistas e, principalmente, à crispação dogmatizante das organizações comunistas que se autointitulavam marxistas-leninistas (ML). Endossavam, entretanto, um modelo vagamente democrático, seja com tonalidades europeizantes social-democratas, seja mais próximos dos modelos tocquevillianos, defensores de uma associatividade à americana, então bastante difundidos. Desconfiavam dos partidos políticos e os viam como "aparelhamento" das organizações populares. Mesclavam-se vertentes políticas de origens distintas, sob influência de setores da sociologia europeia e em especial a francesa, que abandonavam a reflexão social a partir de uma base classista (Fontes, 2010, p. 228. Grifos nossos).

Tais pesquisadores passaram a conviver diretamente com as lutas populares, utilizando-os como objeto de seus estudos. Consolidou-se, assim uma "visão imediatista dos setores populares, sem com eles socializar os extensos debates teóricos travados nas universidades, e difundia uma concepção da "recusa" da luta em torno do Estado, desconsiderando-a como momento necessário" (Fontes, 2010, p. 229-230). Os efeitos da presença desses pesquisadores e da chamada corrente sociológica dos "novos movimentos sociais" causou grande impacto na organização da luta popular, favorecendo uma visão imediata de suas lutas, obstaculizando a imagem da totalidade social. Forjou-se a concepção de que a luta não poderia ultrapassar os limites da política institucional, do Estado de Direito, permanecendo no campo das reivindicações imediatas e localizadas. A perspectiva da consciência da totalidade e consequentemente a luta no seio do Estado foi posto abaixo pela intelectualidade que se afirmava naquela ocasião, expressa principalmente pela socióloga Ruth Cardoso e sua discipula

e orientanda Ana Maria Doimo (Fontes, 2010), que como vimos se colocou firmemente contrária a luta institucional do movimento sanitário (Cebes e Abrasco).

Portanto, os movimentos populares a partir de suas experiências e ações, buscaram serem sujeitos de sua própria história. A fragmentação e heterogeneidade são expressão de sua condição de existência. Os movimentos sociais pela saúde em suas diferentes localidades e agendas de luta como analisado acima, protagonizaram sua própria história e fazem parte da história da saúde pública brasileira, em especial do processo da reforma sanitária. Todos de alguma maneira foram filósofos, ainda que em certos momentos inconscientemente. A noção de "filósofo" defendida por Gramsci, resume o movimento dos agentes nas diversas lutas pela saúde analisadas.

> todos são filósofos, ainda que a seu modo inconscientemente – já que, até mesmo na mais simples manifestação de uma atividade intelectual qualquer, na "linguagem", está contida uma determinada concepção de mundo -, passa-se ao segundo momento, ao momento da crítica e da consciência, ou seja, ao seguinte problema: é preferível "pensar" sem disto ter consciência crítica, de uma maneira desagregada e ocasional, isto é, "participar" de uma concepção de mundo "imposta" mecanicamente pelo ambiente exterior, ou seja, por um dos muitos grupos sociais nos quais todos estão automaticamente envolvidos desde sua entrada no mundo consciente (e que pode ser a própria aldeia ou a província, pode se originar na paróquia e na "atividade intelectual" do vigário ou do velho patriarca, cuja "sabedoria" dita leis, na mulher que herdou a sabedoria das bruxas ou no pequeno intelectual avinagrado pela própria estupidez e pela impotência para a ação), ou é preferível elaborar a própria concepção do mundo de uma maneira consciente e crítica e, portanto, em ligação com este trabalho do próprio cérebro, escolher a própria esfera da atividade, participar ativamente na produção da história do mundo, ser o guia de si mesmo e não mais aceitar do exterior, passiva e servilmente, a marca da própria personalidade?[35]

A concepção de mundo dos movimentos sociais e lutas populares pela saúde que buscamos destacar continham elementos de crítica da própria concepção de mundo, buscaram conhecer a si próprios e a consciência de sua própria historicidade, de sua fase de desenvolvimento e identificá-la em contradição com outras concepções de mundo. Em que pese a maior ou menor amplitude e complexidade das compreensões de mundo, bem como a ausência de uma consciência da totalidade da luta e no seio do Estado restrito, ao colocarem-se em luta por mudanças na estrutura da saúde pública brasileira e em favor dos interesses das classes subalternas, tais movimentos de luta socializaram "verdades já descobertas"[36], isto é, a possibilidade ativa de transformação social diante da identificação do potencial emancipatório das lutas sociais frente às mazelas e condições desiguais e estruturantes presentes na área da

[35] GRAMSCI. Antonio**. Cadernos do Cárcere**. Volume 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 8ª Edição, 2015, p. 93-94.
[36] GRAMSCI. Antonio**. Cadernos do Cárcere**. Volume 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 8ª Edição, 2015, p. 93-96.

saúde. No entanto, tais potencialidades são importantes, mas insuficientes para a transformação social, devendo levar em consideração:

> a classe, que é sempre consciente de si, torna-se consciente para-si (em termos de Gramsci: torna sua consciência "unitária e coerente") na medida em que compreende sua própria situação de classe como momento de uma totalidade histórica, o capitalismo, e pode atuar politicamente (ou seja, estabelecer projetos e aplicá-los), em conformidade com esta compreensão, pela transformação radical da sociedade. Se esta condição, a referência à totalidade, não estiver presente, ou seja, se a compreensão estiver limitada a aspectos parciais da existência concreta da classe, trata-se então de uma consciência de classe ainda não desenvolvida, uma falsa consciência, no sentido de Lukács ("ocasional e desagregada", em termos gramscianos). Neste caso, a atuação política da classe permaneceria inscrita na ordem capitalista, e sua luta seria, no máximo, por reformas que não chegam a pôr em causa a sua superação radical[37].

Ressaltamos que a temática dos movimentos sociais e organizações coletivas pela luta da saúde no contexto da reforma sanitária merece um maior esforço dos pesquisadores, pois o entendimento da complexidade da luta e das opções estratégicas adotadas ao longo do processo da reforma sanitária lançará luz sobre os caminhos e campos de batalha na atualidade da saúde brasileira.

1.2 A VIII Conferência Nacional de Saúde

A VIII Conferência Nacional de Saúde realizada na cidade de Brasília em 1986 é amplamente reconhecida como o principal marco de elaboração do projeto da reforma sanitária brasileira. O seu relatório final consagrou-se como fundamento máximo a ser trilhado nos eventos subsequentes materializados na institucionalização da saúde pública na Constituição Federal de 1988 e consequentemente na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A VIII CNS reuniu aproximadamente quatro mil pessoas ligadas a organizações da sociedade civil, profissionais da saúde, usuários e prestadores de serviços, com representantes de todos os estados do país. Um fato importante é a ausência dos prestadores de serviços privados, que optaram por não participar dos debates. O encontro marcou também a presença da sociedade civil no processo de deliberação da política de saúde, mesmo que neste momento não contenha base legal, processo que será aprimorado nas próximas conferências (Escorel; Bloch, 2005, p. 97).

[37] COELHO, Eurelino. **Uma esquerda para o capital**: Crise do marxismo e mudanças nos projetos políticos dos grupos dirigentes do PT (1979-1998). Tese (Doutorado em História), Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2005, p. 330.

As conferências nacionais ocorrem formalmente após a convocação do governo federal, e neste caso foi o Ministro da Saúde Roberto Figueira Santos quem assinou a convocação. Desse modo, as entidades da sociedade civil se prepararam para a VIII CNS promovendo encontros e debates pelo país, elaborando suas propostas a serem discutidas na conferência. Destes encontros e das indicações das mais diversas entidades da sociedade civil saíram os delegados representantes na conferência nacional. O protagonismo das organizações sociais coletivas no encontro foi um marco na política de saúde no país, podendo ser exemplificado na forma como se deu o processo participativo das decisões:

> A organização da conferência havia previsto que os trabalhos de grupo dos delegados aconteceriam separadamente dos participantes e estes teriam direito à voz em plenário, mas apenas os delegados votariam. A decisão aprovada, em função da reivindicação dos participantes, foi que estes também se reuniriam em grupos, apresentariam seus relatórios e uma comissão constituída por relatores dos dois grandes grupos compatibilizaria o relatório final a ser aprovado em plenário. O Relatório Final da 8º CNS, portanto, contém as propostas que resultaram da discussão de todas as pessoas presentes na conferência, delegados ou não[38].

O encontro contou com mil delegados, mesas-redondas, grupos de trabalho, debates, plenárias e com materiais diversos para discussão, embora fosse apresentado e divulgado textos e documentos técnicos de acadêmicos e intelectuais da área da saúde a pedido da direção do evento. O relatório final foi composto pela consolidação dos debates travados nos 135 grupos de trabalhos, sendo 38 de delegados e 97 de participantes durante os três dias do encontro a respeito dos respectivos temas: Saúde como Direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e; Financiamento Setorial[39]. Além do relatório final foi publicado os Anais do encontro pelo Ministério da Saúde em 1987, contendo as seguintes seções: discursos pronunciados na cerimônia de abertura; discurso de Sérgio Arouca na conferência de abertura; participação de vários membros do eventos em painéis com temas diversos; textos contendo os debates de representantes de várias entidades; textos de trabalhos apresentados como contribuição ao evento; textos referentes às mesas-redondas e; documentos relativos ao texto do relatório final.

A composição dos agentes nos espaços de discussão da VIII CNS e consequentemente registrados nos Anais do encontro apresentou uma elevada diversificação de representações conforme evidencia o quadro 01, composto por membros do legislativo, executivo e de órgãos federais, estaduais e municipais, de instituições acadêmicas, da Federação das Indústrias do

[38] ESCOREL, Sara; BLOCH, Renata Arruda de. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel. (Org.). **Saúde e Democracia**: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 98.
[39] BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final**: VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986, p. 1.

Estado de São Paulo (FIESP), defensora dos interesses do empresariado, de representantes de setores diversos da Igreja Católica, categorias de profissionais da saúde, e de organizações classistas, como o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), Central Única dos Trabalhadores (CUT), Confederação Nacional das Classes Trabalhadoras (CONCLAT), Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (FAMERJ), Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)[40].

A análise da disposição de pessoal nas seções da VIII CNS publicadas pelos Anais do encontro demonstra que a seção de debates contou com 18 debatedores, sendo 2 representantes de setores da Igreja Católica, 5 ligados ou atrelados a administração pública, 6 de organizações classistas vinculadas aos interesses sociais e dos trabalhadores de forma em geral, 1 membro de universidade federal, 1 correspondente aos interesses empresariais da indústria (FIESP) e 3 entidades ligadas aos interesses da categoria médica. Destes, Sebastião Loureiro professor de Medicina da UFBA e Luis Cordoni Júnior professor da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e representando a Secretária de Saúde e do Bem-Estar Social do Paraná, figuram como membros do Cebes e Abrasco, correspondendo a 11,11% do total de debatedores. Percebe-se que houve uma ampla diversificação na representação dos debates, contando com expressivo contingente de membros ligados as lutas pela saúde nas organizações da sociedade civil, incluindo neste quesito a Igreja Católica e as organizações classistas, conferindo número superior aos agentes ligados ao Cebes e Abrasco[41].

No que se refere a seção de Painéis, foram discutidos 3 temas, são eles: Saúde como Direito Inerente à Cidadania e à Personalidade, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor Saúde, reunindo um total de 10 apresentações. Dos 10 panelistas, quatro pertencem ao Cebes e Abrasco, são eles: Jairnilson Paim (UFBA), Sônia Fleury (Fiocruz), Hésio Cordeiro (INAMPS e UERJ) e Adolfo Chorny (Fiocruz), correspondendo a 40% do total de participantes. Apesar de constar no documento a professora Sônia Fleury como integrante da Fundação Getúlio Vargas (FGV), entidade privada, também atuava como professora e pesquisadora titular desde 1975 na ENSP/Fiocruz[42]. Nesta seção não se verificou

[40] BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais**: VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1987.
[41] Idem.
[42] A professora Sônia Fleury ingressou na FGV em 1982 permanecendo até os dias atuais, ao passo que iniciou suas atividades na ENSP-Fiocruz em 1975 até 1995 como pesquisadora titular. Desse modo, daqui em diante mencionaremos para fins dessa pesquisa até o ano de 1995 a Fiocruz como entidade vinculante de Sônia Fleury.

a presença de representantes das organizações da sociedade civil para além do Cebes e Abrasco na apresentação dos temas, cabendo a eles a função de debatedores, uma vez que privilegiou-se a presença de especialistas, acadêmicos, técnicos e políticos para conduzirem os temas. No entanto, verificou-se ampla participação dos movimentos sociais e entidades classistas como debatedoras, democratizando o debate e contribuindo para os resultados finais, com destaque para a CONAM, CNDM, DIESAT, FAMERJ, CONTAG, OAB, CONCLAT, CNBBM CUT, ABRASCO, dentre outros. Cabe destacar que o Cebes e Abrasco também marcaram presença entre os debatedores, com Sebastião Loureiro da Abrasco no segundo painel e Luis Cordoni Júnior do Cebes e UEM no terceiro painel.

A seção de apresentação de trabalhos reuniu profissionais e pesquisadores influentes na área da saúde com objetivo de oferecer material técnico para subsidiar as discussões na VIII CNS, contando com 7 participantes, sendo 1 vinculado a órgão público (IPEA), 1 ligado a governo estadual (PR), 1 Consultor Nacional da Organização Pan-americana da Saúde, 4 vinculados a instituições de ensino, mas ocupando outros cargos, como Francisco de Assis Machado atuando no INAMPS e Nelson Rodrigues dos Santos como Secretário Municipal de Saúde de Campinas e 1 membro da Fiocruz, correspondendo a 5 membros do Cebes e Abrasco, equivalente a 71% do total, são eles: Cristina Albuquerque Possas (Fiocruz), Eleutério Rodriguez Neto (UFRJ), Francisco de Assis Machado (UFMG), Luiz Cordoni Júnior (SESB/PR e UEM) e Nelson Rodrigues dos Santos (Unicamp). A presença do Cebes e Abrasco foi significativa na condução e nos direcionamentos das questões discutidas no decorrer da VIII CNS[43].

Por fim, ocorreu a apresentação da mesa-redonda intitulada Constituinte e Saúde, presidida pelo deputado federal pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) João Pimenta da Veiga, aberta pelo Ministro do Estado da Saúde Roberto Figueira Santos e com seis palestrantes, sem a presença de nenhum membro do Cebes e Abrasco, contando apenas com a CNBB como entidade vinculada a organização da luta pela saúde nos movimentos sociais. Cabe registrar ainda que a conferência de abertura foi proferida por Sérgio Arouca, presidente da Fiocruz e membro do Cebes.

[43] BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais**: VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1987.

Quadro 1: Composição dos agentes nos Anais da VIII CNS.

Nome	**Atividade**	**Título da participação**	**Instituição de origem**	**Observação**
Antônio Sérgio da Silva Arouca	Conferência	Democracia é saúde	Fiocruz	Cebes/Abrasco
Jairnilson Silva Paim	Painel: Saúde como Direito Inerente à Cidadania e à Personalidade	Direito à saúde, cidadania e Estado	Universidade Federal da Bahia (UFBA)	Cebes/Abrasco
José Geraldo de Sousa Júnior	Painel: Saúde como Direito Inerente à Cidadania e à Personalidade	A construção social da cidadania	Assessor Jurídico da Fundação Universidade de Brasília	
Hélio Pereira Dias	Painel: Saúde como Direito Inerente à Cidadania e à Personalidade	Saúde como direito de todos e dever do Estado	Assistente Jurídico do Ministério da Saúde e Assessor do Ministério da Saúde	
Sônia Maria Fleury Teixeira	Painel: Saúde como Direito Inerente à Cidadania e à Personalidade	Cidadania, direitos sociais e Estado	Professora Fundação Getúlio Vargas (FGV) e da ENSP Fiocruz	Cebes/Abrasco
Padre Pedrinho Guareschi	Debates		Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)	
Néio Lúcio Fraga Pereira	Debates		Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM)	
Carmem Barroso	Debates		Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM)	
Arlindo Chinaglia Júnior	Debates		Central Única dos Trabalhadores (CUT)	
Bernardo Bedrikow	Debates		Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP)	
Francisco Antônio de Castro Lacaz	Debates		Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde dos Ambientes de Trabalho (DIESAT)	
Gabriel Oselka	Debates		Conselho Federal de Medicina (CFM)	
Adib Domingos Jatene	Painel: Reformulação do Sistema Nacional de Saúde	Reformulação do Sistema Nacional de Saúde: Algumas Considerações	Membro da Comissão do Ensino Médico do Ministério da Educação	
João Yunes	Painel: Reformulação do Sistema Nacional de Saúde	Participação Social em Saúde	Secretário de Saúde do Estado de São Paulo	
José Alberto Hermógenes de Souza	Painel: Reformulação do Sistema Nacional de Saúde	O Sistema Unificado de Saúde como Instrumento de Garantia da Universalização e Eqüidade	Secretário-Geral do Ministério da Saúde	

Hésio de Albuquerque Cordeiro	Painel: Reformulação do Sistema Nacional de Saúde	A Participação de Todos na Construção do Sistema Unificado de Saúde	Presidente INAMPS (1985-88); Conselho Técnico Científico da Presidência da Fiocruz (1985-88); Professor da UERJ	Cebes/Abrasco
Antônio Ivo de Carvalho	Debates		Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (FAMERJ) 1987-1988 Chefe de Gabinete da Secretaria de Saúde do RJ; Ingressa na Fiocruz em 1991	
Francisco Xavier Beduschi	Debates		Federação Nacional dos Médicos (FNM)	
José Francisco da Silva	Debates		Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG)	
José Luiz Riani Costa	Debates		Ministério do Trabalho	
Sebastião Loureiro	Debates		Presidente da ABRASCO E CEBES; professor de medicina UFBA	Cebes/Abrasco
Ubaldo Dantas	Debates		Prefeito de Ibatuna (BA)	
Adolfo Horácio Chorny	Painel: Financiamento do Setor Saúde	Correção do Financiamento do Setor Saúde	‘	Cebes/Abrasco
André César Médici e Pedro Luiz Barros Silva	Painel: Financiamento do Setor Saúde	Alternativas do Financiamento da Atenção à Saúde	Economista do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Professor do Instituto de Economia da Universidade de Campinas	
Humberto Gomes de Melo	Painel: Financiamento do Setor Saúde	Novas Diretrizes para o Financiamento do Setor Saúde	Representante do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS)	
Geraldo Justo	Debates		Confederação das Misericórdias do Brasil	
Luis Cordoni Júnior	Debates		Secretário de Saúde e do Bem-Estar Social do Paraná	Cebes/Abrasco
Luis Roberto de Oliveira	Debates		Confederação Nacional das Classes Trabalhadoras (CONCLAT)	
Nelson Guimarães Proença	Debates		Associação Médica Brasileira (AMB)	

Vitor Gomes Pinto	Debates		Instituto de Planejamento Econômico e Social (IPEA)	
Cristina Albuquerque Possas	Trabalhos Apresentados como Contribuição à 8ª CNS	Descentralização e Democratização do Sistema de Saúde	Fiocruz	Cebes/Abrasco
Eleutério Rodriguez Neto	Trabalhos Apresentados como Contribuição à 8ª CNS	Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	Cebes/Abrasco
Eugênio Vilaça Mendes	Trabalhos Apresentados como Contribuição à 8ª CNS	Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde	Consultor Nacional da Organização Pan-americana da Saúde	
Francisco de Assis Machado	Trabalhos Apresentados como Contribuição à 8ª CNS	Participação Social em Saúde	Médico; Sanitarista; Mestre em Ciência Política; Implantação do Projeto Montes Claros/ MG (1975-1977); Coordenação do Piass (1977-1979); Presidente do Cebes (1985); Coordenação das AIS/Inamps (1985-1986); Professor Assistente da Faculdade de Medicina/UFMG (1980-1995); Assessoria e Pesquisa em Projetos do Ministério da Saúde	Cebes/Abrasco
Luiz Cordoni Júnior	Trabalhos Apresentados como Contribuição à 8ª CNS	Participação Social em Saúde: Experiencia do Paraná	Secretário de Estado de Saúde e do Bem-Estar Social do Paraná; Médico da UEL; delegação estadual mais numerosa e ativa da 8ª Conferência Nacional de Saúde	Cebes/Abrasco
Nelson Rodrigues dos Santos	Trabalhos Apresentados como Contribuição à 8ª CNS	Descentralização e Municipalização	Médico; Sanitarista; Coordenador do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina/PR (1970-1976); Secretário Municipal de Saúde de Campinas/SP (1983-1988); Presidente do Conass (1989-1990); Coordenador da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde (1997-2002); Professor de Medicina Preventiva da Unicamp	Cebes/Abrasco

Vitor Gomes Pinto	Trabalhos Apresentados como Contribuição à 8ª CNS	Financiamento do Setor Saúde	Técnico de Planejamento do Instituto de Planejamento Econômico e Social (IPEA)	
Roberto Figueira Santos	Mesa-Redonda: Constituinte e Saúde	Abertura da mesa	Ministro de Estado da Saúde	
João Pimenta da Veiga	Mesa-Redonda: Constituinte e Saúde	Presidente da Mesa	Deputado Federal pelo PMDB	
Carlos Corrêa de Menezes Sant'Anna	Mesa-Redonda: Constituinte e Saúde	Membro da mesa	Deputado Federal pelo PMDB	
Waldir Pires	Mesa-Redonda: Constituinte e Saúde	Membro da mesa	Ex-Ministro da Previdência (1985-86), Governador da Bahia (1987-89). Partido PMDB	
Cristóvam Buarque	Mesa-Redonda: Constituinte e Saúde	Membro da mesa	Reitor da Fundação Universidade de Brasília (FUB)	
Luciano Mendes de Almeida	Mesa-Redonda: Constituinte e Saúde	Membro da mesa	Secretário-Geral da Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)	
Guaracy da Silva Freitas	Mesa-Redonda: Constituinte e Saúde	Membro da mesa	Representante da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB)	
Wilson Fadul	Mesa-Redonda: Constituinte e Saúde	Membro da mesa	Ex-ministro da saúde (1963-64)	

Fonte: BRASIL. **Anais**: VIII Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Elaborado pelo autor.

O quadro dos participantes das principais discussões da VIII CNS publicado pelos Anais do encontro revela a participação de distintos e múltiplos atores, com destacada presença das organizações que já vinham há algum tempo discutindo e se organizando na luta pela saúde. A dupla Cebes/Abrasco esteve presente em quase a totalidade das seções e protagonizou os trabalhos que serviram de base técnica para os debates ao longo do encontro. Por outro lado, é importante levar em consideração que a composição das seções partiu das escolhas da organização do evento.

O quadro II aponta que dos cinco membros da comissão organizadora, três pertenciam a dupla Cebes/Abrasco, sendo que Sérgio Arouca da Fiocruz era o presidente da comissão organizadora. Dos outros nove membros da organização do evento, identificamos três vinculados as agremiações. Por seu turno, não encontramos registros de filiação ao Cebes/Abrasco naquele momento por parte de Edmilson dos Reis Duarte e Cid Pimentel, no entanto, podemos sugerir certa aproximação ao grupo, sobretudo do primeiro que era assessor

técnico da presidência da Fiocruz, cargo ocupado por Sérgio Arouca e o segundo veio a compor cargos e participar do Cebes em anos posteriores. Como se observa, Cebes/Abrasco ocuparam os postos centrais na articulação e organização da VIII CNS, influenciando na configuração da estrutura do evento disposta no quadro I referente aos Anais do encontro. Portanto, a composição organizadora do encontro ficou a cargo de nomes ligados a alta hierarquia e personagens influentes nas arenas de poder da saúde brasileira, visto que os membros do Cebes/Abrasco ocupavam posições de direção em suas respectivas instituições de saúde, não contando com a presença de sujeitos representantes de movimentos populares, sindicatos e demais organizações da sociedade civil de natureza progressista.

Quadro 2: Organização da VIII CNS

Nome	Atribuição	Instituição	Integrante
Antônio Sérgio Arouca	Comissão Organizadora: Presidente	Presidente Fiocruz	Cebes/Abrasco
Francisco Xavier Beduschi	Comissão Organizadora: Vice-Presidente	Presidente da Federação Nacional dos Médicos (FNM)	
Guilherme Rodrigues da Silva	Comissão Organizadora: Relator Geral	Universidade de São Paulo (USP)	Cebes/Abrasco
Solon Magalhães Viana	Comissão Organizadora: Relatores	Professor Universidade Federal de Goiás (UFG); IPEA/SEPLAN	
Roberto Passos Nogueira	Comissão Organizadora: Relatores	Consultor Organização Panamericana da Saúde	Cebes/Abrasco
Otávio Clementino de Albuquerque	Comitê Executivo: Secretário	SUDENE/PE; Assessor do Ministro da Saúde	
Edmilson Francisco dos Reis Duarte	Comitê Executivo: Secretário-Adjunto	Assessor técnico da Presidência Fiocruz	
Maria Salete de Lima	Comitê Executivo: Tesoureiro	Secretária de Processamento de Dados, da Secretaria de Controle Interno do Ministério da Saúde.	
Senador Lourival Baptista	Comitê Executivo: Membro	Presidente da Comissão de Saúde do Senado Federal; Partido da Frente Liberal (PFL/SE)	
Deputado Federal Antônio Carneiro Arnaud	Comitê Executivo: Membro	Presidente da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados (PMDB)	
Doutor Ronei Edmar Ribeiro	Comitê Executivo: Membro	Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde; professor na UFG.	
Hésio de Albuquerque Cordeiro	Comitê Executivo: Membro	UERJ e presidente do INAMPS	Cebes/Abrasco
José Saraiva Felipe	Comitê Executivo: Membro	Secretaria Nacional de Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social e membro do conselho diretor da Central de Medicamentos (Ceme). Médico e filiado ao PMDB.	Cebes/Abrasco
Francisco Eduardo de Campos	Comitê Executivo: Membro	Secretário de Recursos Humanos do Ministério da Saúde; Professor UFMG	Cebes/Abrasco

Cid Roberto Bertozzo Pimentel	Comitê Executivo: Membro	Secretário de Modernização Administrativa do Ministério da Saúde.	

Fonte: BRASIL. **Anais**: VIII Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Elaborado pelo autor.

Cabe destacar que a organização do evento contou com o comitê assessor, sendo seus membros convidados pelo presidente da comissão organizadora Sérgio Arouca, coordenado pelo médico Eric Jenner Rosas, pesquisador da ENSP/Fiocruz. Rosas ao longo do segundo dia do evento presidiu a apresentação das sínteses das pré-conferências estaduais ao público presente, acompanhado dos assessores Mário Grassi e do fundador do Cebes David Capistrano Filho, todos do Cebes e Abrasco.

No que diz respeito a consolidação dos temas discutidos ao longo do evento e posterior apresentação aos participantes no último dia do encontro para aprovação final, destacou-se a presença do sociólogo Arlindo Gomes de Souza, acompanhado dos cebianos Francisco Eduardo Campos e Roberto Luiz Brant Campos e na assessoria nos debates finais conduzidos pelo presidente da conferência Sérgio Arouca para aprovação do relatório final, que contou com Eric Jenner Rosas (ENSP/Fiocruz), Ary Carvalho de Miranda (ENSP/Fiocruz), Arlindo Gomes (ENSP/Fiocruz) e Paulo Buss (ENSP/Fiocruz), todos vinculados a dupla Cebes/Abrasco.

Dentre eles, destaca-se a figura de Arlindo Gomes, professor emérito da ENSP/Fiocruz, onde ingressou em 1967, personagem notável na agenda da política de saúde no Brasil e na história da Fiocruz, ajudou a construir os programas PEPPE e PESES, coordenando ambos em sua fase final de execução após a gestão de Sérgio Arouca, sendo também do Comitê Assessor de Saúde Coletiva e Nutrição do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), contribuindo para ampliação de bolsas e pesquisas na ENSP. Arlindo Gomes dirigiu o Departamento de Ciências Sociais da escola entre os anos de 1976 e 1979, ocupando o cargo de diretor da escola de 1983 e 1985 e a convite do então presidente da Fiocruz Sérgio Arouca, assumiu a Vice-presidência de Desenvolvimento da presidência da instituição (1985-1989) e presidiu a Abrasco entre os anos de 1992 e 1994.

A comissão de relatores para o documento final do encontro contou com 58 delegados, destes identificamos 18 nomes vinculados ao Cebes/Abrasco, sendo 6 num total de 7 agentes da Fiocruz[44]. Interessante apontar que muitos dos integrantes do Cebes/Abrasco representavam

[44] Não identificamos relação com o Cebes e Abrasco por parte de Rosana Chigres Kuschnir, médica da ENSP-Fiocruz.

cidades para além do eixo Rio-São Paulo, como membros de Londrina, Uberlândia, Brasília, Recife, Salvador, Belo Horizonte e Curitiba. Para tanto, nomes emblemáticos como Paulo Buss, Adolfo Chorny, Ana Maria Costa, Ricardo Lafetá, Mário Roberto Dal Poz e Sarah Escorel também marcaram presença[45].

Assim sendo, o texto do relatório final da VIII CNS ressaltou o objetivo de transformar a saúde vigente de modo a transcender os limites de uma reforma administrativa e financeira, tendo como horizonte uma reforma profunda no sistema de saúde, "ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionando chamar a Reforma Sanitária"[46]. Estabeleceu-se no projeto dentre outras diretrizes: a saúde como direito pensada de forma ampla e como uma conquista social, vista como resultante das formas de organização social da produção, não sendo um conceito abstrato, mas definida historicamente; o direito à saúde implica em trabalho digno, alimentação para todos, moradia digna, educação e informação plena, qualidade do meio-ambiente, transporte seguro e acessível, repouso, lazer e segurança, e etc.; o Estado deve garantir o direito à saúde, universal e igualitário em todos os níveis a partir de políticas sociais e econômicas, financiamento e administração do sistema de saúde, normatização e controle e operando de forma descentralizada; reformular o sistema criando um Sistema Único de Saúde, separando saúde da previdência, organizado de modo descentralizado, integrado, prevendo a participação e representação social, etc.; os trabalhadores da saúde devem receber remuneração digna e isonomia salarial, admissão por concurso público e estabilidade no emprego, com direito à greve e sindicalização[47]. Nesse sentido, o objetivo central baseou-se na criação do Sistema Único de Saúde, comportando:

> expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor. Os prestadores de serviços privados passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, sendo ainda coibidos os lucros abusivos. O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantido o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados. Com o objetivo de garantir a prestação de serviços à população, deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público[48].

[45] BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final**: VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.
[46] Idem, p. 3.
[47] Idem.
[48] Idem, p. 12.

A estatização da saúde e a presença do setor privado marcaram um dos pontos de maior debate e discordância entre os participantes do encontro, arrastando-se nas disputas com o setor empresarial na constituinte e ainda hoje é tema central na política de saúde brasileira. O MOPS e partidos políticos como o PT e o PDT defendiam a "estatização já" da saúde e partidos como o PCB, PC do B, bem como o Cebes e a Abrasco apostavam na estatização progressiva e não imediata, sendo necessário o fortalecimento e expansão do setor público. A última proposta previa a atuação do setor privado de forma complementar e sob normas, contratos de prestação de serviços e fiscalização do poder público. Tal proposta saiu vitoriosa como bem registrou o relatório final na passagem acima. No entanto, o financiamento da saúde sob responsabilidade estatal foi consenso nos debates e acabou incluindo a partir do resultado da pauta acima o deslocamento de recursos públicos para atender também ao setor privado, quando atuar de forma complementar na saúde pública. Por fim, mesmo não sendo consensual a estatização imediata da saúde, concordaram com a estatização da indústria farmacêutica, tema que causou grande controvérsia, no entanto, não avançou no processo da constituinte.

Dessa maneira, como enfatiza a produção especializada a dupla Cebes/Abrasco deteve significativa participação na VIII CNS e na formulação das agendas de política pública em saúde no país. A Fiocruz, especialmente por meio da ENSP notabilizou-se como instituição central na composição dos quadros do Cebes/Abrasco, bem como dos principais postos de liderança tanto a nível das agremiações como na organização e desenvolvimento da VIII CNS.

Tomando como exemplo a VIII CNS, podemos sugerir a presença de múltiplas e distintas organizações da sociedade civil, assim como a disputa por ideias e projetos na elaboração do relatório final. Assim, não podemos perder de vista as experiências de luta do MOPS e de tantos outros movimentos na área de saúde no país que ainda carecem de estudos mais aprofundados, somado a diversos exemplos como o caso que destacamos das lutas na Ilha do Governador, da presença de setores da Igreja Católica, das representações sindicais, partidos políticos e de movimentos sociais diversos que estiveram presentes na VIII CNS e em outros espaços de luta. Portanto, a questão que se coloca é porque o chamado movimento sanitário tem sido caracterizado na produção especializada tão somente a partir do ponto de vista do Cebes e Abrasco, como se não houvesse outras frentes que juntas dialogaram, discordaram e construíram ao final da VIII o projeto para a saúde pública?

1.3 Caracterização do Movimento Sanitário

Antes de levantarmos possíveis hipóteses na tentativa de refletir acerca da pergunta do tópico anterior, precisamos delimitar o que vem a ser o movimento sanitário na historiografia. Para alguns autores o movimento sanitário é a combinação de todas as forças de natureza progressista que lutam pela saúde, como partidos, sindicatos, demais organizações da sociedade civil, intelectuais etc. Nessa linha interpretativa o movimento sanitário se caracteriza como um "movimento pela saúde", fundamentado na concepção de saúde como valor universal, objetivando a universalização e a equidade, sendo possível alcançá-lo somente por meio de uma ampla reforma no sistema de saúde. Temos também aqueles que defendem a ideia de "movimento pela saúde" composto inicialmente por intelectuais e técnicos do setor, englobando outros agentes coletivos e adeptos diversos no decorrer da luta pela saúde[49], sendo definido como:

> O Movimento Sanitário não é um grupo de interesses e nem é formado por grupos de interesses. Embora dele possam fazer parte grupos de produtores (médicos, por exemplo) e de consumidores (usuários, potenciais ou reais, dos serviços de saúde), organizações de representação de interesses e partidos políticos, o que o caracteriza enquanto movimento é o fato de ele aglutinar, além de indivíduos, entidades de diferentes naturezas funcionais, organizacionais e políticas, com uma proposta ético-política visando interesses coletivos (Vaitsman, 1989, p. 153).

Dessa maneira, ainda segundo a socióloga Jeni Vaitsman vinculada ao Cebes/Abrasco, a ação dos sujeitos envolvidos com o movimento sobrepõe-se aos seus interesses privados, corporativos e dos grupos dos quais participam, sendo um verdadeiro representante dos usuários e consumidores da saúde, "pois o que dá identidade ao movimento é o conjunto de valores éticos e propostas políticas e técnicas de democratização do sistema de saúde"[50]. A partir deste ponto de vista o movimento sanitário é caracterizado como "um movimento pela saúde", isto é, um "movimento" de pessoas movidas por ações voluntárias em prol de uma reforma no sistema de saúde (reforma sanitária), comportando diferentes setores, organizações coletivas e agentes envolvidos. Nessa perspectiva, não se pode atribuir ao movimento sanitário uma

[49] GALLO, Edmundo; NASCIMENTO, Paulo César. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: Sônia Fleury. (Org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Ed. Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989, p. 111; VAITSMAN, J.. Corporativismo: notas para sua aplicação no campo da saúde. In: Sônia Fleury. (Org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Ed. Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989, p. 153.

[50] VAITSMAN, J.. Corporativismo: notas para sua aplicação no campo da saúde. In: Sônia Fleury. (Org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Ed. Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989, p. 153-154.

institucionalidade que se materialize através de uma entidade, uma organização da sociedade civil, assim como não se configura como um movimento social organizado, apenas valores éticos a serem seguidos e cristalizados nas propostas definidas durante a VIII CNS. Ressaltamos que o movimento sanitário nunca chegou a se institucionalizar enquanto tal.

Silvia Gerschman compreende o processo da reforma sanitária antes e após a Constituição de 1988 como "Movimento Social em Saúde", integrado pelo Movimento Popular em Saúde, Movimento Médico e o Movimento Sanitário. O primeiro é formado pelas organizações populares das periferias das grandes cidades, como o MOPS analisado pela autora, o segundo pelas entidades médicas corporativas, como conselhos e sindicatos médicos, todos voltados para os interesses corporativos da classe médica e, por fim, o movimento sanitário, entendido como "um grupo restrito e diferenciado de origem acadêmica" (Gerschman, 2011, p. 20), isto é, o Cebes e a Abrasco.

A análise de Gerschman separa os movimentos denominados pela autora de populares das lutas encabeçadas pela classe médica, embora julgue se orientarem por objetivos comuns, suas táticas, estratégicas e organizações são díspares. Delimita as lutas pela saúde em dois polos, aqueles tomados pelos agrupamentos "populares" e da classe médica, tendo em vista que o movimento sanitário em sua concepção é formado pela intelectualidade médica. Há uma hierarquização das formas organizacionais dos movimentos sociais pela saúde, estando a classe médica no topo. Observa-se também que a área da saúde se resume a classe médica, toda e qualquer forma de organização dos profissionais, pesquisadores e demais envolvidos no setor são desconsiderados em suas formas autônomas.

Por outro lado, na concepção daqueles em defesa da pluralidade de sujeitos na composição do que se convencionou chamar de movimento sanitário, tem levado muitos especialistas a questionar o seu enquadramento nas tradicionais teorias dos movimentos sociais, sugerindo que por sua dimensão singular as categorias teóricas existentes são insuficientes para compreensão do fenômeno[51]. Confunde-se, portanto, a ação teleológica da luta com seus agentes e grupos organizacionais, ou seja, a luta pela democracia no Brasil durante a ditadura civil-militar aglutinou uma ampla diversidade de organizações da sociedade civil, cada qual com suas bandeiras e disposições políticas específicas que ao almejarem um objetivo comum se encontraram e uniram na luta, porém, não nos autoriza dizer que a luta pela democracia admitiu uma organização específica da sociedade civil e até mesmo projetos unitários, o mesmo se aplica a reforma sanitária. A ausência de precisão dos agentes sociais coletivos leva a

[51] Paim (2008) e Dowbor (2012).

interpretações uniformes e lineares, como podemos observar na argumentação da cientista política Monika Dowbor,

> Apesar do radicalismo da demanda nas fases iniciais de sua trajetória, nos anos 1970 e 1980, o movimento recorreu pouco a protestos. Todavia, atuou por meio de outras ações como o lobby parlamentar, a ocupação de cargos no Estado, a apropriação de espaços coletivos estatais para as finalidades do movimento, a criação de associações em torno das questões mais candentes, além de fomentar, ao longo dos trinta anos, eventos recorrentes e regulares nos quais a defesa do sistema universal, gratuito e integral de saúde contra seus opositores sempre esteve presente[52].

Para a autora ao privilegiarem a institucionalidade e burocratização do movimento em detrimento dos protestos populares como forma de ação, o movimento sanitário não encontra similaridade nas teorias dos movimentos sociais. Em que pese as teorias tradicionais, claramente questionáveis, importa para nós tão somente questionar a atribuição generalista conferida pela autora aos diferentes e diversificados grupos organizados que participaram da reforma sanitária, compreendidos como movimento sanitário. Desse modo, na concepção da autora a atuação de organizações como o Movimento Popular em Saúde (MOPS), Central Única dos Trabalhadores (CUT), Confederação Nacional das Classes Trabalhadoras (CONCLAT), Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (FAMERJ), Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM), Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), entidades protagonistas na construção da reforma sanitária, realizou-se pela vertente institucional, por lobby parlamentar, ocupação de cargos no Estado e a apropriação de espaços coletivos estatais. Embora se faça o esforço de reconhecer e identificar ações institucionais em contextos e situações históricas específicas dessas organizações não é verdadeiro enquadrá-las tão somente nessa frente de ação, pois ao levar em consideração a sua natureza e trajetória é possível afirmar que suas linhas de atuação se aproximam mais do ideal de corpo a corpo e luta pela base, o que não descarta a necessidade em certos casos, da necessidade da luta no seio do Estado.

A ideia que vem sendo muito difundida e empregada por autores que pouco se preocuparam em questionar a noção de movimento sanitário parte do princípio de que todos aqueles que lutam e/ou lutaram pela democratização e os vários outros valores da saúde expressos na VIII CNS é representativa do movimento sanitário, porém, visto a partir das

[52] DOWBOR, Monika. **A arte da institucionalização: estratégias de mobilização dos sanitaristas (1974-2006)**. Tese (Doutorado em Ciência Política), Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012. p. 26.

experiências do Cebes e Abrasco[53]. Portanto, constata-se a falta de precisão dessa vertente na delimitação do movimento sanitário que reúne sujeitos diversos e socialmente distintos sob uma aparente igualdade de ação política, não levando em consideração os interesses, projetos e percepções que poderiam ser semelhantes, mas também distintos e até mesmo contraditórios.

A principal referência do que se configura o chamado "movimento sanitário" encontra-se na clássica obra de Sarah Escorel em *A Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Médica formada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 1972-1977, sanitarista, doutora em Sociologia pela Universidade de Brasília (UNB), 1992-1998, e professora da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), unidade da Fiocruz. Escorel assim como grande parte das autoras e autores que se apoiam em seus estudos, bem como de outras linhas interpretativas, pertence ao grupo que escreveu e escreve na atualidade sobre os temas da saúde pública brasileira no período e também fez parte das lutas e dos processos de construção de políticas, seja elas em sua instituição a Fiocruz ou nas arenas de disputa na sociedade civil.

O trabalho de Escorel é fruto de sua dissertação de mestrado em Saúde Pública defendida na ENSP/Fiocruz, 1983-1987, sob orientação do professor Antônio Sérgio Arouca e publicado pela Editora Fiocruz em 1999. O cebiano Sérgio Arouca é amplamente reconhecido como um dos mais emblemáticos personagens da reforma sanitária, como foi possível perceber na atuação de intensa relevância durante a VIII CNS. O texto escrito no calor dos acontecimentos da reforma sanitária[54] e reafirmado em outros momentos[55], tornou-se célebre e obrigatório para aqueles que se aventuram no tema.

As origens do movimento sanitário tanto para Escorel como para os estudiosos do tema[56] encontra-se nas universidades no início dos anos de 1970, especificamente ao longo dos anos nos departamentos de medicina preventiva da Universidade de Campinas (UNICAMP), na Universidade de São Paulo (USP), no Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e na ENSP. O "movimento" ainda em gestação composto por professores e alunos dos cursos de Medicina partem da crítica aos postulados teóricos e práticos

[53] A crítica recaí tanto aos investigadores filiados ou adeptos ao movimento sanitário, como aqueles de diferente perspectiva teórica, estratégica e metodológica.
[54] ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde**: Origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
[55] ESCOREL, S., NASCIMENTO, D. R., EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e dos SUS. In. Nísia Trindade Lima; Silvia Gerschman; Flavio Coelho Edler; Julio Manuel Suárez. (Org.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 59-81.
[56] FLEURY, S.. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 743-752, 2009; Eleutério Rodrigues Neto. Saúde em Debate, nº 20, 1988, p. 33. FLEURY, S.. **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006. 232p.

da própria medicina preventivista de suas escolas que se baseavam na medicina liberal, na defesa da saúde despolitizada, na perspectiva de que a saúde e a doença podiam ser explicadas pelo desequilíbrio entre o sujeito, pensado de forma individual, com as causalidades advindas de seu ambiente. Contrariando o modo de ser da medicina em voga, o grupo propõe repensar as teorias e ações práticas, sobretudo ao trazer a questão social para o centro do debate das condições de saúde, discutindo a saúde como espaço social e coletivo, dotado de historicidade, *lócus* de disputas, interesses políticos e de transformação social, ao contrário dos pressupostos hegemônicos de neutralidade. No entanto, a história contada por Escorel é a história de criação do Cebes em 1976.

Para Escorel (1998) à difusão das ideias contra-hegemônicas produzidas nos departamentos de medicina preventista compreendeu o surgimento efetivo do movimento sanitário. Como bem expressou Sônia Fleury, "a medicina preventiva foi o partido de uma nova atitude, a saúde coletiva e o movimento sanitário que lhe correspondem formam uma unidade dialética entre a construção do saber e as práticas políticas"[57]. A luta contra-hegemônica consiste nestes termos no saber/conhecimento, ideologia/consciência sanitária e prática política/organização do movimento[58].

Escorel (1998, p. 135) assim como os demais autores, também defende a concepção de movimento formado por pessoas com ideias comuns e propostas progressistas para a saúde, cujas experiências foram se acumulando ao final da década de 1970 formando o movimento sanitário. No entanto, afirma que o movimento sanitário é caracterizado por três vertentes não excludentes, são elas: a primeira composta pelo movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); a segunda pelos Médicos Residentes e de Renovação Médica em que o espaço de atuação está diretamente ligado as questões laborais da categoria médica; por fim, a vertente dos professores e pesquisadores, denominado de academia, responsável pela elaboração das teorias e dos referenciais ideológicos[59].

De "movimento pela saúde" pautado por valores éticos para uns, na concepção de Escorel (1998) o movimento sanitário adquiriu institucionalidade a partir da criação do Cebes, estabelecendo sua expressão mais significativa, espaço aglutinador dos sujeitos, correspondendo ao organismo coletivo fundante do movimento. Para Escorel a institucionalidade do movimento sanitário surge assim com a criação do Cebes em 1976,

[57] FLEURY, S.. O dilema reformista na reforma sanitária brasileira. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, 1987, p. 95.
[58] Ibidem.
[59] ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde**: Origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998, p. 68

fundado por intelectuais dos departamentos de medicina preventiva do estado de São Paulo e Rio de Janeiro.

É consenso entre os intelectuais do Cebes e Abrasco a ideia de que o movimento sanitário possui uma institucionalidade, concebida a partir da criação do Cebes e posteriormente aglutinada pela fundação da Abrasco. Jairnilson Paim um dos fundadores de ambas as agremiações, sugere que o Cebes ao institucionalizar o movimento sanitário pode ser compreendido como "um organizador da cultura capaz de reconstruir o pensamento em saúde" (Paim, 2008, p. 78). Sônia Fleury uma das mais destacadas intelectuais do grupo vai além propondo a ideia de que o Cebes ao institucionalizar o movimento sanitário estabeleceu-se como "um verdadeiro partido sanitário, (...), capaz de organizar as diferentes visões críticas do sistema de saúde, definindo um projeto comum e estratégias e táticas de ação coletiva" [60]. A perspectiva organizadora e diretiva do Cebes é reafirmada por José Gomes Temporão, como sendo:

> Uma espécie de conjunto de intelectuais orgânicos, digamos assim, na perspectiva gramsciana. [...] uma espécie de desaguadouro de síntese do que vinha dos movimentos sociais urbanos, das associações de moradores, da igreja, do sindicalismo, da academia, dos departamentos de medicina preventiva que estavam pensando criticamente a coisa da saúde (Temporão *apud* Faleiros et al., 2006, p. 58).

O Cebes nasce com o intuito inicial de veículo de divulgação das ideias críticas da área da saúde por meio de uma revista denominada de *Saúde em Debate*, e logo em seguida amplia-se para um centro de estudos voltado para discutir as questões da saúde, mas sobretudo para se constituir enquanto "núcleo de opinião capaz de influenciar os profissionais de saúde"[61]. A importância do Cebes é confirmada nas pesquisas sobre a reforma sanitária, pois em menor ou maior grau aparece como objeto para discussão das múltiplas dimensões da saúde no período ou como fonte a partir do exame das edições publicadas pela revista Saúde em Debate[62].

A articulação que Escorel designa de *movimento sanitário* corresponde a categoria dos médicos e acadêmicos voltados para a área da saúde, de tal modo que exclui quaisquer outras formas de organização, como por exemplo, enfermeiros, técnicos, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, bem como, trabalhadores de outras áreas para além da saúde. Nessa perspectiva, o movimento sanitário nasce e se organiza enquanto domínio da intelectualidade

[60] FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 27.
[61] CEBES. Crise e crescimento. **Saúde em Debate**. São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, nº 5, 1977, p. 63.
[62] A história do Cebes já está muito bem documentada e publicada, não sendo nosso interesse repetir o que muitos estudos já o fizeram, por outro lado, nos interessa nesse primeiro momento analisar a escrita da história da reforma sanitária.

médica acadêmica, composta por alunos e profissionais médicos, responsáveis pela elaboração dos marcos teóricos, ideológicos e das propostas de ação para o sistema de saúde brasileiro, compreendendo em seu bojo:

• uma base institucional que foi sendo ampliada dos DMPs[63] para as residências e pós-graduações, posteriormente extrapolando o mundo acadêmico e penetrando nas instituições prestadoras de serviços e até mesmo o INAMPS;

• um órgão de representação e difusão, representado pelo CEBES, com a revista *Saúde em Debate*, a linha editorial, os documentos e manifestos dessa entidade. A partir da conjuntura seguinte ('os anos Figueiredo'), com a criação da ABRASCO, a tarefa de representação e divulgação passou a ser compartilhada entre as duas entidades;

• mecanismos de produção de seus agentes, intelectuais 'orgânicos', através dos núcleos acadêmicos espalhados pelo país formando pessoas com a mesma abordagem do campo da Saúde – a abordagem médico-social – e com a mesma postura política frente às necessidades de transformações no setor;

• um marco teórico referencial permanentemente construído e colocado em prática, e que representa o código de identificação entre os componentes desse movimento;

• um modelo alternativo de organização dos serviços de Saúde e de institucionalização do Sistema Nacional de Saúde, formulado através de estudos teóricos e da experiência dos projetos institucionais[64].

Aqui cabe uma ressalva, mesmo aqueles que propositalmente ou sem perceber atribuem uma falta de precisão ao movimento sanitário, acreditando se tratar de uma ação conjunta, um movimento no sentido de mover-se coletivamente por um bem maior em direção a reforma sanitária, concordam e acabam atribuindo ao movimento sanitário apenas a participação de um determinado grupo, aquele definido por Escorel, os demais agentes e organizações aparecem apenas como adendos ou caricaturas.

Portanto, o protagonista desta história na historiografia, ao contrário do que se imagina, tem feição e está muito bem definido, embora careça de materialidade, uma vez que o movimento sanitário em seu sentido ampliado e coletivo da luta, ao contrário das aferições de Escorel e dos intelectuais do Cebes e Abrasco, nunca chegou a se institucionalizar. Não se pode confundir a criação do Cebes e da Abrasco enquanto aparelhos privados de hegemonia na saúde

[63] Departamento de Medicina Preventista.
[64] ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde**: Origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998, p. 187.

com a institucionalização de um movimento amplo, plural e diverso de organizações e agentes coletivos em luta pela Reforma Sanitária Brasileira.

Por estes motivos, a compreensão do que se convencionou chamar de movimento sanitário passa pela análise da disputa de espaços no seio da luta pela saúde, especialmente situado no campo da esquerda. A construção da história da reforma sanitária por parte dos autores e atores é central nessa disputa, pois os principais trabalhos de referência são oriundos de agentes que ocuparam e ainda ocupam postos de liderança no Cebes e na Abrasco, isto é, organizações da sociedade civil (APHs) que se autointitulam interlocutores privilegiados do movimento sanitário.

1.4 Dimensões do Cebes e Abrasco

A base estrutural do Cebes e Abrasco é formada por médicos de elevado respaldo acadêmico, social e político, embora permita a presença de membros de outras esferas sociais da área da saúde. Na interpretação das agremiações e seus intérpretes, o movimento sanitário institucionalizou-se a partir da criação do Cebes em 1976, consolidando-se posteriormente com a criação da Abrasco em 1979. Ao contrário da Abrasco que lança o primeiro número de sua revista científica intitulada Ciência & Saúde Coletiva em 1996, o Cebes desde o primeiro ano de existência já edita a Revista Saúde em Debate, importante canal na disputa pela hegemonia no campo da esquerda.

Para Escorel (1998) e a ampla maioria dos pesquisadores em saúde ligados ao grupo, a criação do Cebes configura como marco inicial de organização do movimento sanitário e em seu percurso fundador destaca-se o papel de militância política e formação acadêmica desenvolvida por alunos e professores do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp a partir do final dos anos de 1960. A base teórica defendida por grande parte de seus intelectuais assentava no marxismo, especialmente, apoiada na leitura de Gramsci[65], ao mesmo tempo em que dialogavam com diferentes autores das ciências sociais, com a intenção de incorporar ao campo da saúde a perspectiva histórico-social.

Merece destaque entre os alunos os militantes do Partido Comunista Brasileiro (PCB) David Capistrano Filho e José Ruben de Alcântara Bomfim, e os professores igualmente do

[65] Ver: FLEURY, S. (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

PCB, Sérgio Arouca e Anamaria Tambellini[66]. No entanto, em 1975 Arouca e Tambellini mudaram-se de Campinas para a cidade do Rio de Janeiro após sofrerem perseguições políticas do reitor da Unicamp Zeferino Vaz e da ditadura civil-militar, sendo acompanhados de alguns alunos de seu grupo. No ano seguinte, Arouca retornou a Unicamp para defender sua tese de doutorado intitulada *O dilema preventista*, que logo se tornaria referência máxima para os sanitaristas[67].

David Capistrano, José Ruben e José Cabral que mais tarde seriam fundadores do Cebes, transferiram-se para o Departamento de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), formando no curso de especialização em Saúde Pública. Na USP constituíram um amplo grupo de sanitaristas, com destaque para a marcante influência teoria e política da professora e pesquisadora Cecília Donnagelo, autora da obra *Medicina e Sociedade* publicada em 1975, que ao lado da tese de Arouca compõem certamente uma das principais referências para os estudiosos da área da saúde e sobretudo para o movimento sanitário[68].

Aqueles que foram para o Rio de Janeiro encontraram na ENSP/Fiocruz uma oportunidade de trabalho, de pesquisa e de continuar o projeto de militância. Desse modo, o grupo de Arouca e Tambellini ocupou espaço na ENSP em 1975 através do Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde (PESES) executado pela ENSP, com recursos do Ministério da Saúde por meio do II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND). A possibilidade na Fiocruz resultou do processo de abertura política lenta, gradual e segura da ditatura, cuja política de legitimação do poder consistiu em investir no campo social a partir da saúde.

Sarah Escorel (1998) assinala que a ditadura não dispunha de quadros para atuarem na saúde e nos espaços institucionais que foram abertos, de tal forma que "terminou por criar espaços institucionais para pessoas de pensamento contrário, senão antagônicos, ao dominante em seu interior"[69]. A ENSP também contou com o Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas (PEPPE) com recursos da FINEP[70], compondo assim um importante espaço aglutinador de projetos, ideias, ações e sujeitos interessados em transformar a saúde. Assim, Arouca assumiu a coordenação do PESES e mais tarde do PEPPE, tornando-

[66] Cf.: ABREU, Regina, FRANCO NETTO, Guilherme, coordenadores. Projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. **Fases da Trajetória.** Rio de Janeiro; 2005. [acessado em Out., 2018]. Disponível em: http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/index.htm

[67] AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

[68] DONNANGELO, M. C.F. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

[69] ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde**: Origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. p. 82.

[70] Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP).

se professor titular da ENSP e servidor público da Fiocruz em 1978 após aprovação em concurso público.

Em 1976, Arouca já era reconhecido como líder teórico e prático do pensamento sanitarista transformador, responsável por influenciar alunos e professores na Unicamp, na USP, no Departamento de Medicina da UERJ e tendo na ENSP seu centro de formação e ação política. Desse modo, distintos personagens de tais instituições, com especial participação do núcleo de São Paulo e protagonismo de Capistrano Filho, fundaram durante a 28ª Reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), realizada na Universidade de Brasília, na cidade de Brasília/DF, entre os dias 07 e 14 de julho de 1976, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), instituição da sociedade civil, sem fins lucrativos e posteriormente registrada na cidade de São Paulo. O anúncio de fundação do Cebes foi dado por Sérgio Arouca na assembleia final do evento, contando com aproximadamente cinco mil pessoas.

O Cebes dividia sua linha de atuação na produção, divulgação e distribuição da Revista Saúde em Debate e na participação em atividades acadêmicas e ações político-social que envolvessem a área da saúde, reivindicando o status de entidade de suporte teórico e organizadora das vontades coletivas dos profissionais de saúde, das organizações da sociedade civil nas lutas do setor da saúde e pela democracia no país, conforme assinala Escorel:

> O CEBES é a 'transposição' de um pensamento nascido nas universidades para o seio da sociedade civil e faz a articulação do movimento sanitário com os demais movimentos sociais. Defende os interesses da população, sem estar diretamente vinculado a ela – ou melhor, em sua trajetória, esteve vinculado mais diretamente à academia ou à política institucional, parlamentar ou executiva[71].

Para Sônia Fleury a ideia de que o Cebes representava "um verdadeiro partido sanitário" vincula-se também com a perspectiva defendida pelo PCB, uma vez que o Cebes era hegemonizado pelos militantes do PCB, mas também comportava diferentes correntes e posições políticas internamente, não permitindo dizer que o Cebes seria um braço do PCB. Para tanto, a política adotada pela agremiação seguia a agenda do partido, de modo que "quando todo mundo estava querendo fazer a revolução na área da saúde, nós encaramos fazer a reforma porque essa era a perspectiva do Partido Comunista"[72].

[71] ESCOREL (1998. p. 88).

[72] Trataremos do assunto do capítulo 2. Ver: Sônia Fleury. In: ABREU, Regina, FRANCO NETTO, Guilherme, coordenadores. Projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. **Depoimentos.** Rio de Janeiro; 2005. [acessado em Out., 2018]. Disponível em: http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/index.htm

O Cebes ao longo dos anos de 1976 a 1988 experimentou quatro diferentes gestões administrativas e publicou vinte e três números da Revista Saúde em Debate conforme assinala o quadro 3. A agremiação sediou-se inicialmente na cidade de São Paulo, sendo composta predominantemente por membros médicos e do próprio estado vinculados a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), com forte influência do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Em 1980 o Cebes mudou a sede para a cidade do Rio de Janeiro, presidida pelo médico e professor da UERJ, Eleutério Rodriguez Neto e do vice-presidente o médico e pesquisador da Fiocruz, José Gomes Temporão. No período analisado os principais cargos e agrupamentos dividiam-se entre os membros do núcleo do Rio de Janeiro e São Paulo, com destacada presença de lideranças do primeiro após o ano de 1980 e membros oriundos de instituições como a ENSP/Fiocruz, Instituto de Medicina Social da UERJ e do Departamento de Medicina Preventiva da UFRJ. Além dessas instituições de pesquisa do estado de São Paulo e Rio de Janeiro, o Partido Comunista Brasileiro (PCB) também emprestou importantes nomes ao Cebes, como David Capistrano Filho de São Paulo e Sérgio Arouca, Eleutério Rodriguez Neto e José Gomes Temporão do Rio de Janeiro.

Após a fundação do Cebes, a diretoria formou-se de forma provisória pelos membros fundadores, todos da Faculdade de Medicina da USP, até a primeira eleição para diretoria em 1978, sendo constituída inicialmente por: Emerson Merhy, Ana Maria Segall Correa, Dalmo Herrera Feitoza, Sandra Roncalli Mafezolli, Aguinaldo Gonçalves, David Capistrano Filho, José Ruben de Alcântara Bonfim e José Manuel Bouzon Ferradans. A gestão iniciada em 1978 fora presidida por José Ruben, como já demonstramos, foi aluno e membro do grupo de Sérgio Arouca na Unicamp, que logo depois se transferiu para a USP. O vice-presidente Eric Jenner Rosas natural do estado da Paraíba se transferiu para a cidade do Rio de Janeiro por influência de Sérgio Arouca que o levou para o Partido Comunista e para o PESES/ENSP em 1976, em 1979 cursou o mestrado sob orientação de Arouca na mesma escola defendida em 1981. Jenner ocupou posteriormente a presidência do Cebes de 1984 a 1987, entre 1987 e 1990 esteve à frente do conselho editorial da Revista Saúde em Debate. Nesse sentido, apesar de Arouca nunca ter ocupado cargo de direção no Cebes manteve-se sempre presente nas discussões da agremiação, sendo articulista, influenciador e intelectual orgânico de primeira linha. A importância do papel de Arouca é também confirmada com a ocupação de cargos de direção no Cebes de membros da Fiocruz e do seu grupo político ao longo do período analisado, conforme demonstra o quadro 4.

Quadro 3: Gestão Cebes 1978/1988.

Gestão	Mês	Nº Revista	Cargos
1978 1980	Jan-fev-mar Jan-fev-mar	06/07/08 9	Presidente: José Rubem Ferreira de Alcântara Bonfim; Vice-Presidente: Eric Jenner Rosas; 1º Secretário: David Capistrano Filho; Tesoureiro: Hélio Arthur Bacha; Conselho Fiscal: Pedro Dimitrov
1980	Abr-Mai-Jun	10	Presidente: Eleutério Rodrigues Neto; Vice-Presidente: José Gomes Temporão 2º Vice-Presidente: Paulo Amarante; 1º Secretário: Maria Eliana Labra 2º Secretário: Jaime Araújo Oliveira; Tesoureira: Maria Inês Souza Bravo 1º Suplente: Dalmo Herreira Feitoza; 2º Suplente: Francisco Campos Braga Neto
1981		11	Não há dados sobre os editores da Revista
1981			Presidente: José Gomes Temporão; Vice-Presidente: Paulo Amarante 1º Secretária: Maria Eliana Labra; 2º Secretário: Jaime Araújo Oliveira Tesoureira: Maria Inês Souza Bravo; 1º Suplente: Dalmo Herreira Feitoza 2º Suplente: Francisco Campos Braga Neto
1981		13	Presidente: José Gomes Temporão; Vice-Presidente: Jaime Araújo Oliveira 2º Vice-Presidente: Paulo Amarante; 1º Secretária: Maria Luiza Testa Tambellini 2º Secretário: Jaime Araújo Oliveira; Tesoureiro: Eduardo Levcotiz 1º Sulplente: Hésio Cordeiro; 2º Suplente: Nina Vivina Pereira Nunes
1982		14	Presidente: José Gomes Temporão; Vice-Presidente: Jaime Araújo Oliveira 2º Vice-Presidente: Paulo Amarante; 1º Secretária: Maria Luiza Testa Tambellini 2º Secretário: Jaime Araújo Oliveira; Tesoureiro: Eduardo Levcotiz 1º Sulplente: Hésio Cordeiro; 2º Suplente: Nina Vivina Pereira Nunes
1984		15/16	Presidente: Eric Jenner Rosas; Vice-Presidente: David Capistrano Filho 2º Vice-Presidente: Ziadir F. Coutinho; 1º Secretário: José Saraiva Felipe 2º Secretário: José Gomes Temporão; Tesoureiro: Mário Roberto Dal Poz 1º Suplente: Lidia Silveira; 2º Suplente: Cid Pimentel
1985		17	Presidente: Eric Jenner Rosas; Vice-Presidente: Francisco de Assis Machado 2º Vice-Presidente: Darli Antônio Soares; 1º Secretário: Roberto Passos Nogueira 2º Secretário: Ary Carvalho de Miranda; Tesoureiro: Jorge Adriano Moreira Feitoza 1º Suplente: Tânia Celeste Matos Nunes; 2º Suplente: Nelson Rodrigues dos Santos Conselho Fiscal: Adriano Cavalcanti Sampaio; Membro do Conselho Fiscal: José Raimundo da Silva Árias; Membro do Conselho Fiscal :Luiz Ben-Hur Loures
1986	Mar-Abri	18	Presidente: Eric Jenner Rosas; Vice-Presidente: Francisco de Assis Machado 2º Vice-Presidente: Darli Antônio Soares; 1º Secretário: Roberto Passos Nogueira 2º Secretário: Ary Carvalho de Miranda; Tesoureiro: Jorge Adriano Moreira Feitoza 1º Suplente: Tânia Celeste Matos Nunes; 2º Suplente: Nelson Rodrigues dos Santos Conselho Fiscal: Adriano Cavalcanti Sampaio; Membro do Conselho Fiscal: José Raimundo da Silva Árias; Membro do Conselho Fiscal: Luiz Ben-Hur Loures
1987 1988 1988 1988 1988 1988	Set-Out Abr Jun Out Dez Ed. Especial	 19 20 21 22 23	Presidente: Marcio José de Almeida; Vice-Presidente: Luiz Felipe Moreira Lima 2º Vice-Presidente: Célia Maria de Almeida; 1º Secretário: Marli Madalena Perozin 2º Secretário: Cornélis Johannes Van Stralen; Tesoureiro: João Campos 1º Suplente: Antônio Oswaldo Nunes; 2º Suplente: Ricardo Lafetá Novaes Conselho Fiscal: Darcy Oliveira Ferreira; Membro do Conselho Fiscal: Vera Lucia Kodjagdanian; Membro do Conselho Fiscal: Ricardo Campos Nogueira

Fonte: Revista Saúde em Debate, nº 01 a 23.

Quadro 4: Cargos ocupados por membros da Fiocruz no Cebes

Nome	Cargo	Ano	Cargo	Ano	Cargo	Ano
José Gomes Temporão	Presidente	1981-1984	Vice-Presidente	1980-1981	2º Secretário	1984-1985
Jaime Araújo Oliveira	Vice-Presidente	1981-1984	2º Secretário	1980-1981		
Eric Jenner Rosas	Vice-Presidente	1978-1980	Presidente	1984-1986*		
Célia Maria de Almeida	2º Vice-Presidenta	1987-1989				
Maria Eliana Labra	1º Secretária	1980-1981				
Ary Carvalho de Miranda	2º Secretário	1985-1987				

*Em 1985, Eric Jenner passa a atuar Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (Inan), no cargo de coordenador regional de Saúde do Centro-Oeste.
Fonte: Revista Saúde em Debate, nº 01 a 23.

Após a eleição da primeira diretoria, a Fiocruz manteve-se presente em todas as demais gestões do Cebes até o fim do ano de 1988. Outros membros que ocuparam cargos na diretoria, mas que não eram servidores da Fiocruz no período tiveram passagem pela instituição. Tânia Celeste Matos Nunes entre os anos de 1984 e 1987 atuou no Cebes como primeira suplente, período em que lecionava na ENSP/Fiocruz, bem como estava lotada como sanitarista na Secretária de Saúde do Estado da Bahia de 1977 a 1985, ocupando também cargos gestão no Ministério da Saúde entre os anos de 1985 e 1987 e diversos cargos de docente e direção na Fiocruz entre os anos de 1985 até o momento. Outro nome importante é Francisco Campos Braga Neto que ocupou o cargo de 2º suplente entre 1980 e 1981, na ocasião cursava residência médica na Fiocruz e em 1986 tornou-se servidor público pela Ensp/Fiocruz.

Por seu turno, partilhando dos mesmos problemas, ideais, do contexto histórico e impulsionada pela criação do Cebes, nasce a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) em 27 de setembro de 1979, durante a I Reunião sobre Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área da Saúde Coletiva, realizada na sede da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), na cidade de Brasília/DF. Composta por técnicos, profissionais, alunos e professores da área da Saúde Coletiva com objetivo de "fundar uma associação que congregasse os interesses dos diferentes cursos de pós-graduação naquela área"[73]. A Abrasco surge da

[73] LIMA, Nísia Trindade; SANTANA, José Paranaguá. (Org.). Ata de Fundação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. In: **Saúde Coletiva como compromisso**: a trajetória da Abrasco. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro. 2006, p. 17-19.

necessidade de contrapor e propor alternativas para o modelo de ensino da medicina tradicional, influenciada por projetos de estimulo a criação de cursos de pós-graduação na área de medicina social desenvolvidos na América Latina, especialmente levada a cabo pelo sociólogo Juan César García apoiada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) e Fundação Milbank, bem como pelas ideias que germinavam na academia médica brasileira, no Cebes, na Revista Saúde em Debate, na situação precária da saúde pública brasileira imersa na ditadura civil-militar (1964-1985) e pela precoce institucionalização da Saúde Coletiva em universidade federais brasileiras que contou com ainda com algumas brechas encaminhadas pelas políticas públicas voltadas para a área da saúde, como já apontamos aquelas referentes ao II PND, a Finep, dentre outros.

> Invenção brasileira, o termo Saúde Coletiva está hoje presente na agenda acadêmica e política de países da América Latina, do Caribe e da África. Trata-se, mais que tudo, de uma forma de abordar as relações entre conhecimentos, práticas e direitos referentes à qualidade de vida. Em lugar das tradicionais dicotomias – saúde pública/assistência médica, medicina curativa/medicina preventiva, e mesmo indivíduo/sociedade – busca-se uma nova compreensão na qual a perspectiva interdisciplinar e o debate político em torno de temas como universalidade, eqüidade, democracia, cidadania e, mais recentemente, subjetividade emergem como questões principais. Foi em torno desses temas e do desafio de formar profissionais atentos à corrente de novas idéias sobre os problemas de saúde, alguns antigos, outros produtos de mudanças recentes nos campos biomédico, político e social, que se organizou, em 1979, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco)[74].

A Abrasco abrange entidades de ensino, pesquisa e prestadores de serviços na área de Saúde Coletiva, cuja função baseia-se em apoiar a formação dessas áreas, a qualificação acadêmica, profissional e o desenvolvimento de políticas públicas para a saúde, educação e ciência e tecnologia em benefício da população. Desse modo, a Abrasco tem sua natureza essencialmente corporativa e de base acadêmica, mas com ampla margem de atuação, o que lhe permitiu desempenhar atividades de maneira abrangente na política social brasileira. Assim, para além da formação de profissionais na Saúde Coletiva, a agremiação desenvolveu ao lado do Cebes importantes ações políticas no processo da reforma sanitária.

Dentre algumas ações da Abrasco, podemos citar o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado em 1986, na cidade do Rio de Janeiro, com o tema *Reforma Sanitária e Constituinte, Garantia do Direito Universal à Saúde*. O evento contou com aproximadamente duas mil e quinhentos participantes de todo o país e a participação na VIII CNS, sobretudo destacando o texto de apoio para às discussões intitulado "Pela Reforma Sanitária. Saúde:

[74] LIMA, Nísia Trindade; SANTANA, José Paranaguá. (Org.). Apresentação. In: **Saúde Coletiva como compromisso**: a trajetória da Abrasco. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro. 2006, p. 9.

direito de todos, dever do Estado"[75]. Cabe ressaltar que durante a VIII CNS a Abrasco contou oficialmente com apenas oito representantes (delegados), porém como analisamos anteriormente, tais sujeitos ocuparam espaço privilegiado na condução e encaminhamentos do evento.

Inicialmente sediada na cidade de Brasília capital federal, a Abrasco em sua primeira gestão (1979-1981) de caráter provisório conforme quadro 5, contou com a presidência do epidemiologista Frederico Simões Barbosa, acompanhado de Guilherme Rodrigues da Silva e Ernani Braga ambos no cargo de vice-presidente. O médico pernambucano Simões Barbosa, nascido de uma família de médicos da elite pernambucana é um renomado pesquisador, professor e consultor de importantes organismos internacionais como a Opas, Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO). Entre 1972 e 1981 ocupou o posto de professor de medicina comunitária na Universidade de Brasília (UNB), período em que ajudou a fundar a Abrasco, tornando-se o seu primeiro presidente. Para tanto, em 1983 passou a compor o quadro de docentes da ENSP-Fiocruz e do grupo de Sérgio Arouca, ocupando o cargo de diretor da escola entre os anos de 1985 e 1989, quando Arouca presidiu a Fiocruz[76].

Guilherme Rodrigues da Silva formou-se em medicina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA) em 1953, assumiu o cargo de professor da Faculdade de Medicina da USP em 1966 e onze anos mais tarde participou da banca de doutorado de Sérgio Arouca. Guilherme ocupou inúmeros cargos de direção ao longo da carreira, como do Hospital das Clínicas da USP e contribui para a formação de inúmeros quadros do Cebes e Abrasco e na construção de cursos de medicina social na ENSP na década de 1970[77]. Arouca e Guilherme tiveram estreita relação, exercendo juntos papel ativo na VIII CNS. O primeiro atuou como presidente e o segundo como relator geral na organização do evento.

O mato-grossense Ernani Paiva Ferreira Braga formou-se em medicina na Antiga Universidade do Brasil em 1935, ocupando inúmeros cargos de direção ao longo de sua carreira no Brasil e no exterior, como a direção geral do Departamento Nacional de Saúde em 1954 e a direção da Diretoria de Recursos Humanos da OMS entre os anos de 1967 e 1973. Braga já gozava de enorme prestígio quando assumiu a vice-presidência de Recursos Humanos da

[75] Cf.: (LIMA; SANTANA, 2006) e (LIMA; SANTANA; PAIVA, 2015)
[76] SANTOS, P. R. E.; LOURENCO, F. S. ; REIS, N. R. B. . Frederico Simões Barbosa: uma trajetória de contribuições à ciência e à saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 32, p. S27-S32, 2016.
[77] GOLDBAUM, Moisés. Guilherme Rodrigues da Silva: a formação do campo da Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** (Online), v. 20, p. 2129-2134, 2015.

Fiocruz em 1979 e no ano seguinte a direção da ENSP até 1983, permanecendo na instituição até seu falecimento em 1984[78].

A análise da composição dos gestores do primeiro biênio da diretoria da Abrasco revela que seus membros estiveram estreitamente relacionados com a Fiocruz por meio da ENSP, sendo que dois deles vieram a ocupar cargos de direção na escola, Ernani Braga concomitantemente ao seu mandato na Abrasco e Simões Barbosa poucos anos depois. Braga manteve-se na vice-presidência da Abrasco na direção seguinte, eleita em assembleia realizada no dia 29 de abril de 1981 para o biênio 1981-1983. Além de Ernani Braga, o novo mandato da Abrasco contou com o médico mineiro e professor de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) Benedictus Philadelpho de Siqueira no cargo de presidente, o médico Jairnilson Paim da Faculdade de Medicina da UFBA na vice-presidência, acompanhado do médico José da Silva Guedes da Faculdade de Medicina da USP no cargo de tesoureiro e do secretário executivo Paulo Marchiori Buss, médico e pesquisador da ENSP, onde ingressou em 1977.

Devido à forte influência da ENSP na direção da Abrasco, a escola passou a contar com uma sede da agremiação em seu espaço sendo provida com recursos financeiros da Fundação Kellog sob organização de Paulo Buss. Em 1983 durante o I Congresso Nacional da Abrasco, elegeu-se a nova diretoria para o biênio 1983-1985, composta pelo presidente Hésio Cordeiro, professor de Medicina da UERJ e um dos grandes nomes da reforma sanitária e do Cebes e Abrasco. Hésio Cordeiro após sua gestão na Abrasco assume a presidência o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), órgão de maior importância da área da saúde naquele momento. A diretoria da Abrasco contou ainda com os vice-presidentes José da Rocha Carvalheiro, médico e professor da Faculdade de Medicina da USP em Ribeirão Preto, atuando em concomitância com o cargo de Diretor do Instituto de Saúde (1983-1985) e coordenador dos Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, bem como do médico e professor da Faculdade de Medicina da UFMG Francisco Eduardo de Campos, com doutorado em Saúde Pública defendido na ENSP-Fiocruz, iniciado em 1982 e concluído em 1985 sob orientação de Adolfo Chorny. Campos também atuou como professor assistente na ENSP entre os anos de 1977 e 1978 através do Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde (PESES), por meio do convenio Fiocruz/Finep. Por fim, a tesouraria ficou a cargo de Eduardo Freese de Carvalho, médico e professor do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), desde 1978 e formado no

[78] Boletim ABRASCO, nº 10, março/maio 84 e informativo FIOCRUZ, Edição Especial, Maio 1984.

curso de especialização em Saúde Pública pela ENSP-Fiocruz em 1975, sendo pesquisador da Fiocruz desde 1976 até o momento, e Paulo Buss permanecendo na secretária executiva

Assim, na primeira gestão que contou com três membros, um pertencia diretamente a Fiocruz e um seria incorporado a entidade poucos anos depois, já no segundo biênio, dos cinco membros da diretoria, dois pertenciam diretamente a ENSP/Fiocruz, sendo que no terceiro biênio dois dos cinco participavam da Fiocruz, um deles diretamente e Francisco Campos mesmo vinculado a UFPE, atuava como pesquisador da Fiocruz. Os mesmos nomes da ENSP/Fiocruz da terceira gestão da Abrasco, também estão presentes no quarto biênio, com acréscimo do cargo de vice-presidenta ocupado pela psicóloga e doutora em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (Iuperj) Sônia Fleury, pesquisadora da instituição de 1975 a 1995, atuou como coordenadora do Programa Pesquisa sobre "Políticas e Estratégias de Construção do Sistema de Saúde - Perspectivas da Reforma Sanitária", entre os anos de 1987 e 1990, fundou o Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES)[79] em 1988 e participou como pesquisadora no projeto PESES/FINEP/FIOCRUZ coordenado por Sérgio Arouca. Fleury membra do Cebes e Abrasco é uma das personagens mais emblemáticas do processo da reforma sanitária, tendo atuado na linha de frente das agremiações. Desse modo, o quarto biênio contou além desses nomes com a presidência de Sebastião Loureiro, professor da Faculdade de Medicina da UFBA e Moisés Goldbaum, professor do Departamento de Medicina Preventiva da USP, na vice-presidência. Por fim, a gestão do biênio 1987-1989 contou com apenas um nome da Fiocruz, Paulo Buss que esteve presente em quatro das cinco primeiras diretorias da Abrasco.

[79] Vinculado ao Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (DAPS) da ENSP-Fiocruz, o NUPES é um núcleo de altos estudos voltados para discutir temas diversos acerca da Reforma Sanitária Brasileira, tendo como preocupação a produção e disseminação de conhecimentos que possam contribuir com a formulação e implementação das políticas sociais e de saúde. O NUPES contou com nomes de peso na literatura e nas fileiras do movimento sanitário, dentre eles: Sônia Fleury, Geraldo Lucchesi, Sara Escorel, Cristina Possas, Sílvia Gerschman, Jeni Vaitsman, Paulo Amarante, Romualdo Dâmaso, Antônio Ivo de Carvalho, Maria Helena Magalhães de Mendonça. Portanto, o núcleo ainda em atividade consolida-se como um dos principais responsáveis por pensar e produzir documentos relativos a Reforma Sanitária na perspectiva do movimento sanitário. Os livros publicados pelo núcleo são referência na área da saúde, dentre alguns deles podemos citar: FLEURY, S.; LABRA, E.; GIOVANELLA, L.; GERSCHMAN, S.; VAISTMAN, J. **Antecedentes da Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: PEC/ENSP; 1988; BERLINGUER, G.; FLEURY, S.; CAMPOS, G, W, S. **Reforma Sanitária**: Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec/Cebes; 1988; FLEURY, S. (org.). **Reforma Sanitária**: em Busca de uma Teoria. São Paulo: Cortez, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Pública, 1989.

Quadro 5: Composição da Gestão da Abrasco de 1979 a 1988.

Gestão	Nome	Cargo	Instituição de Origem
1979-1981	Frederico Simões Barbosa	Presidência	UNB
	Ernani de Paiva Ferreira Braga	Vice-Presidência	Ensp/Fiocruz
	Guilherme Rodrigues da Silva		USP
1981-1983	Benedictus Philadelpho de Siqueira	Presidência	UFMG
	Ernani de Paiva Ferreira Braga	Vice-Presidência	Ensp/Fiocruz
	Jairnilson Silva Paim		UFBA
	José da Silva Guedes	Tesoureiro	USP
	Paulo Marchiori Buss	Secretário Executivo	Ensp/Fiocruz
1983-1985	Hésio de Albuquerque Cordeiro	Presidência	UERJ
	José da Rocha Carvalheiro	Vice-Presidência	USP
	Francisco Eduardo de Campos		UFMG
	Eduardo Freese de Carvalho	Tesoureiro	UFPE-Fiocruz
	Paulo Marchiori Buss	Secretário Executivo	Ensp/Fiocruz
1985-1987	Sebastião Loureiro	Presidência	UFBA
	Sônia Fleury	Vice-Presidência	Ensp/Fiocruz
	Moisés Goldbaum		USP
	Eduardo Freese de Carvalho	Tesoureiro	UFPE-Fiocruz
	Paulo Marchiori Buss	Secretário Executivo	Ensp/Fiocruz
1987-1989	Guilherme Rodrigues da Silva	Presidência	USP
	Eleutério Rodriguez Neto	Vice-Presidência	UFRJ
	Luiz Cordoni Junior	Vice-Presidência	UEL
	Roseni Rosângela Chompri	Tesoureira	UFMG
	Paulo Marchiori Buss	Secretário Executivo	Ensp/Fiocruz

Fonte: ABRASCO. Diretoria e Conselho. Acessado em março de 2019. Disponível em https://www.abrasco.org.br/site/diretoria/

Quadro 6: Membros da Fiocruz em cargos de direção do Cebes e Abrasco (1976-1988).

Ano	Cebes	Cargo	Abrasco	Cargo
1976	X	X	Não se aplica	Não se aplica
1977	X	X	Não se aplica	Não se aplica
1978	Eric Jenner Rosas	Vice-Presidente	Não se aplica	Não se aplica
1979	Eric Jenner Rosas	Vice-Presidente	Ernani Braga	Vice-Presidente
1980	José Gomes Temporão	Vice-Presidente	Ernani Braga	Vice-Presidente
	Maria Eliana Labra	1º Secretária		
1981	José Gomes Temporão	Presidente	Ernani Braga	Vice-Presidente
	Jaime Araújo Oliveira	2º Secretário e Vice-Presidente	Paulo Buss	Secretário Executivo
	Maria Eliana Labra	1º Secretária		
1982	José Gomes Temporão	Presidente	Ernani Braga	Vice-Presidente
	Jaime Araújo Oliveira	Vice-Presidente	Paulo Buss	Secretário Executivo
1983	José Gomes Temporão	Presidente	Eduardo de Carvalho	Tesoureiro
	Jaime Araújo Oliveira	Vice-Presidente	Paulo Buss	Secretário Executivo
1984	Eric Jenner Rosas	Presidente	Eduardo de Carvalho	Tesoureiro
	José Gomes Temporão	2º Secretário	Paulo Buss	Secretário Executivo
1985	Eric Jenner Rosas	Presidente	Sônia Fleury	Vice-Presidenta
	Ary Carvalho de Miranda	2º Secretário	Eduardo de Carvalho	Tesoureiro
			Paulo Buss	Secretário Executivo

1986	Eric Jenner Rosas Ary Carvalho de Miranda	Presidente 2º Secretário	Sônia Fleury Eduardo de Carvalho Paulo Buss	Vice-Presidenta Tesoureiro Secretário Executivo
1987	Célia Maria de Almeida	Vice-Presidenta	Paulo Buss	Secretário Executivo
1988	Célia Maria de Almeida	Vice-Presidenta	Paulo Buss	Secretário Executivo

Fonte: Elaborado pelo autor.

O quadro acima demonstra a forte presença de membros ligados à Ensp/Fiocruz na diretoria do Cebes e Abrasco de 1978 a 1988. A análise do corpo diretivo das duas agremiações revela que a Fiocruz ocupou mais os espaços, acompanhado da USP. Dos cinco presidentes do Cebes, dois foram da Fiocruz e apenas nos anos de 1984 e 1985 a vice-presidência não foi ocupada pela instituição de Manguinhos. Pode-se dizer o mesmo da Abrasco, dos 10 anos de gestão, apenas quatro não contaram com membros da Fiocruz na vice-presidência, e somente nos dois anos iniciais o emblemático pesquisador da Fiocruz Paulo Buss esteve de fora. Nomes como José Gomes Temporão, Sônia Fleury, Eric Rosas, Ary Carvalho de Miranda e Paulo Buss são expoentes da saúde brasileira e mundial, com reconhecido trabalho em prol do ensino, pesquisa e desenvolvimento da área, sendo possível demonstrar que ocuparam cargos de diretoria no Cebes e Abrasco. Sendo assim, podemos sugerir a Ensp/Fiocruz como a instituição mais representativa nos quadros diretivos do Cebes e Abrasco.

Para além da análise da disposição do corpo diretivo das agremiações, não podemos deixar de lado a equipe editorial da Revista Saúde em Debate do Cebes. Desse modo, os dez primeiros números foram organizados pelo grupo de São Paulo, encontramos registro da presença da Fiocruz entre os anos de 1981 e 1982 com Paulo Amarante, período sem uma definição clara da revista acerca de seus membros. No número 19 de 1987 temos Ary Carvalho de Miranda e Célia Maria de Almeida, já os números 20 a 23 de 1988 constatou-se a presença de Adolfo Chorny, Ary Carvalho de Miranda, Eduardo Freeze de Carvalho e Célia Maria de Almeida. Os números 15/16/18 não se tem definido com exatidão os nomes dos membros do conselho editorial nas páginas da revista e no sítio eletrônico do Cebes. Portanto, após a primeira gestão do Cebes, os anos subsequentes comportou a presença de membros da Fiocruz na gestão da agremiação e no conselho editorial da revista, embora neste último a participação tenha sido mais tímida. Porém, cabe ressaltar que a linha editorial da revista refletia as posições políticas da gestão do Cebes, espaço que membros da Fiocruz ocuparam significativamente ao longo do período analisado de 1976 a 1988.

Nesse sentido, a Revista Saúde em Debate editada e publicada pelo Cebes traduz e expõe as ideias, projetos e perspectivas da agremiação e se tornou o principal instrumento de difusão

dos interesses e agendas do grupo. A revista ao longo de sua trajetória manteve-se contrária aos projetos do setor empresarial da saúde e sem depender de publicidades comerciais, sendo mantida pelos associados e convênios com instituições públicas. Saúde em Debate publicou seu primeiro número em 1976, lançando dezenove números até o término do ano de 1987, já no ano em que se institucionalizou legalmente a saúde pública na Constituição Federal em 1988, a revista editou quatro números e uma edição especial. A linha editorial refletia a agenda política da direção do Cebes, destinando-se aos leitores da área da saúde no nível acadêmico e profissional. A análise dos seus textos indica que o foco concentrava-se no campo da medicina.

A análise do periódico de 1976 a 1988 revela a presença majoritária de autores médicos vinculados aos programas de pós-graduação de universidades públicas no estado de São Paulo e Rio de Janeiro e ligados ao movimento sanitário em seu sentido ampliado. Os interesses corporativos da classe médica marcavam presença nas páginas da revista, discutindo questões relacionadas as condições de trabalho, regulamentação da residência médica, melhores salários, movimento sindical médico e assalariamento da profissão. Os primeiros números da revista demonstram também a estratégia de conquistar novos membros para a agremiação e ampliar sua penetração na área da saúde, a revista de natureza acadêmica passou a dialogar mais de perto com o movimento sindical, ou melhor dizendo, com o movimento sindical médico. Não obstante, verifica-se no periódico alguns exemplos de presença de textos e temáticas relativas aos movimentos sociais, a odontologia referente a saúde bucal no nº 18, dentre outras. Porém, o predomínio da linguagem e centro das atenções ficou a cargo dos saberes, práticas e reflexões médicas.

Entendemos que a leitura dos editoriais e a composição dos textos da Revista Saúde em Debate (1976-1988) se estruturou a partir do debate das questões da saúde com teor acadêmico e militante, constituído em sua grande maioria por autores médicos e de universidades públicas do eixo Rio-São Paulo. A divisão social do trabalho na saúde fica evidente na linha editorial da revista e na própria composição da direção do Cebes, na medida em que atribuiu aos médicos o saber e a possibilidade de condutores das transformações sociais e políticas na área da saúde, reduzindo o setor a uma única categoria.

O Cebes sofreu com crises financeiras e organizativas, perdendo filiados e em certos momentos com pouca representatividade em nível nacional. Um dos motivos da mudança da sede de São Paulo para a cidade do Rio de Janeiro foi resultado da desorganização e da crise financeira interna, em especial pela interrupção da edição de livros, na ocasião sua principal fonte de recursos, e da distribuição não satisfatória da revista.

A revista e as atividades da agremiação estiveram paradas em dois momentos, o primeiro deles foi o ano de 1979, quando nenhum número fora publicado, retomando suas atividades em 1980, já em 1982 lançou apenas um número, em 1983 ficou novamente interrompido a publicação e em 1986, ano da VIII CNS, assim como 1987, a revista lançou apenas um número, conforme quadro abaixo. Desse modo, não se pode afirmar que a revista se manteve constante e com regularidade de edições por ano, variando consideravelmente ao longo do período analisado e com número bastante reduzido nos anos que antecederam a VIII CNS em 1986.

Tabela 1: Edições da Revista Saúde em Debate

Ano	**Números**	**Ano**	**Números**
1976	1	1983	0
1977	2;3;4;5	1984	15;16
1978	6;7;8	1985	17
1979	0	1986	18
1980	9;10	1987	19;
1981	11;12;13	1988	20;21;22;23; Nº Especial
1982	14		

Fonte: Revista Saúde em Debate, nº 01 a 23.

O número de sócios também reflete os problemas internos de organização e amplitude da agremiação no cenário nacional. De acordo com Daniela Sophia (2012) que se debruçou sobre a trajetória do Cebes a partir da revista Saúde em Debate, assinala que em 1980 a agremiação contava com 1.750 associados no país, porém adverte que o número é considerado pequeno, pois a expectativa era de conquistar nos quatro primeiros anos a meta de pelo menos 5 mil sócios. A situação piorou consideravelmente no ano de 1982, quando passou para 854 associados, motivo que levou a interrupção da publicação da revista e das atividades da entidade no ano seguinte. Sophia aponta que a interrupção em 1983 se deve também por ausência de entendimento entre os membros e falta de articulação da entidade, que segundo ela são problemas constantes e que perseguem a trajetória do Cebes.

Entre 1980 e 1982 o Cebes contava com 32 núcleos regionais que eram responsáveis pela difusão das ideias da diretoria da entidade, o número caiu significativamente em 1984, passando a ser representada por apenas 12 núcleos regionais, sendo 14 em 1986 e 16 núcleos ao término de 1988. É curioso observar que entre os anos de 1984 e 1986 o Cebes promoveu e participou de inúmeros eventos acadêmicos, considerado por muitos um momento de

articulação e construção de uma agenda em prol da saúde pública protagonizada pelo movimento sanitário[80], porém, a pujança do discurso e ação de suas lideranças não se converteu na manutenção, captação de filiados e na organização das representações regionais.

Após o lançamento do nº 18 em 1986 foi suspensa as assinaturas anuais da revista por conta de problemas financeiros, somados a dificuldades de organização interna. No nº 19 de 1987 a revista retoma suas atividades, porém o editorial ressalta as dificuldades que vem enfrentando e o esvaziamento do Cebes, justificando que grande parte de seus membros passaram a ocupar cargos no aparelho do Estado em nível federal, estadual e municipal, favorecidos pela acentuada vitória do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) no processo de redemocratização do país, partido aliado da agremiação naquela ocasião[81].

Por outro lado, Sophia analisando os membros da comissão organizadora da VIII CNS afirma que dos 15 organizadores, 7 escreveram artigos na revista num total de 31 artigos. No que concerne aos 60 relatores do evento, 18 pessoas publicaram na revista no total de 50 artigos. O número é ainda maior quando analisado os 18 expositores/apresentadores de trabalho, configurando no total de 12 membros com trabalhos publicados na revista, contabilizando o total de 76 artigos. Portanto, temos 93 participantes, sendo que 37 publicaram na revista, totalizando 157 artigos. Portanto, Sophia conclui que é expressivo a participação dos agentes da VIII CNS na revista Saúde em Debate, isto é, 46% dos envolvidos, o que segundo ela demonstra um alinhamento do conselho editorial com a organização do evento[82]. Em outras palavras, reforça a ideia de que a revista figurou como importante instrumento de construção e difusão das ideias do Cebes e como já apontamos, formaram maioria na organização do evento ao lado da Abrasco.

A revista Saúde em Debate nestes dezenove números, especialmente em seus editoriais defendeu a ideia de que o movimento sanitário, é o porta-voz das necessidades da população nas questões da saúde, prescindindo de sua presença[83], no entanto, o movimento sanitário em questão dizia respeito ao Cebes e Abrasco, as demais organizações coletivas aparecem como adendos.

[80] O número 17 da Revista Saúde em Debate elenca e apresenta uma série de documentos relativos aos eventos ocorridos neste período na área da saúde com presença do movimento sanitário. O número é particularmente importante, pois contém propostas e resoluções de diferentes organizações na saúde brasileira e que serão discutidas na VIII CNS.
[81] Revista Saúde em Debate, n. 19, p. 3.
[82] SOPHIA, D. Op. cit., p. 192.
[83] Saúde em debate, nº 3, editorial. 1977

CAPÍTULO 2

DISPUTA PELA HEGEMONIA DA REFORMA SANITÁRIA

2.1 Forjando o consenso

Cebes e Abrasco enquanto APHs situadas no campo da esquerda brasileira, em conjunto disputaram hegemonia na área da saúde em dois domínios, de um lado, nos espaços de ação política intra e entreclasses, especialmente no aparelho de Estado e, de outro, no terreno acadêmico. Do ponto de vista da disputa no campo educacional, pelo fato das agremiações e seus quadros nascerem e se formarem a partir dos cursos de Medicina nas universidades públicas no país, a área da Medicina representou o epicentro das elaborações e disputas, irradiando para demais áreas da saúde suas visões de mundo.

A produção intelectual acadêmica do grupo é muito extensa e variada, tratando de temas desde a saúde mental até questões de natureza administrativa e gerencial da saúde. No que se refere ao debate da reforma sanitária e a gestão em saúde pública, podemos anotar a relevante participação no meio universitário, com destaque para as publicações científicas e as gerações de alunos orientados e formados por seus intelectuais orgânicos, com destaque para: Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), Sônia Fleury (Ensp/Fiocruz), Jaime de Araújo Oliveira (Ensp/Fiocruz), Jairnilson Paim (UFBA), Sara Escorel (Ensp/Fiocruz), Eleutério Rodriguez Neto (UFRJ), José Gomes Temporão (Ensp/Fiocruz), Gastão Wagner Campos (Unicamp) e Hésio Cordeiro (UERJ), dentre outros.

A disputa por hegemonia passa fundamentalmente pela participação ativa dos intelectuais orgânicos. As agremiações nascidas no terreno da saúde brasileira, assim como todo grupo social, devem criar para si de forma orgânica "uma ou mais camadas de intelectuais que lhe dão homogeneidade da própria função, não apenas no campo econômico, mas também no social e político (Gramsci, 2001, p. 15). Muitos tiveram presença marcante na trajetória das APHs, mas nem todos tiveram além da capacidade técnica, a função organizativa e diretiva das vontades coletivas.

Tais intelectuais orgânicos na função de educar o consenso, produziram vasto material de modo que qualquer um que se arriscar nos estudos da reforma sanitária brasileira terá

obrigatoriamente que se debruçar sobre seus escritos. Dentre eles, temos três importantes coletâneas organizadas pela psicóloga e cientista política Sônia Fleury. A primeira refere-se a obra *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*, lançado em 1989 pela Editora Cortez[84], resultado de estudos desenvolvidos no grupo de pesquisa "Estudos das políticas e estratégias de construção do sistema de saúde: perspectiva da Reforma Sanitária" ocorrido na Ensp/Fiocruz, com o apoio da Presidência da Fiocruz, a cargo de Sérgio Arouca. A obra é emblemática porque foi o primeiro esforço na tentativa de elaborar uma análise científica para o fenômeno da reforma sanitária, reunindo especialistas com o objetivo de propor e apresentar um quadro teórico e conceitual para o tema.

Por efeito, a base teórica fundamentou-se nas teorias de Antônio Gramsci, em especial nas noções de Estado ampliado, sociedade civil, revolução passiva, hegemonia e ação política, influenciadas e debatidas de perto pela interpretação da leitura de Gramsci do professor do Serviço Social, Carlos Nelson Coutinho[85], autor de um capítulo no livro e também integrante do grupo de estudos na Ensp.

Apesar do valor acadêmico produzido pela coletânea, tornando-se um clássico na literatura da saúde brasileira, pode ser interpretada também como espaço de afirmação das ideias e pontos de vistas da dupla Cebes/Abrasco. É talvez a primeira e mais expressiva publicação responsável por elaborar a história da reforma sanitária a partir da perspectiva do grupo, marcando posição na disputa por hegemonia no campo da esquerda. O segundo trabalho diz respeito a coleção *Saúde e Democracia: a luta do Cebes*, publicado pela Editora Lemos em 1997[86] em comemoração aos vinte anos do Cebes e em meio ao contexto da Reforma do Estado do governo Fernando Henrique Cardoso marcado por duros e perversos ataques ao SUS e a saúde em geral. Desse modo, ao contrário da primeira obra escrita no calor dos acontecimentos da reforma sanitária e do processo de institucionalização do SUS, *Saúde e Democracia,* propõe refletir acerca do papel do Cebes durante os seus vinte anos de existência e discutir a saúde no passado e no presente. O livro é um esforço conjunto reunindo figuras de destaque na reforma sanitária e autores que começavam a ganhar protagonismo na literatura e na ação política em saúde nos anos posteriores, ampliando os temas e objetos de análise, reforçando, assim, a ideia de que Cebes e Abrasco são porta-vozes do movimento sanitário e enquanto tal, afirmam que o

[84] FLEURY TEIXEIRA, S. (Org.). **Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria**. São Paulo, Cortez, 1989.
[85] Para saber mais sobre Carlos Nelson Coutinho e sua interpretação gramsciana, ver: NEVES, Victor. **Democracia e Socialismo**: Carlos Nelson Coutinho em seu tempo. Editora anticapital, Marilia, 2019.
[86] FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

grupo no passado e no presente se mantém como agente condutor da teoria e prática na saúde brasileira.

A terceira e última coletânea é mais recente, lançada em 2018 pela Editora Fiocruz intitulada *Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos*[87], reúne textos de Sônia Fleury e Jairnilson Paim, dois dos principais intelectuais do Cebes/Abrasco, presentes em todas as coletâneas supracitadas. A obra traz também trabalhos de autores da nova geração, como o historiador e doutor em Serviço Social André Dantas, o historiador e doutor em Ciência Política Ronaldo Teodoro e o médico e mestre em Saúde Pública, Thiago dos Santos Silva.

Interessante observar que a primeira coletânea veio no momento quando se vislumbrou demarcar espaço na construção de uma teoria capaz de conferir cientificidade a reforma sanitária, já a segunda coletânea apoiou-se no balanço crítico do papel do Cebes como agente central do movimento sanitário durante os vintes anos de sua existência e logo na primeira década de criação do SUS, bem como da institucionalização da saúde pública na Constituição Federal de 1988. A terceira coletânea visava resgatar as preocupações lançadas na primeira coletânea, objetivando, nas palavras de Fleury "retomar o debate teórico sobre a Reforma Sanitária, suas táticas e estratégias, bem como suas limitações e alcances"[88]. Por seu turno, não se pode afirmar que na última obra os autores em sua totalidade estiveram filiados ao Cebes ou a Abrasco e participaram ativamente do grupo, apesar de sua grande maioria integrar. Um dos motivos refere-se à proximidade com novas organizações de luta no campo da saúde nascidas a partir da década de 2000, como por exemplo a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

As coletâneas não foram as únicas, contudo podemos considerar como das mais significativas na produção especializada, pois possuem como cerne o debate acerca da saúde no último quartel do século XX que culminou na CF de 1988, ou seja, institucionalização de grande parte da agenda da luta pela reforma sanitária brasileira. As ações do Cebes e Abrasco foram acompanhadas também por uma série de outras publicações tanto coletivas como individuais, encontrando nos inúmeros trabalhos de Sônia Fleury, Jairnilson Paim e Sarah Escorel as bases teóricas e argumentativas que solidificava a conformação de uma história a partir do ponto de vista do grupo. Destaca-se também a presença marcante do grupo no corpo docente das universidades públicas no país nos cursos da área da saúde, principalmente nas pós-graduações em Saúde Coletiva, formando gerações de pesquisadores e profissionais da saúde.

[87] FLEURY TEIXEIRA, S. (Org.). **Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria**. São Paulo, Cortez, 1989.
[88] FLEURY TEIXEIRA, S. Apresentação. In. FLEURY TEIXEIRA, S. (Org.). **Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria**. São Paulo, Cortez, 1989, p. 9.

Tais autores permanecem ainda hoje na ativa produzindo significativamente sobre a reforma sanitária e a saúde, bem como ocupando cargos de direção no Cebes e na Abrasco. Cabe pontuar que as estratégias e caminhos seguidos pelo grupo não podem ser vistos de forma uniforme e linear por parte de seus integrantes, assim como das agremiações, pois como já muito bem tem sido relatado e debatido, muitas foram as divergências e querelas em seu interior[89].

O debate teórico e as ações práticas dos agentes do Cebes e Abrasco não são homogêneas, no entanto há linhas de força comuns, apesar de conter variações em um aspecto ou outro. O ponto em comum e unificador das APHs é a questão democrática, sendo a chave para compreendermos as formulações teóricas, estratégias e táticas de ação política do grupo.

Para decifrá-la, precisamos primeiro situar o contexto de produção e as influências que deram vida ao tema da democracia como lema principal do grupo. Já vimos no capítulo anterior o cenário das lutas envolvidas com a área da saúde, a formação e participação de múltiplos atores sociais e a efervescência do processo da reforma sanitária. O quadro das lutas de classes no país foram fundamentais para compreendermos o lugar do Cebes e Abrasco e suas escolhas políticas. Vale considerar também o panorama dos partidos políticos de esquerda no Brasil no contexto da reforma sanitária, pois às escolhas do Cebes e Abrasco refletem em grande medida as próprias escolhas da esquerda partidária, tendo em vista que seus membros atuaram de forma ativa nos partidos[90].

As esquerdas partidárias brasileiras sofreram forte influência do movimento mais geral das ideias que afloraram nas esquerdas internacionais. Dentre elas, destaca-se o papel da socialdemocracia alemã responsável por formular a ideia de que não seriam mais necessárias a tomada e a quebra do Estado a partir do processo revolucionário para alcançar o socialismo como formulado por Marx, Engels e Lênin. A transição para o socialismo se daria isenta de revoluções. A polêmica entre revolução e democracia travada no início do século XX, de um lado, por Bernstein e Kautsky e, de outro, por Rosa Luxemburgo e Lênin, ganhou novos

[89] Podemos citar como exemplo a querela emblemática entre Gastão Campos e Sônia Fleury. A compilação dos textos da polêmica pode ser encontrada em: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. (orgs.). **Saúde em debate**: fundamentos da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: CEBES, 2008.

[90] Para efeito dessa tese, não é nosso interesse analisar os partidos de esquerda no Brasil, o tema é por demais abundante e nos exigiria esforços que escapam das possibilidades traçadas para o presente trabalho. Além disso, a temática já se encontra abundantemente disponível na literatura. O próprio debate das esquerdas partidárias com a reforma sanitária já vem sendo discutida de perto pelo historiador André Dantas (2017) que se encarregou de mapear criticamente a trajetória histórica das estratégias e táticas no campo da esquerda tomando como central a análise da democracia e sua relação com a reforma sanitária brasileira. Desse modo, sem a pretensão do ineditismo e de balanço historiográfico, nosso objetivo consiste em reter apenas alguns elementos que acreditamos essenciais do ponto de vista da contextualização do nosso objeto de estudo.

contornos com o chamado Eurocomunismo na segunda metade do século. Em linhas gerais, o eurocomunismo refere-se aos partidos comunistas, especialmente da Itália, França e Espanha que visavam estabelecer uma perspectiva diferente do comunismo da União Soviética e propor alternativas para o socialismo internacional a partir do ponto de vista europeu ocidental e da defesa do socialismo democrático[91].

O eurocomunismo é particularmente importante para nós, pois influenciou sobremaneira em diferentes momentos o PCB, PT, Cebes e a Abrasco, sendo grande parte de suas ideias defendidas por nomes de peso dos partidos, como Marco Aurélio Nogueira, Leandro Konder, Luiz Werneck Viana, Carlos Nelson Coutinho etc. Em que pese os diferentes pontos de vista de seus interlocutores, em geral o eurocomunismo transposto para o contexto nacional[92] defendia o socialismo pela via democrática parlamentar e como forma pacífica de superação do capitalismo.

O Partido Comunista Italiano (PCI) da década de 1970 comandado por Enrico Berlinguer notabilizou-se pela influência exercida na esquerda brasileira. No plano da saúde, seu peso recaiu profundamente no processo da reforma sanitária brasileira, podemos citar como exemplo, a defesa da ideia de democracia como valor universal apropriada pelo Cebes e Abrasco, pela proximidade de Carlos Nelson Coutinho com o grupo, sendo ele um dos principais defensores de tais ideias no Brasil e também da presença de Giovanni Berlinguer, irmão de Enrico Berlinguer, também membro do PCI, nos debates da reforma sanitária brasileira. Giovanni participou de vários encontros promovidos pelo Cebes e Abrasco e manteve intensa proximidade com os intelectuais do grupo[93].

Para além das dessemelhanças entre seus interlocutores e diferenças de apropriação geográfica das ideias do eurocomunismo, podemos de forma resumida apontar elementos

[91] O movimento "eurocomunista" dispunha de um grande número de intelectuais em diferentes países, com perspectivas e maneiras não similares. Diante da pluralidade dos pensamentos presentes no "eurocomunismo", Poulantzas chegou a sugerir a existência de "direita eurocomunista" e "esquerda eurocomunista". A primeira apoiada na revolução gradual, pacífica e legalista, a segunda baseada na democracia de massas levada a cabo pelos trabalhadores. Para saber mais, confira: MOTTA, Luiz Eduardo. O Estado, o poder, o socialismo: um livro "reformista"?. **Revista Princípios**. São Paulo, v. 40, n. 161, 2021, pp. 9-40.

[92] Para fins desse trabalho utilizaremos as ideias gerais acerca do eurocomunismo que tiveram repercussão no quadro político e intelectual brasileiro. Isto se deve pelo fato de haver entre os autores eurocomunistas concepções e estratégias distintas e, muitas das vezes, antagônicas. Citamos, como exemplo, Poulantzas, cuja proposta de socialismo democrático diverge substancialmente das perspectivas que serão apresentadas por outros autores eurocomunistas e seus adeptos no Brasil. Para tanto, não entraremos nesse debate, apenas cabe acentuar a existência de diferentes visões de socialismo democrático e não apenas o que será exposto nesse trabalho. Cf. POULANTZAS (2015).

[93] O Cebes lançou em 1988 o livro "Reforma Sanitária: Itália e Brasil", com objetivo de publicar uma coletânea de textos de Giovanni Berlinguer acerca da Reforma Sanitária Italiana, contendo também textos de Sônia Fleury e Gastão Wagner Campos tratando da Reforma Sanitária Brasileira. A obra registra a influência exercida por Berlinguer na agenda teórica e política do Cebes e da Abrasco.

comuns e que impactaram diretamente no debate da esquerda brasileira da segunda metade do século XX, quais sejam:

> 1) o socialismo como desdobramento do desenvolvimento da democracia, ou a democracia levada ao seu "limite extremo", para usar os termos de Togliatti (1980, p. 65); 2) uma concepção de reforma como se uma revolução diluída no tempo e, portanto, portadora de leves e pequenos impactos, sem ruptura violenta; 3) uma determinada compreensão do Estado como agente das transformações, ao sabor da correlação de forças entre as classes e capaz, portanto, de funcionar a favor dos trabalhadores; 4) a aposta no sufrágio como meio efetivo de disputa do poder, capturável pelo jogador mais bem organizado, disposto e potente para o acúmulo de forças necessário à construção socialista; 5) a definição da luta pelo socialismo em etapas, onde antes da transição socialista deveria haver um estágio intermediário, caracterizado pela presença hegemônica dos trabalhadores no poder de Estado. E cabe ainda uma complementação: os socialistas italianos, desde Togliatti, têm sistematicamente negado a perspectiva de uma transição em dois tempos (um período prévio de luta democrática e logo após a ruptura), típica da formulação marxiana de revolução permanente. Tal negação era a própria negação do segundo ato, da ruptura (Dantas, 2017, p. 56).

Admitia-se a democracia como momento de chegada para o socialismo por meio de reformas consecutivas e sob amplo arco de alianças por dentro da ordem capitalista. Gramsci figurou como importante referência para os eurocomunistas, no entanto, segundo Dantas (2017) a leitura da obra de Gramsci carrega inúmeras incoerências, como o abandono da via insurrecional, da categoria de classes sociais e o apelo a guerra de posições em detrimento da guerra de movimento, pelo qual em Gramsci não há separação. Ao optarem pela negação da ruptura e pela adoção exclusivamente da guerra de posições, realizada por meio das eleições, da ocupação de espaços no aparelho do Estado, ou seja, pela via institucional, a guerra de movimento fora abandonada em sua estratégia política. Desse modo, Dantas (2017) sugere que o eurocomunismo operou a dissociação entre a tática e a estratégia, concentrando-se na tática, deixando de lado a direção capaz de identificar o destino que se pretende alcançar. Portanto, a democracia enquanto tática foi alçada para o status também de estratégia, tendo um fim em si mesmo como valor universal.

No Brasil as ideias de democracia cunhadas pela socialdemocracia alemã e pelo eurocomunismo ganharam contornos importantes nas agendas partidárias. Carlos Nelson Coutinho um dos grandes nomes do PCB e posteriormente dos primeiros anos do PT, bem como aliado do Cebes e Abrasco, entendia que a democracia não seria "um simples princípio tático; é um valor estratégico permanente, na medida em que é condição tanto para a conquista quanto para a consolidação e aprofundamento dessa nova sociedade" (Coutinho, 1979, p. 37). Seguindo a mesma linha eurocomunista italiana, defendia que a conquista da democracia socialista não teria como ator principal a classe trabalhadora. A socialização da política por meio da

democracia liberal e do desenvolvimento das instituições, tornaria possível a organização da sociedade civil, de modo que se desenvolveriam ao ponto de consolidar a conquista do poder político.

Nas décadas de 1970 e 80, o PCB adotou a estratégia antirrevolucionária, apostando na luta política por dentro da ordem legal da ditadura, na negociação a partir da união de todos pelo fim da ditadura, unindo, assim, diferentes posições ideológicas numa frente policlassista. O PCB apoiou também a luta eleitoral através das eleições de membros do MDB, na ocasião o único partido legalmente permitido com certa oposição à ditadura. A tática baseava-se na cautela e no etapismo, entendendo que seria preciso em primeiro lugar conquistar as liberdades democráticas, conforme apontado por Coutinho[94].

A leitura majoritária realizada no PCB ao longo do século XX apontava a inexistência de uma revolução burguesa clássica para a formação do capitalismo no país. Tal característica impossibilitou o desenvolvimento das forças produtivas capazes de gerar as condições para a revolução socialista. Desse modo, o caminho para a revolução socialista passava pela etapa da conquista da democracia por meio de alianças pluriclassistas e por dentro da ordem. Em resumo, a Estratégia Democrático-Nacional (EDN) adotada pelo PCB, sustentava que,

> Em face das consequências obstaculizantes resultantes do passado colonial brasileiro, as forças retrógradas dominantes, as oligarquias rurais, latifundiárias, associadas aos interesses do imperialismo, sobretudo o norte-americano, eram consideradas as grandes responsáveis pela renitência do nosso atraso, pela miséria da classe trabalhadora, contra as quais a burguesia brasileira, considerada débil e frágil, não teria forças suficientes de embate. A reação a esse quadro, visando uma sociedade socialista, só poderia passar então, segundo tal formulação, pelo cumprimento de etapas preparatórias – a primeira consistiria, justamente, na realização retardatária da revolução burguesa no Brasil, de caráter antilatifundiária e anti-imperialista, como condição da inscrição do país na modernidade capitalista (Dantas, 2017, p. 88-89).

Ademais, a estratégia do PCB baseou-se no acúmulo de forças democráticas a fim de superar a ditadura e o atraso brasileiro, presumindo que a burguesia dita nacional não seria inimiga da revolução brasileira, mas aliada na luta contra o imperialismo e o latifúndio, pois creram que a burguesia nacional encontrava-se sem estratégia própria e em situação desfavorável no contexto capitalista internacional, "vítimas do mesmo atraso e, portanto, suposta e potencialmente interessada em sua superação" (Dantas, 2017, p. 89). Cebes e Abrasco também apostaram no aliancismo de classe, confiando na possibilidade de superação do modelo vigente da saúde através de uma reforma "civilizatória" com a presença e apoio do setor

[94] Idem.

privado. Embora, ao contrário do PCB, não tinham a visão de que o setor privado fosse desfavorecido no cenário internacional e vítima do atraso brasileiro, pois do modelo de saúde então vigente, tinham compreensão de que estes eram os maiores beneficiários.

Ainda que a Estratégia Democrático-Popular do PT tenha nascido contrapondo-se às hipóteses e aos princípios defendidos pela EDN do PCB, muitos autores trabalham com a ideia de que a ala majoritária do partido no decorrer dos anos finais do século XX, salvo inúmeras diferenças entre os projetos, passou a adotar a estratégia democrática e aproximações táticas com a burguesia de que eram críticos. A radicalidade na luta de classes perdeu espaço para a radicalização da democracia como sinônimo de socialismo. O projeto hegemônico do partido expressou-se em ocupar "os espaços institucionais e promover a luta na base, a um só tempo" (Dantas, 2017, p. 141).

É importante registrar a presença volumosa de membros do Cebes e Abrasco no PCB nos primeiros anos da reforma sanitária, como Sônia Fleury, José Gomes Temporão, Jaime Oliveira, Sérgio Arouca, David Capistrano Filho, Hésio Cordeiro, Reinaldo Guimarães, Carlos Nelson Coutinho, dentro vários outros. No início dos anos de 1990 com o desmanche do PCB, muitos migraram para o PT, outros ficaram sem filiação partidária na década de 1990, alguns seguiram caminhos alternativos, como Sérgio Arouca que fundou em 1992 o Partido Popular Socialista (PPS). Temos também casos de intelectuais que pelo contexto de hegemonia do PCB nos membros do Cebes e Abrasco, aproximaram-se de forma voluntária, mas tiveram suas filiações ligadas ao PT, como por exemplo, Gastão Wagner Campos.

A despeito das influências conjunturais e de direcionamento teórico-político que exerceram os partidos de esquerda em seus militantes vinculados ao Cebes e Abrasco, os testemunhos dos personagens e a literatura especializada, grande parte confeccionada pelos próprios atores, sustenta não ter havido aparelhamento e defendem a existência de autonomia frente aos partidos[95]. Admitem também que a esquerda brasileira na época representada pelo PT, PCB, PCdoB e PDT não dispunham de um projeto específico para a área da saúde que dialogasse com os rumos da luta pela reforma sanitária, a temática era tratada internamente, mas sem políticas efetivas por parte dos partidos. O debate interno ocorria sobretudo pela presença de membros do Cebes e Abrasco que levaram para os partidos, especialmente o PCB, as discussões realizadas nas agremiações e consequentemente traziam para seu espaço as propostas elaboradas pelos filiados dos partidos (Sophia, 2015, p. 104).

[95] Cf. Abreu (2018) e Jacobina (2016).

Tais estudos são valiosos para o entendimento da complexa teia de questões na amálgama da reforma sanitária brasileira. Entretanto, são insuficientes e possuem limites que parecem instransponíveis aos olhos dos pesquisadores, isto porque, quando o assunto é a reforma sanitária, os temas mais comuns tratam do que venha a ser a reforma, as ideias, teorias, projetos políticos, os movimentos sociais, o papel da categoria médica, o SUS, os partidos políticos, os sindicatos, dentre outros[96]. Independentemente do assunto, tanto a bibliografia e os testemunhos escolhidos para darem suporte e validade a investigação são sempre dos mesmos sujeitos, ou seja, de agentes vinculados ao Cebes e Abrasco. Eles figuram tanto como autores das obras especializadas como depoentes nas entrevistas orais e projetos de memória da reforma sanitária.

Desconhecemos trabalhos que tomam testemunhos de outros agentes coletivos para tratarem tanto do contexto mais geral das lutas, como para falar da própria organização coletiva, temos, por outro lado, cebianos e abrasquianos falando por todos e de todos a partir de suas perspectivas. A história parece andar em círculos, confirmando e reafirmando indiscriminadamente a história da reforma sanitária brasileira apenas pelas lentes do Cebes e Abrasco.

Ademais, vimos que a reforma sanitária brasileira e o movimento sanitário ampliado não só sofreram substantivas inflexões do contexto das lutas de classes e das ideias políticas a nível nacional e internacional, como são parte de seu conjunto. Além de demonstrarmos a importância dessas mediações, apontamos também a necessidade de maior compreensão das lutas pela reforma sanitária brasileira no contexto internacional de lutas pela saúde pública. Os historiadores ainda não se debruçaram sobre a análise histórica ampliada da saúde relacionando-a com as lutas e a dinâmica de acumulação capitalista para além do espaço nacional. Algumas questões permanecem abertas, como: a construção do processo histórico da reforma sanitária

[96] Recentemente o historiador André Jacobina em sua tese de doutorado, procurou compreender a influência dos partidos políticos de matriz marxista no movimento sanitário entre os anos de 1976 e 1986. Em que pese a definição de partido marxista adotado pelo autor, cabe pontuar uma vez mais a simplificação da análise do movimento sanitário, escolhendo como porta-vozes o Cebes e Abrasco. Para compreender a influência dos partidos marxistas no movimento sanitário, recorreu-se ao uso da história oral, escolhendo 30 depoentes. Sem nenhuma novidade, todos os escolhidos tiveram vínculos com as duas agremiações no período em análise. Quanto ao suporte teórico para compreensão do movimento sanitário e a reforma sanitária, adotou como central os estudos de Jairnilson Paim (2008), Sarah Escorel (1998) e Sônia Fleury (2011). Para além das insuficiências da investigação que não cabe aqui debater, importa-nos destacá-lo como exemplo de estudos recentes que permanecem reafirmando a perspectiva tão somente do Cebes e Abrasco. Vale registrar nosso entendimento de que existiu e ainda existe nas duas agremiações posicionamentos heterogêneos de seus membros, mas não podemos perder de vista que o ponto de partida é o mesmo. Entendemos que tais estudos tratam de questões relativas à história do Cebes e da Abrasco. Devido a sua importância e participação no contexto da saúde brasileira, suas trajetórias confundem-se com a reforma sanitária brasileira e o movimento sanitário, mas como estamos defendendo ao longo deste trabalho, não podem falar por elas. Cf.: (Jacobina, 2016).

brasileira por parte de seus intérpretes pode ser entendida como um processo fechado em si mesmo? Podemos pensar a reforma sanitária brasileira somente a partir da realidade nacional como unidade lógica de análise? Por mais que a literatura reconheça as reformas em saúde na América Latina e a Reforma Sanitária Italiana como influentes, qual a relação entre o discurso e a prática na produção historiográfica? É preciso verificar em qual medida ocorre a defesa de uma reforma singular, fechada em si mesmo no Brasil. Portanto, acreditamos na necessidade de avançar na compreensão da reforma sanitária brasileira, percebendo, dentre outros aspectos, se houve uma circulação de ideias e o lugar dos agentes sociais neste contexto, estabelecendo aproximações do Brasil com o movimento mais geral das lutas pela saúde.

Esperamos esperançosos que a historiografia rompa com esta bolha para que tenhamos uma dimensão mais plural da história da saúde contemporânea brasileira. Infelizmente para efeito dos objetivos da nossa tese, nossa contribuição é reduzida, devido ao objeto de estudo, mas acreditamos que possa gerar inquietação nos leitores pelas questões que estamos levantando.

2.2 Princípios políticos e estratégicos

O lugar político do Cebes e a Abrasco no processo da RSB situava-se no campo da esquerda, especialmente próxima do PCB. O debate setorial promovido pelas agremiações recuperou em grande medida o conteúdo geral das disputas políticas a nível nacional e internacional, incorporando e adaptando para a realidade local da área da saúde. A questão democrática que tomou conta do espaço político fora acompanhada de perto pelas agremiações.

O tema da democracia encontrou elevado coro entre os assuntos tratados pelos profissionais e militantes da área da saúde nos anos da RSB e no pós-1988. Muito foi e tem sido escrito sobre o tema, no entanto, quando analisado as ações políticas do Cebes e Abrasco, podemos sugerir que dentre o variado conjunto de autores, uma se destaca e aglutina grande parte daquilo que se tornou a política e pensamento do grupo. Trata-se de Sônia Fleury, uma das mais importantes intelectuais orgânicas de ambas as agremiações, e consideramos que o essencial da questão democrática contida no debate do Cebes e Abrasco, toma como referência suas ideias. Alertamos que embora suas ideias tenham hegemonizado o debate teórico, sendo empregadas no projeto político do grupo, assim como utilizadas pela ampla maioria de seus

membros, trataremos a seguir das colocações feitas pela autora, sabendo do risco de possíveis variações de pensamento e interpretação de cada membro.

Fleury reafirmou a noção de que a luta travada pelas classes dominadas voltadas para conquista da hegemonia encontraria na democracia seu fundamento tático e estratégico, formulando uma contra-hegemonia. A construção da contra-hegemonia passaria pela aliança de múltiplas camadas sociais, composta por intelectuais da classe média, burguesia e grupos populares[97]. A militante do PCB, seguindo a linha do partido, concebeu a democracia "enquanto uma pluralidade de exercício do poder político"[98], como sendo, o "espaço necessário, mas não suficiente, para a formulação de um projeto contra-hegemônico e para a constituição de sujeitos políticos capazes de ensejar um ideário emancipatório, e de promover a ampliação do campo de alianças"[99].

O terreno da luta escolhido é o Estado em seu sentido estrito, isto é, no aparelho de Estado, nas fileiras parlamentares ou sociedade política nos termos gramscianos. Elegendo o Estado como *lócus* de luta, espaço da contra-hegemonia, caracterizou-o como expressão da dominação de uma classe, abrigando também o "equilíbrio jurídico e político, um momento de mediação", ao mesmo tempo em que exerce funções de coerção, o Estado é também pedagógico da "construção, consolidação e reprodução da direção cultural da classe hegemônica, sendo a função de homogeneização exercida pelo direito, exatamente o que permite a criação de um conformismo social" (Fleury, 2018, p. 50). Nessa concepção, o Estado entendido como sujeito, intervém de forma a garantir políticas sociais universais e igualitárias através da lei, assegurando, assim, o direito à cidadania. Esta última ocorre por meio de fracionamentos concedidos pelo Estado, definida pela autora como uma "hipótese jurídica do Estado capitalista".

> A cidadania como hipótese jurídica inscrita na natureza do Estado capitalista é uma mediação necessária, mas uma condição não suficiente para explicar a gênese e desenvolvimento das políticas sociais. A mediação que articula, através do Estado, a dominação burguesa é a equalização jurídico-política dos indivíduos pela cidadania, produzindo um efeito de mascaramento das contradições de classe, e ampliando, assim, o consenso relativo ao exercício legítimo do poder político (Fleury, 2018, p. 50).

Fleury compreende a cidadania como princípio central da democracia, momento da transição para o socialismo. A partir da noção de democracia em seu sentido de representação

[97] Fleury (1989, p. 31-32).
[98] Ibidem.
[99] Fleury (2018, p. 33).

política de um governo e Estado, defende que a cidadania será conquistada pelo múltiplo conjunto de alianças de diferentes classes sociais, garantidos pelo instrumento da legislação, da legalidade do direito. A cidadania, portanto, está acima das classes sociais, é a "mediação que dá organicidade a esta relação" (Fleury, 1989, p. 33). Para Fleury a democracia não é necessariamente anticapitalista.

> O capitalismo tem necessidade de criar o cidadão na medida em que ele é o correspondente jurídico e político do trabalhador livre, capaz de vender sua força de trabalho; a cidadania é a abstração necessária a constituição, fundamento e legitimidade do poder político. **Por um lado, nega a existência de atores coletivos, as classes sociais, com interesses contraditórios e antagônicos, sendo, portanto, essencial para a construção da ideologia liberal do Estado como representante da vontade coletiva. Por outro lado, a condição de cidadania deve ser vista como um avanço na luta das classes oprimidas, já que os pressupostos igualitário e de autonomia são condição para sua organização com base na reivindicação da igualdade que não se realiza em uma sociedade de classes** (Fleury, 2018, p. 50). (Grifos nossos)

Fleury sugere que o contexto social contemporâneo marcado por sociedades complexas, globalizadas e sob avanço da democracia, favorece o surgimento de um novo tecido social consciente dos direitos de cidadania. Assim, na ocorrência de uma democracia governamental consolidada, este novo tecido social que emerge cobrará uma nova institucionalidade, na medida em que "a luta pela democracia introduziu o gérmen da contradição dentro de um sistema político elitista e excludente, que se perpetuara como natural e perene" (Fleury, 2018, p. 57). Em outras palavras, a institucionalização de direitos na legislação promoverá a conscientização das camadas sociais da população acerca de seus direitos sociais, desse modo, a democracia é a responsável pelo movimento de conscientização. Nessa nova etapa, as pessoas mais conscientes de seus direitos podem cobrá-los e consolidar a luta social.

Nesse raciocínio, a conquista de direitos sanitários na Constituição Federal de 1988, representou distintos fragmentos de cidadania, operando por dentro da legalidade do aparelho estatal e consolidando-se por meio da construção de um marco jurídico-institucional democrático, consequentemente, *gerou o gérmen da revolução e propicia condições para a conscientização de classe*. Não obstante, a linha de causalidade apontada por Fleury deixa escapar as contradições e lutas de classe e possíveis oscilações na organização social, ou seja, tomando o exemplo brasileiro de conquista dos direitos na saúde formalizados na legislação da CF-88, entende-se que o momento a seguir seria de conscientização sanitária da população e fortalecimento da luta, o que não se verificou na análise empírica das lutas pela saúde no país.

Além disso, não se pode afirmar também a existência de uma linha de causalidade entre retração e ataques aos direitos sociais com o avanço das lutas.

Recorrendo novamente a Eder Sader, em seu exame das tendências de ação dos movimentos sociais da década de 1970 em São Paulo, em plena ditadura empresarial militar, demonstrou a impossibilidade de explicá-los "pela exposição das "condições dadas", decorrentes do sistema social: os padrões da acumulação capitalista, o desenvolvimento urbano (ou sua crise), a forma do Estado" (Sader, 1988, p. 38). Para Sader as explicações apoiadas na causalidade entre os novos padrões de acumulação capitalista presentes no país, os regimes políticos, como ditadura e democracia e as formas do Estado estariam relacionadas as características de combatividade e autonomia dos movimentos sociais não são verdadeiras. Em seu entender não se sustentam as explicações majoritárias que defendem a existência de organização e luta dos trabalhadores em busca de seus interesses em momentos marcados pela incapacidade do estado de assegurar condições mínimas para sua reprodução. Isto porque a trajetória da política nacional já defrontou tais argumentos como na "Nova República", na passagem da ditadura para a democracia, uma vez que o Estado manteve seu papel na acumulação capitalista, assim como, seus antagonismos, lutas de classes e suas lutas pela hegemonia.

> Uma conclusão extraída da observação desses impasses é que não se pode deduzir orientações e comportamentos de "condições objetivas dadas". Tais deduções pressupõem uma noção de "necessidades objetivas" que moveriam os atores sem as mediações simbólicas que as instituem enquanto necessidades sociais. Quem pretender captar a dinâmica de movimentos sociais explicando-os pelas condições objetivas que os envolvem e poupando-se de uma análise específica de seus imaginários próprios irá perder aquilo que os singulariza. Irá perder, por exemplo, aquilo que diferenciou a liderança metalúrgica de São Bernardo da direção sindical dos metalúrgicos de São Paulo, ou uma comunidade de base de uma sociedade de amigos de bairro. O que em definitivo, é deixar escapar o principal (Sader, 1988, p. 42-43).

As condições impostas pelo capital como a divisão social do trabalho, as novas formas de acumulação e expropriação da força de trabalho, os novos formatos de convencimento e organização da luta das classes e frações dominantes são essenciais para a compreensão dos movimentos sociais, mas como alertou Sader, "na verdade as maiores interrogações começam a partir daí" (Sader, 1988, p. 50). Nesse sentido, a existência do regime político democrático não garante a consciência de classe e sua combatividade. Os movimentos sociais e as organizações de classe subalternas ou dominadas são fenômenos complexos que escapam do determinismo estrutural e previsões de futuro defendido por Sônia Fleury. A compreensão do

fenômeno, segundo Sader deve levar em consideração suas experiências e vivências na sociedade, como sujeitos de sua própria história e averiguadas suas características singulares, apreendendo o fenômeno por inteiro, rompendo, assim, com o imaginário de que estão condicionadas pelas conjunturas, causalidades e traços históricos da sociedade.

Os elementos centrais da questão democrática já estão dados pela autora, formando, assim, o caminho para a transição ao socialismo. A escolha da estratégia e tática política de transição apoiou-se na ideia de democracia como valor universal, a arena de lutas terá como palco o aparelho de Estado, atuando na legalidade democrática por meio da luta institucional e parlamentar, "no sentido de buscar soluções de cúpula, sem mobilizações de base" (Fleury, 1989, p. 32), formada pelo consenso entre múltiplas classes e sem conflitos e rupturas, abandonando, desse modo, qualquer expectativa de projeto revolucionário. A opção por reformas no interior do Estado capitalista, tem por objetivo conquistar vitórias jurídicas alcançando fragmentos de cidadania. Seguido tal percurso, a conscientização e organização das massas se dará mediante a luta de classes, consolidando, assim, a "via de transição a um socialismo que preserve as conquistas democráticas alcançadas" (Fleury, 1989, p. 32).

Tal noção de democracia manteve-se presente no Cebes e na Abrasco como estratégia e tática política durante todo o período analisado nesta tese. Traduziu-se no processo da reforma sanitária de forma direta, incorporando os elementos teóricos enunciados acima. A questão democrática elevou a saúde ao *status* de valor universal, portadora de características singulares no âmbito social que a possibilitaria subverter a ordem social e construir uma nova correlação de forças. O objeto saúde por si próprio carregava o gérmen da revolução, capaz de unificar a luta e desenvolver a consciência sanitária na população. Isto seria alcançado segundo Fleury através da,

> articulação de diferentes níveis, possibilitados pela concomitância do corpo biológico com o corpo socialmente investido; o corpo produtivo. A articulação se daria entre a experiência singular do sofrimento, a vivência das necessidades vitais, e a dimensão pública do indivíduo enquanto cidadão, portanto, portador de um conjunto de direitos e deveres diante do Estado, e, sua inserção na luta entre dominados e dominadores, aos quais remetem tanto as carências vitais quanto a negação dos direitos sociais. Em outros termos, assumindo o caráter dual da saúde, como valor universal e núcleo subversivo de desmontagem da ordem social em direção à construção de uma nova correlação de forças, o movimento sanitário pretendeu ressignificar politicamente a noção de cidadania, dando a ela um caráter transformador (Fleury, 1997, p. 24).

Edmundo Gallo e Paulo Nascimento[100] sustentaram que a saúde "por sua própria essência, supera os marcos corporativistas, pois interessa à sociedade como um todo. Seu caráter é intrinsicamente público, já que não se pode pensar em sua cidadania plena sem que os direitos à saúde estejam assegurados"[101]. Por este motivo a saúde por suas características deveria ser uma *bandeira* de todos, penetrando no quadro geral das lutas de classes, para além dos envolvidos diretamente com o setor saúde. No entanto, assinalam que a reforma sanitária só será possível nos marcos de um Estado democrático, tornando necessário a luta pela democracia no país, de modo a ultrapassar os limites setoriais da luta no campo da saúde. Assim será possível buscar a hegemonia da saúde na sociedade como um todo, traduzindo-se no projeto contra-hegemônico da saúde sob condução do movimento sanitário, isto é, Cebes e Abrasco. Embora Gallo e Nascimento chamem a atenção para o direcionamento da luta para além dos limites setoriais, o consenso interno do Cebes e Abrasco permaneceu centrada no setor saúde.

Ao tomarem a saúde como campo revolucionário por natureza, seria necessário um esforço conjunto de teorização social da área afim de conduzir o caminho da luta. Para Fleury (2018) será com a criação e consolidação da Saúde Coletiva como área de estudos voltados para a política social e teoria social da saúde que o objetivo foi alcançado. A convergência da Medicina Social com diferentes disciplinas das Ciências Sociais possibilitou a compreensão do fenômeno social e político da área da saúde. Observa-se que a Saúde Coletiva disputa a hegemonia no campo da teoria social da saúde, sendo representada pela categoria médica em suas formulações e direção, mantendo, assim, a hierarquização histórica da área caracterizada pelo domínio do saber médico, ultrapassando os limites da organização da saúde para questões de cunho teórico social e político.

Como já abordado, a trajetória do Cebes e da Abrasco vincula-se com a criação do campo da Saúde Coletiva, sendo eles os seus representantes a nível nacional. A teoria social da saúde é debatida por pesquisadores médicos, especialmente por Donnangelo e Pereira (1976) e Arouca (1975). Refletindo sobre as relações entre saúde e sociedade, os autores defendem que a teoria social nasce coligada com uma prática de transformação social. Desse modo, os primeiros centros que institucionalizaram a Saúde Coletiva no Brasil foram o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), o Programa de

[100] GALLO, Edmundo; NASCIMENTO, Paulo César. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: Sônia Fleury. (Org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Ed. Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989, p. 93.
[101] Ibidem.

Estudos Socioeconômicos em Saúde (Peses) da Ensp/Fiocruz e os departamentos de medicina preventiva em diferentes localidades no país. Portanto, Cebes e Abrasco inseridos no campo da Saúde Coletiva, disputam a hegemonia da teoria social e política da saúde, tendo a categoria médica como protagonista.

Ancorada na Saúde Coletiva e defendendo a ideia da saúde como valor universal, acima das classes e seus antagonismos, os intelectuais do Cebes e Abrasco partiram do princípio de que a partir do processo de redemocratização do país, a luta do grupo no processo da reforma sanitária encontrará condições favoráveis na disputa de interesses com as empresas privadas e internamente com setores progressistas, alcançando a hegemonia. Para Fleury a estratégia de conquista da hegemonia da reforma sanitária deveria concretizar:

> a) o reconhecimento político e institucional do Movimento Sanitário como sujeito e dirigente do processo reformador; b) a ampliação da consciência sanitária de forma a possibilitar o consenso ativo dos cidadãos (usuários e profissionais) em relação ao processo transformador no setor, bem como a natureza social das determinações que incidem sobre o processo saúde/doença e sobre a organização do cuidado médico; e c) o resgate da saúde como um bem de caráter público embora contraditoriamente limitado pelos interesses gerados pelo processo de acumulação de capital em uma sociedade que se erige sobre o princípio da apropriação privada do lucro. Assim sendo, a expressão do caráter de bem público da saúde consubstancia-se na definição de uma norma legal e do aparato institucional que visam à garantia da sua universalização e equidade (Fleury, 2018, p. 55). (Grifos nossos).

Fleury (2018) admite que deve-se reconhecer o movimento sanitário (entendido enquanto Cebes e Abrasco) como o sujeito e dirigente político e institucional do processo de hegemonia da saúde através da reforma sanitária, pois sua composição "o habilitava a exercer a condição de dirigente em relação à transformação institucional, mas não possibilitava a necessária mudança cultural"[102]. Para a autora a consolidação da questão democrática exigiria tanto a transformação pela via institucional, como "uma molecular transformação cultural, ou seja, requeria sua supremacia como projeto para a recém-inaugurada democracia brasileira"[103]. E porque o Cebes e Abrasco entendidos enquanto movimento sanitário não promoveram a transformação cultural?

Esta é uma questão fundamental para entendermos o funcionamento histórico das duas agremiações e a base de pensamento majoritária de seus membros. Fleury apresenta a justificativa de que os sujeitos sociais no contexto brasileiro são desorganizados e com baixa capacidade organizativa, sendo incapazes de conscientizar-se na agenda da reforma sanitária.

[102] FLEURY, S. Op. cit., 2018, p. 55-56.
[103] Ibidem.

Somado a isto, defrontam-se com um Estado marcado pelo arcaísmo, por práticas clientelistas e patrimonialistas, pela exploração e exclusão, bem como por interesses particularistas. Tais fatores conjugados não permitiram a plenitude da reforma sanitária, sobretudo por ter ocorrido no contexto do neoliberalismo. Portanto, a capacidade de resiliência da sociedade com os projetos excludentes, autorizava o Cebes e Abrasco a atuarem na ação política e de forma autônoma, mas simultaneamente, o grupo transferiu aos sujeitos e movimentos a ele externo os problemas e a responsabilidade pelos fracassos, naquilo que batiza de "dialética do possível"[104].

Por seu turno, Gallo e Nascimento visualizam os limites e possibilidades da luta pela hegemonia a partir das "atitudes dos profissionais da saúde", situados entre os projetos liberal e trabalhista. O primeiro diz respeito a estrutura tradicional do trabalho em medicina, no qual o médico atua de forma autônoma e no suposto "livre-mercado", como por exemplo, por meio dos consultórios médicos. O segundo, refere-se ao que entendem como projeto ligado ao movimento sanitário, disposto a lutar por melhores condições de trabalho e salários dos médicos assalariados. Nesse sentido, a hegemonia passaria pela conquista da categoria de médicos assalariados, tendo como estratégia a ideia de "ética", de batalha entre ideias diferentes acerca da visão de mundo dos trabalhadores das funções exercidas na área da saúde. A luta visaria recuperar "a dignidade das diversas profissões, juntamente com a participação das categorias nos assuntos da área de saúde, é o que pode ensejar uma atitude positiva dos profissionais do setor para com a Reforma Sanitária e o Sistema de saúde que daí advenha"[105].

Desse modo, caberia ao movimento sanitário, leia-se, Cebes e Abrasco, o processo de teorização e condução da luta política no campo da saúde, compreendendo toda a sociedade. Para o projeto obter êxito será necessário que a população que não foi convidada a participar do processo tenha *consciência sanitária*, uma vez que Cebes e Abrasco se colocaram como protetores dos interesses da sociedade, mas ressentem-se da falta de apoio dessa mesma população[106]. O planejado distanciamento social do grupo frente aos movimentos sociais e demais organizações coletivas dos trabalhadores passou a ser repetidamente reproduzido a partir do slogan cunhado por um de seus maiores líderes, Sérgio Arouca, de "fantasma da classe ausente".

---

[104] Idem.

[105] GALLO, Edmundo; NASCIMENTO, Paulo César. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: Sônia Fleury. (Org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Ed. Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989, p. 95.

[106] GALLO, Edmundo; NASCIMENTO, Paulo César. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: Sônia Fleury. (Org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Ed. Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989, p. 93.

> O movimento sanitário, em sua conformação, falava de uma classe operária que não aparecia no cenário político nem geral nem setorial. Por ser um movimento e não um partido, e por falar de uma classe ausente, o discurso médico-social de transformação continha esse outro ponto de tensão: sem contar com a participação direta da classe trabalhadora, o discurso e a prática do movimento sanitário era feito para ela (em direção a ela) ou por ela (no lugar dela). O distanciamento concreto entre o movimento e seu objeto fez emergir uma crítica interna questionando a representatividade e a própria legitimidade da existência do movimento sanitário. Arouca (1987) denominou esse conflito "o fantasma da classe 'ausente' como elemento de controle do movimento". Em sua configuração, o movimento sanitário caracterizou-se por buscar – e ainda busca – seus sujeitos sociais. Mas é um movimento coletiva e organicamente ligado às classes populares e à proposta de melhoria de suas condições de saúde[107].

O "fantasma da classe ausente" desconsidera todas as lutas e formas de organização coletiva da sociedade em geral e da saúde, como foi possível discutir no primeiro capítulo. Por não estarem no mesmo nível intelectual, social e dispostos a apoiarem *integralmente* as ideias dos sanitaristas ilustrados, são alijados da história. A proposição de Arouca e replicada por seus colegas de Cebes e Abrasco em diferentes momentos[108], além de preconceituosa é um exemplo claro do projeto de conquista da hegemonia no campo da esquerda brasileira na área da saúde, atuando pelo alto. Tal elaboração aproxima-se, guardadas suas diferenças, da teoria liberal das elites, de Gaetano Mosca e Vilfredo Pareto, de que toda sociedade contém "'naturalmente', uma minoria integrada por indivíduos seletos ou iluminados que, dotados de atributos especiais – como riqueza, conhecimento, dons, etc. – deteriam, também "naturalmente", o poder de dirigir a maioria" [109]. Independentemente do sistema político, seja ele ditatorial ou democrático, sempre será dirigido por minorias[110], sendo no caso da saúde brasileira no campo esquerda, dirigida pelos altos sanitaristas do Cebes e Abrasco[111].

Retornando a Gramsci, pois é a partir dele que os intelectuais do Cebes e Abrasco recorrem, pensam a hegemonia enquanto organização das vontades coletivas e direção de ações políticas de organismos coletivos de classe como sendo a *incorporação* e *articulação* de vontades coletivas de grupos externos, sem a interação e direção de uma ação política conjunta.

---

[107] Arouca em entrevista concedida a Sarah Escorel. Ver: (Escorel, 1999, p. 188).
[108] A tese de Arouca tem sido defendida em pesquisas recentes. Ver: SANTOS, Ronaldo Teodoro dos. **O fantasma da classe ausente**: as tradições corporativas do sindicalismo e a crise de legitimação do SUS. Tese (Doutorado em Ciência Política). UFMG, Minas Gerais, 2014.
[109] MENDONÇA, Sonia. R. de. Estado e poder: elites, classes e hegemonia. In: REIS, Tiago Siqueira; SOUZA, Carla Monteiro de; OLIVEIRA, Monalisa Pavonne; LYRA JÚNIOR, Américo Alves de. (Org.). **Coleção História do Tempo Presente**: Volume III. 1ed.Boa Vista: Editora da Universidade Federal de Roraima, 2020, p. 21.
[110] GRYNSZPAN, Mário. **Ciência política e trajetórias sociais**: uma sociologia histórica da teoria das elites. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999.
[111] Dentre as escassas análises críticas da ideia de "fantasma da classe ausente", cf.: SOTZ, Eduardo. "O fantasma da classe ausente": ensaio sobre as bases sociais do movimento da reforma sanitária. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 43, v. 17, p. 48-59, 2019; DANTAS, André Vianna. Saúde, luta de classes e o "fantasma" da Reforma Sanitária Brasileira: apontamentos para sua história e crítica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 3, p. 145-157, nov. 2018.

Incapazes de construir um projeto unitário e orgânico, agem sem a presença do coletivo que diz representar. Assim sendo, o movimento sanitário na visão de Sarah Escorel deve ser entendido como um *intelectual coletivamente orgânico* das classes trabalhadoras, embora prescinda de sua participação na luta no setor da saúde[112]. Entretanto, Cebes e Abrasco como aparelhos privados de hegemonia não são forjados pela classe trabalhadora, mas sim pela elite intelectual corporativa médica, embora proponha-se a dirigir seus projetos as camadas populares da saúde, a posição da qual se coloca como porta-vozes dos trabalhadores, não possui legitimidade, pois não são portadores de organização e direção da classe trabalhadora.

André Dantas (2018) ao analisar o papel de intelectual orgânico reivindicado pelo grupo sugere a elaboração "por simples ato de vontade, de uma classe que não o reconhece nesta posição", tendo ocorrido devido a escolha da opção institucional e pela via do aliancismo de classe em nome da agenda da saúde. Para Dantas o movimento sanitário, aqui entendido como Cebes e Abrasco, apesar de se aproximar em certos momentos dos movimentos populares, também dispensou-os quando foi oportuno para seguir sua cartilha de institucionalização de seus projetos. As agremiações parecem disputar posição com a classe trabalhadora, "tudo em nome da unidade do movimento sanitário"[113].

Fleury argumenta que as críticas sobre a ausência de base social do Cebes e Abrasco não são verdadeiras, pois sempre buscaram aproximação com os movimentos populares, a ausência de êxito deve-se segundo a autora a "debilidade dos partidos políticos que seriam o canal natural da agregação da miríade de movimentos e organizações dispersas, com baixa institucionalização e carência de recursos"[114]. Desse modo, podemos observar a ideia de que as agremiações são situadas de um lado e, todo o resto que abrange a luta e interesses sociais de outro. A ponte entre o que se entende por movimento sanitário (Cebes e Abrasco) e os movimentos populares e a classe trabalhadora deveria ocorrer segundo Fleury (2018) por meio dos partidos políticos ligado ao grupo, apontando que os partidos foram incapazes de traduzir as suas ideias e unificar a luta. A partir desse ponto de vista, os agentes externos ou nos termos de Gallo e Nascimento – a população, por incapacidade de organização e consciência de classe não foram e ainda não são capazes de aderir ao projeto do movimento sanitário.

Para os intelectuais do grupo somente com a democracia seria possível fomentar alianças, gerar capacidade organizativa das classes populares e fortalecer a luta. As camadas populares que se encontravam sem "consciência de classe", teriam na democracia as condições

[112] ESCOREL S. Op. cit., 2006, p. 186-187.
[113] DANTAS (2018, p. 171).
[114] Idem.

para se tornarem sujeitos sociais ativos nos processos de transformação social. Para Fleury (1989) não será possível uma reforma no sistema de saúde em outro modelo que não fosse na democracia, pois só assim as classes populares poderão emergir como sujeitos políticos. Em trabalho recente, defende o antigo lema do grupo "saúde é democracia", sustentando que não podemos ficar reféns da alegação de que capitalismo é incompatível com democracia, sendo necessário lutar pela institucionalização de uma cultura democrática[115].

Assim, Fleury entende que no contexto democrático de governo, as lutas devem proceder por dentro do Estado, ao passo que as características autoritárias e antidemocráticas do Estado brasileiro, conjugadas com o capitalismo financeirizado são fatores limitadores para o real alcance da cidadania e da reforma sanitária. Para Fleury "o projeto da universalização requer pactos sociais solidários em que a busca pela igualdade com diversidade se contrapõe a valores individualistas e consumistas e que as classes dominantes façam sacrifícios de natureza corporativa para gerar maior distribuição social"[116]. Tal afirmação torna ainda mais evidente a estratégia da democracia como valor universal, sem conflitos de classes e contando com a parceria das classes dominantes para realização de seus projetos ditos "contra-hegemônicos".

Portanto, Fleury aponta como fatores limitantes para a democracia, o contexto histórico, a natureza do Estado brasileiro e a ausência de consciência de classe. Por efeito, considera que os integrantes do Cebes e Abrasco empregaram a estratégia e tática correta ao ocuparem postos do aparelho do Estado. A escolha da luta pela via democrática institucional expressou a forma possível de obter ganhos para o setor saúde, na medida em que a incapacidade de transformar as relações de poder levou à defesa da "dialética do possível"[117].

Não obstante, a democracia institucional e os movimentos populares como apêndice na luta social, não podem ser vistos como escolhas do grupo, como ressaltou André Dantas, devem ser encarados como atributos de sua natureza. Desse modo, Dantas argumenta que foram decisões/escolhas e não apenas reflexo das conjunturas políticas. O autor adverte que não podem ser entendidas como mero oportunismo ou apenas a uma má leitura da realidade[118]. Ainda segundo Dantas (2018), o movimento sanitário (Cebes e Abrasco) acreditavam na ilusão jurídica da institucionalização do projeto da reforma sanitária, que uma vez garantido legalmente não poderia sofrer alterações. Essa ideia é central para a estratégia de ocupação de

[115] FLEURY TEIXEIRA, S. Reforma Sanitária: múltiplas leituras, diálogos e controvérsias (Org.). **Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018, p. 26.
[116] FLEURY TEIXEIRA, S. Revisitar a teoria e a utopia da reforma sanitária. (Org.). **Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018, p. 74.
[117] Ver: Fleury (1988, 1989, 1997, 2018).
[118] DANTAS, André Vianna. Op. cit., 2018, p. 156.

postos na burocracia estatal a fim de conseguir por dentro do Estado implantar o projeto nas vias jurídicas.

Na concepção do grupo o caminho seria alcançado com a conquista da democracia, representando segundo Fleury no "espaço ideal de formulação de uma contra-hegemonia"[119]. Entretanto, ao contrário da estratégia adotada pelo PT e que se tornará hegemônica na esquerda brasileira, Cebes e Abrasco atuaram apenas em um lado na estratégia política, isto é, enquanto o PT baseou seu projeto em dois pólos de atuação, de um lado, ocupação institucional de espaços no aparelho do Estado e, de outro, a formação da luta de base, as agremiações adotaram como razão de ser apenas a primeira estratégia.

Dantas (2017) aponta ainda a fragilidade na interpretação teórica de Fleury e de membros do Cebes e Abrasco ao considerarem como tática a guerra de posições[120], valendo-se dos aportes teóricos de Gramsci e da leitura elaborada por Carlos Nelson Coutinho do pensamento marxista do italiano, fortemente influenciado como já vimos do eurocomunismo. Em Gramsci o oriente detinha uma sociedade civil desorganizada com Estado forte, tendo como via estratégica a tomada de subido do Estado e, o ocidente uma sociedade civil organizada, cuja estratégia seria a guerra de posições. Dantas questiona se o Brasil seria um país "ocidentalizado", pois se a resposta for positiva, como pensam os sanitaristas, não seria coerente afirmar a existência de uma sociedade civil desorganizada[121]. O equívoco teórico que levou a ação prática, também colocou em pauta o papel dos intelectuais no processo da contra-hegemonia, como vimos, ao contrário do que elaborou Gramsci, os intelectuais do grupo atuaram sem base social.

Outra questão teórica que nos chama atenção diz respeito a utilização da noção de Estado elaborado em seu sentido estrito (sociedade política) em contraposição a sociedade civil, tendo como referência Gramsci. A interpretação difusa dos conceitos gramscianos vem sendo empregado desde o final do século XX até os dias de hoje por grande parte dos agentes do Cebes e Abrasco, resultando em rebatimentos profundos na formulação e na prática política do grupo[122]. A leitura de Estado é sintomática para justificar a opção pela via institucional, como podemos observar nos escritos de Sônia Fleury, defendendo a hipótese de que às mudanças no setor saúde só se realizarão se assumirem o "Estado capitalista como espaço de luta buscando

[119] FLEURY TEIXEIRA, S. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. *In*: FLEURY TEIXEIRA, S. (Org.). **Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria**. São Paulo, Cortez, 1989, p. 31-32.
[120] Cf.: GALLO, Edmundo; NASCIMENTO, Paulo César. Hegemonia, Bloco Histórico e Movimento Sanitário. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury. (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Editora Cortez, 1989, p. 91-118.
[121] DANTAS, André Vianna. Op. cit., 2018, p. 161-162.
[122] DANTAS, André Vianna. Op. cit., 2018, p. 168.

transformar assim o próprio Estado e a lógica da seletividade estrutural e da destematização política que ali reinam"[123].

> A compreensão do Estado como uma relação que se cristaliza materialmente (Poulantzas, 1980) deixa claro que qualquer transformação na estrutura de poder não poderá se reduzir ao nível da luta política, mas deverá ser também materializada sua ossatura material do Estado. Mas, para além de uma materialização do poder, o Estado, todas as suas instâncias materiais passam a ser vistas como arena política. A estratégia de construção da hegemonia em Gramsci concentrava-se na esfera da sociedade civil, mas os estudos recentes, especialmente de Poulantzas, colocam a sociedade política, o Estado no sentido estrito, no seio da luta de classes[124].

Como vimos, em Gramsci sociedade civil e política não pode ser vista de forma separadas, pois se manifestam através do nexo dialético de unidade-distinção, entre o exercício da dominação e a coerção, mesmo que ambos possuam funcionamentos distintos (Gramsci, 2017). Observa-se a deturpação do conceito de Estado Ampliado de Gramsci, fugindo inteiramente da noção de totalidade e das relações orgânicas entre o terreno da luta de classes na sociedade civil e suas disputas na sociedade política[125]. É também questionável o apoio teórico de suas elocubrações nas teses de Poulantzas sobre o Estado. Desse modo, para fecharmos este tópico, traremos algumas valiosas contribuições do marxista grego para a análise do Estado e que estão intimamente relacionadas com o debate lançado por Fleury.

Para Poulantzas os aparelhos de Estado são atravessados e constituídos pelas lutas de classes e frações de classe, na medida em que eles são responsáveis por consagrar e reproduzir a hegemonia através de compromissos provisórios entre o bloco no poder e as classes dominadas (Poulantzas, 2015, p. 142). Dessa maneira, os aparelhos de Estado responsáveis por organizar e unificar o bloco no poder operam de modo a desorganizar de forma contínua as classes dominadas. Tal autonomia relativa do Estado frente as classes e frações de classe é vital para a organização da hegemonia do bloco no poder e em relação às classes dominadas. Poulantzas está se referindo exatamente a condensação material de relações de força entre classes inscritas na ossatura material do Estado.

Na esteira da luta por hegemonia, a desorganização das massas populares pode configurar na sua conversão em "classes-de-apoio" para as classes dominantes. Isto implica em dizer que mesmo ocupando posição no seio do Estado, as classes populares ocupam o espaço

[123] FLEURY TEIXEIRA, S. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. *In*: FLEURY TEIXEIRA, S. (Org.). **Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria**. São Paulo, Cortez, 1989, p. 44.
[124] FLEURY TEIXEIRA, S. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. *In*: FLEURY TEIXEIRA, S. (Org.). **Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria**. São Paulo, Cortez, 1989, p. 43.
[125] Os conceitos foram apresentados na introdução desta tese.

de forma específica, porque as classes dominantes não deixam de cristalizar um poder próprio, pois a ocupação de postos no Estado não altera a ossatura material do Estado. Para Poulantzas (2015, p. 145) só haverá mudanças com a transformação radical desse Estado. Em suas palavras:

> As contradições internas do Estado não implicam, como particularmente acreditam certos comunistas italianos, uma "natureza contraditória" do Estado no sentido em que ele apresentaria, atualmente, uma real situação de *duplo poder em seu próprio seio*: o poder dominante da burguesia e o poder das massas populares. Se esse poder das classes populares no seio de um Estado capitalista inalterado é impossível, isso acontece não apenas em razão da unidade do poder de Estado das classes dominantes, que deslocam o centro do poder real de um aparelho para outro tão logo a relação de forças no seio de um deles pareça oscilar para o lado das massas populares, mas também em razão do arcabouço material do Estado. Esse arcabouço consiste em mecanismos internos de reprodução da relação dominação-subordinação: ela assegura a presença de classes dominadas em seu seio, embora exatamente como classes dominadas. Mesmo no caso de uma mudança da relação de forças e da modificação do poder de Estado em favor das classes populares, o Estado tende, a curto ou longo prazo, a restabelecer sob nova forma, algumas vezes, a relação de forças em favor da burguesia. E o remédio para isso não seria, como se diz frequentemente, a "tomada" dos aparelhos de Estado pelas massas populares, como se fosse o caso de penetrar em alguma coisa afinal que seria até então externo a elas e de fazer com que tudo mudasse apenas pela virtude de sua súbita presença no interior da fortaleza. As classes populares sempre estiveram presentes no Estado, sem que isso tenha modificado jamais alguma coisa no núcleo essencial desse Estado. A ação das massas populares no seio do Estado é a condição necessária para sua transformação, mas não é o bastante (Poulantzas, 2015, p. 145-146).

Importante reter que Poulantzas está falando da estrutura material do Estado e sua possível transformação, isto não implica em dizer que ele negue as conquistas sociais democratizantes, a luta por melhores condições de vida e direitos sociais, políticos etc. Assim, pensar os enunciados de Fleury nos leva a questionar qual o real significado da ocupação desses agentes no aparelho de Estado? Qual o limite e extensão dessa estratégia e tática? Quais os desdobramentos para as classes dominadas? Em que medida o projeto de Fleury e incorporado pelas APHs, como veremos no próximo capítulo, podem transformar o Estado?

Além das pistas já apresentadas por Poulantzas, podemos ainda extrair do autor que o Estado não pode ser percebido como um lugar que se deposita poder, pois ele é o lugar da organização "estratégica da classe dominante em sua relação com as classes dominadas. É um *lugar* e um *centro* de exercício do poder, mas que não possui poder próprio" (Poulantzas, 2015, p. 150). Ou seja, o Estado é atravessado e constituído ininterruptamente pelas lutas de classes, de modo que ocupar postos no aparelho de Estado é apenas um passo diante de uma longa jornada de lutas.

Para Poulantzas (2015) a estratégia institucional de ocupação de espaços no aparelho de Estado deve se apoiar na autonomia das organizações das camadas populares, porém, isto não

significa abdicar da luta no Estado, como tem sido feito por muitos movimentos sociais e organizações coletivas, dentre elas, o MOPS. Em sua análise não é possível a transformação social sem a conquista do terreno do Estado, desse modo, sugere que as camadas populares busquem "manter e desenvolver permanentemente focos e redes a distância desses aparelhos: movimentos de democracia diretamente na base e redes de autogestão" (Poulantzas, 2015, p. 156).

A conquista da hegemonia e a transformação social só se torna possível segundo Gramsci a partir do nexo dialético entre a luta no terreno da sociedade civil e sua relação orgânica com a luta no Estado restrito. A estratégia unilateral de ocupação de espaços no aparelho de Estado, põe abaixo as determinações fundamentais da materialidade do Estado, atravessado e constituído pelas lutas de classes, pois abdica-se do momento da luta na sociedade civil e crê que o aparelho de Estado possa se configurar como depositário de poder, pelo fato de ocupar em seu seio cargos de poder. Nega-se duplamente a materialidade do Estado na medida também que o aparelho de Estado é a expressão das lutas e elas se reconfiguram a cada momento.

A permanente luta de classes materializada no Estado ampliado revela a luta entre dominados e dominantes, assim como Poulantzas, Gramsci também já destacava o fato da história dos grupos sociais subalternos serem marcadas pela desagregação e possuírem caráter episódico. Embora tenham a tendência a se unificarem, os grupos subalternos estão continuamente sendo atacados e desarticulados pelas classes e frações dominantes que controlam o aparelho de Estado. Gramsci alerta que "mesmo quando parecem vitoriosos, os grupos subalternos estão apenas em estado de defesa, sob alerta" (Gramsci, 2002b, p. 135). A transformação só ocorrerá quando a unidade histórica das classes subalternas se tornarem dirigentes, isto é, se tornarem Estado a partir da relação orgânica entre sociedade política e sociedade civil. Em Gramsci a fragmentação das organizações coletivas das camadas subalternas só será superada ao deixarem de ser subalternas e passarem a disputar a hegemonia, ganhando organicidade e perspectiva da totalidade.

A desarticulação das organizações coletivas das camadas subalternas do ponto de vista do contexto brasileiro pode ser exemplificada na análise da dominação burguesa elaborada por Florestan Fernandes (1975). Demonstra que quaisquer manifestações das camadas populares que pudessem ameaçar a dominação burguesa seriam tomadas com ameaças iminentes. O caráter autocrático que atravessa e constitui o Estado brasileiro levaria a política de permanente contrarrevoluções preventivas, como por exemplo, o golpe de 1964.

Portanto, os princípios teóricos e as estratégias dominantes no Cebes e Abrasco parecem descuidar das bases teóricas fundamentais dos autores dos quais reivindicam. É possível questionar a estratégia dirigida a ideia de democracia como fim em si mesmo capaz de gerar a revolução e consciência sanitária, sendo também questionável a sugestão de que há compatibilidade entre modernização capitalista e democracia como caminho para o socialismo. A democracia vigente no pós-1988 foi capaz de gerar a consciência sanitária? A democracia por si só é capaz de tal feito? Os enunciados trabalhados até aqui e os próximos capítulos nos permitem dizer que a resposta está na luta de classes e não na democracia abstrata.

A estratégia de ocupação de postos no aparelho de Estado é importante e faz parte da luta orgânica do Estado ampliado, mas prescindir do conflito permanente de classes e das camadas populares, parece ser uma escolha complexa e de difícil resolução a curto e longo prazo na totalidade das lutas pela hegemonia. Em que medida é uma estratégia vitoriosa para a reforma sanitária brasileira e o conjunto das lutas em geral? Quais seus limites e reflexos na organização das lutas subalternas? Convém defender a hipótese de que no estágio pós-1988, a dominação do bloco no poder no Brasil, especialmente na saúde, desagregou a organização coletiva das classes subalternas que lutaram pela reforma sanitária? Cebes e Abrasco foram capturadas e desarticuladas pela hegemonia dominante? As conquistas sociais democratizantes na área da saúde inscritas na Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS, podem ser encaradas como conquistas transitórias?

São questões complexas que não permitem respostas simples. No esforço de compreender melhor o fenômeno, seguimos nossa análise, agora a partir de outro importante intelectual orgânico do Cebes e Abrasco sobre sua concepção acerca da reforma sanitária.

2.3 Concepção de Reforma Sanitária Brasileira de Jairnilson Paim

Na esteira das grandes coleções organizadas por Sônia Fleury, a obra *Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*[126], do médico e professor da UFBA, Jairnilson Paim, publicada pela Editora Fiocruz em 2008, resultado de sua tese de doutorado em Saúde Pública defendida na UFBA em 2007, figura dentre as obras individuais de maior relevância para a temática. Escrita após a criação do SUS e influenciado pelo contexto

[126] PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA / FIOCRUZ, 2008. v. 1. 356p.

neoliberal no país de sucessivos ataques a saúde pública, o trabalho de Paim chama atenção para a retomada das ideias, dos projetos e visa resgatar o debate acerca da teoria e prática da reforma sanitária, propondo um esforço coletivo de ir mais além do que se discutir o SUS, pois segundo o autor a concepção e formulação da reforma sanitária transcendem a implantação do SUS.

Para Paim a reforma sanitária brasileira difere-se de outros países, pois não se formou a partir da iniciativa do Estado, de setores econômicos, tampouco de um processo revolucionário, mas tomou desenvoltura em meio ao processo de transição democrática e com "ampla participação da sociedade civil"[127]. Paim admite que a reforma sanitária contou com ampla participação da sociedade civil, o que sugere o reconhecimento de outras organizações e movimentos de luta para além da dupla Cebes e Abrasco. Porém, apesar de reconhecer a existência da luta ampliada, optou-se por reduzir o campo de ação aos métodos do grupo pelo qual pertence, uma vez que a agenda adotada pela via institucional[128] oriunda do seu grupo passa a ser em sua concepção a agenda de todo o amplo e diversificado movimento sanitário.

Paim (2008) reforça a escrita da história da reforma sanitária contada e afirmada pela perspectiva do Cebes e Abrasco. Argumenta que a reforma sanitária não pode ser percebida em sua totalidade através da análise dos movimentos sociais a partir das teorias clássicas, assim como não dá conta se analisada a luz das conquistas deles resultantes, como o SUS. Afirma que o movimento sanitário não é um movimento qualquer, pelo fato de conter em si mesmo práticas ideológicas, políticas, científicas teóricas, técnicas e culturais. Isto porque segundo o autor o movimento sanitário ao contrário dos demais é o responsável por conduzir diferentes grupos ligados a agendas externas a saúde para as pautas da própria saúde, não sendo apenas um grupo de interesses, mas formado por grupos de interesse. Portanto, o movimento sanitário não é mais visto como um "movimento" no sentido estrito da palavra, mas agora adquirindo uma institucionalidade e organização, visto que outros setores, sujeitos e movimentos passaram a aderir e tomar para si as suas pautas. A institucionalidade mencionada encontra-se na combinação Cebes/Abrasco.

Na concepção de Sônia Fleury (1995), a reforma sanitária ao optar pelo paradigma coletivista, revelou-se inovadora na medida em que postulou uma utopia igualitária fundada na

[127] PAIM, J. S. Op. cit., 2008, p. 31.

[128] A via institucional como estratégia e ação na luta pela reforma sanitária será mais bem trabalhada a seguir. A princípio cabe destacar que trata-se de uma agenda do grupo Cebes e Abrasco que passou a ser entendida e descrita na literatura especializada como se pertencesse ao amplo espectro de lutas do heterogêneo movimento sanitário. Como vimos no início deste capítulo, o movimento sanitário compõe-se de diferentes agentes coletivos e direcionamentos políticos e programáticos, não sendo possível reduzir a via institucional do grupo Cebes e Abrasco para todo o movimento.

noção de cidadania, apoiada em pacto de solidariedade e justiça social, representando, assim, uma profunda transformação social. Ao levar em consideração a formação social brasileira caracterizada por um passado recente de escravagismo que ainda preserva valores e práticas sociais de exclusão e desigualdade, de uma sociedade com elevado nível de segmentação social e contemporaneamente pautada por valores individualistas e conservadores, Fleury assinala que a reforma sanitária pode ser vista como uma utopia. Isto porque inova ao introduzir a noção de Seguridade Social representando "um rompimento radical com a ideologia do Seguro Social que prevalecera em nossa cultura institucional e nas formas legais de até então, que condicionavam o gozo dos direitos de cidadania à existência de contribuições pretéritas"[129].

Para Fleury a transformação introduzida pela reforma sanitária é também inovadora do ponto de vista de uma *reforma social*, extrapolando os limites da própria política formulada ao se tratar da primeira e única grande reforma política social realizada em tempos de democracia, com participação da sociedade civil organizada, ao contrário das reformas precedentes ocorridas na Era Vargas e na ditadura civil-militar[130]. Sônia Fleury define a reforma sanitária a partir de seu desdobramento na Constituição Federal de 1988 e na criação do SUS, no sentido de uma reforma institucionalista, como sendo uma transformação das bases jurídicas, legais e institucionais na área da saúde pública, momento correspondente "a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado"[131].

Por outro lado, Jairnilson Paim defende a tese de que o processo vivenciado pela reforma sanitária visava uma reforma geral, cuja utopia consistia na revolução do modo de vida da população, "ainda que parte do movimento que a formulou e a engendrou tivesse como *perspectiva* apenas uma *reforma parcial*"[132]. Assim, Paim define a reforma sanitária:

> como uma *reforma social* centrada nos seguintes elementos constituintes: a) *democratização da saúde*, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes e o reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) *democratização do Estado* e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social, bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) *democratização da sociedade* alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa

[129] FLEURY, S. Novos paradigmas para a saúde: SUS, Reforma Sanitária, Recursos Humanos. **Revista Saúde em Debate**, n. 48, setembro, 1995, p. 51.
[130] Idem, p. 52.
[131] FLEURY, S. Op. cit., 1989, p. 39.
[132] PAIM, J. S. Op. cit., 2008, p. 37.

> da riqueza e do saber, seja na adoção de uma "totalidade de mudanças", em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral[133].

Desse modo, observa-se a presença dos traços constitutivos do pensamento do grupo em seus principais teóricos, são eles: a via institucional, a busca pela legalidade jurídica do projeto e a democracia como valor universal e abstrato. Ambos concordam que o processo da reforma sanitária ao se aproximar dos momentos finais na constituinte concentrou-se mais no debate do SUS e menos na reforma sanitária de maneira ampliada conforme debatida na VIII CNS, problema que vem persistindo segundo eles até os dias atuais nos objetos de estudos e nas ações políticas do campo progressista, chamando a atenção para o resgaste de uma teoria que busque a prática tomando como central a reforma sanitária e não apenas o SUS. Em grande medida essa postura pode ser explicada pelo rigoroso ataque que o projeto da saúde sofreu na constituinte e vem gradativamente sendo posto abaixo sob diversas estratégias de depreciação por parte dos interesses privados, razão pela qual a busca por manter o mínimo possível em vigor é uma maneira de sobrevivência, o que naturalmente leva reflexões e ações mais amplas para o segundo plano.

Paim (2018) vêm enfrentando esses desafios na tentativa de teorizar a reforma sanitária no passado e no presente, com estreita sintonia com os postulados já discutidos do grupo, sendo membro de alta relevância. A partir de uma sofisticada análise que envolve principalmente as categorias de revolução passiva e transformismo de Gramsci, tendo como referência a interpretação e desdobramento dos conceitos por parte do sociólogo Luiz Werneck Vianna, Paim aventou a hipótese de que o fato da reforma sanitária ter perdido seu caráter de reforma geral para parcial está associado a trajetória política de formação social do Brasil marcada por mudanças de "pactuação pelo alto". O traço essencial baseia-se na dialética do conservar-mudando ou do mudando-para-conservar e, pelo contexto antidemocrático da ditadura civil-militar (1964-85), quando as transformações se deram sem a presença das forças populares, compreendo o conceito de revolução passiva. Tais fatores estão combinados com o conceito de transformismo, entendido como a mudança de lado de sujeitos e partidos na arena de disputa em direção às forças de oposição. Por conta disso, assinala que a reforma sanitária não dispunha de condições concretas para se efetivar em reforma geral.

Em princípio Paim (2008) acreditava que a reforma sanitária seria expressão da revolução passiva componente da formação social brasileira, mas em trabalhos recentes (Paim,

[133] Idem, p. 174.

2018) aponta que a reforma sanitária apresenta sua própria revolução passiva e transformismo de certa parte de seus intelectuais e dirigentes. Em seus estudos não está claro se membros do Cebes e Abrasco ou do movimento sanitário ampliado migraram para o lado das classes dominantes, pois não há menção específica de quais foram os personagens enquadrados na categoria de transformismo, a pista deixada é de que membros de partidos políticos de esquerda passaram para o lado do inimigo. Cabe destacar que o autor não está falando apenas do processo que culminou na CF de 1988, mas no processo contínuo da reforma sanitária até os nossos dias.

Em sua análise o transformismo pode ser visto na implementação do SUS, "quando lideranças do movimento sanitário chegam a ocupar posições importantes de governo, mas na essência prevalecem os interesses do capital, assegurados por seus representantes dentro e fora do governo"[134]. Assim, arrola possíveis leituras sobre a revolução passiva com relação a reforma sanitária brasileira, são elas:

> Primeira, a de que a própria história do Brasil não é marcada por grandes rupturas, mas por mudanças geralmente vindas do alto, graduais e com a conciliação dos possíveis antagonistas. Segunda, a de que a categoria revolução passiva utilizada por cientistas sociais como chave para a interpretação do Brasil poderia também ser acionada para explicar as promessas não cumpridas pelo projeto da RSB, indicando um constrangimento externo. Terceira, a de que o próprio processo da RSB apresentaria a sua revolução passiva específica, acompanhada do transformismo de parte dos seus intelectuais. Quarta, a de que apesar das ações "esporádicas e inorgânicas" não houve estagnação, mesmo que seus atores sociais possam ter sido atropelados ou subsumidos pelos fatos, produzidos externa ou internamente. Quinta, a de que o chamado "portador da antítese" (Vianna, 2004), ainda que imobilizado politicamente no processo, não estaria condenado à inércia[135].

Paim visa compreender os passos de uma práxis da reforma sanitária, compreendendo a práxis como uma ação transformadora que requer a presença de agentes para sua efetivação. Desse modo, a práxis da reforma sanitária exigiria enquadrar-se em certos estágios, tais como: o momento da *crítica* de algo existente e passível de mudança, assim encaixaria a crítica dos intelectuais médicos acadêmicos à medicina preventiva e ao modelo de saúde vigente. Em seguida a crítica geraria um *projeto* tencionando mudança, neste caso o surgimento da perspectiva da medicina social e da saúde coletiva no que diz respeito a ótica teórica, ao projeto da reforma sanitária e ao SUS no plano político. O próximo passo é tornar real o projeto, sendo necessário *conhecer a realidade* que deseja modificar, servindo para o exemplo da reforma sanitária a partir da leitura aprofundada no setor saúde. Porém, adverte que não basta conhecer

[134] PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: expressão ou reprodução da revolução passiva? (Org.). **Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018, p. 106.
[135] Idem, p. 105.

a realidade se não conhecer *o sujeito ou os sujeitos* da práxis capazes de realizar a prática e orientando ações, bem como conhecer os meios e caminhos. Para Paim essas ações na reforma sanitária estariam localizadas "na luta política sociocomunitária, em parceria com os movimentos sociais, na estratégia legislativo-parlamentar e no âmbito técnico-institucional em distintos níveis da saúde – político, técnico-administrativo e técnico-operacional[136].

No entanto, reconhecendo o papel fundamental dos *sujeitos da práxis*, como aqueles que rompem com o individualismo próprio e aderem a uma ideologia sendo capazes de promover ações políticas, afirma que não são suficientes, pois a práxis na reforma sanitária exige a passagem de *sujeitos da práxis* em *sujeitos da antítese,* "desenvolvendo uma práxis na perspectiva dialética e intervindo, concretamente, sobre a realidade"[137]. Assim, dialeticamente à antítese seria a negação da tese que está materializada na condição social vigente. Tal leitura sugere que o movimento sanitário, entendido por ele principalmente pela lente do Cebes e Abrasco, e outros agentes coletivos mesmo possuindo característica de *sujeitos da práxis*, não necessariamente podem ser identificados como *sujeitos da antítese.* Isto porque necessitariam negar a tese e radicalizar a mudança social em contraposição a conservação das condições postas, pensando a reforma sanitária para além do viés setorial e através de um processo que comporta diferentes momentos e ações dos *sujeitos da práxis*, de tal modo que:[138]

> O elemento jacobino passível de ser identificado nesse processo poderia investir, presentemente, na defesa e no aprofundamento da democracia, contribuindo para a alteração da correlação de forças observada nesse estado de exceção que se vai configurando com a chamada Operação Lava Jato e com as ações dos protagonistas do golpe de 31 de agosto de 2016. Os sujeitos da antítese estariam voltados para desequilibrar o binômio conservação-mudança, conferindo um caráter mais progressista para a revolução passiva na RSB. Desse modo, a compreensão mais nítida da revolução passiva, no caso da sociedade brasileira, particularmente, diante de um fenômeno sócio-histórico como o da RSB, pode indicar um critério para a práxis de novos sujeitos sociais constituídos no sentido de mudarem, também, a direção do transformismo[139]. (Grifos nossos)

Ao afirmar a existência de uma revolução passiva no processo da reforma sanitária e buscar identificar os *sujeitos da antítese* que possam alterar o *conservar-mudando,* Paim atribui a revolução passiva uma perspectiva positiva. Valendo-se da noção de revolução passiva e *sujeito da antítese* de Luís Werneck Vianna, sugere que mesmo no contexto de uma revolução passiva na reforma sanitária o *sujeito da antítese* representaria "o ator capaz de examinar

[136] PAIM, 2018, p. 120.
[137] Idem, p. 122-23.
[138] Idem, p. 125.
[139] PAIM, Jairnilson Silva. Sujeitos da antítese e os desafios da práxis da Reforma Sanitária Brasileira. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, V. 41, N. Especial 3, Set, 2017, p. 259.

concretamente a realidade e de intervir para além do protagonismo dos fatos, evitando a tendência regressiva do processo"[140].

Portanto, Paim assinala que o contexto sociopolítico brasileiro atravessado pela revolução passiva contribuiu para os constrangimentos de promessas não cumpridas pela reforma sanitária, porém, acredita que a reforma sanitária permanece viva e passível de mudanças, sendo necessário a radicalização da democracia. Pelo fato de não contar com uma sociedade civil organizada suficientemente vinculada as ideias de transformação da saúde, identifica que o movimento sanitário representaria o *sujeito da antítese*, tanto no passado como no pós-CF de 1988, pois "ainda que neutralizados politicamente pela força dos dominantes, não estariam condenados à imobilização, nem à inércia ou à resignação"[141]. Afirma ainda que o movimento sanitário enquanto *sujeito da antítese* seria responsável pela "grande política", atuando diretamente nas agendas no Estado, cabendo a movimentação, militância, organização e luta social referente a "pequena política" aos *sujeitos da práxis*. Para Paim, o movimento sanitário através principalmente do Cebes deve formar novos *sujeitos da práxis* ou *sujeitos da antítese* com objetivo de tornar a revolução passiva brasileira, que ele acredita ser intrínseco na formação social do país, em "menos conservadora, seja para tensionar o *processo* da reforma sanitária a fim de ultrapassar a práxis de reforma parcial, ou apelando para outros tipos de práxis"[142].

O esforço analítico de Paim é levado a cabo por um quadro teórico marxista, tendo Gramsci como uma de suas referências principais. Gramsci é analisado a partir de estreito diálogo com seus interpretes, Carlos Nelson Coutinho e o mais presente deles, Luiz Werneck Vianna. Assim, reconhecendo Paim como um dos intelectuais de maior envergadura no debate da reforma sanitária e da política de saúde em geral no Brasil, suas colocações teóricas refletem e ressoam pelos quatro cantos, sendo tratadas com muita atenção, tornando-se referência para acadêmicos, profissionais e sujeitos da ação no campo da saúde. Portanto, mesmo não sendo nosso foco discutir teorias como a revolução passiva, o que poderia levar a um debate exaustivo e ultrapassar os limites propostos, a leitura realizada por Paim do conceito gramsciano merece alguns comentários adicionais.

Paim recorre a Luiz Werneck Vianna[143] e a interpretação que esse autor desenvolve para analisar o Brasil. Para o sociólogo a marca indelével da trajetória social brasileira é a revolução

[140] PAIM, J. S. Op. cit., 2018, p. 126.
[141] PAIM, J. S. Op. cit., 2018, p. 139.
[142] Idem, p. 138.
[143] VIANNA, L. W. Caminhos e Descaminhos da Revolução Passiva à brasileira. In: **A revolução passiva**: Iberismo e americanismo no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

passiva, isto é, os mais diferentes processos históricos desde o Brasil Colônia ao tempo presente, carregam como elemento fundamental às mudanças pelo alto, pelas classes dominantes, esmagando qualquer reação dos debaixo por meio de um processo lento, gradual e com reformas moleculares, mantendo-se sempre as velhas formas no novo. A partir desse ponto de vista, busca-se o resgate da gênese histórica percebida de forma homogênea para explicar o presente. A história é vista como linear, sem sobressaltos, sem possibilidade de mudança porque o elemento definitivo já está posto – a transformação pelo alto. Essa linha interpretativa desconsidera as inflexões, contradições e novos tipos que se formam ou recriam no tempo histórico, bem como os sujeitos e a luta de classes em cada processo histórico. Dessa forma, Paim (2018) segue pelo mesmo caminho traçado por Vianna, quando reinterpreta a noção de "revolução passiva" a partir de Gramsci, atribuindo novo sentido, deixando de ser um instrumento de interpretação para se configurar num programa para atuação da esquerda política, compreendo a revolução passiva pelo viés positivo.

O pensamento fundamentado na construção da história linear e determinista incorre no risco de aprovisionar a história na perspectiva unitária dos vencedores, privilegiando apenas um lado na escrita da história, aquele vinculado aos grandes feitos, vitórias e conquistas das classes dominantes, como alertou Walter Benjamin[144]. Para o filósofo alemão, verifica-se uma empatia com o vencedor eliminando o que designa como "as centelhas da esperança", isto é, qualquer resquício de história que se coloque em contraposição, esquecendo propositalmente os indivíduos e grupos sociais subalternos do lado dos vencidos. Dessa maneira, torna-se necessário perceber a luta dos de baixo, dos vencidos, descartando a narrativa da história como um acúmulo de "conquistas" dos vencedores, rompendo com o progresso linear e o conformismo histórico. Para Benjamin o papel do materialismo histórico consiste em reconstruir a história, o passado deve ser analisado não em sentido linear, mas a partir da luta de classes, ao passo que acreditar no progresso linear pode levar ao abandono da luta, cabendo ao historiador o papel revolucionário de "escovar a história a contrapelo" e mostrar aos oprimidos que a história feita até hoje é um verdadeiro "estado de exceção", sacralizando as vitórias dos dominantes[145]. Michael Löwy ressalta a importância dada por Benjamin da compreensão dos processos históricos a partir da luta de classes:

> As lutas atuais colocam em questão as vitorias históricas dos opressores, porque minam a legitimidade do poder das classes dominantes, antigas e atuais. Benjamin se

[144] BENJAMIN, W. **As Teses sobre o Conceito de História**. In: Obras Escolhidas, Vol. 1. São Paulo, Brasiliense, 1985.
[145] BENJAMIN (1985).

> opõe, nesse caso, implicitamente, a uma certa concepção evolucionista do marxismo - já presente em algumas passagens de Marx (entre outras. no *Manifesto comunista* e nos artigos sobre a Índia dos anos 1850) que justifica as vitórias da burguesia no passado pelas leis da história, a necessidade de desenvolver as forças produtivas ou a imaturidade das condições para a emancipação social. A relação entre hoje e ontem não é unilateral: em um processo eminentemente dialético, o presente ilumina o passado, e o passado iluminado torna-se uma força no presente. Os antigos combates se voltam "para o sol que está a se levantar" mas, uma vez rocados por essa claridade, alimentam a consciência de classe daqueles que sublevam hoje. Nesse caso, o "sol" não é, como na tradição ao da esquerda "progressista", o símbolo do acontecimento necessário, inevitável e "natural" de um mundo novo", mas da própria luta e da utopia que a inspira (LOWY, 2005, p. 61).

Gramsci compartilha das mesmas preocupações, crítico veemente do determinismo histórico e da transposição de teorias e categorias pré-acabadas para processos históricos, afirma que "não devem ser concebidos como esquemas rígidos, mas apenas como critérios práticos de interpretação histórica e política. Nas análises concretas dos eventos reais, as formas históricas são determinadas e quase "únicas""[146]. Nessa direção, Gramsci ao longo dos Cadernos do Cárcere buscou elaborar o conceito de revolução passiva a partir das colocações iniciais de Vincenzo Cuoco de que o processo de formação dos Estados modernos na Europa não operou pela tomada súbita do poder e não contou com participação popular. Gramsci amplia e dá novos contornos ao conceito de revolução passiva, discutindo-o partir da formação da sociedade burguesa na Itália e Europa do século XIX, estendendo para outros momentos históricos como o americanismo e fordismo.

Gramsci parte da crítica da elaboração de história ético-política de Benedetto Croce, intelectual italiano considerado um expoente da época por Gramsci. Em sua análise, Gramsci demonstra que Croce se coloca como líder intelectual dos revisionistas na Europa e sua produção historiográfica segue pelo caminho de oposição, ou como prefere Gramsci, de "liquidação" do materialismo histórico, pregando que as teorias historiográficas devem estar voltadas contrariamente à filosofia da práxis[147]. A historiografia que Gramsci chama de Restauração é uma resposta a crítica de Cuoco a revolução passiva, pensada pelo caráter de advertência, com significado negativo, lembrando que deveria ocorrer uma reação nacional e de iniciativa revolucionária popular e não uma revolução passiva feita pelo "alto". Em contrapartida Croce carrega "um temor pânico dos movimentos jacobinos, de qualquer intervenção ativa das grandes massas populares como fator de progresso histórico"[148]. Na concepção de Croce, a "revolução passiva" ou sua tradução em francês "revolução-

[146] GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do cárcere***,* vol. 3, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017, p. 67.
[147] GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do cárcere***,* vol. 1, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015, p. 286.
[148] Idem, p. 291.

restauração", é tratada de forma positiva, convertendo-se num programa político e numa moral, escondendo "a intenção de abdicar e capitular diante da primeira ameaça séria de uma revolução italiana profundamente popular, isto é, radicalmente nacional[149].

A elaboração teórica/prática de Croce e dos defensores da concepção "revolução-restauração" como positiva são compreendidos por Gramsci (1999) como conservadores reformistas temperados. Gramsci ressalta que essa visão concebe uma dialética que é própria dos intelectuais com a negação da participação popular nos processos históricos. Tais intelectuais, dentre os quais Croce é expressão significativa, "concebem a si mesmos como árbitros e os mediadores das lutas políticas reais, os que personificam a "catarse"[150] do momento econômico ao momento ético-político, isto é, a "síntese do próprio processo dialético, síntese que eles "manipulam" especulativamente em seus cérebros, dosando seus elementos "arbitrariamente" (isto é, passionalmente)"[151]. Assim, Gramsci (2015) aponta que trata-se de uma história idealista e especulativa, de maneira que os intelectuais não se engajam no ato histórico real. É, portanto, uma história que exclui a fase revolucionária, os momentos de conflitos e disputa, ou seja, elimina a luta de classes dos processos históricos de mudança social, temendo a radicalização da luta popular.

O erro filosófico que Gramsci considera como de origem prática, "pressupõe-se "mecanicamente" que, no processo dialético, a tese deva ser "conservada" pela antítese a fim de não destruir o próprio processo, portanto, é "previsto", como uma repetição ao infinito, mecânica e arbitrariamente prefixada"[152]. Nesse sentido, a noção de que a trajetória da formação social brasileira é linear, não comportando desvios e alterações, conservando na síntese componentes da tese, partindo da ideia de revolução pelo alto como algo dado, sendo obrigatoriamente os processos históricos reflexos da revolução passiva e em alguns casos possuindo sua própria revolução passiva, como no caso da Reforma Sanitária defendido por Paim, nos parece questionável à luz das ideias de Gramsci. Para o marxista italiano deve-se compreender cada processo histórico, levando em conta os sujeitos e sobretudo a luta de classes

[149] Idem, p. 291-292.
[150] Gramsci na §150 do "Caderno 1", assinala que o termo "catarse" pode ser empregado para "indicar a passagem do momento meramente econômico (ou egoístico-passional) ao momento ético-político, isto é, a elaboração superior da estrutura em superestrutura na consciência dos homens. Isso significa, também, a passagem do "objetivo ao subjetivo" e da "necessidade à liberdade". A estrutura, de força exterior que esmaga o homem, assimilando-o e o tornando passivo, transforma-se em meio de liberdade, em instrumento para criar uma nova forma ético-política, em origem de novas iniciativas". Desse modo, entende que o momento "catártico" é o ponto de partida para toda a filosofia da práxis. Portanto, "o processo catártico coincide com a cadeia de sínteses que resultam do desenvolvimento dialético". Gramsci (2015, p. 314-315).
[151] Gramsci (2015, p. 29).
[152] Idem, p. 292.

que se faz presente, não sendo possível prever o que será conservado ou modificado na síntese. No entendimento de Gramsci:

> na história real, a antítese tende a destruir a tese, a síntese será uma superação, mas sem que se possa estabelecer *a priori* o que será "conservado" da tese na síntese, sem que se possa "medir" *a priori* os golpes como em um ringue convencionalmente regulado. Que isto ocorra de fato, de resto, é uma questão de "política" imediata, já que, na história real, o processo dialético se fragmenta em inúmeros momentos parciais; o erro consiste em elevar a momento metodológico o que é pura imediaticidade, elevando, precisamente, a filosofia o que é apenas ideologia[153].

Assim, desviando-se do emprego da categoria de forma esquemática e tipológica, a revolução passiva foi sendo elaborada por Gramsci ao longo dos Cadernos do Cárcere em contínua e orgânica articulação com os demais conceitos por ele desenvolvido, como Estado ampliado, intelectual orgânico, hegemonia, dentre outros, constituindo-se em um critério de interpretação e não um método a ser seguido ou um programa político. O historiador Thiago Reis Ribeiro apresenta valiosa condensação do conceito ampliado de revolução passiva desenvolvido por Gramsci,

> busca apreender exatamente o *movimento,* a *diacronia,* o *processo* de transformação das sociedades contemporâneas, a *forma* própria dos diversos casos de *modernização, i. e.*, da *passagem* para a moderna sociedade burguesa. Portanto, tal conceito além de suscitar a questão de *quais mudanças foram realizadas* também aponta para a outra fundamental, ou seja, a questão de *como tais mudanças se realizaram* e *por quem* – demonstrando formidável articulação conceitual entre *processo histórico* e *luta de classes,* o que é (ou deveria ser) preocupação primordial do historiador no sentido *lato* aludido acima[154].

Nesses termos, Gramsci observou que nos processos de revolução passiva as classes dominantes queriam ""dominar", não "dirigir", e mais ainda: queriam que fossem dominantes seus interesses, não suas pessoas, isto é, queriam que uma outra força nova, independentemente de qualquer compromisso e condição, se tornasse o árbitro da Nação". Desse modo, um grupo social não será o dirigente de outros grupos, cabendo ao Estado este papel[155]. A função do Estado sugere que tais grupos terão papel de "domínio" e não de "direção", de tal modo que o grupo social terá hegemonia de forma setorizada/restrita e não sobre toda a sociedade. Nesse processo de luta de classes o *transformismo* está presente, quando as classes dominantes de

[153] Ibidem.
[154] RIBEIRO, Thiago Reis Marques. **O Export-Import Bank of Washington e o desenvolvimento do capitalismo brasileiro**: finanças, industrialização, Estado e sociedade. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de História. Niterói, 2017, p. 21.
[155] GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do cárcere***,* vol. 5, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002a, p. 329.

forma contínua buscaram absorver sujeitos e elementos ativos das classes subalternas e dos grupos aliados a fim de formar sua dominação, destruindo a capacidade organizativa das forças subalternas.

A revolução passiva pensada como hegemonia restrita de um grupo social sobre outro, mas não sobre toda a sociedade e sob a direção do Estado, coloca em questão exatamente a luta de classes na perspectiva do Estado ampliado, ou seja, a disputa na sociedade civil de frações da classe dominante com grupos subalternos, com o objetivo de manter seus privilégios e/ou atender seus interesses de forma a inseri-los na sociedade política, delegando ao Estado a função de direção do processo a seu favor, bastando apenas que seus interesses sejam dominantes. Revolução passiva é, portanto, a história das classes dominantes e o Estado, uma história de lutas de classes, pela qual as classes subalternas serão atendidas "em pequenas doses, através do estrito cumprimento da lei"[156] devendo, desse modo, ficar de fora dos processos históricos para não colocarem em risco os interesses das classes dominantes, cujo *lócus* é o Estado.

Para Gramsci a revolução passiva é a chave interpretativa das classes dominantes para formação de seu poder e manutenção de seus interesses. Revolução passiva é a modificação social sem revolução, é a via reformista e conservadora. Em Gramsci o conceito deve servir como crítica e de modo algum como um programa como fez Croce e a posterioridade. Além da referência a Croce, este ponto de vista foi defendido pelo Partido Comunista Italiano no pós-guerra como uma estratégia pautada na luta pela democracia em direção ao socialismo[157]. Assim,

> se a revolução passiva não é, senão o próprio reformismo molecular da burguesia, a anti-revolução passiva é, para Gramsci, o anti-reformismo. A luta contra a revolução passiva é, dessa maneira, uma luta contra as formas atuais de exercício da política. A anti-revolução passiva exige, para Gramsci, uma "antítese vigorosa", capaz de destruir a tese através da atividade do antagonista[158].

A leitura do PCI, de Paim e Vianna, toma a revolução passiva pelo lado positivo e com sentido de programa político gradual e reformista da sociedade na medida em que se transformaria "em estratégia política das classes subalternas, que deveria apropriar-se dessa

[156] BIANCHI, A. Revolução passiva e crise de hegemonia no Brasil contemporâneo. **Revista Outubro**, n. 28. São Paulo, 2017, p. 26.
[157] Idem.
[158] Idem, p. 27.

forma do movimento político da burguesia com o intuito de subvertê-la, invertê-la ou modulá-la[159].

Ainda que haja discordância quanto a positivação da categoria de revolução passiva e de seu uso como programa político para as camadas subalternas, relacioná-la a análise da reforma sanitária e as lutas no campo da saúde pública brasileira contemporâneo pode enriquecer e complexificar o debate e produzir reflexões valiosas para a compreensão do fenômeno. Assim, não discordamos da hipótese da reforma sanitária constituir uma revolução passiva, uma crise de hegemonia das classes e frações dominantes que diante do contexto histórico específico de lutas levaram adiante o projeto sanitário, pois a reforma como o próprio nome já anunciava, não tratou-se de uma transformação nas estruturas, uma ação revolucionária no campo da saúde e da política nacional. No entanto, acreditamos que a hipótese para o caso das lutas na saúde pública precisa de mais estudos que comprovem a sua veracidade e não figure apenas como transposição de teorias para realidades locais, investigando, por exemplo, os APHs das classes e frações dominantes vinculadas as lutas na saúde e suas relações com a dinâmica da reforma sanitária e a sociedade política.

2.4 A Via institucional

Em outubro de 1979, o Cebes marcou presença no Primeiro Simpósio sobre Política Nacional de Saúde no Congresso Nacional, promovido pelas Comissões de Saúde da Câmera Federal dos Deputados e do Senado, apresentando o documento "A questão democrática na área da saúde". A leitura do documento aos parlamentares iniciou denunciando as condições sanitárias e sociais vivenciadas no país desde à década de 1960. A síntese dada pela agremiação do contexto merece o registro:

> Aumentaram significativamente a mortalidade infantil, as doenças endêmicas, as taxas de acidentes do trabalho, o número de doenças mentais, etc. Pioraram, igualmente, as condições de saneamento, a poluição ambiental e os níveis nutricionais chegaram ao ponto de preocupar as autoridades, hoje um tanto pessimistas com relação ao que chamam de "miséria absoluta". Cresce a um só tempo a mobilização popular contra o desemprego, os baixos salários e suas péssimas condições de vida. Cresce também, e mais especificamente, a irritação da população contra as filas, a burocracia, a corrupção e os custos da má atenção médica que recebem. Crescem finalmente, as reclamações e reivindicações sindicais contra os convênios e contratos com as empresas médicas (...). Entretanto, o que só recentemente está vindo à luz, em forma ainda um tanto encoberta, são as reais causas das distorções detectadas. As

[159] Idem, p. 2.

> raízes últimas na anarquia instaurada na assistência médica e da insolvência sanitária da população: a mercantilização da medicina promovida em forma consciente e acerelada por uma política governamental privatizante, concentradora e anti-popular. Política que substitui a voz da população pela sabedoria dos tecnocratas e pelas pressões dos diversos setores empresariais; Política de Saúde que acompanha em seu traçado as linhas gerais de posicionamento sócio-econômico do governo: privatizante, empresarial e concentrador da renda, marginalizando cerca de 70% da população dos benefícios materiais e culturais do crescimento econômico. Política de Saúde, ainda, que reduziu ao mínimo os gastos em saúde pública, privilegiando a assistência médico-hospitalar curativa e de alta sofisticação, ainda quando o quadro sanitário do país indique a enorme importância dos "velhos" problemas: esquistossomose, Chagas, malária, desnutrição, altos índices de mortalidade infantil, combinados com a emergência de novos padrões de mortalidade urbana (câncer, doenças cardiovasculares, acidentes, violências, etc.). Política de Saúde, enfim, que esquece as necessidades reais da população e se norteia exclusivamente pelos interesses da minoria constituída e confirmada pelos donos das empresas médicas e gestores da indústria da saúde em geral. (Cebes, 1979, p. 149)

Tal quadro geral combinado com a marginalização da população nas decisões e no acesso às políticas de saúde foi qualificado pelo Cebes como antidemocrático. A agremiação apresentou em seguida uma série de propostas, muitas delas foram incorporadas na Constituição Federal de 1988, como o direito universal a saúde, a responsabilidade do Estado, a criação do Sistema Único de Saúde, descentralização do sistema, dentre outros. Por fim, esclareceu que sua proposta:

> Não pretende ser executiva nem abranger detalhamentos administrativos de implementação. Não é seu objetivo. Define apenas as grandes linhas que deverão orientar, em nosso entender, as decisões políticas fundamentais. Abre-se a partir deste momento a um debate democrático, o mais amplo e fértil possível, com todas as entidades e instituições interessadas na solução da crise atual da Medicina brasileira. Debate que aprofunde estes pontos indicados, levando à formulação mais acabada de uma plataforma que agrupe e mobilize médicos e não médicos na luta contra a atual política de governo para a saúde e a favor de uma Medicina Democrática (Cebes, 1979, p. 151).

Embora a leitura do documento aos parlamentares tenha sido proferida no contexto de abertura lenta e gradual, realizou-se em meio ao estado de exceção da ditadura. Naquele momento os movimentos sociais, sindicatos e partidos políticos carregavam em comum a luta pelo fim do autoritarismo em favor da democracia enquanto sistema político. No entanto, a defesa do Cebes da democratização da saúde vai além da noção de democracia de governo. O seu sentido diz respeito ao projeto político pertencente a natureza da agremiação, isto é, a via democrática ou democracia institucional, como vimos na seção anterior.

O percurso democrático institucional do grupo Cebes e Abrasco se tornará ainda mais coeso após a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. É consenso na produção

especializada que o relatório final do evento expressou o resultado de inúmeros debates, divergências e consensos, resultando na formulação do documento denominado projeto da reforma sanitária. Entretanto, a conferência não dispunha de validade legal, apenas vontade política da sociedade civil e que deveria disputar no processo da constituinte a implantação do seu projeto na área da saúde. Desse modo, as ações que sucederam o encontro até a promulgação da Constituição Federal passam por uma série de eventos, dentre eles a ocupação de cargos políticos no aparelho do Estado (ver quadro 7) por parte do Cebes e Abrasco, a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), plenárias e a Constituinte.

As principais instituições de saúde foram ocupadas em seus postos de direção por quadros do Cebes e Abrasco, em especial após a redemocratização no país em 1985 até a promulgação da Constituição em 1988. Desse modo, o grupo passou a disputar poder no aparelho de Estado, bem como promover ações institucionais como organizar e liderar a VIII CNS. A ocupação de cargos na burocracia estatal resultado de sua opção pela via institucional e do prestígio político de seus agentes, permitiu que seus membros ocupassem lugar de destaque também na Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS).

Destacamos ainda a presença de membros da Fiocruz ligados ao grupo em cargos centrais no aparelho do Estado, apontando a participação de nomes de peso na área da saúde, demonstrando a importância da entidade na formação do grupo e formulação da estratégia referente a escolha da via institucional, são eles: José Gomes Temporão como Secretário de Planejamento do Inamps, principal órgão de saúde daquele momento, acompanhado de José Carvalho de Noronha e Sérgio Arouca a frente da presidência da Fiocruz, principal instituição de pesquisa, ensino e desenvolvimento tecnológico em saúde na América Latina.

Quadro 7: Principais cargos ocupados pelo Cebes e Abrasco no aparelho do Estado (1980-1988)

Nome	Cargo	Período	Instituição do cargo ocupante	Instituição de origem
Hésio Cordeiro	Presidente	1985-1988	INAMPS	UERJ
José Gomes Temporão	Secretário de Planejamento	1985-1988	INAMPS	FIOCRUZ
José Agenor Álvares da Silva	Secretário de Planejamento	1985-1986	MS	MS
Ana Tereza da Silva Pereira Camargo	Assumiu vários cargos de coordenação	1985-1992	INAMPS	MS
Telma Ruth Cruz Pereira	Assumiu vários cargos de coordenação	1978-1992	INAMPS	INCA
José Carvalho de Noronha	Secretário de Medicina Social; Chefe de Gabinete	1986-1988 1985-1986	INAMPS	FIOCRUZ

Eleutério Rodriguez Neto	Diretor do Departamento de Planejamento; Secretaria Geral; Coordenador Planejamento e Estudos da Secretaria de Serviços Médico	1983-1984 1985-1986 1980-1982	INAMPS MS MPAS	UFRJ
Sérgio Arouca	Presidência	1985-1989	Fiocruz	FIOCRUZ
José Saraiva Felipe	Secretaria de Serviços Médicos	1985-1988	MPAS	UFMG

* Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Nacional (INAMPS)
* Ministério da Saúde (MS)
* Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)
* Instituto Nacional de Câncer (INCA)

A CNRS instituída pela Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/86, de 22 de agosto de 1986, "tomou para si, a despeito da limitação de atribuições que o texto lhe impunha, a tarefa de elaborar as propostas de texto constitucional para a Saúde e de conteúdo para a nova lei do Sistema Nacional de Saúde"[160]. A CNRS foi composta pelos seguintes representantes: Ministério da Saúde (Secretário Geral e Presidente da Fiocruz); Ministério da Previdência e Assistência Social (Secretário de Serviços Médicos e Presidente do Inamps); Ministério da Educação e Cultura (Secretário de Educação Superior); Ministério do Trabalho; Ministério do Desenvolvimento Urbano; Ministério de Ciência e Tecnologia; Secretaria de Planejamento da Presidência da República; Conass (2 representantes, sendo um o Presidente); Câmara de Deputados (Comissão de Saúde); Centrais Sindicais tais como: Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (Contag), CGT e CUT; Centrais Patronais: Confederação Nacional da Indústria (CNI), CNC e CNA; Prestadores Privados (Confederação das Misericórdias do Brasil e FBH); Profissionais de Saúde (Federação Nacional dos Médicos); Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam)[161]. O Cebes e Abrasco marcaram presença com Sergio Arouca, Eleutério Rodriguez Neto, José Saraiva Felipe, Hésio Cordeiro, Nelson Rodrigues dos Santos e, Arlindo de Sousa e Cristina Possas na secretária técnica.

No que concerne à Assembleia Constituinte instituída em 1986, o projeto da reforma sanitária fora debatido através dos trabalhos na Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente e posteriormente na Comissão da Ordem Social. Como aponta Eleutério Rodriguez Neto (2019) a primeira debateu as propostas das entidades presentes, de modo que o grupo

[160] RODRIGUES NETO, Eleutério. Neto. Saúde: promessas e limites da Constituição. In.: TEMPORÃO, José Gomes; ESCOREL, Sara. (Org.). **Saúde: promessas e limites da Constituição** - Eleutério Rodrigues Neto. Edições Livres: Coleção Memória Viva. Rio de Janeiro, 2019, p. 100.
[161] PAIM, J. S. Op. cit., 2008, p. 127.

progressista era quem detinha um projeto para a saúde em contrapartida das entidades ligadas aos interesses mercadológicos. Assim, em sua avaliação tal etapa obteve um caráter essencialmente pedagógico, devido à falta de propostas concretas e coesão de outros grupos externos ao projeto da reforma sanitária. Desse modo, entidades sindicais, associações profissionais, conselhos federais, Partido dos Trabalhadores (PT), Partido Comunista Brasileiro (PCB), Abrasco, Cebes etc., estiveram presentes neste momento e reivindicaram as diretrizes do projeto da reforma sanitária fruto da VIII CNS.

O processo foi acompanhado pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, realizada em Brasília em maio de 1987, reunindo 44 entidades, dentre elas: CUT, CGT, PCB, PC do B, PT, PSB, Andes, Abrasco, Federações Nacionais dos Médicos, Farmacêuticos, Psicólogos, Aben, Movimento Popular de Saúde de São Paulo, entre outras[162]. Eleutério Rodriguez Neto do Cebes/Abrasco e assessor da presidência da República na ocasião, teve papel de destaque na Plenária e em todo o processo de institucionalização da base legal da saúde, e em sua análise a Plenária ao contrário de outros momentos em que o movimento sanitário (Cebes e Abrasco) conduziu a agenda da saúde, tendo por objetivo organizar a coleta de assinaturas, permitiu, assim, a inclusão de novos atores sociais na saúde que segundo ele se mantinha bastante corporativa[163].

A participação de diferentes entidades progressistas e os encaminhamentos do projeto da reforma sanitária esbarrou em grandes dificuldades na etapa da Comissão da Ordem Social. O grupo de interesse liberal na saúde se vinculou a relatoria do projeto dificultando a votação, uma vez que na subcomissão o grupo progressista detinha superioridade numérica, já na Comissão da Ordem Social os constituintes ligados ao setor privado possuíam ampla maioria. Destarte, na Comissão de Sistematização foram apresentadas as Emendas Populares, quando Sérgio Arouca defendeu a proposta progressista da reforma sanitária, alcançando 54.133 assinaturas e apoio de 167 entidades da sociedade civil. Por outro lado, a emenda de interesse mercadológica obteve aproximadamente setenta mil assinaturas.

> As dificuldades enfrentadas na coleta de assinaturas evidenciaram o quanto o movimento estava distante das entidades realmente populares, de base, na sua prática cotidiana. Nos locais em que o movimento popular de Saúde era mais forte, como São Paulo, os resultados foram mais expressivos. Isso evidenciou ainda mais a necessidade

[162] PAIM, J. S. Op. cit., 2008, p. 141.
[163] RODRIGUES NETO, Eleutério. Neto. Saúde: promessas e limites da Constituição. In.: TEMPORÃO, José Gomes; ESCOREL, Sara. (Org.). **Saúde: promessas e limites da Constituição** - Eleutério Rodrigues Neto. Edições Livres: Coleção Memória Viva. Rio de Janeiro, 2019, p. 125.

> de o movimento da Saúde, da Reforma Sanitária, buscar seus verdadeiros aliados especialmente os que estão fora das academias e das corporações[164].

Eleutério admite o caráter institucionalista e a ausência de base social no decorrer da etapa de elaboração dos marcos legais para a saúde na constituição. A avaliação do personagem central da construção do projeto da reforma sanitária, na implementação legal da saúde na constituição e dirigente do grupo é contundente para percebermos os caminhos trilhadas pelo pela dupla Cebes e Abrasco, pois na medida em que reconhece os problemas, não nega ou questiona as escolhas. Segundo Neto, deve-se discutir as fragilidades do grupo e isto "significa que, certas as teses, sua conquista só se dará por sua adequada compreensão social, o que, por sua vez, só pode ser conseguido mediante um efetivo compromisso com as lutas de base, de subsistência, de forma que a Saúde se transforme de meio em fim"[165].

O grupo e as forças progressistas que vinham conquistando espaço no CNRS e na Constituinte, quando colocou-se em votação, o projeto da saúde sofreu duro golpe, resultado da formação de uma ampla aliança burguesa conhecida como "centrão"[166]. O texto aprovado na Comissão de Sistematização foi considerado pela ala política centro-direita como altamente nocivo para os interesses empresariais e dos setores conservadores, *uma carta magna que tornaria o país ingovernável*[167] como afirmou o presidente da República José Sarney.

O alvo do grupo progressista consistiu exatamente em projetos que alterariam a lógica de funcionamento da dominação burguesa no pais, tais como: sistema de governo com implantação do parlamentarismo com mandato de quatro anos; conceito de empresa nacional; organização e direito de greve; estabilidade do emprego; distribuição dos derivados do petróleo prevendo sua nacionalização; reforma agrária no que diz respeito à sua função social, com a emissão de posse remetida para a legislação ordinária; reforma tributária, com ganhos para regiões mais pobres e o fim dos privilégios dos juízes, militares e políticos em relação ao Imposto de Renda; aposentadoria, que passa a ter valor igual ao último salário e a saúde com adoção do sistema único (Constituinte, 1998, p. 8).

---

[164] RODRIGUES NETO, Op. cit., 2019, p. 125.
[165] RODRIGUES NETO, Op. cit., 2019, p. 126.
[166] Grupo suprapartidário de perfil centro e direita, formado pelos partidos: Partido da Frente Liberal (PFL), Partido Democrático Social (PDS), com apoio de parlamentares do Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), Partido Liberal (PL) e Partido Democrata Cristão (PDC). O grupo tinha como interesse apoiar o presidente José Sarney e votar contrariamente aos projetos de cunho social, propondo novos projetos por meio de manobra na medida em que alteraram o regimento interno dos trabalhos da constituinte.
[167] Entrevista de Sarney a Folha de São Paulo, São Paulo, p. a6, 27/07/1988, disponível em https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/120240, acessado em 19 de agosto de 2019.

O centrão dispondo de maioria parlamentar conseguiu votos suficientes para alterar o regimento interno da Constituinte que não permitia substitutivos aos projetos já aprovados na Comissão de Sistematização. O novo regimento consentia a apresentação de projetos alternativos aos já aprovados e ainda tinha preferência de votação, podendo ser aprovado em substituição aos projetos da Comissão de Sistematização. No que concerne a área da saúde foram apresentadas emendas já aprovadas anteriormente, do centrão e de outros grupos que não necessariamente concordavam com nenhuma das alternativas até então dispostas. A mudança do regimento aprofundou a luta e colocou em franca disputa interesses divergentes na saúde, como o projeto de estatização que fora um dos mais criticados.

Outro golpe sofrido pelo grupo e pelas forças progressistas foi a mudança de lado na luta por parte dos médicos ligados ao Conselho Federal de Medicina, da Federação Nacional dos Médicos e da Associação Médica Brasileira que até o momento convergiram com as ideias da reforma sanitária, passando a adotar uma postura conservadora, em especial retomando valores liberais que marcam a trajetória da área médica. Para Eleutério Neto, o movimento sanitário pôde ter errado em sua luta corporativa na medida em que não conseguiu manter aliança com esses setores liberais que se colocavam independentes do Estado, mas justifica-se dizendo:

> nem esse liberalismo era real e que a perspectiva de estatização não os afetava apenas ideologicamente, mas na sua prática cotidiana altamente dependente do fracasso e das insuficiências do poder público, quando não tinham vínculos íntimos com o setor privado de insumos. Por outro lado, ainda que unidos em relação à bandeira contra a estatização, os interesses particulares dos grupos ligados ao setor hospitalar privado contratado pelo poder público e o setor de pré-pagamento (medicina de grupo, seguros e cooperativas) indicavam caminhos organizacionais distintos para o Sistema de Saúde. Enquanto aquele lutava pela preservação da tutela do Estado, este pleiteava a independência do mesmo[168].

Como vimos o grupo composto por Cebes e Abrasco formado majoritariamente por médicos acadêmicos, buscou desde as primeiras publicações da Revista Saúde em Debate manter laços afetivos com os sindicatos médicos, dialogar com os médicos liberais e, sobretudo atuar de forma corporativa em defesa dos interesses da classe médica, resumindo o vasto campo da saúde a Medicina. A política que Dantas (2017) nomeia como aliancista, revelou também uma política de divisão hierárquica na prática social do trabalho na saúde, o projeto baseou-se em separar hierarquicamente a Medicina das demais áreas, apesar de não negá-las, porém, servindo apenas como apêndices e chamadas quando julgar necessário.

[168] RODRIGUES NETO, Op. cit., 2019, p. 136.

A escolha da luta institucional como fim em si mesmo travada pelo Cebes e Abrasco revela também questões essenciais quanto ao seu posicionamento na análise das relações de força. Gramsci sugeriu que os movimentos orgânicos em sua análise das relações de força devem atentar para o grau de desenvolvimento das forças materiais e de produção, na medida em que cada agrupamento social possui uma função e ocupa uma posição específica na produção. Por efeito, verifica-se se há na sociedade as condições necessárias e suficientes para a transformação social, isto é, "permite verificar o grau de realismo e de viabilidade das diversas ideologias que nasceram em seu próprio terreno, no terreno das contradições que ele gerou durante seu desenvolvimento" (Gramsci, 2017, p.41).

Assim, o quadro de lutas na sociedade brasileira na década de 1980 era marcado inicialmente por uma explosão de movimentos e lutas por direitos, porém a trajetória das lutas demonstrou que grande parte dessas mobilizações eram conjunturais, nos termos gramscianos, "ocasionais, imediatos, quase acidentais" (Gramsci, 2017, p. 41). Os movimentos orgânicos de caráter relativamente permanentes, de amplo alcance histórico e espacial foram poucos, dentre eles o MST, a criação do PT e da CUT. As mobilizações se reduziram ao longo da década de 1980 e, como vimos, a organização social da luta na saúde não detinha de força considerável no quadro político nacional nos anos da constituinte. Por mais que se tenha a VIII CNS como símbolo de luta pela reforma sanitária, o evento apesar de contar com a presença de uma variedade de organizações, não se traduziu posteriormente na organização coletiva das camadas populares na luta pela saúde. Observou-se a fragmentação das lutas e a incapacidade de mobilizações de cunho popular no enfrentamento com as classes dominantes pela reforma sanitária nos anos subsequentes até a promulgação da Constituição.

Gramsci propõe um segundo momento da análise das relações de forças, a relação das forças políticas, ou seja, a "avaliação do grau de homogeneidade, de autoconsciência e de organização alcançado pelos vários grupos sociais". Para Gramsci,

> Este momento, por sua vez, pode ser analisado e diferenciado em vários graus, que correspondem aos diversos momentos da consciência política coletiva, tal como se manifestaram na história até agora. O primeiro e mais elementar é o econômico-corporativo: um comerciante sente que *deve* ser solidário com outro comerciante, um fabricante com outro fabricante etc., mas o comerciante não se sente ainda solidário com o fabricante; isto é, **sente-se a unidade homogênea do grupo profissional e o dever de organizá-la, mas não ainda a unidade do grupo social mais amplo**. Um segundo momento é aquele em que se atinge a consciência da solidariedade de interesses entre todos os membros do grupo social, mas ainda no campo meramente econômico. Já se põe nesse momento a questão do Estado, mas apenas no terreno da obtenção de uma igualdade político-jurídica com os grupos dominantes, já que se reivindica o direito de participar da legislação e da administração e mesmo de

> modificá-las, de reformá-las, mas nos quadros fundamentais existentes (Gramsci, 2017, p. 41-42). Grifos nossos.

O 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" (Gramsci, 2017, p. 42). Para Gramsci esta seria a fase mais política, o grupo passa do terreno corporativo para a superestrutura, ocorre a unidade ideológica, intelectual e moral, a luta sai do plano corporativo para um plano "universal". Nesse sentido, Cebes e Abrasco não conseguiram unificar a luta no campo corporativo, como foi possível perceber pela manutenção no campo corporativo da luta pelas organizações médicas que deixaram o grupo Cebes e Abrasco para se adequarem aos projetos que melhor atendem a sua pauta "egoísta".

Para Gramsci a organização das vontades coletivas e a consciência social não são antagônicas, são momentos subsequentes. A superação do corporativismo ou do sindicalismo teórico é condição para a revolução, mas não envolve o abandono das reivindicações corporativas, embora exija ir além. O Cebes nascido em 1976 e a Abrasco em 1979 chegaram na constituinte com certa bagagem na luta pela saúde e com um projeto definido, o que de certa forma pode ser visto como uma grande conquista no quadro geral das lutas no país, pois nasceram em um momento em que não se tinha outras organizações da sociedade civil com projetos e amplo alcance de suas lutas como exemplo. Somente em 1981 foi criado o PT, a CUT em 1983 e o MST em 1984, adquirindo enorme espaço na luta de classes no país.

Cebes e Abrasco estiveram sempre no terreno corporativo, como observamos no primeiro capítulo. Gramsci aponta que o corporativismo é fator limitante para a consciência da totalidade, pois reduz a luta para o "egoísmo do grupo". Apesar das agremiações alçarem a consciência de seus membros e se colocarem diante da luta no Estado, ela se mantém no nível da luta por igualdade política e jurídica frente as classes dominantes, a sua participação no Estado se dá diante os quadros existentes e de forma abstrata, sem o objetivo de transformá-lo e de confronto com a realidade existente.

Traídos pela categoria médica liberal, o grupo sofreu outro duro golpe com a demissão de seus membros de postos da burocracia estatal, como o caso de Hésio Cordeiro da presidência do INAMPS, colocando em seu lugar um amigo do Presidente da República José Sarney, e de cargos no âmbito regional, ocupados por sujeitos ligados aos interesses empresariais na área da saúde. Por outro lado, houve articulações, pressão e mobilização do grupo progressista, como exemplo a criação do Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde (Conasems) em

1988, resultado do VI Encontro Municipal do Setor Saúde e V Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde em Olinda/PE.

Após um severo jogo político de articulações e interesses conflitantes, a Constituição foi promulgada em 5 de outubro de 1988. Institucionalizou-se sob duras penas, mas conseguindo manter o essencial do projeto da reforma sanitária, criou-se o sistema público de saúde no Brasil denominado de Sistema Único de Saúde (SUS), passando a ser regulamentado pelas Leis nº 8080, de 1990 e nº 8142, de 1990, determinando ações e serviços públicos de saúde através de uma rede regionalizada, de atendimento integral, hierarquizada, descentralizada e prevendo a participação da comunidade. A CF garante direitos inéditos no país na área da saúde, com destaque para o princípio da universalidade e por reconhecer a saúde como um direito social. A saúde na CF é compreendida no âmbito da Seguridade Social, conjuntamente com à previdência social e à assistência social, sendo definida em seus artigos 196 a 200 que tratam especificamente do tema como direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário, de modo que o Estado passa a ser o responsável por sua regulamentação, fiscalização e controle, permitindo a execução dos serviços em saúde por meio de instituições públicas, terceiros, pessoa física ou jurídica de direito privado[169].

Por outro lado, cabe destacar na CF-88 a permissão concedida às instituições privadas de atuarem no SUS de forma complementar por meio de contrato de direito público ou convênio, preferencialmente se forem entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. A participação do setor privado na saúde foi um dos pontos centrais no debate da ala progressista com os hospitais privados e setores ligados aos interesses empresariais da saúde. Assim, temos a consagração de uma saúde pública universal, gratuita, sob responsabilidade do Estado, mas ao mesmo tempo acessível aos interesses privados em sua execução.

[169] BRASIL. Art. 196. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

CAPÍTULO 3

ANOS 1990: HEGEMONIA PRIVATISTA

3.1 A questão da estatização no processo da Reforma Sanitária

A saúde pública brasileira no período ditatorial estruturava-se através da assistência médica previdenciária. Em 1966 por meio do Decreto Lei nº 72, nasceu o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), vinculado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS), deslocado em 1974 para o recém-criado Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e integrado ao Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas)[170]. A organização da saúde continha de um lado o Ministério da Saúde (MS), cujas funções eram executivas e normativas, voltado para o interesse coletivo, a medicina preventiva e aos programas de vacinação e vigilância sanitária. Ao contrário do MS, que pouca força política e financeira dispunha, o MPAS abocanhava quase a totalidade dos recursos públicos e dispunha de enorme poder no aparelho de Estado, cuja principal atribuição consistiu no atendimento médico-assistencial individualizado, privilegiando ainda a medicina curativa e especializada, no lugar da atenção preventiva, ambulatorial e de interesse coletivo.

O INPS resultou da unificação dos Institutos de Pensão e Aposentadoria (IAPs), responsáveis pela organização previdenciária das categorias de trabalhadores, sendo o primeiro criado em 1933, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM) criado em 1933. Vários institutos foram criados ao longo dos anos, como dos Bancários (IAPB) de 1934, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI), criado em 1936, dentre outros para o setor privado e, o Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado (IPASE), criado em 1938 para atender os servidores públicos. Tais institutos eram dirigidos por pessoas nomeados pelo presidente da República. Os IAPs eram mantidos com a contribuição dos empregados através de seus salários, pelos empregadores por meio da folha de pagamento

[170] Em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) assumindo o lugar do INPS na prestação de serviços de assistência médica aos segurados.

e pelo governo federal pela cobrança de taxa dos produtos importados. Os institutos atuavam nas aposentadorias e pensões dos trabalhadores, bem como na prestação de serviços de saúde, alimentação e habitação.

Até 1964 os serviços de saúde eram fornecidos majoritariamente pelos institutos, após o golpe civil-militar a lógica de funcionamento foi alterada em favor da prestação de serviços privados. A unificação dos institutos no INPS correspondia a política de centralização da ditadura e controle social por meio da intensa intervenção na vida social, expressando também o "alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores" (Bravo, 2006, p. 6). A cobertura previdenciária neste período elevou significativamente o contingente de pessoas cobertas, abrangendo a população urbana e parte da rural, mas mantendo de fora os trabalhadores desempregados ou sob condições precárias. Em síntese, a política de saúde dirigia-se aos trabalhadores segurados, excluindo grande parte da população pobre das cidades e da área rural.

O quadro de recursos da área da saúde é revelador da mercantilização do setor, quando se estima que era transferido para a área algo em torno de 4% do PIB, sendo 70% do montante provenientes de fontes públicas: 2/3 de arrecadação previdenciária e os demais de impostos direitos e indiretos[171]. O fundo previdenciário era pago especialmente a partir da contribuição salarial dos trabalhadores. Por seu turno, os recursos públicos da Previdência Social eram escoados para a compra de serviços da rede privada, acarretando a ampliação indiscriminada do setor privado em detrimento do setor público, favorecendo a compra de medicamentos através de empresas internacionais, aumentando ainda mais o fosso de dependência da saúde pública brasileira. Portanto, formou-se um gigantesco complexo de acumulação de capital industrial de assistência médico privado.

A Federação Brasileira de Hospitais (FBH), agremiação composta por empresários das casas de saúde particulares, detinha dominância no aparelho de Estado da Previdência, sendo responsável pelo deslocamento da política de saúde baseada na prestação de serviços pelas IAPs para a compra de serviços em hospitais privados. Em 1974 o sistema privado foi responsável por 95,7% das internações hospitalares no país, cabendo apenas 4,3% aos hospitais próprios da Previdência Social, no ano seguinte o INPS utilizou 249 mil leitos hospitalares, sendo apenas 13.500 leitos próprios [172].

[171] CEBES. Assistência à saúde numa sociedade democrática. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, n. 17-1, 1985, p. 9.

[172] MELLO, Carlos Gentile de Mello. O Sistema Nacional de Saúde: proposições e perspectivas. Documento técnico produzido para o VIII ECEM (Encontro Científico de Estudantes de Medicina**)**. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, nº 1, out/nov/dez, 1976, p. 25.

O projeto público de saúde era liderado pela Previdência, com papel irrisório do Ministério da Saúde, conformando uma política baseada na lucratividade da prestação de serviço. Além do deslocamento dos recursos públicos para os hospitais privados através da política de hospitalização e da prática médica curativa, individualizada e assistencialista, outro elemento constitutivo da política de saúde caracterizava-se pelo pagamento por unidade de serviço. Carlos Gentile de Mello, um dos principais nomes da luta pela reforma sanitária brasileira e ligado ao grupo Cebes e Abrasco, afirma que a prática corresponde a um fator "incontrolável de corrupção", isto é, o paciente é tratado a partir do lucro que possa oferecer ao médico, estabelecendo, assim, relações capitalistas no atendimento entre médico e paciente. Os pacientes com casos graves são evitados, porque o trabalho dispensado e a remuneração não são lucrativos de acordo com a tabela de honorários, a título de exemplo:

> O Hospital Regional de Patos, da Secretária do Estado da Paraíba, firmou contrato de prestação de assistência com o INPS, instituindo em consequência, o regime de pagamento por unidade de serviço. Única unidade hospitalar no município, centralizava, praticamente, todo o sistema de proteção e recuperação da saúde. Em 1966, do total de óbitos da área, 75%, ocorriam no grupo de zero a 4 anos de idade. Embora contando com 21 médicos para 45.000 habitantes, em Patos, durante o período estudado, 96,4% dos óbitos foram registrados sem diagnóstico, vale dizer sem assistência médica, sendo que no grupo de menos de 5 anos, 100% careceram de certificação médica. Dos óbitos de causa desconhecida, isto é, de pessoas que tiveram assistência médica, predominaram as doenças cardiovasculares degenerativas que participaram com 37,5%. O quadro revela a alta seletividade do sistema de prestação de serviços de saúde, privilegiando as camadas da população de maior nível de renda e negligenciando a atenção para as faixas de pauperismo, que, pelas suas condições, não contribuem diretamente para incrementar a remuneração médica[173].

Em 1974 foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), até 1979 foram repassados 70% para os hospitais privados localizados nos estados de Rio de Janeiro e São Paulo (Cordeiro, 1983). A FBH pelo papel de domínio na Previdência Social, edificou a política de transferência irracional para os hospitais privados. Gentile de Mello demonstra como a agremiação atuou em campanha midiática contra os hospitais públicos, incitando a privatização da saúde e a remessa dos recursos públicos para o setor privado hospitalar. O sanitarista esclarece as acusações levianas da FBH ao serviço público, dentre elas o alto custo da assistência nos hospitais públicos, que na verdade reflete a qualidade dos serviços prestados, levando em consideração ainda que os hospitais públicos possuem recursos materiais modernos e de alta qualidade, bem como concentra os profissionais com melhor qualificação. O setor

[173] MELLO, Carlos Gentile de Mello. O Sistema Nacional de Saúde: proposições e perspectivas. Documento técnico produzido para o VIII ECEM (Encontro Científico de Estudantes de Medicina). **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, nº 1, out/nov/dez, 1976, p. 27.

privado empregava um enorme contingente de mão de obra de pouca ou nenhuma qualificação, sendo comum estudantes de medicina atuarem como médicos para atender a política de redução de custos de produção[174].

O modelo hospitalocêntrico predominou até estourar a crise na metade da década de 1970. Para além dos fatores vinculados ao aumento da cobertura dos segurados e dos problemas financeiros oriundos da política privatizante, os casos de corrupção eram corriqueiros, os pagamentos de serviços públicos para a compra de serviços hospitalares privados não eram fiscalizados eficientemente, gerando uma série de desvios, pacientes fantasmas, medicamentos não empregados, pagamentos de serviços que não foram feitos, abusos de toda ordem[175].

A crise do modelo de saúde trouxe à tona o acirramento das lutas entre as frações do empresariado. De um lado a FBH, grande detentora da política de saúde, buscou manter seu domínio, mas enfrentou duras críticas de todos os setores, desde as classes e frações dominantes até as diversas organizações dos trabalhadores. Nesta luta intraclasse burguesa, a principal adversária da FBH consistiu na Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), represente dos interesses do empresariado ligado as empresas médicas ou empresas de medicina de grupo. Ao contrário do modelo hospitalar, a medicina de grupo firmava com o poder público convênios, através de valores fixos e mensais para cada segurado coberto pelo plano. No modelo hospitalar o pagamento era realizado via contrato e credenciamentos por meio de atos médicos em relação a cada paciente atendido. A ABRAMGE tinha ao seu lado o empresariado industrial, a Confederação Nacional das Indústrias (CNI)[176].

O empresariado encontrava-se em franca disputa pelo domínio da Previdência Social, surgindo no terreno das lutas a proposta de privatização integral da previdência defendida pelo Instituto de Resseguros do Brasil (IRB). Nessa concepção a organização assistencial ficaria a cargo das companhias seguradoras privadas[177].

Durante a ditadura os serviços de saúde de modo em geral foram hegemonizados pelo setor privado, com ampla margem de diferença da oferta de serviços e recursos em relação ao destinado ao setor público. Vale lembrar que os recursos públicos foram canalizados para o setor privado em detrimento de uma política de fortalecimento dos estabelecimentos

[174] MELLO, Carlos Gentille. A irracionalidade da privatização da Medicina Previdenciária. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 3, Abr/Maio/Jun, 1977, p. 8-15.
[175] MELLO, Carlos Gentile de Mello. O Sistema Nacional de Saúde: proposições e perspectivas. Documento técnico produzido para o VIII ECEM (Encontro Científico de Estudantes de Medicina**)**. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, nº 1, out/nov/dez, 1976, p. 24-27.
[176] OLIVEIRA, Jaime A. de Araujo. A crise da Previdência e seu impacto sobre a política de saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 13, 1981, p. 4-19.
[177] Idem.

propriamente públicos. O setor privado dispunha de uma grande variedade de formas de prestação de serviços, dentre elas o serviço médico liberal através do trabalho em consultório e clínicas, cooperativas e associativas, complexos hospitalares, empresas de medicina de grupo etc. Tal quadro na avaliação do Cebes correspondia a,

> pluralidade de modalidades assistências; os diferentes "produtos" que elas oferecem, como assistência integral a um dado segmento da população ou atos médicos isolados; a diversidade de composição técnica das ações médicas nas distintas modalidades face a uma mesma patologia; as distintas formas de organização dos consumidores desde os isolados, que pagam diretamente pelos serviços até os diversos esquemas securitários e previdenciários, tudo isso configura um aparente "caos" na organização do cuidado à saúde em nosso país. Na realidade há que se entender a lógica que preside este aparente "caos" e que se fundamenta nos interesses de retorno do capital investido pelos produtores dos serviços, nas desigualdades da clientela, geradas por um modelo de desenvolvimento essencialmente concentrador na distribuição de seus frutos, nas formas de intervenção do Estado através de suas políticas do setor[178].

A direção do Cebes em 1984 sugere que para fosse enfrentado o "caos" na organização da assistência em saúde teriam de conviver por muito tempo com o pluralismo e as desigualdades na saúde, pois não se pode negligenciar os avanços das relações capitalistas na área. Desse modo, afirmam não haver "condições, quer econômicas, quer políticas quer técnicas, para o contexto de um regime de transição democrática, prescindir-se da iniciativa privada, responsabilizando-a simplesmente pelos problemas de nossa assistência à saúde"[179]. Como alternativa viável para tais problemas, propuseram a construção de um Estado mediador e regulador entre os interesses privados e da população, possibilitando a presença dos diversos segmentos sociais na elaboração de políticas públicas de saúde.

Cebes e Abrasco compartilhavam do projeto de que o Estado deveria garantir os direitos sociais. Para tanto, seria necessário a redefinição das relações entre Estado e sociedade, "adequando seu aparelho institucional às funções públicas"[180]. O Estado deveria ser democraticamente controlado, atuando como executor das atividades de saúde e para escapar dos atos de ineficiência, corrupção, desfinanciamento e todas as mazelas provenientes do quadro estrutural do poder público, assumiria, portanto, sua responsabilidade de garantir os serviços de saúde à população.

[178] CEBES. Assistência à saúde numa sociedade democrática. Documento apresentado pelo Cebes no V Simpósio Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em Brasília, novembro de 1984. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 17-1, 1985, p. 10.
[179] Ibidem, p. 10.
[180] FLEURY, Sonia. Cidadania, direitos sociais e Estado. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**, BRASÍLIA, 1986, p. 109.

O imbróglio do aparelho de Estado dominado por forças empresariais da saúde se resolveria por uma reformulação institucional, embora não delimitaram como isto se decompõe na prática. No entanto, a democratização da sociedade e a socialização da política resolveria tais distorções na medida em que possibilitaria a abertura de canais para a participação de amplos setores da sociedade. Assim, a abertura de canais tornaria o aparelho de Estado permeável aos interesses populares e contrabalançaria as relações de força. Nesse sentido, o controle centralizado daria lugar a descentralização do poder, abarcando uma reforma institucional na saúde envolvendo estados e municípios na elaboração de políticas públicas para atenderem as suas necessidades próprias. Outra medida baseou em "incorporar o legislativo em todos os seus níveis enquanto representação política da sociedade no aparelho do Estado"[181]. Em síntese a formulação do projeto de descentralização compreende segundo o Cebes,

> Toda a história autoritária do país (uma história autoritária que teve sua demarcação máxima com o Regime de 64, mas que faz parte da tradição e da história republicana no país) tem a tendência centralizante, a tendência da concentração de poder no âmbito federal; creio que a construção e a aplicação de uma reforma sanitária devem ter um forte conteúdo de descentralização, de democratização e participação de todos os segmentos da população. Deve ser altamente descentralizado, certamente com base nas experiências das Ações Integradas de Saúde, na reformulação e na renovação dessas experiencias. E deve ter como base a consideração da extrema heterogeneidade da organização do sistema de saúde nas várias regiões do país, reverter o modelo concentracionista que privilegiou as regiões Sul e Sudeste, privilegiou em termos de distribuição de recursos, de equipamentos e de recursos humanos. Significa considerar essa heterogeneidade, significa, talvez, construir múltiplos sistemas unificados de saúde com base estadual e regional, sob a orientação de um órgão ou de órgãos centrais que sejam formuladores e avaliadores de uma política de saúde, mas que, realmente, a execução, a programação, o ajuste se dê no âmbito específico das realidades regionais estaduais, como forma de reversão desse modelo concentracionista, desse modelo perverso e desigual que discrimina de uma forma tão patente os vários segmentos da população urbana e rural, Norte e Nordeste, Sul e Sudeste, populações dispersas, e assim por diante[182].

No contexto de acirramento das lutas de classes no processo de transição democrática, da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e das disputas na constituinte, a questão a ser resolver correspondia em: a transformação da política de saúde implica em sua estatização? Essa pergunta se colocou como crucial para a elaboração do projeto da reforma sanitária e seu enfrentamento contra as classes e frações empresariais da saúde.

Cebes e Abrasco mantiveram sempre a coerência em responder tal questão, para as agremiações e seus intelectuais orgânicos, a resposta seria: "não necessariamente". Para o grupo

[181] CEBES. Assistência à saúde numa sociedade democrática. Documento apresentado pelo Cebes no V Simpósio Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em Brasília, novembro de 1984. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 17-1, 1985, p. 11.
[182] Idem, p. 146

não bastaria estatizar a saúde, sendo o Estado o formulador da política nacional de saúde, mas ao mesmo tempo manter o modelo centralizador, autoritário e favorecer o setor privado como historicamente tem sido feito. Entendiam o Estado como centralizador e autoritário, sobretudo após 1964 quando ocorreu a modernização administrativa e institucional dos aparelhos de Estado e seus organismos administrativos, gerando um maior nível de especialização de cada órgão e uma crescente centralização e concentração de recursos[183]. Confundia-se, assim, o governo com Estado, uma vez que se vivia a ditadura.

O projeto político da agremiação visava a criação de um modelo de saúde que não tivesse como eixo a estatização, pois identificavam-na com o centralismo autoritário do Estado, propondo a descentralização do sistema de saúde. A descentralização deveria existir de forma articulada com a estrutura político-administrativa do país em seus níveis federal, estadual e municipal, estabelecendo unidades básicas, acreditando na possibilidade de viabilizar uma real participação democrática da população nos espaços de decisão do sistema de saúde. Nas palavras da agremiação "este, talvez o ponto fundamental desta proposta, negador de uma solução meramente administrativa ou "estatizante. Trata-se de canalizar as reivindicações e proposições dos beneficiários, transformando-os em voz e voto em todas as instâncias"[184].

Eleutério Rodriguez esclarece que não se trata somente de uma "estadualização" ou "municipalização", a descentralização embora deva estar contida em seus aspectos, ultrapassa os limites estaduais e municipais para se configurar como a "desconcentração do poder entre os vários níveis, até o de 'ponta de linha'" [185]. A descentralização nessa concepção refere-se em instâncias gestoras do sistema em todos os seus níveis, tendo poder decisório, no entanto, mantendo um caráter multi-institucional, isto é, com participação do governo federal "como forma de assegurar a equanimidade de critérios técnicos financeiros e políticos no avanço desse processo de democratização"[186].

Ainda segundo o sanitarista, deve-se construir um novo "pacto" entre o setor público e o privado a fim de superar a relação existente no contexto ditatorial. O pacto prevê: qualificar o setor público como modelo e padrão de eficiência e eficácia; a participação dos prestadores de serviços nas discussões sobre as remunerações dos seus serviços; regionalizar e hierarquizar

[183] FLEURY, Sonia. Cidadania, direitos sociais e Estado. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**, BRASÍLIA, 1986, p. 107.
[184] CEBES. A questão democrática na área da saúde. Documento apresentado pelo Cebes – nacional no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Camara Federal, outubro de 1979. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 9, jan/fev/mar, 1980, p. 12.
[185] NETO, Eleutério Rodrigues. Subsídios para definição de uma política de atenção à saúde para um governo de transição democrática. **Revista Saúde em Debate**, n. 17, 1985, p. 15.
[186] Ibidem.

os serviços públicos e privados numa mesma rede; redimensionar os serviços contratados, tendo em vista as reais necessidades de cobertura e as prioridades do setor público em cada região; descentralizar o controle da qualidade assistencial. No novo pacto o Estado não deve subsidiar ou tutelar o setor privado, deixando-o a livre iniciativa[187].

Sônia Fleury (1987, p. 120) defendeu durante a VIII CNS que o controle financeiro do Estado no novo pacto social seria necessário, porém, insuficiente, "tornando-se imprescindíveis redefinições de nível jurídico desta nova relação". Hésio Cordeiro complementa afirmando que a relação público e privado deve ser reformulada para evitar desvios de toda ordem, de modo que não pode se dar a partir do campo do direito civil, ou seja, a reforma sanitária exigirá um novo marco no relacionamento jurídico entre o público e o privado, estabelecendo o contrato jurídico padrão assente no direito público. Assim, o setor privado prestará serviço para o setor público tendo como fundamental o compromisso com o interesse público e da coletividade, firmados em contrato de direito público e não no direito civil[188].

> Já existem experiências na sociedade brasileira em que serviços essenciais, como os transportes e telecomunicações, são monopólios estatais, sendo a prestação de serviços realizada por empresas privadas, consideradas, como concessão. Neste caso, o serviço é assumido como um bem público essencial, permitindo ao Estado mecanismos legais de controle e intervenção sobre os prestadores privados. É necessário avaliar a aplicabilidade destas experiências ao setor saúde[189].

A relação público e privado prevista por Fleury seria possível a partir da existência de um Estado democrático capaz de socializar a política, permitindo o controle social efetivo de forma descentralizada e desconcentrada. Em sua concepção a estatização estaria ligada diretamente a tecnoburocracia estatal garantidora da acumulação de capital.

Por outro lado, o representante da CUT na VIII CNS, Arlindo Chinaglia Júnior, rebate os argumentos de Fleury apontando que o debate sobre a saúde não pode prescindir da relação de poder na sociedade. Em nome da CUT afirma que as transformações na sociedade e na saúde só se efetivaram de fato a partir do controle dos trabalhadores, "mas isso não está colocado no momento. No momento, na verdade, faz-se um discurso, e, na prática, faz-se uma aliança de classes, inclusive com a classe dominante"[190]. Acrescenta ainda como questão a se resolver,

---

[187] NETO, Eleutério Rodrigues. Subsídios para definição de uma política de atenção à saúde para um governo de transição democrática. **Revista Saúde em Debate**, n. 17, 1985, p. 16.
[188]CORDEIRO, Hésio de Albuquerque. A participação de todos na construção do Sistema Unificado de Saúde. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**, BRASÍLIA, 1987, p. 148.
[189] FLEURY, Sônia. Cidadania, direitos sociais e Estado. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 1987, p. 110.
[190] CHINAGLIA JUNIOR, Arlindo. Central Única dos Trabalhadores. A**nais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 1987, p. 120.

"sob a égide de que estatização pode ser autoritária podemos assistir à abertura da porta, escancaradamente, apesar do discurso, à iniciativa privada"[191].

A CUT responde a Fleury afirmando que são favoráveis a estatização da saúde, realizada a partir do controle dos trabalhadores como forma de romper com o autoritarismo. Por fim, conclui que a CUT conclamando os participantes a defenderem a estatização, considerando que a estratégia não pode se colocar no plano da negociação no nível do poder de Estado, uma vez que a estratégia deve-se pautar pela organização, a conscientização e a luta da classe trabalhadora[192]. Finaliza dizendo:

> Evidentemente que as questões estruturais não se resolvem com discursos. Entretanto, as nossas palavras visam marcar uma posição, um limite entre aquilo que se fala e aquilo que se faz. A luta pela democratização não foi feita em palanques, mas pela mobilização das massas trabalhadoras que acreditaram e foram traídas, foi a luta dos metalúrgicos do ABC simbolizando a vanguarda do movimento operário no Brasil. Nesse sentido, nós vimos aqui com a convicção de, ao mesmo tempo, marcar uma posição e fazer as alianças com os setores progressistas da sociedade[193].

Cebes e Abrasco ao longo do processo da reforma sanitária até 1988 adotaram a estratégia de conquistas de direitos de cidadania para a área da saúde travando as lutas por dentro do aparelho de Estado. Para Dantas (2020, p. 168) ao apostarem na democratização como valor universal, baseada dentre outros fatores, na retomada os pleitos eleitorais, no controle democrático do Estado, na socialização da política e consequentemente da organização de uma sociedade civil progressista, unindo diferenças classes e frações de classe em prol de um projeto de saúde pública, "se não produziu uma subestimação das forças representantes do capital, no mínimo relativizou o seu papel de classe e supervalorizou o poder de fato de uma luta política de esquerda crescente e deliberadamente canalizada para o interior da máquina do Estado". Em sua análise, para além dos argumentos do movimento sanitário (especialmente, Cebes e Abrasco) contrários a estatização da saúde, as motivações pareciam ser outras, estavam alicerçadas em suas estratégias de

> convergências multiclassistas em defesa da democracia – democracia esta assumida pelas forças majoritárias de esquerda, então, como um "valor universal", isto é, uma fronteira que não deveria ser ultrapassada, um limite de respeito à ordem e às regras do jogo democrático que expressaria um compromisso entre as classes pelo não golpe (burguesia) e por um caminho pacífico para o socialismo (trabalhadores) (Dantas, 2020, p. 169).

[191] Ibidem.
[192] Ibidem.
[193] Ibidem.

Certamente a estratégia democrática do grupo responde grande parte das motivações para a negação da estatização da saúde brasileira. A conciliação de classes consequentemente conduziu a não identificação do setor privado como inimigo de classe no projeto político do grupo. A democratização da saúde se colocou acima das classes, no entanto, talvez tivessem superestimado mais a si próprios do que subestimado as forças do capital. O setor privado não foi alçado como inimigo de classe, como antagônico ao projeto da reforma sanitária, o projeto se baseou menos em contrapor-se ao seu inimigo, e mais nos seus fins, ou seja, a saúde de natureza democrática e universal.

Os problemas da saúde seriam resolvidos com a existência de um sistema público, capaz de atender de forma universal, igualitária e democrática a saúde a todos, isto é, o Estado deveria prover e promover a saúde pública a toda a população, por sua vez, não mexeria no setor privado e na livre iniciativa na área da saúde. Alteraria, por outro lado, a forma como a relação público e privado se estabeleceu no período ditatorial de amplo deslocamento dos recursos e poder para o privado. Nesse sentido, no limite do projeto reformista, supõem-se que cada um poderia ter sua fatia da área da saúde em livre concorrência. No entanto, ao contrário de existir dois pólos diferentes e antagônicos de saúde, propuseram e defenderam a presença do setor privado na saúde pública através de contrato de direito público e convênios atuando de forma a complementar os serviços de natureza pública.

Ora, o argumento de que não havia condições conjunturais para a estatização total da saúde por conta da presença e poder significativo, diríamos, hegemônico do setor privado no setor na saúde, conduziu a estratégia da "dialética do possível". Se não é possível estatizar, que fique o privado com sua livre iniciativa e o setor público com a saúde pública e universal. Porém, esta não foi a proposta do grupo, pois acreditavam que o novo modelo de saúde que sairia expresso na Constituição Federal, não poderia prescindir da atuação do setor privado na execução de serviços públicos, devido ao atraso deste na estrutura física, material, de atendimento etc.

Portanto, o sistema público de saúde já nasce privatizado. Para as agremiações o privado não era o problema para a saúde pública no projeto da reforma sanitária, o problema era a forma como a saúde pública relacionava-se com o privado. A conquista do espaço empresarial no projeto de saúde pública não resultou de embates com o setor privado e, sim da opção pela não conflitualidade e harmonia entre opostos. Cebes e Abrasco fizeram a defesa do privado sem dele representar. Já sabemos que o projeto do grupo saiu vitorioso, vejamos como se comporta a relação público e privado nos anos pós-Constituição.

3. 2 A Reforma Sanitária na contramão da história

Em 05 de outubro de 1988 foi promulgada a Constituição Federal do Brasil, consagrando o sistema público de saúde brasileiro, regulamentado em 1990 pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142 sob a denominação de Sistema Único de Saúde (SUS). Como vimos no capítulo anterior, a constituição manteve grande parte dos elementos contidos no projeto da reforma sanitária. A reforma ocorreu na contramão da conjuntura internacional, enquanto os países de capitalismo avançado do ocidente encaminhavam para o degaste do modelo de Estado de bem-estar social e implementação de medidas de austeridade e expropriações sociais em escala acelerada a partir dos anos de 1970, no Brasil as conquistas sociais eram institucionalizadas na carta magna e pela primeira vez na história a população teria seu direito garantido na legislação à saúde pública, gratuita, universal e sob dever do Estado. Os desafios de pôr em prática os princípios da reforma sanitária e fazer valer a lei foram imediatamente confrontados pelas classes dominantes.

Nos países de capitalismo avançado as classes dominantes diante da crise do capital das décadas de 1960 e 70 e do acirramento das lutas de classe, encaminharam uma série de reformulações de natureza cultural, política, social e econômica a fim de restaurar e/ou reconstruir os padrões de acumulação. O Brasil enquanto país da periferia do capitalismo e subserviente aos projetos do capital internacional, enfrentou fortes pressões de órgãos internacionais, em especial o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), para aderirem aos seus projetos de reformas institucionais na esfera estatal, focalizados na política de abertura comercial via transnacionais e privatização, flexibilização e precarização do trabalho, terceirização, desmonte do funcionalismo público, desregulamentação, ajuste fiscal e financeirização da economia, dentre outros aspectos.

A historiadora Virgínia Fontes (2010, p. 11) refletindo sobre a crise social vivenciada na história contemporânea questiona se "expressa a crise *do* capitalismo ou pode ser um ponto a partir do qual, aprofundando ainda mais as desigualdades e iniquidades, se *expandem* relações capitalistas?". Para Fontes (2010) ao contrário do que se postula, o capitalismo contemporâneo vem aprofundando ainda mais as desigualdades e expandindo relações capitalistas, de tal forma que não se pode afirmar que se encontra em fase de crise. Fontes (2010) alerta que deve-se distinguir entre as crises que o capital provoca e não ficar anunciando uma crise que "ameaçaria" o capital, pois ele se nutre de tal perspectiva, ao passo que somente a luta efetivamente poderá encurralar o capital.

Na concepção de Fontes (2010) a atual fase do capitalismo vigente desde o fim da Segunda Grande Guerra Mundial pode ser compreendida a partir da noção de capital-imperialismo[194], conceito elaborado pela autora a partir do resgate da noção de imperialismo de Lenin em diálogo com Marx e Gramsci. Compreende-se que as determinações teóricas do passado encontram-se em continuidade e aprofundadas em meio ao presente forçosamente diverso, porém sob a mesma dinâmica do capital. Segundo Fontes (2010) o capitalismo se altera de maneira qualitativa conforme o grau de concentração de capitais, cuja fase contemporânea difere do período analisado por Lenin (1975) por apresentar níveis inimagináveis de concentração de capital, por não estar diretamente vinculado apenas à propriedade direta dos meios de produção, mas à propriedade centralizada de todos os recursos sociais de produção e dentre outros aspectos, por não basear-se apenas na fusão entre capital bancário e industrial, ou seja, observa-se no capitalismo de novo tipo o entrelaçamento de grupos empresariais em nível global, concentração e circulação de capitais de origens diversas e predomínio do capital monetário ou fictício.

Para Fontes (2010) duas tendências apresentam-se inerentes e se revelam incontroláveis no capitalismo: a concentração de recursos sociais e a recriação permanente das expropriações sociais. Desse modo, o sentido social no capitalismo expressa-se na extração de mais valor a partir do trabalho livre, isto é, embora a concentração de recursos sociais e as expropriações representem as condições fundamentais, elas agem de maneira combinada: extração de mais-valor com a disponibilidade de trabalhadores livres dispostos a vender sua força de trabalho ao capital. Portanto, o capital-imperialismo impulsiona todas as formas de acumulação de capital, ao passo que exige a extração de mais-valor de forma acelerada e sob qualquer pretexto.

[194] Para Fontes novas categorias buscam explicar as transformações contemporâneas, dentre elas: globalização, mundialização e neoliberalismo. Segundo a autora "o termo globalização (e, logo depois, "nova ordem mundial", nele acoplado) foi amplamente utilizado para descrever de maneira supostamente neutra a crescente mobilidade e fluidez dos capitais, ainda potencializada após o término da Guerra Fria. Tornou-se um bordão repetido à exaustão, ora como miragem de um mundo de consumo sem conflitos, ora como terrível ameaça da competição A categoria de neoliberalismo também continha um teor fortemente descritivo, aplicando-se a uma política, a uma ideologia e a práticas econômicas que reivindicavam abertamente o ultraliberalismo, porém com forte viés de denúncia. Tem como núcleo o contraste fundamental com o período anterior, considerado por muitos como "áureo" (keynesiano ou Estado de Bem-estar Social), o que reduz a percepção do conteúdo similarmente capitalista e imperialista que liga os dois períodos, assim como apaga a discrepância que predominara entre a existência da população trabalhadora nacional nos países imperialistas e nos demais. Já a categoria de mundialização do capital é mais elaborada. Procura dar conta do duplo fenômeno (globalização e neoliberalismo), com viés fortemente crítico, associando-a à expansão de um certo tipo de capitalismo (financeirizado), a um certo tipo de política e de ideologia (neoliberal) sem eliminar as características do imperialismo. François Chesnais (1996), principal autor crítico a introduzir essa noção, justifica-o pela contraposição ao termo globalização, de origem anglo-saxônica, mantendo, porém, a amplitude mundial do fenômeno. O termo, entretanto, retira a centralidade dos conceitos de capitalismo e de imperialismo, que cumprem ainda um papel central". (Fontes, 2010, p. 153-154).

Assim, são exigidas garantias jurídicas de propriedade e formas jurídicas de controle das relações de trabalho, de modo que cada vez mais pessoas estejam disponíveis a vender sua força de trabalho, preferencialmente sem quaisquer garantias trabalhistas e direitos sociais, competindo entre si no mercado. O processo de *expropriações sociais* revela-se permanente e se reproduz em escalas sempre crescente, sendo condição inicial, meio e resultado do processo de acumulação de capital (Fontes, 2010). Em sua análise, as expropriações dividem-se em primárias e secundárias,

> A *expropriação primária*, original, de grandes massas campesinas ou agrárias, convertidas de boa vontade (atraídas pelas cidades) ou não (expulsas, por razões diversas, de suas terras, ou incapacitadas de manter sua reprodução plena através de procedimentos tradicionais, em geral agrários) permanece e se aprofunda, ao lado de *expropriações secundárias*, impulsionadas pelo capital-imperialismo contemporâneo[195].

No que diz respeito às expropriações secundárias, Fontes (2010) sugere que incidem sobre tudo aquilo que os trabalhadores dispõem para impor limites à acumulação em curso. Fontes assinala não se tratar de "uma perda de propriedade de meios de produção (ou recursos sociais de produção), pois a grande maioria dos trabalhadores urbanos dela já não mais dispunha" (Fontes, 2010, p. 54). As expropriações secundárias, portanto, convertem-se no processo atual do capitalismo em nova e fundamental "forma de exasperação da disponibilidade dos trabalhadores para o mercado, impondo novas condições e abrindo novos setores para a extração de mais-valor" (Fontes, 2010, p. 54).

As colocações de Fontes (2010) nos ajudam a compreender a realidade social contemporânea e o nosso tempo presente, pois revelam a existência de processos incontroláveis e diversos de expropriações sociais. O capital-imperialismo busca a qualquer custo romper com as barreiras à sua reprodução ampliada. No plano das transformações empíricas do capital-imperialismo, o neoliberalismo como conjunto de ideias e ações práticas adquire fundamental relevo no quadro de mudanças a nível internacional.

Ocorre, assim, a seguir a crise do capital iniciada na década de 1960 e o acirramento das lutas de classe nos países do centro capitalista de Estado de Bem-Estar-Social, uma série de reformulações capitalistas em todas as esferas da sociedade, forjando um novo consenso. O capital-imperialismo exigiu a dominação burguesa do Estado em novos patamares, assumindo cada vez mais espaço de poder político e sobre os recursos do Estado. Não caberia mais um Estado com políticas sociais abrangentes, sendo necessário readequar a forma de dominação

[195] Fontes (2010, p. 44).

burguesa do Estado. Nesse sentido, a sua materialização se expressou fundamentalmente nos projetos globais encaminhados pelos APHs burgueses de Reforma do Estado.

É importante registrar que as reestruturações burguesas no capital-imperialismo não se reduzem ao aparelho de Estado, elas tomaram todos os espaços sociais, hegemonizando as visões de mundo, relações de trabalho, modos de vida e sociabilidade, afetando "amplamente os modos de pensamento que se incorporou às maneiras cotidianas de muitas pessoas interpretarem, viverem e compreenderem o mundo" (Harvey, 2008, p. 13). Preconizou-se o consenso de que o mercado seria o responsável pela construção social, aglutinando e ditando as ações humanas, pautados por ideais políticos de dignidade humana e da liberdade individual (Harvey, 2008). Desse modo, o aparelho de Estado é parte integrante desse todo, como não poderia deixar de ser na relação orgânica com a sociedade civil.

As transformações no mundo do trabalho mantiveram-se estreitamente relacionadas com as do aparelho de Estado. No mercado de trabalho a tendência prevaleceu por contratos precários, sem garantias de futuro, às vezes sem quaisquer garantias trabalhistas, como por exemplo, os contratos de trabalho terceirizados, subcontratações, contratos temporários, bolsas, contratos por projeto, dentre outros formatos que impossibilitam o trabalhador de se organizar coletivamente e acima de tudo planejar seu futuro.

A força de trabalho que detinha certa organização e conquistas no seio corporativo, vê-se desmantelada pela flexibilidade imposta pelo capital. Conforme aponta Ricardo Antunes (2009), é neste quadro de precarização estrutural do trabalho que o grande capital vem de forma cada vez mais rigorosa, exigindo dos governos nacionais o desmonte da legislação social que protege a classe trabalhadora.

Uma das principais estratégias do capital nas relações de trabalho consistiu na terceirização, que passou a ser utilizada de modo intenso e indiscriminada no serviço público. A terceirização no Brasil do ponto de vista jurídico não dispunha de ordenamento legal específico entre as décadas de 1980 e 1990, havia entendimentos jurídicos expressos por Súmulas do Tribunal Superior do Trabalho (TST). De acordo com Magda Biavaschi e Marilane Teixeira (2015, p. 7) as portas da terceirização no país foram abertas com a Lei 6.019 de 1974, "Lei do Trabalho Temporário", possibilitando a contratação de "mão de obra qualificada por menor custo e sem responsabilidade direta dos tomadores dessas atividades". Os serviços de vigilância passam a integrar a modalidade de terceirização a partir da Lei 7.102 de 1983, e em 1986 o TST estabeleceu a Resolução n. 04/86 a partir do número 256, definindo que é ilegal a

contratação de trabalhadores por empresa interposta (TST, 1986), salvo exceção dos trabalhadores temporários e de vigilância.

Sávio Cavalcante e Vitor Filgueiras (2015) definem o conceito de terceirização a partir da qual a atividade terceirizada permanece sob o comando do contratante, consubstanciando numa relação entre capitalistas e trabalhadores como uma estratégia de gestão da força de trabalho e não entre empresas, nos quais os capitalistas se relacionam entre si. A terceirização não é a externalização das atividades de produção, e sim uma "contratação diferenciada da força de trabalho" por parte da contratante (Filgueiras; Cavalcante, 2015, p. 19). Para Graça Druck e Ângela Borges as últimas décadas do século XX foram marcadas pela generalização das terceirizações, "difundindo-se para todo o tipo de atividade, e levou consigo – como marca fundamental – a perda de direitos, a instabilidade, a insegurança dos trabalhadores" (Druck; Borges, 2002, p. 136).

Portanto, produziu-se o consenso de uma cultura de criminalização do papel do Estado na execução de serviços públicos essenciais ou dito sociais, bem como do funcionalismo público, entendidos como retrógrados e ineficientes no uso dos recursos e na prestação dos serviços. Embora a legislação brasileira na área da saúde sinalizasse em sentido oposto aos postulados hegemônicos do capitalismo internacional, a efetivação do projeto de saúde pública necessitou enfrentar também os problemas internos no país, demarcados por uma estrutura histórica de desigualdade social, elevada concentração de renda, de um modelo de capitalismo dependente-associado e recém-saído de uma longa e tortuosa ditadura empresarial civil-militar que deixou além de sequelas sociais, o legado autoritário, centralizador, privatizante e desigual ao acesso às políticas sociais.

3.3 Década de 1990: expropriações em curso das conquistas sociais

Os fatores externos e internos combinados com a natureza médico-assistencial liberal predominante na história da saúde brasileira, indicavam que a tendência para o setor não seria de reforma do modelo anterior privatista e implantação dos princípios da reforma sanitária, sobretudo através do Sistema Único de Saúde (SUS) e, sim de um processo de disputas entre o estatuto e o exercício da função pública *versus* a privada por meio de contrarreformas no aparato legislativo, normativo e no aparelho de Estado na área da saúde. Dentre os objetivos centrais verificou-se o reestabelecimento de novas formas de dominação do privado na área da saúde,

tanto no que diz respeito ao domínio da propriedade, apropriando-se de forma maciça do fundo público, como na ideia de que a administração privada mesmo que executada via contrato de gestão com o público, não configurando a privatização clássica, é superior a administração pública.

O entendimento da ampla maioria dos atores da reforma sanitária era de que a batalha até a constituição fora bem-sucedida, mas estava longe de terminar, pois os próximos anos seriam de enfrentamento, prevendo especialmente o contra-ataque e retaliação do setor privado que não aceitara a derrota. Este último manteve-se historicamente como o principal beneficiário e parasita dos recursos públicos na saúde brasileira, posição e privilégio posto à prova pela Constituição de 1988. Desse modo, é correto afirmar que a preocupação se fez válida e verdadeira nos anos subsequentes à constituição, uma vez que os desafios e disputas não cessaram, ao contrário, mantiveram-se constante, em maior escala e tensionando não apenas os conflitos, como também as contradições do próprio movimento sanitário, especialmente do Cebes e Abrasco.

Nesse sentido, torna-se indispensável analisar e discutir em que medida a reforma sanitária conseguiu ser implementada e quais foram os avanços e retrocessos à luz do planejamento e gestão em saúde. Escolher como mote de análise a gestão em saúde, corresponde não apenas às questões de natureza técnica e organizacional, entendidas como importantes e capazes de iluminar diversas situações fundamentais, como por exemplo a dinâmica interna e funcionamento da gestão em saúde. Para tanto, os aspectos técnicos e organizacionais são frutos de decisões oriundas de lutas de classes. Desse modo, o desafio de colocar em prática o funcionamento da saúde após os marcos institucionais da CF 88 e sua relação entre os estatutos público e privado estão vinculados a esfera das lutas de classes, das disputas por projetos e interesses coletivos e, serão materializados nos modelos de gestão, responsáveis pelo ato finalístico, porém, carregado de ideologias e em ininterrupta transformação estimulada pela tensão das lutas.

Assim, os anos iniciais pós-constituição confirmaram as projeções mais pessimistas de dias melhores para a saúde e o país, quando assume a Presidência da República o carioca Fernando Collor de Mello do Partido da Reconstrução Nacional (PRN)[196], primeiro presidente eleito diretamente após o fim da ditadura empresarial civil-militar. O curto período em que

[196] Partido de direita, defende a bandeira do liberalismo e em 2000 altera a nomenclatura para Partido Trabalhista Cristão (PTC).

esteve à frente no executivo, Collor implementou amplamente o receituário neoliberal[197], com sérios rebatimentos para a área da saúde. Buscou-se a todo custo desprestigiar, cortar e reduzir recursos, perseguir e extinguir o funcionalismo público e sabotar de todas as maneiras a implementação do SUS. O exemplo mais emblemático dos interesses privados defendidos pelo presidente expressou-se em uma série de vetos ao projeto confeccionado pela Plenária da Saúde e aprovada no Congresso Nacional referente a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080, 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, além de outras providências[198].

Dentre os vetos, destacam-se a regulamentação da participação e controle social por parte dos Conselhos de Saúde, da Conferência Nacional de Saúde e a regulamentação de como se daria o financiamento ao SUS, suprimindo a transferência direta de recursos aos estados e municípios. O caráter autoritário, antidemocrático e centralizador do governo ao assumir explicitamente a agenda da ala mercadológica da saúde, colocava em risco dois dos mais significativos princípios da reforma sanitária: o controle social e a descentralização. Por seu turno, a partir de uma coalizão entre parlamentares favoráveis a lei original, a Plenária da Saúde e, em especial as lideranças dos conselhos municipais e estaduais, organizou-se uma grande mobilização para derrubada dos vetos. A significativa pressão exercida pelo Conasems a nível nacional alterou a correlação de forças e o encaminhamento da lei.

> O Conasems tinha feito um trabalho, a bandeira tinha sido a participação social, nós estávamos mais organizados e já tínhamos uma representação nacional nesse processo. Tínhamos gente de todo o país conosco, tínhamos vida própria e com poder de fogo importante e reconhecido pelo governo. Nesse meio tempo nós lançamos um jornal do Conasems, com mais de 100 mil exemplares. Colocamos na capa e largamos para o país todo falando que nós topávamos a briga e faríamos a derrubada dos vetos do Presidente. Com isso, o Alceni Guerra [Ministro da Saúde] me chamou, querendo fazer uma recomposição e dizendo que não valia a pena a gente criar esse confronto lá na Câmara dos Deputados, e propunha que a gente fizesse uma nova proposta, trabalhando uma nova linha que recuperasse isso[199].

[197] Para uma análise do governo Collor consultar: PICCOLO, Monica. **Reformas Neoliberais no Brasil**: A Privatização nos Governos Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso. Tese (Doutorado em História). Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010 e MACIEL, David. **De Sarney à Collor**: reformas políticas, democratização e crise (1985-1990). Tese (Doutorado em História). Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2008.

[198] BRASIL. Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080, 19 de setembro de 1990.

[199] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 133.

O depoimento de Eri Medeiros presidente do Conasems revelou que a estratégia de mobilização surtiu efeito, e o Ministro da Saúde Alcenir Guerra aceitou dialogar com o grupo contrário aos vetos, sem que a pressão fosse levada ao congresso. Desse modo, reuniram-se em Brasília membros do governo, deputados aliados do grupo contrário aos vetos, deputados do movimento sanitário Sérgio Arouca e Eduardo Jorge, o Conasems na figura de seu presidente, membros do Cebes e Abrasco, como José da Silva Guedes (Presidente da Abrasco), Márcio Almeida (Presidente do Cebes), Eleutério Neto (Cebes), Arlindo Fábio (Ensp/Fiocruz-Abrasco), Samara Nitão (Cebes/Abrasco), Maria Luiza Jaeger (Cebes/Abrasco), dentre outros. A resolução do imbróglio transcorreu em negociações de bastidores com o ministro e o relator Geraldo Alckmin[200], sendo alterado boa parte dos vetos e editando finalmente uma nova Lei Orgânica da Saúde assinada pelo presidente, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que passa a dispor sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Do ponto de vista da participação social e democratização da saúde, apesar dos ataques de toda ordem, o SUS foi adquirindo formato legal e a nova lei previa o controle social a partir do Conselho Nacional de Saúde e da realização da Conferência Nacional de Saúde, a se realizar a cada quatro anos com a finalidade de "avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes"[201]. O Conselho de Saúde teria caráter permanente e deliberativo, reunindo representantes do governo, usuários e profissionais da saúde, prestadores de serviço e da sociedade civil, com propósito de formular "estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo"[202]. A lei trouxe também outras importantes conquistas, como a participação paritária dos usuários nos conselhos e conferências de saúde, assegurou a representação no Conselho Nacional de Saúde por parte do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), assim como garantiu autonomia de funcionamento para os conselhos e conferências a partir de regimento próprio.

Nesse cenário de intensa disputa na área da saúde, embora tenham sido aprovadas leis fundamentais para o efetivo funcionamento do SUS, o descaso e sucateamento da área pelo

[200] Na ocasião era Deputado Federal pelo Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB).
[201] Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.
[202] Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

governo federal foi latente. No ano de 1992, após inúmeros escândalos de corrupção abriu-se o processo de impeachment do governo Collor, concretizado em 29 de dezembro do mesmo ano, ocupando a Presidência da República o então vice Itamar Franco. Os turbulentos anos iniciais pós-redemocratização ganharam novos contornos com a chegada do sociólogo uspiano ao governo federal. Em 1995, Fernando Henrique Cardoso assumiu a Presidência da República e permaneceu por dois mandatos consecutivos (1995-1998/1999-2002), implementando de maneira voraz a cartilha neoliberal[203] de privatizações, ajuste fiscal, desregulamentação da economia, dentre outros aspectos.

O período FHC também conhecido por ter operado o "desmonte da nação"[204], pôs à venda instituições públicas e buscou a todo custo desmontar o funcionalismo público, tendo como pano de fundo viabilizar seu projeto mais amplo de ajuste fiscal, controle monetário, pagamento dívida externa e abertura indiscriminada e predatória ao mercado privado[205]. O período deixou marcas sensíveis na sociedade, ao privilegiar de maneira escancarada o mercado em detrimento de políticas sociais cada vez mais escassas e com reduzido orçamento, aumentando a desigualdade social e o acesso às políticas públicas. O legado privatista e excludente do governo Cardoso também pôde ser sentido no terreno da gestão pública propriamente dita a partir das possibilidades abertas para o incremento de novas modalidades de gestão de natureza privada no serviço público, difundindo amplamente no cotidiano e nos

[203] Em 1989 o Institute for International Economics organizou a conferência "Latin American Adjustment: How Much Has Happened?", na cidade de Washington, capital dos Estados Unidos contando com os principais organismos financeiros internacionais, dentre eles, Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e representantes dos países latino-americanos, sendo o Brasil representado por Luiz Carlos Bresser-Pereira que poucos anos depois seria o principal articulador da Reforma do Estado no governo de Fernando Henrique Cardoso. O "Consenso de Washington" como ficou conhecido, teve por objetivo discutir como os países latino-americanos poderiam aderir ao projeto neoliberal. Desse modo, propuseram uma cartilha contendo dez objetivos: 1- disciplina fiscal; 2- priorização dos gastos públicos; 3- reforma tributária; 4- liberalização financeira; 5- regime cambial; 6- liberalização comercial; 7- investimento direto estrangeiro; 8- privatização; 9- desregulação; e 10- propriedade intelectual. A cartilha desenhada pelo economista John Williamson, mereceu nova rodada de discussão da cúpula internacional, ocorrendo na mesma cidade em 14 e 16 de janeiro de 1993, o seminário intitulado "The Political Economy of Policy Reform". O objetivo desse encontro residiria em propagar um programa ou estratégia que contasse com três fases: "A primeira, consagrada à estabilização macroeconômica, tendo como prioridade absoluta um superávit fiscal primário, envolvendo, invariavelmente, a revisão das relações fiscais intergovernamentais e reestruturação dos sistemas de previdência pública; a segunda, dedicada ao que o Banco Mundial vem chamando de "reformas estruturais", quer seja, a liberalização financeira e comercial, desregulação dos mercados e privatizações de empresas estatais; e, a terceira etapa, definida como a da retomada dos investimentos e do crescimento econômico" (FIORI, 1995, p. 234).

[204] BIONDI, A. **O Brasil privatizado**: um balanço do desmonte do Estado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1999; em LESBAUPIN, Ivo. (Org.). **O desmonte da nação** - balanço do governo FHC. Petrópolis, Vozes, 1999; LESBAUPIN. Ivo; MINEIRO, Adhemar. (Org.). **O desmonte da nação em dados**. Petrópolis, Vozes, 2002.

[205] Cf.: OLIVEIRA, F. M. C. Quem tem medo da governabilidade? **Revista Novos Estudos**. CEBRAP. Nº 41. 1995; OLIVEIRA, F. M. C. O culto a Moloch: Bresser Pereira e a reforma gerencial do Estado. In: BRAVO, Maria Inês de Souza; PEREIRA, Potyara A. P. (Org). **Política Social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2001; SINGER, Paul. A raiz do desastre social: a política econômica de FHC. In: LEBAUSPIN, Ivo (org.) **O desmonte da Nação**: balanço do governo FHC. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

modos de intepretação de mundo à ideia de superioridade do privado e, do público como sinônimo de ineficiência, má gestão e sem qualidade.

Logo no primeiro ano de seu mandato, Fernando Henrique Cardoso nomeou o economista da Fundação Getúlio Vargas, Luiz Carlos Bresser Pereira[206] para assumir o Ministério Extraordinário da Administração Federal e da Reforma do Estado (Mare). Em 21 de setembro do mesmo ano, o Mare editou o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) (Brasil, 1995), documento responsável por nortear o projeto de reforma do Estado e estabelecer às diretrizes para a reforma na administração pública em sintonia com o Plano Real, com o ajuste fiscal e a Emenda Constitucional nº 19 de 1998 que faz referência a reforma na administração pública [207]. Cardoso na apresentação do PDRAE, ressaltou tão somente os fatores

[206] Bresser Pereira nasceu em 1934 na cidade de São Paulo, tornando-se um dos mais importantes personagens da política brasileira contemporânea. Antes de assumir o cargo de Ministro no governo FHC, havia sido Ministro da Fazenda entre os meses de abril e dezembro de 1987 durante o governo de José Sarney, criando na ocasião o Plano Bresser, congelando salários, preços e o câmbio. Bresser Pereira mantém sua carreira vinculada ao campo acadêmico, como professor da Fundação Getúlio Vargas, a política e ao empresariado, espaço que ocupou importantes cargos de direção, como no Grupo Pão de Açúcar entre os anos de 1963 e 1982 e no conselho da mesma organização até o ano de 2014, sendo a maior empresa do ramo de supermercados da América Latina. Para saber mais da trajetória do intelectual orgânico Bresser Pereira e sua participação na Reforma do Estado, ver: BRITO, Leonardo Leonidas de. **O Intelectual e o desmonte do Estado no Brasil: Luiz Carlos Bresser Pereira e o MARE (Ministério Extraordinário da Administração e Reforma do Estado)**. Tese (Doutorado em História Social). Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. Departamento de História, 2016. Confira também: http://www.bresserpereira.org.br/

[207] A confecção do projeto de reforma do Estado assenta fundamentalmente no protagonismo de Bresser- Pereira, mas o arcabouço teórico/prático é mais amplo, sendo edificado em múltiplos domínios. A reforma do Estado está comprometida com caráter classista voltada exclusivamente para os interesses das classes dominantes, composta: de um lado pelo MARE que conta com o apoio da área acadêmica, em particular da Escola Nacional de Administração Pública/ENAP, do Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec), além de importantes pesquisadores como Régis de Castro Andrade, Fernando Abrucio e Maria Rita Garcia Loureiro que promoveram encontros, debates e produção de material técnico/científico para o projeto de reforma do Estado de FHC. Outra instituição de ensino que atuou com bastante entusiasmo nesse processo foi a Fundação Getúlio Vargas, com publicações cientificas, emprestando intelectuais, e sobretudo pelo fato do Ministro Bresser-Pereira deter de destacada carreira acadêmica na instituição. Por outro lado, temos a participação dos ministérios, das secretárias, da Câmara da Reforma do Estado e seu Comitê Executivo, das entidades estatais, e especialmente do Conselho da Reforma do Estado/CRE. O MARE em 8 de dezembro de 1995 dá origem ao Conselho da Reforma do Estado, outorgando a função de realizar debates e propor idéias à Câmara da Reforma do Estado no âmbito da reforma do aparelho do Estado. O CRE era composto de doze membros, todos designados pelo Presidente da República e para um mandato de três anos, são eles: Maílson Nóbrega – Presidente do CRE; Antônio Ermírio de Moraes, vice-presidente do Grupo Votorantim; Antônio dos Santos Maciel Neto, presidente do Grupo Itamarati; Lourdes Sola, cientista política e professora da Universidade de São Paulo; Celina Vargas do Amaral Peixoto, diretora de Desenvolvimento Institucional da FIRJAN e ex-diretora geral da Fundação Getúlio Vargas; Geraldo Dinu Reiss, sócio-diretor da CONSENP Serviços Empresariais Ltda.; Hélio Mattar, executivo do Grupo Dako; João Geraldo Piquet Carneiro, consultor de empresas; Joaquim de Arruda Falcão Neto, Presidente da Fundação Roberto Marinho proprietária das Organizações Globo, membro do Conselho da Comunidade Solidária, ex-presidente do Conselho Consultivo do Meio Ambiente da Eletrobrás; Jorge Wilheim, ex-secretário do Planejamento do Governo de São Paulo; Luiz Carlos Mandelli, consultor de empresas, ex-presidente da Federal das Indústrias do Rio Grande do Sul; Sergio Henrique Hudson de Abranches, sociólogo e cientista político, consultor de empresas. Participam também das reuniões ordinárias: Bresser Pereira, Ministro da Reforma do Estado; Cláudia Costin, Secretária Executiva do MARE; Angela Santana, Secretária do MARE; Carlos César Pimenta, Secretário de Articulação Institucional do MARE; Martus Tavares, Secretário Executivo do Ministério do Planejamento e Orçamento; Silvano Gianni, Subchefe-Executivo da Casa Civil do Estado do Paraná. De acordo com Bresser Pereira o Conselho era "inspirado na experiência japonesa da década de 80 de formação da comissão de trabalho "Rincho"

gerenciais da reforma, desconsiderando seu caráter político-ideológico, tratando o tema como uma ação técnica, despolitizando o debate.

> Este "Plano Diretor" procura criar condições para a reconstrução da administração pública em bases modernas e racionais. No passado, constituiu grande avanço a implementação de uma administração pública formal, baseada em princípios racional-burocráticos, os quais se contrapunham ao patrimonialismo, ao clientelismo, ao nepotismo, vícios estes que ainda persistem e que precisam ser extirpados. Mas o sistema introduzido, ao limitar-se a padrões hierárquicos rígidos e ao concentrar-se no controle dos processos e não dos resultados, revelou-se lento e ineficiente para a magnitude e a complexidade dos desafios que o País passou a enfrentar diante da globalização econômica. A situação agravou-se a partir do início desta década, como resultado de reformas administrativas apressadas, as quais desorganizaram centros decisórios importantes, afetaram a "memória administrativa", a par de desmantelarem sistemas de produção de informações vitais para o processo decisório governamental. É preciso, agora, dar um salto adiante, no sentido de uma administração pública que chamaria de "gerencial", baseada em conceitos atuais de administração e eficiência, voltada para o controle dos resultados e descentralizada para poder chegar ao cidadão, que, numa sociedade democrática, é quem dá legitimidade às instituições e que, portanto, se torna "cliente privilegiado" dos serviços prestados pelo Estado[208].

A administração pública gerencial de que fala Cardoso ou gerencialismo como costuma ser chamado, foi uma construção teórica e prática atrelada à lógica do capital e de autoria liberal. Em sua aparência compreende a transposição de fundamentos e valores culturais da administração de empresas privadas para o plano da administração pública[209], não obstante, sua essência traduz o estágio de reestruturações capitalistas no contexto do capital-imperialismo com objetivo de adequar o aparelho de Estado aos novos patamares de acumulação e dominação do capital. Visa, portanto, alterar a estrutura política e organizacional do serviço público em favor de interesses das classes e frações dominantes.

---

integrada por representantes da sociedade civil e do setor privado, notadamente industriais, acadêmicos, etc, orientados no sentido da formação de consensos com vistas à implementação da reforma administrativa japonesa". REIS, Tiago Siqueira. **Trajetória político-institucional da Fiocruz (1970-2003)**: a flexibilização gerencial como projeto. 2016. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de História Contemporânea, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2016.

[208] Fernando Henrique Cardoso escrevendo na apresentação do Plano Diretor. BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, Mare, 1995, p. 6.

[209] Além da matriz neoliberal na formação do pensamento gerencialista, muitos autores do tema, atribuem seu conteúdo as influências da Teoria da Escolha Pública. Esta teoria, em síntese emprega princípios econômicos da ciência política: partidos políticos, eleições, teoria do Estado, analise constitucional, análise da burocracia. Tem como premissa teórica o auto-interesse e o individualismo metodológico, sob o fundamento da razão instrumental. Alguns de seus postulados são: 1) o Estado deve ser mínimo e as políticas públicas devem adotar "estímulos de mercado"; 2) o homem é tido como um maximizador de utilidade, egoísta e racional; 3) transfere o princípio de mercado para a política. 4) o mercado é visto como pressuposto universal. Os principais autores da teoria da escolha pública são James Buchanan, Kenneth Arrow, Anthony Downs, Gordon Tullock e William Niskaken. Para saber mais ver: DE PAULA, A. P. Entre a administração e a política: os desafios da gestão pública democrática. 2003 e ANDREWS, Christina W.. A teoria da Escolha Pública e as reformas do Estado: uma crítica habermasiana. 2004.

No âmbito da propriedade do Estado, o gerencialismo investe nos processos de privatização clássicas e apropriação privada de serviços públicos. Semeia também formas de expropriações sociais no mundo do trabalho e nos direitos sociais, como através do excludente e desigual acesso à saúde, educação e cultura. A expropriação de direitos sociais e do fundo público vêm se manifestando com vigor em contextos regidos por políticas governamentais denominadas de *Reformas do Estado*, e não somente através dela, apresentando-se por meio da linguagem discursiva do gerencialismo usos variados em cada país. Desse modo, não se pode delimitar com precisão um modelo ideal ou mesmo puro[210], os exemplos precursores e de maior repercussão encontram-se nas experiências de reforma do Estado no Reino Unido de Margareth Thatcher (1979-1990) e Tony Blair (1997-2007) e nos Estados Unidos de Ronald Reagan (1981-1989) e Bill Clinton (1993-2001).

O gerencialismo merece ser melhor analisado quanto ao seu surgimento e emprego em diferentes contextos históricos, no entanto, a sua forma moderna da qual temos conhecimento de certos padrões a nível internacional relaciona-se às mudanças no mundo do trabalho e na esfera estatal a partir da crise do capital dos anos de 1960. O gerencialismo expressa no setor público o conjunto de transformações sofridas pelo capital no tempo presente, que merecem serem acompanhadas mais de perto a seguir.

Alguns elementos das transformações do trabalho nas empresas privadas foram incorporados no setor público, como por exemplo: a flexibilização das relações de trabalho; subcontratação e terceirização da mão de obra; terceirização dos serviços; salário flexível; métodos de trabalho em equipe; "times de trabalho" e dos grupos "semiautônomos", além de exercitar, ao menos no plano discursivo, o "envolvimento participativo" dos trabalhadores; trabalho "polivalente", "multifuncional", pautados por uma estrutura de gestão horizontalizada; redução do tempo de trabalho e maior produtividade; utilização de planos de "metas" e de "competências" dos "colaboradores" (Antunes; Druck, 2014, p. 14).

Nesse contexto de expropriações, termos como *flexibilidade* passam a ser a palavra de ordem no espaço público através da linguagem gerencialista. A reforma do Estado brasileiro sofreu influências de experiências diversas, dentre elas a britânica, contudo, muito absorveu das ideias do movimento estadunidense denominado "reinventando o governo", compilado na obra de David Osborne e Peter Gaebler intitulada "Reinventando o Governo" de 1990. Nessa linha interpretativa o universo estatal percorre a noção de "governo empreendedor" imerso em uma

[210] Acerca da hipótese da existência de um "gerencialismo puro", confira: ABRUCIO, Fernando Luiz. O impacto do modelo gerencial na administração pública. Um breve estudo sobre a experiência internacional recente. **Cadernos ENAP**. n. 10. 1997.

cultura do *management*[211]. O Estado adota a imagem de um agente empreendedor, capaz de proporcionar um ambiente de competição interna e com o setor privado.

Para os autores os governos devem resgatar os métodos e valores da empresa privada, tendo como requisito fundamental a adoção de dez princípios para alcançar a "reinvenção do governo", são eles: 1) competição entre os prestadores de serviços públicos; 2) Transferência do controle das atividades da burocracia para os usuários; 3) Avaliação e medição dos resultados dos órgãos públicos; 4) Orientar-se por objetivos, e não por regras e regulamentos; 5) Usuários como clientes; 6) Atuar na prevenção dos problemas; 7) Prioridade do investimento na produção dos recursos e não nos insumos; 8) Descentralização da autoridade; 9) Preferência por mecanismos de mercado em vez de soluções burocráticas; 10) Catalisar a ação dos setores público, privado e não-governamental.

Tal concepção parte da divisão entre o ato de gerir/planejar e o de executar, recorrendo a metáfora do Estado que "navega" e o Estado que "rema", isto é, ao Estado cabe a função organizar e traçar os rumos da coisa pública (navegar) e ao setor privado, terceiro setor e o público não-estatal a responsabilidade de executar as atividades públicas (remar). A elucubração aquática do movimento reinventando o governo elabora e propaga o julgamento difuso da noção de eficiência, gestão organizacional e prestação de serviços na medida em que postula que tais atributos são naturais ao setor privado e o seu contrário ao setor público[212].

A reforma do Estado brasileiro confeccionada pelo Mare sob liderança do Ministro Bresser Pereira recupera uma série desses enunciados. No entanto, sua confecção é mais complexa e abrange uma ampla gama de interesses e relações das classes dominantes nacionais e internacionais. Como dissemos, os projetos de Reforma do Estado são oriundos dos processos de reestruturação do capital de ordem global, estando presente em seus percursos nacionais órgãos como, o FMI, Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento e, especialmente para o caso brasileiro, a forte participação do Centro Latino-Americano de Administração para o Desenvolvimento (CLAD).

---

[211] A cultura do *management* aflorou no discurso empresarial apoiado pela midiatização da figura do "homem de negócios", reproduzido e estruturado pelas escolas de administração e pelas empresas de consultoria empresarial. De acordo com Ana Paula de Paula, as características essências que configuram a cultura do *management* são*:* 1) crença numa sociedade de mercado livre; 2) visão do indivíduo como auto-empreendedor; 3) culto da excelência como forma de aperfeiçoamento individual e coletivo; 4) culto de símbolos e figuras emblemáticas, como "palavras de efeito" (inovação, sucesso, excelência) e "gerentes heróis" e; 5) crença em tecnologias gerenciais que permitem racionalizar as atividades organizadas grupais. DE PAULA (2003*,* p. 38). CF. REIS, Tiago Siqueira Expropriação do funcionalismo público: o gerencialismo como projeto. **Revista Katalysis**, v. 22, p. 80-89, 2019.

[212] REIS, Tiago Siqueira. **Trajetória político-institucional da Fiocruz (1970-2003)**: a flexibilização gerencial como projeto. 2016. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de História Contemporânea, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2016.

Por outro lado, o gerencialismo não é prática inédita no país, pois foram experimentadas medidas de flexibilização da gestão pública de natureza privada em outros momentos, sendo seu marco principal a reforma administrativa de 1967 através do Decreto-Lei nº 200, prevendo a descentralização das atividades estatais e a criação de novas técnicas de flexibilização da administração pública, permitia a contratação em regime celetista no lugar do regime de trabalho estatutário e criou a modalidade jurídica de fundação pública de direito privado, cuja gestão aproximava de práticas do setor privado. Para Bresser Pereira (Brasil, 1995), a reforma no contexto ditatorial expressou o início do rompimento com o modelo burocrático, contudo, errou em manter o controle centralizado no poder executivo e por não utilizar técnicas modernas de administração.

Na concepção do Mare a Constituição de 1988 pôs de lado os avanços da reforma gerencial da ditadura e implementou o modelo burocrático na administração pública. A constituição modificou o ordenamento jurídico e administrativo das instituições públicas, dentre outros aspectos, as fundações públicas como a Fiocruz regida pelo direito privado, transformaram-se em fundações públicas de direito público. As mudanças exigiram a contratação de pessoal por meio de concursos públicos e com regime contratual estatutário estabelecido pelo Regime Jurídico Único, conferindo ao servidor público estabilidade no emprego[213]. Observa-se também alterações substantivas nas normativas administrativas do funcionalismo público, como a obrigatoriedade de licitação na compra de mercadorias e contratação de serviços de terceiros através da Lei de Licitações e Contratos, bem como o estabelecimento de órgãos responsáveis pelo controle e fiscalização do setor público.

Desse modo, o Mare por meio de seu líder Bresser Pereira, compreende que a Constituição oferecia sérios obstáculos para a implementação de uma administração pública moderna, eficiente e de qualidade. Para o ministro (Brasil, 1995, p. 29-30), "houve um encarecimento significativo do custeio da máquina administrativa, tanto no que se refere a gastos com pessoal como bens e serviços, e um enorme aumento da ineficiência dos serviços públicos". Alegação pela qual a reforma do Estado objetivou reformular a natureza jurídica das entidades públicas para o direito privado, cortar gastos com o funcionalismo público e flexibilizar os contratos de trabalho por meio da alteração do regime estatutário que garante estabilidade ao servidor público, e em seu lugar implementar o retorno do contrato de trabalho

[213] REIS, Tiago Siqueira. Expropriação do funcionalismo público: o gerencialismo como projeto. **Revista Katalysis**, v. 22, 2019, p. 85.

sem estabilidade expresso na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) que é a mesma do setor privado.

Por trás do discurso técnico da moderna gestão pública centrada no gerencialismo, residia o interesse em romper com as barreiras impostas pela constituição no processo de ajuste fiscal e expropriação social no contexto nacional, nos limites colocados à extração de mais-valor do ponto de vista das relações de trabalho e na apropriação da propriedade e do fundo público por parte dos capitais privados. Nas palavras de Bresser Pereira

> transformação do concurso público - cuja exigência generalizada na administração pública representou o grande avanço da Constituição de 1988 - em uma espécie de tabu dificulta as transferências de funcionários entre cargos de natureza semelhante. Por outro lado, as exigências excessivas de controles no processo de compras e o detalhismo dos orçamentos são exemplos dessa perspectiva burocrática implantada na lei brasileira, que dificultam de forma extraordinária o bom funcionamento da administração pública. (...) A legislação que regula as relações de trabalho no setor público é inadequada, notadamente pelo seu caráter protecionista e inibidor do espírito empreendedor. São exemplos imediatos deste quadro a aplicação indiscriminada do instituto da estabilidade para o conjunto dos servidores públicos civis submetidos a regime de cargo público e de critérios rígidos de seleção e contratação de pessoal que impedem o recrutamento direto no mercado, em detrimento do estímulo à competência (Brasil, 1995, p. 34-35).

A reforma do Estado postula a noção de Estado como sendo um ente "externo à sociedade civil e vazio quanto à presença de disputas políticas inerentes à dinâmica dos conflitos das frações de classe que ocupam o aparelho de Estado" (Brito, 2016, p. 209). O consenso criado pelo Mare comunica a existência de um "neutralismo burocrático estatal", materializado na divisão que se estabelece quanto à definição de propriedade estatal. Assim, definiu-se a divisão de setores e formas de propriedade do aparelho de Estado, cuja novidade ficou a cargo do *Núcleo de Serviços Não Exclusivo*[214], composto pela ideia de propriedade

[214] Além do Núcleo dos Serviços Não Exclusivo, o MARE define também: NÚCLEO ESTRATÉGICO. Corresponde ao governo, em sentido lato. É o setor que define as leis e as políticas públicas, e cobra o seu cumprimento. É, portanto o setor onde as decisões estratégicas são tomadas. Corresponde aos Poderes Legislativo e Judiciário, ao Ministério Público e, no poder executivo, ao Presidente da República, aos ministros e aos seus auxiliares e assessores diretos, responsáveis pelo planejamento e formulação das políticas públicas. ATIVIDADES EXCLUSIVAS. É o setor em que são prestados serviços que só o Estado pode realizar. São serviços em que se exerce o poder extroverso do Estado - o poder de regulamentar, fiscalizar, fomentar. Como exemplos temos: a cobrança e fiscalização dos impostos, a polícia, a previdência social básica, o serviço de desemprego, a fiscalização do cumprimento de normas sanitárias, o serviço de trânsito, a compra de serviços de saúde pelo Estado, o controle do meio ambiente, o subsídio à educação básica, o serviço de emissão de passaportes, etc. PRODUÇÃO DE BENS E SERVIÇOS PARA O MERCADO. Corresponde à área de atuação das empresas. É caracterizado pelas atividades econômicas voltadas para o lucro que ainda permanecem no aparelho do Estado como, por exemplo, as do setor de infra-estrutura. Estão no Estado seja porque faltou capital ao setor privado para realizar o investimento, seja porque são atividades naturalmente monopolistas, nas quais o controle via mercado não é possível, tornando-se necessário no caso de privatização, a regulamentação rígida. BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, Mare, 1995, p. 41-42.

"pública não-estatal" e privada. Os serviços são definidos como aqueles que "envolvem direitos humanos fundamentais, como os da educação e da saúde, ou porque possuem "economias externas" relevantes, na medida que produzem ganhos que não podem ser apropriados por esses serviços através do mercado"[215]. O setor público não-estatal aglutinaria entidades sem fins lucrativos, "que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público. O tipo de propriedade mais indicado variará de acordo com o setor do aparelho do Estado"[216].

No bojo da reforma da propriedade e da gestão pública, o Mare após a publicação do *Plano Diretor*, editou os chamados *Cadernos do Mare*[217], dentre eles o *Caderno nº 2* intitulado de *Organizações Sociais* relaciona-se diretamente com a invenção de novas modalidades de gestão e com o setor saúde. Integrante do setor "não exclusivo" ou "público não-estatal", o projeto de *organização social* apoia-se no programa nomeado de "publicização"[218], vocábulo que até aquele momento não existia no dicionário, inventada pelo Ministro Bresser Pereira trata do processo de transformação de entidades públicas como às fundações de direito público em organizações sociais de direito privado e sem fins lucrativos. Para que isto ocorresse seria necessário que a instituição buscasse se qualificar enquanto Organização Social, ou seja, uma fundação pública de direito público precisará extinguir sua atual natureza jurídica e tornar-se de direito privado[219].A partir do momento que a entidade pública obtém a qualificação como Organização Social por meio da *publicização*, o novo ente passa a ocupar o ordenamento jurídico das Associações Civis Sem Fins Lucrativos, de direito privado e pertencente ao Código Civil brasileiro. Uma vez fora da administração pública, a instituição enquadrada em

---

[215] BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, Mare, 1995, p. 42.
[216] Idem, p. 42.
[217] Cadernos do MARE, são eles: 1) A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle; 2) Organizações Sociais; 3) Exposição no Senado sobre a reforma da administração pública; 4) Programa da qualidade e participação na administração pública; 5) Plano de reestruturação e melhoria da gestão do MARE; 6) A reforma do aparelho do Estado e as mudanças constitucionais; 7) A reforma administrativa na imprensa; 8) O Conselho de reforma do Estado; 9) Agências Executivas; 10) Questões sobre a reforma administrativa; 11) Uma nova política de recursos Humanos; 12) Programa de reestruturação e qualidade dos ministérios; 13) Reforma administrativa do sistema de saúde; 14) Regime Jurídico Único consolidado (Lei nº 8.112, de 11/12/90); 15) Os avanços da reforma na administração pública (1996-1998); 16) Programa de modernização do poder executivo federal; 17) Serviço integrado de atendimento ao cidadão.
[218] O Ministro Bresser Pereira perguntado em reunião do Conselho Nacional de Saúde a respeito do termo "publicizar" não ser encontrado no dicionário, respondeu dizendo "que uma língua é mais ou menos desenvolvida pelo número de palavras que possui e que o termo "*publicizar*" foi inventado para elucidar o que se pretende com a nova proposta de Organizações Sociais, que não seria privatizar nem estatizar, o significado ficaria entre privatizar e estatizar, ou seja, tornar público não estatal". BRASIL. Ata da 64º reunião ordinária. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1997.
[219] BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Organizações Sociais**. Cadernos da Reforma do Estado, Brasília, DF, nº 2, 1996.

Organização Social estará atrelada ao poder público somente através do contrato de gestão, instrumento que dará legalidade para este processo, celebrado a partir de um acordo entre o poder executivo e a entidade de direito privado então criada que estabelece metas de desempenho e práticas de controle[220].

O Estado "continuará a financiar a instituição, a própria organização social", aumentando assim a "eficiência e qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão-cliente a um custo menor"[221]. Para Bresser-Pereira, as Organizações Sociais representam uma "verdadeira revolução na gestão da prestação de serviços na área social", o "cidadão-cliente" em sua concepção terá "enfim a oportunidade de adquirir um serviço eficiente e de qualidade", partindo do princípio de que os serviços públicos jamais foram prestados em seu mínimo necessário.

O argumento de Bresser-Pereira produz a ideia de caos no funcionalismo e serviço público brasileiro, carecendo de dados e comprovações empíricas na trajetória da história da administração pública. Para o empresário tal política se dará a partir da introdução de "características de gestão cada vez mais próximas das praticadas no setor privado, o que deverá representar, entre outras vantagens: a contratação de pessoal nas condições de mercado; a adoção de normas próprias para compras e contratos; e ampla flexibilidade na execução do seu orçamento"[222]. Desse modo, o conceito de Organizações Sociais segundo o Mare corresponde a:

> Um modelo de organização pública não-estatal destinado a absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica. Trata-se de uma forma de propriedade pública não-estatal, constituída pelas associações civis sem fins lucrativos, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo e estão orientadas diretamente para o atendimento do interesse público. As OS são um modelo de parceria entre o Estado e a sociedade. O Estado continuará a fomentar as atividades publicizadas e exercerá sobre elas um controle estratégico: demandará resultados necessários ao atingimento dos objetivos das políticas públicas. O contrato de gestão é o instrumento que regulará as ações das OS[223].

O projeto de Organizações Sociais deixa claro a intenção em dissolver os preceitos legais da constituição no que diz respeito ao enquadramento jurídico e administrativo das

[220] REIS, Tiago Siqueira. **Trajetória político-institucional da Fiocruz (1970-2003)**: a flexibilização gerencial como projeto. 2016. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de História Contemporânea, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2016, p. 121-122.
[221] BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, Mare, 1995, p. 47.
[222] BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Organizações Sociais**. Cadernos da Reforma do Estado, Brasília, DF, nº 2, 1996, p. 14.
[223] Idem, p. 13.

instituições públicas, ao propor o fim da estabilidade do servidor público por contratos de livre acordo presentes no mercado privado, como CLT, terceirizados, contratos temporários etc., estabelecendo seus próprios planos de cargos e salários, bem como contratos de trabalhos sem qualquer garantia de plano de carreira, como acordos de trabalho por bolsa e autônomo. Objetivou também transferir a execução da prestação de serviços do setor público para o privado, desmantelando a história do funcionalismo público ao propor o fim de uma entidade pública para que ela ser torne organização social. A título de exemplo, entidades como a Fiocruz fundada em 1900, caso se transformasse em OS, perderia sua identidade institucional e a sua centenária história para converte-se em um novo ente de natureza privada. No entanto, o projeto de OSs do governo Cardoso não avançou como desejado, de modo que nenhuma fundação pública transformou-se em OS, verificou-se, por outro lado, a criação adicional de múltiplas instituições privadas sem fins lucrativos em diferentes setores, como saúde e educação.

Disseminou-se o consenso de que o gerencialismo superaria o Estado burocrático e todas as suas imperfeições, um Estado atrasado, patrimonialista, sufocado por seu enorme contingente de funcionários e atividades, marcadas pela ineficiência etc. A propaganda em torno do gerencialismo foi intensa na sociedade de maneira em geral, apontando-o como capaz de salvar o Estado de si próprio e se modernizar, tornando-se mais enxuto e sob técnicas e procedimentos eficazes de gestão, dentre outros.

Levando em consideração que a burocracia é uma categoria social específica da organização e funcionamento do aparelho de Estado, ou seja, sendo o aparelho de Estado atravessado e constituído por lutas de classe, a burocracia relaciona-se com as lutas travadas no aparelho de Estado e não de seu funcionamento próprio, a burocracia não detém poder próprio (Poulantzas, 1986). O Estado moderno capitalismo não pode prescindir da burocracia, pois ela é indispensável para seu funcionamento.

> Mesmo no caso em que a classe ou fração hegemônica for aquela em que são efetivamente recrutadas as cúpulas da burocracia, em que existe, portanto, identidade entre classes ou frações hegemônica e detentora, a relação entre a burocracia e o poder político daquela nem sempre é determinada pela sua atribuição de classe: essa relação passa pela mediação do Estado. Os caracteres de unidade e de coesão próprios da burocracia como categoria específica não são redutíveis, através da sua atribuição de classe, aos da classe-detentora a qual é também nesse caso a classe hegemônica, antes dependem da sua relação específica com o Estado e da sua atribuição ao aparelho de Estado. É isso que, precisamente, possibilita a autonomia relativa do seu funcionamento político relativamente à classe ou fração hegemônica, cujo poder ela exerce (Poulantzas, 1986, p 332-333).

Tomando a burocracia como indispensável para o Estado capitalista, deve ser entendida a partir de quais lutas estão sendo travadas no aparelho de Estado e quais autonomias estão em jogo. A burocracia estatal não foi alterada com o gerencialismo proposto pela reforma do Estado, ocorreu, por outro lado, a privatização de serviços públicos, a apropriação privada de capital de bens e serviços públicos. Agentes do Estado (da burocracia) perderam seu lugar para agentes do capital privado, mas a cúpula burocrática permaneceu intacta, pois não alterou a forma do aparelho de Estado de ser.

A burocracia estatal no Brasil desempenha um forte papel político, quando se tem em vista os órgãos públicos de controle, fiscalização, empresas públicas, fundações etc. Desse modo, observa-se uma grande extensão das funções estatais, implicando na possibilidade de existir diferentes domínios de poder no aparelho de Estado. As formas de dominação no aparelho de Estado definem não a burocracia em si, mas o burocratismo, isto é, o sistema de organização do aparelho de Estado, como as leis, regimentos, normas e todos os ordenamentos da ordem social.

Nesse sentido, sendo o aparelho de Estado a condensação material das lutas de classes, embora esteja sob o domínio dos interesses das classes dominantes e seja sua representante, também está atravessada e constituída pelas lutas das classes subalternas. Desse modo, a grande extensão dos serviços públicos presentes na estrutura estatal brasileira após a Constituição de 1988, organizados através de funcionários públicos de carreira com estabilidade, dentre outros fatores, ampliou o domínio do poder no aparelho de Estado entre classes e frações de classe. O projeto da reforma do Estado procurou reduzir ou eliminar esta força social da burocracia estatal, mantendo-se somente o núcleo burocrático de dominação.

Estudos recentes vêm demonstrando os vínculos orgânicos das APHs ligadas ao empresariado com a confecção e direção da reforma do Estado, objetivando atender aos seus interesses[224]. Também já é bastante evidenciado a falácia acerca do consenso forjado de que se estaria alterando a burocracia estatal pelo paradigma gerencial, ou seja, o gerencialismo para além do discurso, não consegue superar a burocracia, pois a burocracia é indispensável para o capital. Verificou-se na reforma do Estado o fortalecimento da sociedade civil no âmbito do empresariado, bem como a reconfiguração da "hierarquia interna do conjunto das agências e burocracia de Estado fortalecendo a alta burocracia e flexibilizando as formas de contratação

[224] TAVARES, Anderson. **Transformações no aparelho de estado e dominação burguesa no Brasil (1990-2010)**. Tese (Doutorado em História). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2020.

para oferta de direitos e serviços básicos através das concessões, organizações sociais e terceirizações"[225].

As lutas na sociedade civil no pós-1988 inauguraram uma fase de intensa disputa, diferentemente dos anos de 1970 e 80 de ofensiva das camadas populares e organização contra-hegemônica, os anos que seguem são de contraofensiva das classes e frações burguesas, especialmente visando retirar direitos socialmente conquistados e se apropriar de forma intensiva dos recursos públicos. São forjadas novas formas de convencimento e estratégias de desagregação das organizações de luta populares.

[225] Idem, p. 133.

CAPÍTULO 4

A QUESTÃO DA ESTATIZAÇÃO

4.1 Habermas e a teoria do agir comunicativo

Os agentes do Cebes e Abrasco do ponto de vista do planejamento e gestão em saúde, em grande medida recorrem às premissas teóricas, metodológicas e políticas do filósofo alemão Jürgen Habermas, especialmente a partir da teoria do agir comunicativo. Dessa forma, objetiva-se nesta parte da pesquisa tão somente examinar e levantar questões críticas acerca de certos postulados habermasianas da *teoria da ação comunicativa,* não se pretende, por outro lado, debater a totalidade e nuances da extensa obra do autor, o propósito é compreender e discutir seus usos por uma parte do pensamento em planejamento e gestão em saúde no Brasil vinculado ao grupo. Assim, tentaremos a seguir compreender com mais profundidade algumas noções que formam o pensamento de grande parte dos membros do Cebes e Abrasco.

O filósofo alemão da escola de Frankfurt em seu vasto repertório teórico ambiciona nada menos reformular a teoria crítica existente, enfrentando principalmente Max Weber[226] e o seu pensamento da modernidade e Karl Marx. Almeja-se "reconstruir o materialismo histórico"[227], colocando no lugar das teorias precedentes a teoria da razão comunicativa. Habermas escreve a partir de suas referências dos países de capitalismo avançado na Europa ocidental, desconsiderando outras realidades como a dos países do sul global, tendo como ponto central de sua análise o contexto do Estado de bem-estar social da segunda metade do século XX. Ao contrário de seus predecessores de Frankfurt[228], Habermas carrega o sentimento otimista e acredita na possibilidade de emancipação social do capitalismo a partir da reforma do sistema.

A esperança nutrida por Habermas parte de sua compreensão acerca do *welfare state* europeu, em razão de acreditar na existência de uma organização social capaz de assegurar a estabilidade social. Tal experimento é realizável porque o Estado se comporta como árbitro e

[226] Cf. LÖWY, Michael. Habermas e Weber. **Crítica Marxista**, n. 9, São Paulo, 1999.
[227] Cf. HABERMAS, Jürgen. **Para a Reconstrução do Materialismo Histórico**. São Paulo: Brasiliense, 1990.
[228] São exemplos: Theodor Adorno, Herbert Marcuse e Walter Benjamin. Ambos perseguiam uma ideia pessimista da história e lançavam duras críticas ao capitalismo, sem qualquer pretensão de emancipação dentro da ordem do capital, ao contrário do que postula Habermas.

pacificador das relações entre a esfera econômica e social, garantindo, assim, ações compensatórias e o mínimo necessário para a sobrevivência das pessoas, fundado na ideia de *democracia de massas*. Do ponto de vista de Estado de bem-estar social adotado por Habermas "os antagonismos do sistema podem ser equilibrados. Nessa perspectiva, o conflito de classes perde sua forma revolucionária; também não está excluída de antemão uma democratização progressiva da sociedade no interior da ordem econômica capitalista"[229]. Para Habermas, o conflito, a luta de classes e a impossibilidade de estabilidade social no capitalismo defendidas por Marx não possuem validade na contemporaneidade denominada de *capitalismo tardio*, isto porque, na concepção de Habermas a relação entre base e superestrutura na teoria de Marx separa Estado e economia, de modo que não se sustenta mais, pois este último não conseguiu prever a possibilidade de conexão e da existência do capitalismo estatalmente regulado. Habermas crê, portanto, na relação Estado e economia, regulado pelo primeiro, ao mesmo tempo em que o Estado interfere de forma a garantir políticas sociais e condições mínimas de sobrevivência da sociedade. Entende o Estado como agente mediador capaz de permitir a conciliação entre o capital e o trabalho, apaziguando os conflitos, extinguindo, desse modo, o horizonte das lutas de classes em sentido prático e analítico[230].

O Estado habermasiano corresponde a política, ao aparelho do Estado e consequentemente aos partidos políticos, por outro lado, a sociedade equivale a sua noção de sociedade civil, destinado a formação de uma cultura democrática, espaço dos movimentos sociais, organizações coletivas e dos sujeitos isolados ou coletivos. Estado e sociedade, desse modo, encontram-se em lados opostos, consubstanciados por uma lógica dual de pensar o mundo. No entanto, resta-nos questionar o lugar do econômico, pois diferentemente das vertentes de pensamento liberal, não se visualiza em Habermas a separação tríade entre Estado, sociedade e mercado, uma vez que o mercado ou lugar do econômico como quer o autor, coloca-se ao lado do Estado. Como vimos, para manter a estabilidade social, o Estado habermasiano operacionaliza a mediação entre a economia e a sociedade, salvaguardando a acumulação de capital, bem como inter-relacionando com a sociedade civil, interação que se torna mais potente com a radicalização da democracia, compreendida como produto da sociedade civil e incorporada pelo Estado. Habermas interpreta a sociedade como autônoma e do outro lado encontra-se o poder e o dinheiro, diga-se, o Estado e a economia organicamente relacionados e formadores do *capitalismo tardio*.

[229] HABERMAS, J. **Teoria e práxis**: estudos de filosofia social. São Paulo: Editora Unesp, 2011, p. 404
[230] HABERMAS, J. **Técnica e ciência como "ideologia".** Lisboa, Edições 70, 1987.

A dualidade de opostos é a base de seu pensamento, é por esse caminho que Habermas contrapõe a tese da centralidade do ser social encontrar-se no trabalho como na análise marxista, sendo substituída pela esfera comunicacional da intersubjetividade. O trabalho habermasiano é definido como técnica, agir instrumental, reduzido ao ato de produção e emprego. Habermas tomando como referência o "progresso" técnico e o desenvolvimento dos países de capitalismo avançado da Europa ocidental, sustenta o papel da ciência como a nova organização social e por consequência passa a ocupar o lugar da força produtiva, jogando por terra a teoria do valor de Marx, atribuindo validade universal para sua interpretação analítica de natureza micro. A tese habermasiana fatalista do trabalho não encontra-se desamparada, é de amplo conhecimento os muitos trabalhados produzidos, especialmente a partir das últimas décadas do século XX que levaram a óbito a categoria trabalho[231].

Desse modo, a racionalidade instrumental contida no trabalho como técnica localiza-se do lado oposto da racionalidade comunicativa onde se realiza a emancipação. A intersubjetividade ocupa o lugar do trabalho formando o complexo dual teórico habermasiano composto pelo *mundo da vida* e o *sistema*. O mundo da vida é o lugar transcendental onde a linguagem é o *ethos* da sociabilidade, terreno do saber, da cultura, de ordens legítimas de comunicação em sociedade asseguradoras da solidariedade dos participantes da comunicação e de personalidade compreendido como o conjunto de competências viabilizadoras da capacidade de fala e de ação comunicativa dos sujeitos[232]. A comunicação é central no mundo da vida, objetivando sempre o entendimento através do *agir comunicativo*, ou seja, a ação comunicativa ou agir comunicativo ocorre com no mínimo um emissor e um receptor em busca de trocas comunicativas capazes de alcançar um consenso/entendimento. Assim, Habermas a partir da ideia de mundo da vida desloca a racionalidade instrumental tecnocrática de teorias predecessoras para uma racionalidade linguística-comunicativa.

A comunicação voltada ao entendimento ocorre segundo nosso autor por meio dos atos de fala que comportam racionalidade, isto é, possuem fundamentos explicáveis e passíveis de validação. Há, porém a separação entre o *agir estratégico* e o *agir comunicativo*, sendo que no primeiro os atos de fala são voltados para uma ação teleológica da linguagem, de modo que a linguagem serve apenas como meio para se alcançar fins. Para Habermas no agir estratégico o objetivo dos sujeitos apoia-se em alcançar resultados finalísticos e para que isso ocorra podem

[231] Cf.: ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez Editora, 2008.
[232] HABERMAS, Jürgen. **Teoria do agir comunicativo,** vol. 2: sobre a crítica da razão funcionalista. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012b, p. 252-253.

lançar mão de práticas de coerção, ameaças, dentre outras maneiras lícitas ou ilícitas de conseguirem o que querem a partir de uma perspectiva contrária a cooperação e aos valores coletivos. A forma ideal habermasiana está no agir comunicativo, cuja finalidade máxima da linguagem é atingir o consenso através de uma fidelidade entre os sujeitos dispostos em condições de igualdade e liberdade de expressão. Dito de outra forma, o agir comunicativo é o ato comunicacional entre sujeitos que deixam de lado seus interesses pessoais, livres de qualquer coerção, hierarquias sociais, relações de poder, agindo de maneira impessoal com o objetivo único de auferir ao final o entendimento voltado para o bem comum.

O agir comunicativo está na esfera da sociedade, isto é, no *mundo da vida*, ao passo que o agir estratégico opera na lógica da ação instrumental, portanto, ligada ao *sistema* e vinculado a relação Estado-mercado. Lembrando que a sociedade civil habermasiana é autônoma, espaço produtor da democracia, de valores sociais, propagadora de convicções e da ocorrência da emancipação social e se realiza a linguagem e ação comunicacional através da interação dos sujeitos, sendo desvinculada do Estado e da economia. Não obstante, se de um lado está o mundo da vida, de outro figura o sistema, mantidos em caixas separadas em seu pensamento. O sistema opera pela razão instrumental, como vimos é voltada para os fins e relaciona-se no pensamento habermasiano com a racionalidade weberiana instrumental e burocrática

No sistema ocorre a reprodução material e se divide em subsistemas, o Estado (política) e a economia (mercado), tendo como meios controladores: o dinheiro e o poder. Na concepção habermasiana a tendência predominante é o sistema colonizar o mundo da vida, instrumentalizando-a. O grande nó teórico de Habermas é saber como harmonizar os dois lados, isto porque entende que não existia está divisão anteriormente, fruto do próprio sistema capitalista. Percebe-se, desse modo, a indisposição de Habermas em romper com o capital e suas formas de dominação, pelo contrário, entende a burocracia estatal e o mercado como necessários para a evolução social. Para tanto, como pólos opostos e autônomos, acredita que os desvios na ação comunicativa no mundo da vida são decorrentes da penetração da racionalidade econômica e administrativa. Está última como veremos mais adiante é tratada pela lógica administrativa burocrática, tecnicista e instrumental. Cabe ainda mencionar a perspectiva habermasiana de conciliação entre os dois pólos quando atribui as mazelas do capitalismo não a esta dualidade, a sua forma estrutural desigual, excludente e exploratória, mas

ao desequilíbrio entre os pólos, exatamente no momento da ocorrência da colonização do mundo da vida pelo sistema[233].

Habermas avalia que no contexto do Estado de bem-estar social europeu ocidental, o Estado passa a intervir na vida da população através da burocratização, controle e vigilância, causando constrangimentos na ação comunicacional a partir da colonização do mundo da vida. Assim, Habermas propõe a descolonização do mundo da vida, resultando na radicalização da autonomia da razão comunicativa sobre a razão instrumental, ou seja, consubstancia, desse modo, a utopia emancipatória habermasiana. Em outras palavras, esta utopia funda-se na negociação, na linguagem dirigida para construção de consensos e, a emancipação social se concretizará com sua predominância sobre o sistema.

Os enunciados habermasianos arrolados são de amplo conhecimento de pesquisadores sociais há várias décadas, inúmeros são seus adeptos de uma teoria que em grande medida repercutiu em amplo espectro nos debates do planejamento e gestão em saúde pública brasileira, como veremos a seguir. Em contrapartida, suas análises não passaram despercebidas pelos olhares atentos dos críticos e, não foram poucos, talvez em menor proporção se comparado com seus adeptos. Assim, longe de pretendermos lançar uma crítica das múltiplas possibilidades conceituais abertas pela teoria habermasiana, bem como de esgotar o assunto, concentraremos nossa atenção, nos limites da pesquisa, em destacar certos elementos que julgamos críticos e essenciais para o seu desenrolar na área da saúde.

Em primeiro lugar, acentuamos a famosa e copiosamente contestável defesa do fim da centralidade do trabalho substituída pela linguagem, compreendida como categoria fundante do ser social, que o separa dos organismos inorgânicos e do animal e responsável pela reprodução da vida humana. Ricardo Antunes em *Os sentidos do trabalho*, tomando como referência os escritos de Lukács, Marx e Engels, elaborou uma rica e profunda crítica a tais postulados, enfrentando frontalmente a teoria habermasiana e de outros fatalistas do trabalho. Em síntese, Antunes defende o papel ontológico do trabalho como fenômeno originário do ser social, entre o homem e a natureza e "como categoria intermediária que possibilita o salto ontológico das formas pré-humanas para o ser social"[234], capaz de permitir ao ser humano realizar formas mais complexificadas da práxis social, como a própria linguagem, a ciência, as artes, a política, religião, ética, dentre outras. As formas complexificadas mesmo sendo dotadas de maior

[233] PEREIRA, Mozart Silvano. **Democracia, legitimidade e capitalismo**: para uma crítica da teoria jurídico-política de Habermas. Dissertação (Mestrado em Direito), Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2013.
[234] ANTUNES, Ricardo. **Os Sentidos do Trabalho**: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. São Paulo: Boitempo,2009, p. 136.

autonomia e distanciamento em relação ao trabalho em sua forma primária, não autoriza afirmar que estão deslocadas, autônomas e em lados opostos. Antunes assinala que por mais complexas que sejam as formas superiores de interação social, os nexos com o trabalho entendido como categoria fundante são indissolúveis[235].

Em segundo lugar, ao operar pela lógica da disjunção dual entre mundo da vida e sistema, entre trabalho e intersubjetividade linguística, Habermas além de decretar o fim da centralidade do trabalho também leva a óbito a ação do sujeito social como agente transformador, uma vez que a linguagem assume seu papel. Isto nos leva a indagar se é possível a emancipação social, como quer o alemão, a partir da linguagem enquanto sujeito e objeto? Na compreensão de Habermas isto seria possível na medida em que ocorre a descolonização do mundo da vida pelo sistema. Assim, a ação transformadora que residiria no mundo da vida possui como traço distintivo a autonomia perante o sistema econômico e político, isto é, livre e independente do capital e de qualquer desdobramento que dele resulte. Seria possível no contexto do capitalismo a existência de vidas autônomas das relações de poder, de classe, dos interesses e da dominação do capital? A historiadora Virgínia Fontes esclarece a impossibilidade dessa utopia:

> Somente na sociedade capitalista moderna o econômico surge como instância decisiva, central e isolável da existência social. Pela extensão das relações sociais nas quais o capital se apoia, permite desvendar – com a condição de que se evite cuidadosamente todo o anacronismo – o que se ocultava sob as formas aparentes (religião, racismo etc.) da exploração de classes em modos anteriores. O capital repousa, porém, não em seus argumentos justificadores, nem na pretensa ciência que fomenta a economia, cujo objetivo é assegurar o crescimento da riqueza dos proprietários, mantendo-se as condições sociais dadas. Certamente, o capital depende da capacidade da extração sempre ampliada do sobretrabalho sob a forma da mais-valia, isto é, exploração de trabalhadores formalmente livres, e, como é essa a forma dominante que o sustenta, as explicações 'deslizam da evidenciação da condição social' na qual se baseia 'para a atividade' predominante da qual depende sua própria reprodução como forma de vida social, a acumulação ampliada ou o mais-valor. Deixa, pois, na sombra o elemento central: o capital baseia-se na permanente ampliação e exasperação de uma 'certa relação social' – a disponibilização massiva, tendencialmente atingindo toda a população, dos seres singulares convertidos em necessidade, em disposição única para a venda de força de trabalho sob quaisquer condições, base social para que de um mercado 'econômico' supostamente livre possa se generalizar. 'A expropriação massiva é condição inicial, meio e resultado da exploração capitalista[236].

[235] Idem, p. 142-146.
[236] FONTES, Virgínia. Determinação, história e materialidade. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 7, n. 2, Rio de Janeiro, 2009, p. 217.

Assim sendo, o capitalismo possui duas tendências inerentes e incontroláveis: a concentração de recursos sociais e a recriação permanente das expropriações sociais[237]. Para Fontes (2010), conforme já assinalamos no início deste capítulo, a forma social que dá sentido de existência ao capitalismo assenta na extração de mais-valor a partir do trabalho livre. Ainda que a concentração de recursos sociais e as expropriações sejam condições fundamentais para a concentração capitalista, não são suficientes, pois necessitam da combinação de extração de mais-valor com a disponibilidade de trabalhadores livres a fim de vender sua força de trabalho ao capital. Desse modo, diante da lógica do capital o trabalho realizado pela ação humana é condição sine qua non para sua existência. Toda e qualquer transformação dentro e para além do capital só é possível de se realizar pela ação do sujeito social, a linguagem serve como meio, como forma complexificada da interação social e organicamente vinculada ao trabalho como fundante do ser social. A extração de mais-valor através da exploração do trabalho, como base social do capital não descarta e jamais poderá prescindir de contradições entre capital e trabalho e das lutas de classes[238].

Na concepção do filósofo marxista húngaro István Mészáros a teoria de Habermas de autonomia e liberdade de diálogo é confrontada por uma realidade estruturalmente viciada, o resultado aparentemente "parece ser um consenso é na verdade o resultado, imposto de maneira mais ou menos unilateral, das *relações de poder* dominantes, que assume muitas vezes a enganosamente não-problemática forma de um intercâmbio comunicativa "produtor de concordância"[239]. Destarte, confiar que a saída reside no discurso e não nas condições materiais da vida, assumir a existência de esferas autônomas da vida humana sem a presença da política, do capital, dos interesses socialmente construídos pelo capitalismo, bem como crer no capitalismo como mero subsistema na órbita social é no limite uma argumentação utópica, frágil e desprovida de comprovação empírica, ao nosso juízo as hipóteses habermasianas aproximam-se de um revisionismo e negacionismo da história, servindo para corroborar e manter intactas as formas de dominação.

Em terceiro lugar, Habermas em sua dualidade entre o mundo da vida e o sistema, autonomizando a sociedade em contraposição ao econômico e o Estado (político), presta importante serviço para teorias liberais assentes na fragmentação tríade entre o Estado, economia e sociedade, usualmente conhecidas na contemporaneidade como teoria do terceiro setor. Sendo o sistema caracterizado por atos normativos, instrumentais e pela burocratização,

[237] FONTES, Virgínia. **O Brasil e o capital-imperialismo**: teoria e história. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2010.
[238] Idem.
[239] MÉSZÁROS, I. **O poder da ideologia**. São Paulo: Boitempo, 2014, p. 84.

a intervenção ou colonização do aparelho do Estado na sociedade é prejudicial para a democracia e para as negociações orientadas ao consenso. Portanto, a ideia de sociedade como espaço de flexibilidade, autonomia, racionalidade em contraposição a burocracia e tecnocracia, encaixa perfeitamente nas agendas políticas de reforma do Estado que visam o desacoplamento das funções públicas executadas pelo poder público para entidades nem públicas e nem privadas (no sentido mercadológico), mas por organizações da sociedade civil, ou seja, Organizações Sociais, Organizações não Governamentais (ONGs), Oscips, fundações de apoio, dentre outras.

Por fim, Habermas admite a possibilidade da existência harmônica entre os dois mundos e é a partir disso que acredita na mediação entre opostos através do discurso e da negociação. É por esse caminho que muitos estudiosos da área de planejamento e gestão em saúde percorrem suas análises, dentre as apropriações habermasianas pelos autores manifesta-se a mediação possível entre a relação público e privado. Além disso, estes pesquisadores atribuem a dita gestão burocrática o espaço por excelência da base social da administração pública brasileira, a esfera instrumental, propondo a transformação da gestão pela via comunicacional, cuja possibilidade encontra-se na administração denominada de gerencial ou gerencialismo. Veremos mais adiante os usos pelos agentes do Cebes e Abrasco das formulações de Habermas, tomando como foco o tema da gestão público e privada na saúde pública.

4.2 Consenso público e privado

Vimos no capítulo anterior o desdobramento do debate acerca da relação público e privado na saúde brasileira, especialmente a partir da questão da estatização. Constatamos que Cebes e Abrasco se posicionaram ao longo de suas trajetórias e do processo da Reforma Sanitária contrários a estatização da saúde. Diversos foram os argumentos, dentre os quais, a estratégia de democracia universal baseada na aliança entre classes, na harmonização entre público e privado na confecção do projeto sanitário, bem como a percepção de que o Estado é autoritário e centralizador, sendo necessário um pacto social para garantir a universalidade da saúde pública. Cebes e Abrasco buscaram os fins sem com isto eleger seu inimigo de classe, ou seja, o setor privado não foi visto como antagônico para o projeto da Reforma Sanitária, precisava, portanto, reestabelecer em novos formatos a relação, mas não pôr fim a ela. Vejamos agora como se processou o debate nos anos subsequentes a Constituição de 1988.

Os intelectuais do Cebes e Abrasco assim como grande parte da produção intelectual dos anos finais do século XX foram duramente influenciados pela queda do Muro de Berlim e do fim da União Soviética, quando ganharam enorme peso internacional teorias críticas postulando o fracasso das experiências socialistas e do Estado enquanto agente responsável pelo planejamento, promoção e execução de atividades econômicas e sociais através de empresas e instituições públicas. A crise do socialismo real deslocou o marxismo como referência teórica e política da ala majoritária do grupo Cebes/Abrasco para teorias diversas do campo social.

Os intelectuais do grupo passaram a acreditar na incapacidade e insuficiência do marxismo em lidar com os problemas atuais, ocorrendo em certos casos o abandono do marxismo e em outros na tentativa de sua atualização. Revelou-se uma restrita e limitada leitura do marxismo, na qual alguns sanitaristas chegaram a enunciar "a insuficiência do marxismo para trabalhar a questão da construção da sociabilidade (o homem enquanto ser social), na medida em que o mundo do trabalho seria suficiente para explicar o homem em ação" (Campos, 1991)[240].

Desse modo, o caminho teórico e metodológico percorrido por muitos adeptos do Cebes e Abrasco resultou na mesclagem de autores com pensamentos e orientações diversas, encontrando no filósofo alemão Jürgen Habermas uma de suas principais referências quando o debate se pautou pela questão da relação público e privado e da gestão pública. Este é um movimento de negação do marxismo como horizonte de luta característico da época, como demonstrou Coelho (2005), todas as referências do marxismo foram abandonadas por grande parte da esquerda.

> O projeto não está mais orientado para a identificação das contradições presentes nas relações sociais capitalistas ou para explorar as possibilidades, que elas abrem, de superação histórica do próprio capitalismo. São múltiplas as dimensões da ruptura, e em quase todas elas se pode observar uma característica comum aos vários discursos anti-marxistas desenvolvidos pelos ex- marxistas da esquerda: o que eles exibem como sendo a concepção da qual se afastam é um *espantalho*, uma caricatura que, na maioria das vezes, não corresponde nem mesmo às formas como eles mesmos se apropriavam do marxismo. A rigor é menos apropriado referir-se a este movimento como *crítica*, e muito mais como abandono ou, simplesmente, deserção. O *método do espantalho* mostrou-se, no entanto, eficiente (Coelho, 2005, p. 358).

[240] Há um claro desconhecimento da amplitude teórica e metodológica do marxismo, bem como de suas diversas correntes. Somente a título de exemplificação de autores internacionalmente reconhecidos, podemos citar os trabalhos de Edward Palmer Thompson em *A Formação da Classe Operária Inglesa* publicado em 3 volumes e *Costumes em Comum,* pelo qual traz enormes contribuições ao direcionar sua análise aos trabalhadores e sua capacidade de organização política e social, inaugurando assim a chamada *História Vista de Baixo.* Podemos ainda mencionar o marxista húngaro Georg Lukács em sua obra prima *Ontologia do Ser Social*, cuja temática responde em profundidade a ausência de debate no marxismo afirmada por Campos. Cabe ressaltar ainda a obra de Gramsci, referência utilizada pelos intelectuais do movimento sanitário, que por si só já preenche a lacuna de Campos.

No plano nacional as formulações dos intelectuais do grupo Cebes e Abrasco após o duro processo da queda do Muro de Berlin e da URSS, defrontaram-se com os primeiros anos de democracia no país, cuja superação da herança do centralismo do poder executivo, do autoritarismo da ditadura, do desprezo pelo serviço público eram centrais no debate dos sanitaristas quanto à construção do novo modelo de saúde pública. Confundia-se como explicitou Fontes (2010), governo com Estado, a ditadura civil-militar era confundida com o próprio Estado.

Para a materialização da reforma sanitária e de sua expressão institucional o SUS, ganharam peso teórico e político ações voltadas ao planejamento e a gestão em saúde pública. Nos anos de 1980 o assunto centrou-se nos aspectos conjunturais da ditadura civil-militar e do modelo precário e excludente da saúde relacionando-os com as estratégicas internas do Cebes e Abrasco, preconizada pela política de não-estatização da saúde, como vimos no capítulo anterior. Em um segundo momento, a partir da criação do SUS a atenção voltou-se para a efetividade da relação pública e privada, bem como para "o fortalecimento dos processos e sistemas de planejamento setorial, e também com a rearticulação acadêmica da área, em torno de questões relacionadas à pesquisa, ao ensino e à cooperação técnica no processo de implementação do SUS"[241].

O debate da relação público e privado no Cebes e Abrasco se apresenta no campo teórico, especialmente na área de P&G em Saúde, que dispõe de uma farta literatura nacional e internacional, na qual podemos encontrar trabalhos dedicados a discutir a sua trajetória, correntes de pensamento, métodos, aplicações, balanços da produção bibliográfica, dentre outros. O senso comum e inumeráveis adeptos do tema utilizam a perspectiva liberal de interpretação do fenômeno, tratando-o por um viés supostamente técnico, ancoradas na teoria liberal da área de gestão empresarial.

Os principais balanços indicam a existência de quatro diferentes linhas de produção intelectual sobre P&G em saúde no Brasil, são elas: Ensp/Fiocruz, USP, Unicamp e Instituto de Saúde Coletiva da UFBA[242]. Alertamos aos leitores que devido a amplitude do tema, faremos

[241] TEIXEIRA, Carmem Fontes; SÁ, Marilene de Castilho. Planejamento & Gestão em Saúde: situação atual e perspectivas para a pesquisa, o ensino e a cooperação técnica na área. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, 1996, p. 82.

[242] Cf.: MERHY, E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (org.). **Razão e Planejamento**. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995. p. 117-149; PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. **Política, Planejamento & Gestão em Saúde**; balanço do estado da arte. Revista de Saúde Pública, número especial, São

uma simplificação, de certo modo excessiva a título de exemplificação do assunto. Ressaltamos a existência de tensões e diferenças entre autores de cada um dos referidos grupos, entendidos como amplos e multiformes. Buscaremos de forma sumária identificar autores significativos em cada um desses grupos, levando em consideração nosso objeto de pesquisa.

De maneira sumária, os pesquisadores do grupo da USP apoiam-se na teoria do processo de trabalho e das necessidades de saúde. Por seu turno, o grupo da Unicamp representado dentre outros interlocutores por Emerson Merhy e Gastão Campos, baseiam-se em aspectos da micropolítica do trabalho em saúde, autonomia e co-gestão de coletivos etc. A escola baiana desenvolve estudos acerca da vigilância da saúde, "privilegiando o desenvolvimento de processos de análise da situação de saúde da população em territórios específicos como ponto de partida para a reorganização do processo de trabalho nas unidades que compõem a rede de serviços"[243]. Por fim o grupo da Ensp/Fiocruz, cuja principal característica refere-se à interlocução com a Teoria da Ação Comunicativa de Habermas. Todos de alguma maneira e em graus diferentes de influência possuem integrantes do Cebes e Abrasco e estão contidos nos espaços institucionais de debate da Abrasco, como a comissão de planejamento e gestão e nas páginas da revista Ciência e Saúde Coletiva.

Em que pese a posição contrária do Cebes e Abrasco ao modo neoliberal, pois o antimarxismo não supõe adequação direta ao neoliberalismo, podemos observar muitas aproximações com alguns de seus projetos e discursos ideológicos. Na tentativa de estabelecer cientificidade e ação ao projeto da reforma sanitária, assim como a prática operacional do SUS, os intelectuais do grupo acabam repetindo e caindo nas armadilhas da fábula neoliberal.

Observa-se em grande parte dos trabalhos publicados por autores do grupo e no plano mais amplo dos teóricos do P&G em saúde uma linha teórica e metodológica que não coloca em questão os aspectos políticos e os conflitos, isto é, as lutas de classes e intra-classes presentes nas formulações e implementações de políticas públicas. Discutem a possibilidade de melhorias no plano do presente, em outras palavras, na temporalidade dos projetos dados como acabados, sem questionar as estruturas sociais, como se elas não estivessem fadadas a mudanças, retrocessos e transformações substanciais a todo momento. O planejamento se torna um dogma para além da política, fechando em si mesmo. Além disso, reconhecem e acabam por aceitar a

Paulo, SP, 2006. p. 73-78; RIVERA, F. J.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 4, 1999. p. 355-365; TEIXEIRA, C. F.; VILASBOAS, A. L. Q. (Org.) ; Abreu, W. L. J. (Org.) ; Cerqueira, S. C. (Org.) ; Rocha, M (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010.

[243] TEIXEIRA, C. F.; VILASBOAS, A. L. Q.; Abreu, W. L. J. . Correntes de pensamento em Planejamento de saúde no Brasil. In: Carmen Teixeira. (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010, p. 42.

reforma do Estado de Bresser Pereira, buscando soluções para o interior da área a partir do planejamento e gestão que melhor se adequem.

Assim, ao terem como premissa a crise do socialismo, a ideia de fracasso do Estado como agente planejador e promotor de políticas públicas, bem como a insuficiência do marxismo enquanto teoria e prática, os grandes intelectuais do Cebes e Abrasco passam a desacreditar ainda mais na estatização. Podemos identificar percepções diferentes dentre alguns dos mais importantes nomes do Cebes e Abrasco, na medida em que não é possível concluir de forma homogênea a agenda e interpretação política e teórica do grupo. Nesse sentido, trazemos a seguir contribuições fundamentais de autores do grupo que tiveram papel de destaque nas agremiações e no debate acadêmico e político mais amplo sobre a temática.

Assim, para o cebiano Nelson Rodrigues dos Santos em *O Dilema Estatista*[244] e *O Dilema Estatista* II[245], publicado na Revista Saúde em Debate entre o final de 1989 e início de 1990, o país concentrava um grande número de empresas públicas, muitas delas federais, "além de não integrarem áreas estratégicas do desenvolvimento e de segurança nacional, vêm sendo pessimamente gerenciadas, e exigindo vultosas e constantes injeções do Tesouro Nacional, recursos estes que o mesmo Tesouro nega sistematicamente aos programas sociais"[246]. A *estatização exagerada* converteria em um quadro de "estagnação e sangria do Tesouro", sendo "óbvia, a necessidade imperiosa de transferir ao setor privado" através de um "corajoso e competente programa de desestatização ou privatização destas empresas, estimulando o setor privado a exercer sadiamente as leis de mercado e desenvolvimento" [247].

Santos propõe como superação para o inchaço do aparelho de Estado a permanência somente de instituições realmente necessárias e dentre elas situa-se a área da saúde. Para Santos as entidades públicas de saúde sofrem historicamente pressões e infiltrações externas em seus procedimentos e mecanismos pervertendo a sua natureza pública, denominando de *privatizações*. A noção de privatização apresentada pelo cebiano refere-se ao sentido de extrair do público seu verdadeiro caráter de prestador de serviços públicos, exemplificado a partir de uma série de desvirtuamentos de funções e capacidades abrangendo desde ações dos dirigentes aos pequenos atos do dia a dia dos trabalhadores da saúde, como por exemplo: a depreciação propositada de equipamentos e desperdício de material de consumo; ausência de estímulos para os funcionários elevarem sua competência e criatividade; ausência de critérios em

[244] SANTOS, Nelson Rodrigues. O dilema estatista. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 27, 1989.
[245] SANTOS, Nelson Rodrigues. O dilema estatista II. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 28, 1990.
[246] SANTOS, Nelson Rodrigues. O dilema estatista. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 27, 1989, p. 18.
[247] Ibidem.

procedimentos contratuais, convênios, salários, pagamentos como possíveis cobranças "por fora" aos usuários; baixa resolutividade nos serviços básicos de saúde; conluio ou submissão de trabalhadores públicos aos fornecedores de equipamentos, materiais médicos, consumo e de serviços gerais; incompetência técnica e administrativa; dupla militância (atuação ao mesmo tempo no público e no privado); descumprimento da jornada de trabalho (principalmente médicos e dentistas); vantagens remuneratórios; empreguismo e clientelismo[248].

Desse modo, escrito durante os anos inaugurais do SUS as colocações de Santos, ao nosso juízo, apesar de bem-intencionadas em relação a um ilusório "resgate do caráter público dos serviços públicos"[249], ao propor a desestatização e privatização de empresas e órgãos públicos acreditando no papel regulador e de prestação adequada de serviços do mercado, investe e fortalece o projeto hegemônico de criminalização do serviço público e da onipotência da mão invisível do mercado. A falsa ideia de eficiência e qualidade do mercado é reafirmada em detrimento da má gestão e desperdício de recursos, bens, materiais e procedimentos do serviço público. Coloca-se, portanto, a questão se menos Estado equivale a práticas liberais. Para Nelson dos Santos não resta dúvidas de que menos Estado diz respeito a privatizações através da disseminação de um "consenso difuso privatizante".

Chama atenção a vasta crítica da literatura especializada, especialmente nas páginas da revista do Cebes dos atos de corrupção, ineficiência, baixa qualidade de serviços, apropriação de recursos públicos etc., do mercado privado na saúde, porém, Santos não leva em conta as críticas ao privado quando o assunto ultrapassa os limites corporativos do setor saúde. Para Santos as deficiências gerencias e as questões estruturais do serviço público se resolvem com instituições públicas voltadas para a tomada de consciência de seus dirigentes e trabalhadores em relação aos objetivos exigidos pela função pública, cabendo aquelas responsáveis pelo inchamento do Estado as privatizações. Entretanto, Santos não especifica qual o critério adotado para qualificar a área ou instituição sujeita à desestatização, a sua defesa corporativista leva-o a desvalorizar outras atividades, ignorando as possibilidades de serem igualmente necessárias para o atendimento dos interesses sociais, preservando e proporcionando melhores condições de vida aos seus respectivos trabalhadores e à população. A análise de Santos sobre a temática do Estado a partir da ideia de inchaço e em defesa das privatizações se assemelha ao discurso hegemônico liberal, em que defende a privatização e ressalta o mercado como regulador natural

[248] SANTOS, Nelson Rodrigues. O dilema estatista. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 27, 1989, p. 18-19.
[249] Idem, p. 20.

da economia. Assim fazendo, está habilitando o próprio setor da saúde para apropriação integral do mercado.

Portanto, Santos promove a concepção de que o interesse público tratado como um fim em si mesmo é perseguido como ato finalístico capaz de sanar os conflitos de classe no terreno da relação Estado e sociedade. Tal ponto de vista permite considerar viável e aceitável a presença do setor privado na saúde pública, contanto que esteja presente o interesse público via contratos jurídicos. Em outras palavras, pode-se inferir que interesse público para Santos significa não ter de submeter a nenhuma instância, estatal ou coletiva, popular, de controle para o uso dos recursos públicos. Portanto, obedece ao bem público, porém age como se fosse o "dono" do Estado, fazendo o que considera ser a 'liberdade' do privado para agir sem controle. Em tese não podemos dizer que há interesse público sob o capital, e por isso a mera defesa do Estado é insuficiente, mesmo que se respeite à lei, considerando a lei como 'interesse público', isto porque, tanto a sua formulação quanto sua aplicação correspondem a luta por interesses, que pretendem e se apresentam como 'públicos'.

Podemos verificar, por exemplo, quando na análise dos vetos proferidos pelo governo Collor ao projeto da Lei Orgânica da Saúde em 1990 e os encaminhamentos políticos do setor saúde, a proposta de Santos acerca da existência de formas jurídicas de Fundações Privadas com a finalidade de desempenhar atividades públicas de forma mais flexível e autônoma afim de subverter as *privatizações* do real caráter público[250]. Mais à frente no artigo *A IX CNS, o SUS e "este" Estado*, publicado na revista Saúde em Debate um mês antes da IX Conferência Nacional de Saúde, Santos discute o tema da gestão pública e o aparelho de Estado. Considera que a organização da administração pública direta e indireta "tornou-se hoje anti-pública e anti-social, e de maneira irrecuperável: é necessário recriar procedimentos, compatíveis somente com as atividades finais e com um claro caminho de mudança do atual modelo assistencial"[251]. Trata-se de considerar a prestação da saúde como um serviço, desconsiderando a complexidade de seu processo produtivo e, com isso, deixando à sombra todos os demais atos produtivos da vida social e, também as classes sociais. Pretende-se quantificar a 'produtividade' do trabalhador na saúde, reduzindo-o à condição de mero trabalhador, domesticando-os para intensificar a exploração fora e dentro, ao contrário de incentivá-los e despertar entusiasmo nos trabalhadores.

[250] SANTOS, Nelson Rodrigues. O SUDS, o SUS, os vetos e a sanção do projeto. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 30, 1990, p. 7.
[251] SANTOS, Nelson Rodrigues. A IX C.N.S., o SUS e "este" Estado. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 35, 1992, p. 27.

Assim, o médico cebiano ao examinar os dois primeiros anos do SUS aponta para a existência de um quadro dramático na saúde pública marcado pela falência de sua organização e funcionamento. Em sua avaliação a questão residiria em saber qual a melhor forma de gestão e procedimentos de funcionamento, como gastos, política de pessoal e quais posturas profissionais as equipes deveriam adotar para garantir direitos de cidadania aos usuários. A partir de uma análise micro da realidade e não se atentando para as lutas e conflitos de classe, Santos em seu diagnóstico julga a possibilidade de coexistência pacífica e harmônica na prestação de serviços públicos entre o setor público e o privado, assim como sinaliza a necessidade de superar o imaginário do público e estatal enquanto diretamente correspondente a serviços verdadeiramente públicos. Santos acredita na qualidade do privado como prestador de serviços públicos, pautados pelos princípios da ética pública, voltados para os interesses e necessidades de saúde da sociedade, da universalização, equidade, integralidade e acesso democrático, com controle social, deixando de lado o lucro ou a geração dele através das entidades sem fins lucrativos, a corrupção e os interesses particulares próprios do setor privado para servir exemplarmente aos interesses do serviço público. Em suas palavras,

> Esgotou-se, inclusive a nível mundial, a polarização estatismo x liberalismo, ou setor público x setor privado. Ficou clara em nosso país, a falácia de que o que é estatal significa simples e decorrentemente ser de interesse público, mormente com "*este"* Estado, privatizado no pior sentido, por setores empresariais e outros corporativos. Ficou claro também, que várias formas de entidades não governamentais, estatuídas com compromissos sociais ou comunitários e sem fins lucrativos, podem efetivar importantes papéis públicos, inclusive com gestão democratizada e parceira com o poder público. Aqui reside mais um desafio estratégico, qual seja, organizar e implementar o SUS, levando em conta o pluralismo institucional público e privado, a reforma/democratização do Estado, a nova relação do Poder Público com os estabelecimentos de saúde públicos e privados, e a efetiva participação da sociedade organizada neste processo, tudo subordinado aos princípios e diretrizes do SUS[252].

O entendimento de Santos quanto a presença privada na saúde não equivale a clássica privatização do bem público, como vimos a privatização caberia a outros setores públicos, na saúde o público e o privado atuariam em conjunto a fim de atender às necessidades da sociedade. O privado refere-se tanto ao mercado propriamente dito como instituições de natureza jurídica do direito privado sem fins lucrativos vinculadas ao público através de convênios e contratos, exemplo das Fundações Privadas, Fundações de Apoio Privado, Organizações Não Governamentais (ONGs), dentre outras. A proposta de Santos revela a descrença na capacidade pública de gestão e na organização do Estado, contudo, para não

[252] SANTOS, Nelson Rodrigues. A IX C.N.S., o SUS e "este" Estado. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 35, 1992, p. 27.

entregar a saúde exclusivamente ao setor privado o que acarretaria o desastre da reforma sanitária, a saída seria investir nos modelos de gestão de direito privado por convênio e contratos. Cabe ressaltar ainda o caminho diverso do cebiano em relação às deliberações dos participantes da IX Conferência Nacional de Saúde[253], quando decidiram pela saúde pública sob gestão e responsabilidade do Estado, repudiando qualquer modelo de natureza privada vinculado ao poder público, salvo o complementar previsto em lei.

O dilema estatista proposto por Santos, escrito na fase de nascimento do SUS e no ensaio neoliberal de reforma do aparelho do Estado no país, encontra paralelo nas formulações de seu companheiro de Cebes, Eleutério Rodriguez Neto em *O SUS e o setor privado: vamos moralizar essas relações*. O texto de Neto publicado pela revista Saúde em Debate em março de 1996, ano da X Conferência Nacional de Saúde e com a pretensão de subsidiar os debates do evento, discutiu a relação do SUS (público) e do privado. Não obstante, não são abordados os novos modelos de gestão privado sem fins lucrativos vinculados ao público. Aponta a existência de 70% do financiamento com saúde de origem pública nas esferas federal, estadual e municipal, restando 30% correspondente a pagamentos com pessoal, empresas e serviços ou contratação via convênios e planos de saúde. Para Neto existe dois tipos de setor privado: "um dependente dos recursos públicos e outro supostamente independente"[254].

> O primeiro, não é um setor privado típico, na medida que expandiu-se por estímulo e apoio financeiro da Previdência Social na década de 1970, não disputa mercado e tem garantia da compra de sua *produção* pelo setor público (antes o INAMPS e agora o SUS), sendo responsável por 70% das internações hospitalares no país. O outro segmento tem várias formas de organização, sendo representado majoritariamente pelos planos e seguros de saúde que hoje alcançam cerca de 30 milhões de pessoas, na busca de segurança de atendimento que não encontram no SUS, e movimentam mais de 8 bilhões de Reais, ou cerca de 2/3 do orçamento do Ministério da Saúde. Embora tido como *autônomo* em relação ao recurso público, na verdade esse segmento beneficia-se de várias formas desse recurso: na dedução do Imposto de Renda, na apuração dos balanços e lucros das empresas, das isenções tributárias decorrentes de alegadas finalidades filantrópicas (na maioria *pilantrópicas*) e, sobretudo, do uso corrente dos serviços públicos pelos seus beneficiários, especialmente em emergências e procedimentos de alto custo[255].

Neto ressalta a relação orgânica e promiscua entre os recursos públicos e os serviços privados, todavia, diante da hipótese da presença de *mocinho* e *bandido*, adverte para não incorremos no simplismo de culpabilizar apenas o setor privado, pois a distorção do sistema de

[253] Santos assumiu a coordenação do Grupo de Trabalho Técnico da IX CNS.
[254] NETO, Eleutério Rodriguez. O SUS e o setor privado: vamos moralizar essas relações. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 49/50, 1996, p. 9.
[255] Ibidem.

saúde é consequência direta da "omissão, tolerância e conivência e mesmo estímulo do poder público, através de interesse e privilégios permitidos pela legislação e, muitas vezes, instalados dentro do próprio serviço público, na velha prática da dupla militância, do *servir a dois senhores*"[256]. O Estado, desse modo, "deixou de cumprir seu papel nos cometimentos constitucionais e legais, como o setor privado ignorou olimpicamente a sua subordinação ao interesse e relevância pública definidos pela Constituição"[257]. Eleutério Neto, assim como Nelson dos Santos, considera parte do desfecho como consequência da herança privatista e mercadológica instaurada no país após o golpe de 1964. Por efeito, aponta o papel do SUS de carregar a missão de estabelecer novos vínculos e princípios morais, na qualidade de agente pacificador da relação público e privado, sobretudo através da complementariedade dos serviços públicos pelo setor privado previsto em lei.

Quando Neto diz não haver uma relação de *mocinho* e *bandido* e culpabiliza o poder público por agir em conluio com os interesses privados ora divergentes dos princípios do SUS, de certo modo nos permite levantar a hipótese de que se confeccionou uma visão interpretativa de Estado e sociedade operando separadamente. Entende-se a partir de tal concepção o aparelho de Estado como portador de uma razão própria, isto é, separando Estado e sociedade civil. O argumento de Neto desconsidera a própria ação do movimento sanitário na correlação de forças, uma vez que desconsidera que, mesmo subalterno, tratou-se de uma conquista diretamente derivada de lutas de diversos setores, o que é compreensível quando levamos em consideração a noção de Estado como "a condensação material e específica de uma relação de forças entre classes e frações de classes" (Poulantzas, 2015, p. 148). Portanto, em sua análise *mocinho* e *bandido* são sujeitos estanques, como se houvesse um aparelho do Estado desvinculado das lutas e empresariado em geral e, em especial, da saúde.

Ao culpabilizar as instâncias públicas do Estado pela relação corrupta com o setor igualmente corrupto privado, Neto não esclarece o verdadeiro teor da relação e os sujeitos e seus grupos de interesses vinculados a ocupação de espaços no aparelho de Estado. Neto, porém, parece optar por tratar o Estado como uma espécie de entidade genérica e, sobre este recaem as mais pesadas críticas. Neto sequer observa que o conteúdo de sua crítica era produto da elaboração de grupos empresariais e atendia a seus interesses. Assim, desconsiderando o fato de grande parte dos problemas acerca da saúde coletiva serem produtos da ação dos interesses

[256] Ibidem.
[257] Idem, p. 10.

privados, crê no pacto entre o público e o privado, propondo soluções baseadas em atos técnicos, formais e morais.

> Necessário que se proceda a uma **moralização** das relações entre o setor público e o setor privado de prestação de serviços de saúde, por meio de uma efetiva atuação do setor público, vale dizer, do SUS, em todas as esferas de governo, no cumprimento do seu mister: isto é, fazer que a saúde seja um direito de todos, sem privilégios, por meio de uma real política pública. No âmbito dos serviços contratados e conveniados é imperioso que se proceda a: imediata descentralização do poder de contratação e pagamento para estados e municípios; subordinação do seu controle aos conselhos de saúde respectivos e revisão dos direitos e deveres nos termos de contratos, garantindo, por exemplo, o cumprimento de normas técnicas definidas pelo SUS e o reinvestimento no setor (ao longo de todos esses anos, os proprietários desses serviços canalizaram vultosos recursos para outros setores, como principalmente o latifúndio). É essencial também o combate à impunidade, principal estímulo à continuidade dessas práticas, e o estabelecimento de novas regras que permitam, com agilidade, a intervenção a desapropriação e mesmo a expropriação dos serviços de descumprirem seus acordos ou ferirem o interesse público. Como pecado original, é fundamental que se discutam e se experimentem novas formas de remuneração dos serviços, eliminando-se o pagamento por produção (AIH), *fator incontrolável de corrupção* e indutor de distorções na oferta e na demanda; por que não se pensar em licitação global, pagamento *per capita,* etc. [258]. (grifo nosso)

O nó górdio do ponto de vista de Santos e Neto, representantes históricos do Cebes, pode ser constatado, por um lado, ao tratarem da questão da gestão dos serviços públicos, defendem que o cumprimento do interesse público será garantido exatamente pelo mesmo Estado e funcionalismo público do qual desconfiam e julgam falidos. Por outro lado, a despeito das inúmeras críticas ao setor privado e reconhecendo seu papel central na distorção do sistema público, permanecem confiantes na possibilidade de moralizar a relação público e privado e em nenhum momento a presença do privado na complementariedade do sistema é colocado em dúvida.

Desse modo, questionamos como é possível garantir que a relação pública com as variedades de privado cumprirão as normas e trilhará os princípios do SUS? O contrato de gestão e convênio seriam suficientes? Se tomarmos a concepção de que o Estado está falido e corrompido estruturalmente como argumenta Santos, como garantir que o privado enquanto ator que historicamente vem desvirtuando e parasitando o serviço público mudará seu posicionamento diante do controle do poder público que julgam falido, e por simples ato de fé e moralidade, bem como o instrumento jurídico contratual, farão com que atuem em consonância com os valores públicos? Podem a reforma sanitária e o SUS avançarem apenas

[258] NETO, Eleutério Rodriguez. O SUS e o setor privado: vamos moralizar essas relações. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 49/50, 1996, p. 10.

pela moralização dessa relação? E por que não investir na reforma do público ao invés de investir de imediato na gestão e valores do privado?

Os princípios morais e éticos compõem grande parte do arcabouço teórico dos intelectuais do Cebes e Abrasco e parecem se descolar das bases sociais. Assim como Neto, o cebiano Emerson Merhy professor de Medicina da Unicamp, em sua vasta e sofisticada obra acerca da gestão pública sustenta a necessidade dos governantes assumiram valores ético-morais orientados pelos princípios da cidadania e da defesa da vida. Para Merhy a verdadeira eficiência do sistema de saúde seria alcançada com a criação de "um novo modo de agir no setor, marcado pela defesa radical da vida, individual e coletiva"[259]. A chave explicativa baseia-se na teoria da ação do sujeito - *o agir em saúde*, tal ação preconiza a manifestação do setor público e do privado por um ato de vontade e tomados pela consciência sanitária passariam a adotar valores ético-morais em defesa da vida e dos princípios da reforma sanitária. Desse modo, Merhy acredita na existência de uma "sociedade interessada na vida e não na morte, e uma articulação entre: o público e o privado, os trabalhadores de saúde e os usuários, o governo e os cidadãos, que se ordena pela busca de uma sociedade mais justa e democrática, onde todos possam governar"[260].

Merhy defende uma reforma do Estado e da gestão em saúde capaz de transformar o terreno do instituído, isto é, a saúde dominada histórico e socialmente por forças políticas hegemônicas e, no lugar propor a "produção de novos lócus de poderes instituintes"[261]. Para Merhy as mudanças ou se baseiam em transformar a alta concentração de poder instituído ou apoiam em estratégias que explorem o que ele chama de *tensões potências,* "para gerar novos desenhos territoriais e novas direcionalidades no agir em saúde"[262]. Sugere percorrer o caminho pela análise micropolítica do trabalho vivo em saúde através da intervenção na gestão do cotidiano, separando as questões macrossociais e políticas, dentre outros aspectos, a escassez de recursos financeiros, políticas neoliberais, ausência de legislação efetiva etc., dos fatores internos na saúde compreendidos na forma de "uma profunda crise de falta de eficácia e efetividade dos serviços de saúde, públicos e privados", caracterizado pela desumanização na prestação de serviços, descomprometimento dos trabalhadores com as necessidades dos usuários, baixa resolução dos problemas, desigualdade alarmante no atendimento às classes

[259] MERHY, Emerson Elias. Ineficiência do setor público. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 35, 1992, p. 50.
[260] Ibidem.
[261] MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999, p. 306.
[262] Ibidem.

com privilégio aos que podem pagar pelos serviços e reduzida efetividade das ações de saúde na melhoria da qualidade de vida da população[263].

A partir do elenco dos enunciados que compõe o quadro interno da saúde brasileira no âmbito público e privado, Merhy propõe concentrarmos esforços em transformar o cotidiano através do estabelecimento de novos modos dos trabalhadores se relacionarem com as necessidades da sociedade, pois "não basta corrigirmos procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde"[264]. A atenção se volta para a tomada de consciência do trabalhador frente aos obstáculos a qualidade da prestação de serviço, desse modo, outorga agência ao trabalhador de saúde na medida em que o ato de *agir* cabe tão somente ao trabalhador e sua relação com a coletividade (trabalhadores da saúde), tendo no horizonte como objetivo único o atendimento ao usuário, cuja responsabilidade consiste em "desenvolver a capacidade de criar interrogações sobre o que está ocorrendo, abrindo possibilidades do trabalhador coletivo inventar modos novos e singulares de realizar o trabalho em saúde em situações concretas"[265]. Merhy propõe a responsabilização dos atos do trabalhador em saúde pelo ângulo da possibilidade de assumirem o papel de autogestores dos processos de trabalho e nas situações cotidianas abrem-se brechas para a partir do "trabalho vivo" agir de forma autônoma e livre, mediadas pela *negociação*. Em outras palavras, o trabalhador assume o *autogoverno* do seu trabalho e, por consequência, a solução dos problemas resulta somente de seu próprio esforço.

Apesar de conferir agência ao sujeito, trata-se de uma agência limitada a ações finalísticas determinadas pelos valores ético-morais e aos princípios do SUS e ao atendimento às necessidades dos usuários. Os limites ficam evidentes também por não considerar às questões organizacionais dos trabalhadores, seus interesses, necessidades, perspectivas de futuro, consciência de classe e os conflitos de classe. E, sobretudo, pelo abandono da reflexão sobre a totalidade não apenas do SUS e da saúde, mas deste SUS e desta saúde no Brasil concreto. Portanto, o *agir* subordina-se aos atos finalísticos, cuja premissa baseia-se na noção de *compromisso*. O agente social, isto é, o trabalhador individualizado em saúde, assume o papel de instrumento e meio para alcançar o atendimento humanizado e não protagonista e agente transformador da coletividade. Tal corrente interpretativa dispõe de vasto quantitativo de autores, tendo como base teórica principal o pensamento do filósofo e sociólogo alemão Jürgen Habermas.

---

[263] MERHY, Emerson Elias. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Sonia Fleury. (Org.). **Saúde e Democracia** - A luta do CEBES. 1ed.São Paulo - SP: Lemos, 1997, v. 1, p. 125.
[264] Idem, p. 126.
[265] Idem, p. 141.

Outro importante protagonista do debate acerca do estatuto público e privado e a gestão em saúde pública diz respeito ao médico e professor de Medicina da Unicamp Gastão Wagner de Souza Campos, especialmente a partir de seu trabalho intitulado *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. A investigação fruto de sua tese de doutorado em Medicina Preventiva defendido na mesma universidade em 1991[266]. Campos certamente é um dos mais notáveis intelectuais e agente político do movimento sanitário da geração dos fins dos anos de 1980 até os nossos dias. As considerações de Campos assim como de seus colegas são de enorme importância para a construção da saúde pública e da reforma sanitária brasileira, no entanto, também está carregada de contradições como veremos com mais detalhes adiante, motivo que não torna sua obra e de seus colegas de movimento sanitário menos importante e valiosa para a luta na área da saúde.

A hipótese de Campos baseia-se na existência hegemônica de formas de produção neoliberal na estrutura histórico e social da área da saúde que vem se espalhando e impregnando por toda a cadeia organizacional do sistema de saúde brasileiro. A análise concentra-se na dinâmica interna do setor, levando em consideração a sua composição em diferentes modalidades assistenciais complexas e conjugadas, formado pelo "trabalho assalariado, de pequenos produtos autônomos independentes ou em associação com outras instituições, empresas e ação estatal"[267]. Campos elenca uma série de situações do cotidiano e da organização da área da saúde predominantemente consumida por práticas liberais, destacando o modelo baseado na assistência individual e curativa, a supremacia da assistência hospitalar, bem como a participação dupla do médico na cadeia assistencial, ora em atividades assalariadas e ora na típica prática liberal por meio do trabalho em consultório, em cooperativas etc.[268].

Em sua avaliação não se instituiu no país normas e controles sobre os trabalhadores da saúde e o exercício clínico. Tomando a prática liberal como característica da formação histórica brasileira da saúde afirma que não houve o seu desaparecimento frente ao surgimento do assalariamento, de políticas públicas como o SUS, bem como de ideologias e ações políticas

[266] Campos trabalhou como servidor público na Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (SES/SP) de 1977 até 1982, quando assumiu o cargo de professor na Unicamp. Além de Médico Sanitarista atuou em diferentes funções SES/SP, como Assessor de Serviços Técnicos Especializados em 1977 a 1978, Diretor Técnico de 1978 a 1982 no Centro de Saúde II de Utinga no município de Santo André e Diretor Técnico no Centro de Saúde Escola de Paulínia de 1983 a 1988. As experiências acumuladas na gestão pública foram fundamentais para a elaboração de suas hipóteses na tese de doutorado, conforme salientado pelo autor em sua introdução na obra. A título de continuidade do trabalho do autor e de sua importância no movimento sanitário, Campos assume em 2015 até o momento a Presidência da Abrasco. CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva), Universidade de Campinas, Campinas, 1991.
[267] Campos (1991, p. 52).
[268] Idem, p. 65

tais quais o neoliberalismo, pois as práticas liberais adaptaram-se às formas de produção neoliberal da saúde "sem que houvesse alterações substantivas da sua natureza básica"[269]. O projeto contra-hegemônico da reforma sanitária e o SUS não foram capazes de superar o *status quo* do modo de produção liberal na saúde,

> não houve uma expropriação completa de meios de trabalho: levantamentos realizados indicam que quase dois terços dos médicos em exercício possuem consultórios ou trabalham como autônomos, as cooperativas médicas são hoje a segunda modalidade de atenção privada no Brasil, aparecendo logo depois da medicina de grupo. (...) A expansão da assistência, o processo de capitalização e de intervenção do Estado no setor, impuseram intermediários que também decidem sobre o custeio e o financiamento da atenção. Só que a presença de intermediários não alterou uma série de componentes da prática liberal e nem destruiu a predominância do mercado, apenas os adaptou à nova situação. Assim, o assalariamento, embora presente, é parcial. Os pequenos produtores preservam uma autonomia relativa em sua relação com a clientela, com os meios de trabalho e entre si. Não havendo qualquer indício empírico de que se trata de uma situação de transição, já que estas modalidades tendem, ao contrário, ao crescimento e se reproduzem em todos aqueles países capitalistas onde não houve a socialização dos serviços de saúde[270].

Para o sanitarista a presença da complexa teia das formas de produção neoliberal na saúde tem permitido a reprodução mercantil no setor, com protagonismo do empresariado e de profissionais médicos e dentistas, bem como o Estado estaria intimamente relacionado e interligado. O entrelaçamento das formas neoliberais se inscreve no domínio do Estado a partir da relação de três grupos do funcionalismo público, os burocratas, os intelectuais ocupantes de postos de gestão, planejamento e comando e o grupo dos médicos e trabalhadores da saúde[271]. Visto como a categoria mais organizada e detentora de poder no campo da saúde, os médicos desempenham papel fundamental na elaboração, divulgação e legitimação cultural e ideológica neoliberal. Campos aponta que o projeto do grupo médico para o serviço público utiliza como espelho os métodos do setor privado e visa a privatização em benefício de grupos privados. Não obstante, por estarem vinculados ao poder público defendem a duplicidade da origem dos recursos, sendo eles públicos e privados, com ampla autonomia de gestão e estabelecimento de novos edifícios para os serviços públicos, ou seja, liberdade para criar instituições de natureza pública privatizantes, como fundações, organizações sociais etc. Reforçando em novas bases a prática liberal, os principais objetivos do grupo médico se expressou na busca por fontes alternativas de recursos financeiros para o corpo clínico, assim como "fosse autorizado a

[269] Idem, p. 60-61.
[270] Idem, p. 94-96.
[271] Idem, p. 191.

atender clientes particulares captados livremente no mercado, desde que também reservasse parte da capacidade instalada aos pacientes do SUS"[272].

Do ponto de vista dos intelectuais da burocracia, Campos retoma o antigo debate da via institucional e da querela com sua colega Sônia Fleury. A discordância direcionou-se na crítica ao projeto político do Cebes e Abrasco em adotar como tática e estratégia a tecno-burocracia na condução e articulação do processo de reforma sanitária. Em sua concepção os intelectuais burocratas do movimento sanitário não passariam de "oficiais de segundo escalão" e dispensáveis na correlação de forças no aparelho estatal. Por outro lado, reconhece o importante papel do grupo na difusão da cultura sanitária, porém, "constata-se também que não conseguiram, só por seu desempenho como dirigentes ou assessores, alterar significativamente nem a lógica hegemônica do modo neoliberal, e nem a utilização privada da coisa pública"[273]. Desse modo, defende a ideia de que tais intelectuais atuaram na mediação de conflitos e interesses diversos, como os da categoria médica e dos setores privados, subordinando-se ao projeto dominante neoliberal. A conclusão que chega nosso autor é de que o grupo de intelectuais burocratas do campo progressista ao invés de consolidar o projeto da reforma sanitária, vem contrariamente reforçando o projeto privatista. Em suas palavras,

> Apesar da predominância de um discurso favorável ao SUS, os técnicos e intelectuais da área pública vem perdendo a batalha junto à opinião pública. O projeto neoliberal vem ocupando maior espaço nos meios de comunicação de massa, sem uma contra-ofensiva de peso dos interlocutores do movimento sanitário. Em parte, esta timidez é decorrência da posição ambígua dos tecno-burocratas. Sempre presos a contingência de defenderem posições reformistas e ao mesmo tempo comporem com os interesses dos ocupantes do poder público, geralmente coniventes com a privatização dos serviços públicos, com a distribuição clientelista de recursos financeiros e com os interesses particulares das várias corporações do setor saúde[274].

Campos argumenta que devido a incapacidade de mudança por parte do bloco reformista e sua adaptação ao projeto dominante, floresce em certos intelectuais do grupo discursos e ideias carregadas de utopias e sem condições de se realizarem como forma de minimizar a realidade. Está falando do projeto de estatização do sistema de saúde defendido por alguns setores intelectuais progressistas, visto por ele como irreal e em desacordo com a história da população brasileira, "do ponto de vista prático, este discurso funciona como uma espécie de fuga à realidade diante da impotência concreta destes atores frente a capacidade de resistência

[272] Idem, p. 211-212.
[273] Idem, p. 199.
[274] Idem, p. 199-200.

do status-quo"[275]. Campos entende que não é possível um projeto reformista baseado na liquidação da atenção clínica e individual, ou seja, a prática liberal na saúde, sendo impossível a realização de uma reforma sanitária "contra os médicos"[276]. Adota como projeto a inclusão de demandas e necessidades da agenda médica, sem que ocorra perda dos princípios basilares do SUS, assim como advoga a conquista da opinião pública, especialmente do que ele designa de "massas desorganizadas, presas ao imediatismo imposto por suas duras condições de sobrevivência e presas fáceis dos mais variados tipos de demagogia"[277].

A crítica de Campos é lançada ao grupo de intelectuais progressistas defensores da estatização, aos adeptos da ação pela via institucional e até mesmo de grande parte da esquerda brasileira por não compreenderem a natureza e a capacidade de reprodução das formas de produção neoliberal na saúde e por supor a "imutabilidade do modelo dominante, como se ele tivesse vindo para ficar para sempre. Restaría-nos o consolo de conserta-lhe alguns defeitos e disfunções, mas nunca estariam dadas as condições para transformá-lo radicalmente"[278].

As teses lançadas por Campos são profícuas para a reflexão da reforma sanitária, pois traz à tona questões de difícil resolução que devem ser enfrentadas. Questionamos se é possível pensarmos em um modelo universalista, público e social mantendo privilégios a uma categoria de trabalho. Como envolver tais massas sociais descritas por Campos no projeto reformista preservando o *modus operandi* da classe médica? Como conquistar a opinião pública sabendo que os médicos liberais são os principais entraves imediatos da formação de consciência e ética sanitária no país? Coloca-se ainda a questão da estatização da saúde, para Campos,

> Em primeiro lugar, a ideia de que a estatização dos meios de produção de bens ou serviços resolveria as "contradições antagônicas", e que a superação estrutural dos conflitos entre burguesia e trabalhadores criaria condições para o estabelecimento de um consenso sobre os modos de bem governar. Essa posição subestima a importância dos conflitos decorrente das diferentes inserções dos atores sociais no processo de produção e de suas diversas relações com o poder e com o aparelho de governo, mesmo quando haja socialização, total ou parcial, dos meios de produção. Assim, não são considerados como antagônicas situações que levam os sujeitos a adotarem diferentes projetos políticos de organização da sociedade, como é o caso das diferenças entre cidade e campo, entre trabalhadores e usuários de um dado sistema, entre governantes e governados, entre médicos e outros profissionais de saúde. Em segundo lugar, fica subentendido que a mudança realmente decisiva para a superação das contradições típicas do capitalismo seria a estatização, após o que tratar-se-ia apenas de "administrar a reprodução e o crescimento" do já estabelecido. Este caminho conduz ao conservadorismo e reforça o burocratismo e a estagnação do processo de mudanças, já que não é devidamente valorizada a questão da socialização do poder, a necessidade de mudanças nos padrões de desenvolvimento e de acesso

[275] Idem, p. 231.
[276] Idem, p. 236.
[277] Idem, p. 237.
[278] Idem, p. 239-240.

> dos cidadãos aos benefícios da civilização. Enfim, essa linha teórica como que justifica o aprisionamento da realidade que o planejamento tradicional pretende realizar[279].

Os argumentos de Gastão Campos são interessantes, pois busca enfrentar as dificuldades reais do Estado soviético e defender serviços e planejamento público sob controle popular. Trata-se de uma tarefa de extrema dificuldade, reconhecendo que o estatismo carrega fortes elementos de burocracia, ineficiência, conservadorismo, tornando-se problemático frente a processos mais amplos de emancipação política e social. Uma das grandes questões enfrentadas pelo movimento sanitário, especialmente os membros do Cebes e Abrasco, apoiou-se em responder como transformar e operar os serviços e políticas públicas no atual modelo de Estado brasileiro. A crítica de Campos é de que a estatização da saúde teria sido dirigida por técnicos burocratas, acarretando por consequência a centralização do poder através de meios tradicionais e rudimentares de administração, atraso gerencial e planejamento deficitário em termos modernos de gestão e dos novos paradigmas da saúde. Assim, o contexto vigente da estatização seria oposto a gestão participativa democrática, incapaz de superar o neoliberalismo e de atender a população.

Nesse sentido, a questão que se coloca para o sanitarista baseia-se em como resolver o dilema do estatuto da propriedade público ou privado para a saúde. Já sabemos que em sua visão estatizar nos termos que dispõe a burocracia pública e seus agentes naquele contexto de sua elaboração não poderia ser o caminho, desse modo, Campos sugere que a saída consiste na conquista dos meios de produção da saúde e a democracia participativa. Embora repudie a estatização, entende que não se deve privatizá-lo. Campos, difere de Nelson Rodrigues dos Santos que sugere a possibilidade de caber ambos, tanto o público como o privado no complexo de saúde brasileiro. Campos defende a saúde pública com existência do SUS e do setor privado como complementar, sendo os acordos que viessem a ocorrer entre si fossem mediados pelo interesse público e sob execução e direção do primeiro, desse modo, o SUS se beneficiária de tais acordos por incorporar em sua atenção a capacidade instalada do privado, ampliando ainda mais a assistência a população[280]. Em sua perspectiva,

> uma das vantagens políticas da solução apresentada é que ela não reabre toda uma polêmica sobre a estatização ou não dos serviços de saúde. Tratar-se-ia tão-somente, de garantir o caráter e o interesse público em todos os serviços integrados ao SUS, quer fossem do ponto de vista da propriedade, estatais, filantrópicos, comunitários, etc. No caso, seria deixado ao setor privado a alternativa de funcionamento segundo

[279] CAMPOS (1991, p. 21-22)
[280] Idem, p. 302.

> as leis do mercado, desde que não mantivessem nenhum vínculo com o SUS. Nestes acordos de cogestão nem sempre haveria que ser incluído todo o hospital, mas apenas aquelas áreas consideradas no Plano Diretor de Saúde. O restante do hospital poderia continuar, em tese, prestando serviços para outra clientela que não o do SUS"[281].

Campos defende a autogestão, a descentralização e crê que as mudanças estão no cotidiano do trabalho. A superação do que Campos designa de "formas de produção neoliberal" seria possível mediante a reforma no modo organizacional da saúde a partir da socialização da responsabilização do trabalho, da organização coletiva e participação ativa dos trabalhadores no planejamento e gerência em saúde[282]. Em sua análise os trabalhadores deveriam assumir a direção da produção de bens e serviços por meio da descentralização do poder de produção, de tal modo que "implicaria na superação da noção que toma os homens como apenas mais um insumo, administrados por quem detém o poder de estado ou é proprietário dos meios de produção"[283]. E quais seriam estes trabalhadores? Os tecno-burocratas, os médicos da prática liberal, os burocratas típicos do funcionalismo público? Campos sugere o deslocamento de todos os agentes indesejáveis prevendo que o controle da produção e gerência ficará a cargo de agentes do movimento sanitário, da ala sindical progressista e dos trabalhadores ligados a causa democrática.

A questão da estatização é complexa, remetendo a reflexões críticas como fez Campos, e ideias menos criteriosas como de Santos. Alguns elementos devem ser postos a mesa para compreensão desse fenômeno, sem cair na armadilha do consenso liberal, como fez Santos. Pensar em estatização leva necessariamente a refletir sobre o Estado e, como já vimos, o Estado é "uma relação, mais exatamente como a condensação material de uma relação de forças entre classes e frações de classe, tal como ele expressa, de maneira sempre específica, no seio do Estado" (Poulantzas, 2015, p. 130). A partir dessa noção, Poulantzas questiona o fato de atribuírem ao marxismo o autoritarismo de Estado, uma vez que o poder não se identifica e não se reduz no marxismo, ao Estado.

> Se considerarmos no processo de produção a primazia das relações de produção sobre as forças produtivas, somos levados a considerar que as relações de produção e as ligações que as compõem (propriedade econômica/posse) traduzem-se por poderes emanantes dos lugares em que essas ligações se delineiam. No caso, poderes de classe que nos levam à relação fundamental da exploração: a propriedade econômica espelha notoriamente a capacidade (o poder) de destinar os meios de produção a determinadas utilizações e de, assim, dispor dos produtos obtidos, da posse, da capacidade de ativar os meios de produção e de comandar o processo de trabalho. Estes poderes situam-se na rede de relações entre exploradores e explorados, nas oposições entre práticas de

[281] Idem, p. 303.
[282] Idem, p. 301.
[283] Idem, p. 347.

> classes diferentes; em suma, na luta de classes, pois esses poderes inscrevem-se num sistema de *relações* de classe. Porque é precisamente considerando o processo econômico e as relações de produção como rede de poderes, que se pode compreender que as relações de produção, como poderes, estão ligadas constitutivamente às relações políticas e ideológicas que as consagram e legitimam e que estão presentes nas relações econômicas (Poulantzas, 2015, p. 33).

Poulantzas quer dizer com isto que os poderes oriundos das classes e suas lutas de classes não se reduzem ao Estado, pois, em sua forma atual o Estado concentra várias formas de poder, elaborando e expandindo a ideologia dominante. O que leva a crer que "são as lutas que detém o papel primordial e fundamental, lutas (econômicas, políticas, ideológicas) cujo campo, já visto ao nível da exploração e das relações de produção, não é outro senão o das relações de poder" (Poulantzas, 2015, p. 36). As lutas são materializadas nos aparelhos de Estado, detendo sua primazia sobre o Estado, mas não somente neles, pois ultrapassam o Estado.

A partir dessa concepção, Poulantzas questiona se podemos conceber um papel secundário ao Estado. É daí que surge a visão de um Estado totalitário e simples apêndice do social como elaborado pelos sanitaristas, perspectiva que nega o papel constitutivo do Estado na reprodução dos poderes de classe a partir da luta de classes. Portanto, o Estado aparece como apêndice das lutas e do poder. Para Poulantzas, esta corrente de pensamento expressa uma aparência libertária que se alimenta de ilusões, uma vez que não se pode prescindir do Estado, pois ele tem um papel constitutivo nas relações de produção e no conjunto das ligações de poder em todos os níveis (Poulantzas, 2015, p. 43). Tal corrente,

> está pressa a ideia de "autogestão, resultado de um grande quiproquó: trata-se de basear uma política de autogestão na importância que põe na necessidade de formas de democracia direta na base, numa teoria que despreza o papel real do Estado. Na melhor das hipóteses, trata-se aí de tomar os desejos por realidades, deduzir uma política antiestatal de uma visão segundo a qual o Estado quase desaparece em seu papel próprio. Ora, é o papel terrivelmente real do Estado que necessita de uma transição ao socialismo amplamente apoiada na democracia direta, e isto implica o conhecimento exato do Estado e de seu papel atual. Tanto isto é verdade que uma certa tradição do socialismo estatal jacobino deriva, também, da concepção instrumental de um Estado como simples apêndice do social e das classes. Estado cujo fortalecimento ilimitado não traria consequências nefastas, pois se trataria de um Estado operário, simples apêndice da classe operária" (Poulantzas, 2015, p. 36-37).

Levando em consideração a estratégia e tática do Cebes e Abrasco, tal como suas ações políticas ao longo da reforma sanitária e no pós-1988 até 2002, percebe-se que os sanitaristas ao contrário de constituir uma democracia direta na base através do expediente da autogestão, a base é sempre rebaixada a *status* de apêndice. A democracia direta neste caso dá lugar ao

"controle" de determinados agentes, os agentes de vanguarda da autogestão, isto é, cebianos e abrasquianos.

O debate sobre a estatização deve pautar-se pela compreensão das formas e transformações que se apresenta historicamente o Estado, analisadas a partir da inscrição das lutas de classes na ossatura institucional do Estado em contextos específicos. Tomando o Estado como organizador da unidade política das classes dominantes, no entanto, mantém uma autonomia relativa em relação as classes e frações de classe, pois sua materialidade encontra-se em relativa separação das relações de produção e especificidade das classes e suas lutas. Além disso, pelo fato do Estado não se reduzir as lutas de classe, detém uma opacidade e resistência própria, ou seja, mesmo diante de mudanças nas relações de forças e ocupação de setores progressistas em determinados aparelhos de Estado, não basta para transformar a materialidade do aparelho de Estado, mas podem ser entendidas como fissuras e aberturas dentro das próprias contradições que estão presentes na estrutura do Estado (Poulantzas, 2015).

É exatamente por essas fissuras abertas pelas relações de forças da luta de classes que o projeto da reforma sanitária emergiu. Os cebianos e abrasquianos acreditavam que ao ocuparem cargos no aparelho de Estado da área da saúde conseguiriam contrabalançar as relações de poder, elaborar e implementar políticas progressistas nas brechas abertas pelas tensões no aparelho de Estado. Não estavam errados, embora não fosse o suficiente, mas, por outro lado, a visão contrária a estatização tida como sinônimo de autoritarismo e centralização, apostando na harmonização entre o público e o privado pela via da regulamentação jurídica, ainda que a crítica da estatização seja válida nos marcos de um projeto socializante, como se colocou o projeto do grupo, o argumento e a proposta política dada a essa questão é no limite equivocada.

> é preciso abandonar definitivamente uma visão do Estado como um dispositivo unitário de alto a baixo, fundamentado numa repartição hierárquica homogênea dos centros de poder, em escala uniforme, a partir do ápice da pirâmide para a base. A homogeneidade e a uniformidade do exercício do poder estariam garantidas pela regulamentação jurídica interna ao Estado, pela lei constitucional ou administrativa que estabeleceria os limites desse domínio de competência e de ação dos diversos aparelhos. Imagem inteiramente falsa: o que não quer dizer, certamente, que o Estado atual não possua uma trama hierárquica e burocrática, nem também que não apresente essa característica de centralismo, mas que essa não se assemelha em nada à sua imagem jurídica (Poulantzas, 2015, p. 136).

Poulantzas aponta que as aberturas impostas pelas relações de forças na luta de classes não implicam na existência de um duplo poder no Estado, o poder das burguesias e o poder das massas populares. Como já foi dito, o Estado organiza a hegemonia das classes dominantes e tende a desorganizar as massas populares. Estas últimas se materializam no Estado de maneira

específica, em determinados aparelhos de Estado, sem deles deter poder próprio, já as classes e frações dominantes constituem o Estado. A impossibilidade do duplo poder se dá pela própria estrutura material do Estado que reproduz a relação dominação-subordinação, assegurando a presença das classes dominadas, exatamente enquanto classes dominadas (Poulantzas, 2015, p. 145-146).

Para Poulantzas, tomar um aparelho de Estado pelas classes populares, como pressupunha Cebes e Abrasco, não altera a estrutura de dominação, uma vez que o Estado em curto ou longo prazo reestabelecerá sob nova forma suas relações de força a favor da burguesia. Deve-se levar em consideração ainda que as classes populares sempre estiveram presente no Estado, mas sua presença não modificou a estrutura do Estado, ao passo que sua "ação no seio do Estado é condição necessária para sua transformação, mas não é o bastante" (Poulantzas, 2015, p. 146).

A compreensão do aparelho de Estado implica também nas divisões internas do pessoal de Estado. Os funcionários dos aparelhos de Estado segundo Poulantzas, possuem uma categoria social detentora de uma unidade própria e um lugar de classe, que difere de origem de classe, relacionado a divisão social do trabalho no seio do Estado. Os cargos intermediários e subalternos geralmente são ocupados pela pequena burguesia e os altos escalões pela burguesia[284], o que leva a relações conflituais e de alianças, de modo que as lutas das classes populares repercutem de forma variada no pessoal de Estado. Quando o pessoal de Estado aproxima-se das classes populares, transparecem os limites da sua politização, pois não questionam a reprodução da divisão social do trabalho e a burocracia hierárquica no seio do Estado. Para Poulantzas "nada mais evidente que a profunda desconfiança que as iniciativas das massas de tipo autogestoras ou de democracia direta despertam nesses grupos do pessoal de Estado, aliás favoráveis à sua democratização (Poulantzas, 2015, p. 159). Os limites da politização do pessoal de Estado fazem parte da materialidade do próprio Estado que recai sobre eles. A superação desses limites só ocorrerá segundo Poulantzas com a transformação radical do arcabouço institucional do aparelho de Estado.

> De encontro a toda uma série de ilusões, a tendência esquerdizante de apenas uma parte do pessoal de Estado não basta, longe disso, para a transformação da relação Estado-massas populares. A solução para esse problema não está na simples substituição do pessoal de Estado, quer sob a forma de ocupação de postos-chave do

[284] É fundamental que se pesquise a fundo o pessoal de Estado, levando em consideração a extensão do aparato estatal, seus Ministérios, órgãos de controle, empresas, fundações, dentre outros. É preciso diferenciar o pessoal de Estado vinculado ao Ministério da Saúde (MS), dos relacionados as entidades de pesquisa e vinculada ao próprio MS, como a Fundação Oswaldo Cruz.

> Estado por militantes "devotados à causa" das massas populares, quer, mais prosaicamente, sob a forma de democratização do recrutamento desse pessoal favorável a agentes de *origem de classe* popular. Essas medidas não são inócuas, mas tornam-se secundárias diante do problema mais fundamental, que é o da transformação do Estado em suas relações com as populares. Na ausência de uma tal transformação, quase se pode dizer que esse novo pessoal certamente acabará, ou começará, colocando-se à altura de sua função e reproduzindo as práticas decorrentes da estrutura do Estado (Poulantzas, 2015, p. 160).

O SUS e a legislação da saúde inscrita na Constituição de 1988 nascem no contexto de intensificação e consolidação do neoliberalismo a nível global, demarcando a presença no país, ainda não impregnado por tais políticas. As modificações nas relações de produção e divisão social do trabalho decorrentes do capital-imperialismo, encontraram no país um cenário de estabelecimento de políticas contraditórias e conflitantes. De um lado, políticas de natureza social conquistadas por anos de luta das classes dominadas, cuja materialidade consta na legislação constitucional e devem ser executadas de acordo com a lei e, de outro lado, o debate político dominado por ideias, projetos e interesses de natureza neoliberal, calcado, dentre outros, em políticas de privatização. As lutas de classes foram marcadas pela intensificação dos ataques das classes e frações dominantes frente aos direitos sociais conquistados pelas classes dominadas no novo estágio republicano pós-ditadura.

As lutas de classes foram hegemonizadas no plano do aparelho de Estado pela ideologia neoliberal de reforma do Estado, baseado no discurso do gerencialismo. Tais transformações foram condensadas na organização do aparelho de Estado, incorporadas em cada um de seus aparelhos. no funcionamento e na forma das contradições internas do Estado, na dominação de seus aparelhos e na organização do pessoal de Estado. A aposta do Cebes e Abrasco na conscientização do pessoal de Estado para a luta pela reforma sanitária, esbarrou nos limites da politização deste pessoal no período pós-Constituição Federal de 1988 impregnado pelo projeto gerencialista.

Nesse sentido, no contexto de expropriações sociais no funcionalismo e serviço público instaurado com intensidade na década de 1990, a dominância burguesa pautada no ataque as conquistas sociais e pelos projetos neoliberais buscaram modificar as funções do Estado, ou seja, "estão diretamente articuladas no ritmo específico de acumulação e reprodução do capital" (Poulantzas, 2015, p. 170). No âmbito da saúde o projeto universalizante e público foi reorientado para seu deslocamento em favor dos interesses de capitais privados. As funções do Estado expressam o processo de acumulação do capital, traduzida em sua política de conjunto, de modo que, toda política do Estado possui conteúdo político voltado para atender as estratégias da fração hegemônica. Para que sejam atendidas tais funções do Estado, podem

induzir novas formas de organização dessas funções, reestruturando o espaço estatal, sendo exatamente o que fez o projeto da Reforma do Estado no governo FHC a partir da criação do Mare.

Após analisarmos a estrutura material do Estado, em que medida se encaixa a luta pela estatização ou a sua repulsa? Partindo da premissa de que o Estado é atravessado e constituído pelas lutas de classes, tendo autonomia relativa e pessoal de Estado próprio, sendo responsável pela organização e unificação da hegemonia burguesa, qual seria a vantagem para a luta das classes populares em estatizar? Na concepção de Poulantzas, estatizar não escapa da exploração do capital, mesmo que sob suposta ilusão do caráter público, pois a mais-valia produzida é deslocada para outros ramos do capital, "mesmo se esse capital não pertence juridicamente a este ou aquele capitalista individualmente" (Poulantzas, 2015, p. 178). A estatização se apresenta como capital público, contudo, não rompe com os fundamentos das relações de produção capitalistas. Em sua avaliação, somente com o controle real dos trabalhadores dos meios de produção e dos processos de trabalho serão rompidas as relações de produção capitalista.

> Está aí todo o sentido da atual discussão no seio da esquerda em torno das nacionalizações, de sua significação e de seus limites como regime capitalista. Discussão cujo verdadeiro alcance não se reduz a uma alternativa entre *estatizações e nacionalizações*: que as nacionalizações não devem continuar a ser simples estatizações, que elas devem conduzir às formas de intervenção dos trabalhadores na sua gestão, todo mundo, ou quase todo mundo, parece, ou pretende, concordar no seio da esquerda. Mas há mais: por mais que se diferencie estatizações de nacionalizações, a nobreza desse último termo não pode levar a esquecer que toda nacionalização sob regime capitalista se distingue de uma efetiva socialização, e que reside aí a distinção fundamental. Esta socialização, que separa os meios de produção na propriedade econômica e na possessão do capital para colocá-los sob o controle real dos trabalhadores, implica não apenas uma mudança de poder de Estado, mas também substanciais modificações das relações de produção e do aparelho de Estado. Apenas a socialização pode ser, a longo prazo, uma alternativa real para a estatização: o exemplo dos países do Leste basta para nos lembrar disso (Poulantzas, 2015, p. 178).

Ter em mente que cabe a qualquer projeto socializante a transformação da estrutura do Estado, no entanto, não podemos perder de vista ou menosprezar, o que não é o caso de Poulantzas, as conquistas sociais, as lutas diárias que garantem direitos de sobrevivência das pessoas, melhoram a qualidade de vida, possibilitem ganhos sociais e que busquem em certas conjunturas manter o essencial. Sabemos que são insuficientes para a transformação radical do Estado, mas são conquistas democratizantes de enorme valor no terreno das lutas de classes e em muitas conjunturas adversas tornam-se o único caminho imediato.

Tais reivindicações democráticas são segundo Fontes (2019, p. 29) uma "constante atualização das lutas dos subalternos pela democratização permanente, isto é, pela realização das aspirações de liberdade e igualdade na condução da vida social" (Fontes, 2019, p. 29). Nesse sentido, pensar as lutas de classes é tratar da totalidade do Estado ampliado gramsciano, ou seja, as lutas não se reduzem à forma de governo, estão ligadas ao "conjunto das relações sociais nas quais emergem. Elas tenderam a questionar o controle dos meios sociais de produção e, sob o capitalismo, evidenciam a distância crescente entre a socialização da produção e o controle privado *do capital* sobre os meios de existência" (Fontes, 2019, p. 30).

Para Gramsci não há separação entre sociedade civil e sociedade política (Estado restrito), a sua totalidade expressa a luta de classes, suas contradições e as possibilidades para a construção da hegemonia e de luta contra a hegemonia. Desse modo, as lutas que emergem na sociedade civil e relacionam-se com o aparelho de Estado traduzem os avanços dos projetos democratizantes, como a reforma sanitária e, também os seus limites, estes muito bem delimitados por Poulantzas. A estatização no contexto do capital-imperialismo pode certamente significar uma conquista democratizante, bem como se colocar frontalmente contrária ao projeto hegemônico, isto é, o projeto privatista. O empresariado da saúde enquanto fração hegemônica estabelece o convencimento de que a estatização é o caminho do atraso, do retrógrado, da ineficiência, do autoritarismo, do burocratismo, do clientelismo etc., semeando o consenso de que não é possível prescindir do privado em qualquer instância política da sociedade. Desse modo, o projeto de estatização da saúde se coloca como contra-hegemônico no contexto do capital-imperialismo, apenas por admitir uma pequena e subordinada, mas real participação de setores populares, o que é eliminado no privado e em sua redução de qualquer dimensão coletiva.

Tendo em vista a estrutura material do Estado apresentada acima e a relação orgânica entre sociedade civil e política, a estatização permite a disputa de classes e a conquista do objeto estatizado, como por exemplo, uma instituição de saúde pública ou mesmo toda a estrutura de saúde pública. Por outro lado, a privatização integral resulta no domínio completo do privado, já a privatização parcelada, como no caso da saúde pública que mantém o consenso entre público e privado a partir da complementariedade dos serviços públicos pelo setor privado e pela transferência de serviços públicos para o privado via terceirização, enfraquece substancialmente as relações de forças em favor do capital privado na organização das políticas públicas.

O projeto de saúde nos termos defendidos pelo Cebes e Abrasco está conectado ao consenso hegemônico liberal. A luta pela estatização integral da saúde representará uma conquista das lutas populares no seio do aparelho de Estado, tendo como premissa a ampliação de políticas públicas de natureza universalizante. A estatização coloca em questão a propriedade da saúde, expropriando o privado da apropriação direta da prestação dos serviços, mesmo que a estatização não signifique romper com a estrutura do capital e da presença do empresariado em suas políticas. Portanto, estatizar de forma integral mantém aberta a possibilidade de novas conquistas na estrutura da ossatura material do Estado, expressando uma vitória das classes populares, embora sob permanente tensão e contragolpes, por sua vez, a privatização representa a derrota imediata das lutas populares, dos projetos públicos universalizantes e coloca a luta de classes em condições altamente desfavoráveis para os dominados. Concluímos subscrevendo as palavras de Dantas (2020, p. 181)

> a denúncia da desigualdade do sistema de saúde no Brasil (como de quaisquer outras desigualdades) não pode bastar, posto que aposta na reforma do sociometabolismo do capital – que seguidamente tem nos dado mostras dessa impossibilidade. Noutros termos, naturaliza o que é privado e almeja apenas uma redistribuição das quantidades, mantendo intocados os títulos de propriedade dos meios de produção. A contradição que percorre toda a trajetória do SUS não é mera contingência, mas sim a essência do conflito incontornável (administrável apenas, e cada vez mais, no registro da barbárie) entre a plenitude da vida física e espiritual dos sujeitos (com todos os elementos materiais e intangíveis necessários) e a necessidade incontível de reprodução do sistema do capital. Nem o SUS nem qualquer conquista emancipatória se manterá de forma duradoura e avançará sem que a luta política, definitivamente, assuma um caráter anticapitalista que, para tanto, só poderá combater a propriedade privada e a classe proprietária que dela usufrui, posto que sua existência, nada mais nada menos, "repousa na exploração do trabalho alheio".

4.3 Vulgarização da relação público e privado: a defesa do consenso privatista

Após a Constituição Federal de 1988 ganhou importância o debate dos modelos de gestão de saúde pública, ocupando espaço principal na agenda teórica e política, sobretudo da Abrasco a partir de seus eventos e grupos de trabalhos voltados para o tema da gestão pública. As calorosas discussões sobre a estatização deram lugar ao debate imediatista de como colocar em prática o SUS, ou melhor dizendo, como adequar o SUS à modernidade capitalista, sem que isto implicasse em sua privatização integral.

A área de pesquisa em Planejamento e Gestão (P&G) nos cursos de Saúde Coletiva adquiriram protagonismo nas formulações estratégicas acerca da relação público e privado. Ao

contrário de perspectivas mais críticas, como vimos na seção anterior, confeccionadas por Gastão Campos e Merhy da Unicamp, teremos intelectuais da Ensp/Fiocruz elaborando perspectivas intensamente alinhadas ao projeto hegemônico neoliberal e pós-moderno assente na relação público e privado. Qualquer expectativa de discussão dos grandes temas da saúde, como a reforma sanitária, estatização integral e luta de classes, dão lugar a rebuscadas teorias de adesão ao projeto hegemônico empresarial em franca defesa do setor privado na composição do modelo de saúde pública.

A Ensp é uma das mais notáveis escolas de saúde pública no país e na América Latina, cujo departamento de Administração e Planejamento de Saúde vêm de longa data formando um grande contingente de pesquisadores e profissionais da saúde. Os intelectuais analisados a seguir ocuparam espaço privilegiado nos debates e nas confecções de estratégias da saúde pública na Abrasco.

Um dos precursores do P&G em saúde e mais notáveis disseminador das teorias habermasianas no Brasil é Francisco Rivera, professor do Departamento de Administração e Planejamento de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz, onde orientou diversas pesquisas na pós-graduação, influenciando uma geração de estudiosos que, assim como ele, tornaram-se nomes de destaque na área de P&G em saúde no país[285]. Importante nome na agenda de P&G em saúde do movimento sanitário, vinculado ao Cebes e Abrasco, às preocupações de Rivera inspiradas em Habermas estão em refletir quais metodologias melhor atendem as exigências contemporâneas do planejamento e sobre a validade de teorias pré-existentes e novas perspectivas a fim de pensar quais referências teóricas oferecem possibilidades de compreensão do mundo.

Rivera, assim como Habermas, toma como ponto de partida a ideia de que "na perspectiva de uma análise das sociedades modernas, verificamos as insuficiências do ideário marxista que sustentamos durante longos anos"[286], pois não podem ser validadas diante das transformações sociais produzidas pelo capitalismo tardio de tipo habermasiano simbolizado pela "estabilidade social" através do intervencionismo do Estado e por políticas sociais compensatórias. Para o autor, o fracasso do socialismo realmente existente a partir da experiência da União Soviética do último século, deve-se especialmente ao caráter intervencionista do Estado, ocupando de forma regulatória o espaço das forças econômicas e

[285] Dentre os muitos pesquisadores e pesquisadoras influenciados por Rivera, temos Elizabeth Artmann, Marilene de Castilho Sá e Sheyla Maria Lemos Lima, ambas professoras da Ensp/Fiocruz e orientanda de pós-graduação de Rivera.

[286] RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Agir comunicativo e planejamento social**: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 01, 1995, p. 12.

políticas privadas e, no campo teórico a ocorrência predominante de ideias de natureza tecnocrática e economicista do materialismo histórico. Desse modo, sugere a incapacidade do modelo de planejamento de natureza socialista de dar conta da realidade social contemporânea, e assim descarta não só o marxismo como horizonte teórico e de ação transformadora, mas também a análise das classes sociais e de sua atuação no Estado[287].

É interessante notar a presença sempre constante nos intelectuais do Cebes e Abrasco do instrumental teórico elaborado a partir tão somente da análise da experiência soviética, compreendida como fracassada. Rivera argumenta ser suficiente para desconsiderar qualquer possibilidade histórica de planejamento pela via socialista. Na esteira habermasiana também reduz a tradição marxista unicamente a linha de pensamento do determinismo econômico, ignorando as diversas perspectivas produzidas ao longo da história. Além disso, nos chama atenção a transposição de pressupostos teóricos e metodológicos elaborados a partir de contextos sociais completamente diversos da realidade brasileira. Vislumbra-se a partir do modelo de Estado de bem-estar social europeu ocidental fundado naquilo que se acredita ser uma democracia de massas, constituído por políticas compensatórias e pelo intervencionismo do Estado pautados pela ideia de "estabilidade social". Para tanto, não encontra semelhanças no Brasil das últimas décadas do século XX e início do XXI analisadas por Rivera. Se para o contexto europeu estudado por Habermas a teoria propagada é tênue e frágil, o mesmo pode ser dito em maior escala para os desafios utópicos de sua aplicação no Brasil. Rivera crê, portanto, que a teoria mais próxima de explicar e agir na realidade social contemporânea está contida na virada linguística habermasiana.

> Habermas surge para nós como o filósofo de uma razão transformadora que se baseia em um humanismo. Este humanismo está consubstanciado em uma compreensão da evolução social que atribui um destaque particular à intersubjetividade mediada pela linguagem e no entendimento de que as relações interpessoais são passíveis de uma regulamentação ético-prática. A possibilidade de uma ética inter-subjetiva é uma tese particularmente importante e necessária, considerando-se a vigência de uma verdadeira "crise ética do mundo moderno", que filósofos, sociólogos e literatos definem como a impossibilidade de elaboração de um projeto cultural que dê unidade e sentido à opinião pública dos cidadãos. Esta impossibilidade referir-se-ia à incapacidade de formulação de "ideologias" totalizadoras, capazes de traduzir um comum denominador normativo de efeito mobilizador. E seria a decorrência do império de uma razão tecnocrática e estratégica, que fragmenta, reifica e debilita os sistemas de ideias, incluindo os sistemas normativos (éticos) que condicionam a integração social. A revalorização de uma razão comunicativa, profundamente democrática, e o resgate da ética prática tornam-se verdadeiros imperativos diante

[287] Confira na seção anterior nossa análise crítica destes pressupostos teóricos.

> daquilo que o autor denomina de "colonização do mundo da vida pela razão funcional-estratégica dos sistemas de ação racional"[288].

Na ótica de Rivera, a articulação da teoria habermasiana para o planejamento e gestão em saúde ocorre por meio da racionalidade da ação e consequentemente da negociação política. Como vimos, Habermas diferencia a racionalidade entre o agir estratégico e o agir comunicativo. Na tentativa de transpor para a lógica organizacional, Rivera assinala que o primeiro corresponde aos imperativos econômicos, aos objetivos financeiros e políticas finalísticas, o mote central assenta na racionalidade instrumental, normativa, na burocracia, na tecnocracia, na formalidade, ausência de autonomia, disputas e relações de poder. Para Rivera não é por esse caminho que as organizações devem seguir, fiel aos argumentos habermasianos, defende que a racionalidade organizacional ideal encontra-se no agir comunicativo, nela os sujeitos dispõem de capacidades cognitivas e morais, espaço da autonomia, da construção do saber, do diálogo construtivo, da ética, da solidariedade, enfim, "entendida como a possibilidade de realização de pactos normativos ou como a possibilidade do entendimento acerca das normas sociais ou expectativas generalizadas de comportamento social"[289].

Portanto, as organizações são para o enspiano *redes de conversações* movidas por compromissos, onde toda a ação é linguística e a centralidade localiza-se na intersubjetividade linguística mediada, inexistindo nessa configuração o lugar social, econômico, político e ideológico do sujeito, que acaba sendo uma espécie de 'ser absoluto' em si mesmo, a ser ajustado na comunicação. Assim, cabe aos atos de fala por meio das negociações compostas por diferentes pontos de vistas entre os seus membros, alcançar consensos comuns e de interesse da cultura que rege a organização[290].

O exercício de transferir as ideias habermasianas para o planejamento em saúde a fim de instrumentalizá-las, é realizado por Rivera a partir da mesclagem de contributos teóricos do economista e especialista em planejamento estratégico Carlos Matus e do sociólogo Claus Offe em sua ideia de racionalidade administrativa. Assim, Rivera defende que a lógica ideal para as organizações é a comunicação pautada pela negociação e entendimento. Nesse paradigma a organização em saúde em sentido prático deve reger-se pela flexibilidade estrutural, gestão descentralizada, enfoque linguístico/comunicativo e por compromissos. Para Rivera o processo gerencial envolve "uma racionalidade ampliada, para além da racionalidade de fins,

[288] RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Agir comunicativo e planejamento social**: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 01, 1995, p. 13.
[289] Idem, p. 13-14.
[290] Idem, p. 52-53

considerando o mundo da vida dos atores envolvidos numa postura dialógica que motive a construção de projetos que possam ser assumidos coletivamente como compromissos"[291].

Posicionando-se contrariamente aos pressupostos burocráticos e tecnicistas, a organização deve prezar pela autonomia, libertar-se do excesso de formalismo e permitir a interação com o exterior. A flexibilidade de gestão caminha lado a lado com a descentralização de ações através de gestão setorial/departamental, atuando sob a forma de uma estrutura organizacional por projetos e gestão colegiada. Esta flexibilização e descentralização é acompanhada pelo princípio de responsabilização dos sujeitos, desse modo, defende-se o aumento de responsabilidades mediante prestação de contas. Nessa direção, propõe que uma reforma administrativa no planejamento em saúde necessita articular um sistema de prestação de contas e monitoramento com uma gerência descentralizada que permanece ligada a um centro responsável por processar as informações gerenciais. Isto será possível com o estabelecimento da comunicação na medida em que a negociação voltada para o entendimento/consenso torna-se basilar para a organização. Assim, quaisquer ações da organização, como obtenção de recursos, acordos financeiros, logísticos, estratégicas gerenciais, dentre outros, passam obrigatoriamente pela negociação, sendo a melhor estratégia de planejamento a gestão comunicativa, que por sua vez, "implica em superar potencialmente a alienação decorrente da fragmentação da informação"[292]. Observa-se que a questão da alienação do trabalho, tema axial do modo de produção capitalista se resolve pela comunicação.

A questão da responsabilização se constrói a partir da ideia de que o traço distintivo nas instituições públicas latino-americanas equivale a cultura da baixa responsabilidade ou do não-compromisso[293], sendo possível sua transformação com o incremento de uma nova cultura de compromisso/responsabilização que leve em conta um processo de prestação de contas voltado para os objetivos institucionais. É significativamente interessante observar que tais argumentos sinalizam diretamente para a imagem do trabalhador do serviço público brasileiro como agente descompromissado e displicente com suas atividades. De certa forma, é um entendimento que encontra-se impregnado no imaginário social de desprestígio do serviço público, como também estão fixados em certas análises de membros do Cebes e Abrasco, e do desconhecimento e

[291] RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2. Rio de Janeiro, 1999, p. 357.
[292] RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Agir comunicativo e planejamento social**: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 01, 1995, p. 105.
[293] RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2. Rio de Janeiro, 1999, p. 212.

análise social das formas de des-compromisso, esquecendo outros servidores como da limpeza, porteiros e baixas funções.

> No Brasil, de forma geral, os funcionários das instituições públicas (que na verdade não são públicas enquanto tais, mas ordenamentos burocráticos) não se sentem parte integrante das mesmas, e, portanto, não apresentam qualquer interesse em seu bom funcionamento. Evitar que essa situação se configure na área de saúde só é possível com um longo trabalho de persuasão nas categorias, de forma a mudar valores que distorcem a função dos profissionais na sociedade, como o individualismo, a falta de responsabilidade etc. [294].

O enunciado da responsabilização e ausência de compromissos dos agentes públicos, mesmo que se leve em conta o baixo rendimento e atendimento deficitário a população, o que não é aventado empiricamente por Rivera, é sintomático de um estigma liberal produzido para criminalizar e culpabilizar o servidor público pela baixa qualidade do serviço oferecido, retirando do debate o descaso, o crônico e histórico subfinancimento e a precarização estrutural do serviço público notadamente da área da saúde. Essa elaboração não poderia ser diferente uma vez que o quadro teórico corresponde à não-política, ou seja, a formulação de Rivera baseada em Habermas escamoteia os aspectos políticos, o conflito, as disputas de classes e frações de classe em sua moldura teórica. Para ele as disputas internas baseadas em interesses e relações de poder devem se submeter a negociação, onde os sujeitos individuais ou coletivos deixam de lado seus interesses para cederam a um bem comum, alcançando um consenso, o mesmo ocorre na relação dessas instituições com o Estado e com o exterior de forma em geral. Esta visão utópica é empiricamente desprovida de cientificidade e realidade, pois, dentre outras impossibilidades concretas, desconsidera a assimetria de poder, hierarquias e a divisão social do trabalho nas organizações. Por seu turno, a análise gira em torno apenas da perspectiva dos gestores, deixando de lado os interesses e disputas da classe trabalhadora.

Desse modo, Rivera considera que os sujeitos dotados de uma razão cognitiva comunicante serão capazes de estabelecer diálogos com a finalidade de chegarem a um consenso de interesse comum. Tal proposição embora não seja falsa, mas apenas o próprio argumento do autor produz uma ficção de igualdade entre os sujeitos, assim como de seu aceso à fala. Vale destacar que o papel do sujeito é substituído pela intersubjetividade da linguagem, adquirindo centralidade acima da própria ação social humana. Produz-se, assim, uma história institucional onde os sujeitos perdem corporeidade sócio-histórica, torna-se meros adereços. O

[294] GALLO, Edmundo; NASCIMENTO, Paulo César. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: FLEURY TEIXEIRA, Sônia. (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989. p. 94-95.

humanismo sugerido como ponto de partida esfuma-se no desvanecimento dos sujeitos concretos, territorial, econômica, social, linguística e historicamente situados. Uma história sem sujeitos é uma história sem história, pois não se faz história sem a ação dos homens, já diria o historiador Marc Bloch "a história é o estudo do homem no tempo"[295].

É sintomático na composição teórica do autor e que visualizamos em diversos outros estudiosos do Cebes e Abrasco a miscelânea de autores e teorias na edificação de hipóteses e concepções para o objeto em análise, interessando-os tão somente em obter o resultado desejado. Rivera chega a citar Habermas na defesa de "fazer experimentos com ideias", testando no mesmo trabalho vários autores e múltiplas possibilidades teóricas[296]. Mistura-se a teoria habermasiana com autores que em alguma medida seguem a mesma linha como Offe, ao passo que também dialogam com autores da área de administração de empresas, operando um apanhado de ideias e proposições que melhor se encaixam em seu objetivo, como captando o que considera mais adequado dos modelos gerencias das teorias da qualidade total, reengenharia, reestruturação produtiva e aportes da escola de negociação de Harvard, dentre outras. Combinar aportes teóricos diferentes é correr o risco de conciliar teorias inconciliáveis e diametralmente opostas. Portanto, entendemos que harmonizar teorias originárias das transformações políticas e estruturais do mundo do trabalho voltadas para a manutenção e potencialização das formas de extração de mais-valor, não nos parece o caminho para um projeto de saúde pública nos termos do projeto da reforma sanitária, tampouco para saltos mais ousados de emancipação social.

Cabe ainda mencionar que Rivera do mesmo modo que Habermas, entende que a relação do sistema com o mundo da vida deve existir, porém, admite que o planejamento burocrático instrumental das organizações tende a colonizar o planejamento comunicativo do mundo da vida. O horizonte proposto é da descolonização, isto é, em termos do planejamento e gestão em saúde o caminho é operar pela via linguística por meio da flexibilidade estrutural, pela autonomia, descentralização, responsabilização/compromisso, negociação e racionalidade comunicativa. Indo além dos enunciados aparentes, o percurso teórico de Rivera segue no mesmo passo dos manuais empresariais e das tendências de reformas do Estado e das empresas privadas no contexto neoliberal. Assim, onde se lê um debate 'comunicacional', ignoram-se quais são as políticas formuladas por classes e frações de classe em permanente disputa e, neste caso, servem aos interesses das classes dominantes.

[295] BLOCH, Marc. **Apologia da História**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997, p. 55.
[296]RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2. Rio de Janeiro, 1999, p. 212.

Nessa linha interpretativa ganha destaque o "contrato de gestão" como instrumento mediador e finalístico da relação social entre diferentes agentes públicos e privados na prestação de serviços públicos. O contrato de gestão é a materialização dos enunciados habermasianos defendidos por seus interpretes do planejamento e gestão em saúde. Como vimos até aqui que grande parte dos intelectuais do grupo Cebes e Abrasco defendem as relações públicas e privadas por meio do controle do público sobre o privado a partir do estabelecimento do interesse público, desse modo, o contrato de gestão tornou-se o caminho e a possibilidade de harmonizar a relação, alcançar os objetivos e a suposta excelência dos serviços, bem como tornou-se a base para edificação da ideia de negociação habermasiana.

O contrato de gestão no conjunto da ideia de terceirização visa estabelecer compromissos a partir da negociação assentados em objetivos e metas pré-definidos. Postula-se que o contrato de gestão busca imputar a participação e co-responsabilização de seus agentes envolvidos. O núcleo central concede ao nível local "maior autonomia gerencial, liberando-o do controle de meios, que passa a ser realizado somente sobre os resultados alcançados"[297]. Em outras palavras, terceiriza-se o serviço, na medida em que o núcleo central repassa a terceiros as responsabilidades da prestação de serviços, concedendo-o autonomia sob seu suposto controle.

A professora da Ensp Sheyla Lima[298], assim como seu colega Francisco Rivera são entusiastas do contrato de gestão, a médica desenvolveu o tema em inúmeras publicações, com destaque para o trabalho *O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas*[299], publicado pela Revista Brasileira de Administração Pública em 1996. Escrito durante o processo da reforma do Estado brasileiro sob direção do Mare, Lima defende em seu artigo o projeto de *organizações sociais* do Mare. Tal projeto transformaria hospitais públicos em organizações sociais, entendendo que se trata de importante conquista na efetivação da administração pública gerencial, retirando de cena o retrógrado modelo burocrático[300]. Verifica-se nas formulações de Lima acerca do contrato de gestão a representação utópica proposta por Habermas, pois nele estão presentes as condições para a negociação e o estabelecimento de compromissos, enquanto a dimensão racional é assegurada

[297] LIMA, S. M. L.. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. **RAP**. Revista Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n.5, p. 101-138, 1996, p. 130.
[298] Sheyla é servidora pública da Fiocruz, lotada na Ensp desde 1987 até os dias atuais.
[299] LIMA, S. M. L.. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. **RAP**. Revista Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n.5, p. 101-138, 1996.
[300] Idem, p. 131.

pela existência de "regras de responsabilidade (prestação de contas) e, segundo as de governabilidade (autonomia)[301].

Em trabalho coletivo, Lima e Rivera analisam os contratos de gestão em hospitais públicos no país, concluindo que os resultados que porventura se apresentam insatisfatórios decorrem da ausência de uma política nacional de contratualização apoiada na efetividade da prestação de contas e ao condicionamento da destinação de recursos financeiros a objetivos e metas, ou seja, ao desempenho. Para os enspianos as estruturas jurídicas apoiadas no contrato de gestão como fundações de apoio privado, fundações estatais de direito privado, organizações sociais não são um problema em si mesmo, pelo contrário, visualizam como importantes avanços institucionais. O problema está contido na insuficiente cultura política da responsabilização, prestação de contas e controle sobre o desempenho[302].

Lima e Rivera são exemplos de uma longa e vasta lista de pesquisadores da Ensp que se dedicam ao tema do contrato de gestão, especialmente à luz do setor hospitalar. Fato interessante desses estudos diz respeito à metodologia adotada, partindo de relatos orais nos quais a escolha dos entrevistados se dá exclusivamente pelo cargo que ocupam na hierarquia organizacional. Neste caso, partem majoritariamente da perspectiva dos gestores das entidades hospitalares, com exceção para algumas entrevistas com usuários dos serviços de saúde. Os trabalhadores por sua vez não são objeto de análise, deixando à margem suas demandas, representações e história. A justificativa da escolha dos gestores pode ser verificada quando se entende que idealização do modelo de contrato de gestão só se dará através da sua incorporação por parte do núcleo gestor, dos diferentes níveis de gerência. Portanto, o diálogo comunicacional e a negociação baseado na via linguística defendida pelos habermasianos é uma via de mão única, exclusivamente dos sujeitos detentores do poder institucional.

A justificativa comum entre os defensores do contrato de gestão baseia-se na ideia de desempenho. Tal noção é amplamente encontrada na argumentação apoiada na existência de uma crise do Estado social como forma de responder os fenômenos contemporâneos oriundos da dinâmica do capital. Nessa linha interpretativa a crise de desempenho promoveu o desencantamento do Estado. Desse modo, o enspiano e membro histórico do Cebes e Abrasco, o pesquisador Nilson do Rosário Costa, notadamente influenciado pelo filósofo alemão, dedica-se ao debate da gestão pública, com especial atenção a reforma do Estado.

[301] Idem, p. 134
[302] LIMA, S. M. L.; RIVERA, F. J. U. . A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva** (Impresso), v. 17, p. 2507-2521, 2012.

Nilson Costa vê com entusiasmo as promissoras mudanças na gestão pública iniciada na década de 1980 pelos governos neoliberais na Europa ocidental. Para Costa a reforma no modelo de saúde na Grã-Bretanha proposto por Margareth Thatcher é pioneiro e de "grande valia para a discussão dos modelos de inovação em política de saúde"[303], por introduzir o paradigma do contrato, separando provedor e comprador de serviços. Costa defende a política de quase mercados, a "competição para contrabalançar a influência de provedores, ao mesmo tempo que também permitem eliminar problemas de *moral hazard* (o financiamento público e acesso universal podem, da mesma forma, levar ao superconsumo de serviços)[304]. Em outras palavras, o Estado não deve deter o monopólio dos serviços públicos, espaço em que a competição deve prevalecer e no lugar de cidadão e usuário do sistema de saúde no novo paradigma gerencial emprega-se a lógica do cliente, comprador se serviços de saúde. O paradigma contratual nada mais é que instrumento ou meio para a mercantilização da saúde pela via da terceirização.

Costa como adepto da terceirização do modelo de saúde inglês, defende que as negociações não sejam realizadas com os sindicatos e, sim com representações funcionais de cada diretoria clínica, bem como a gestão dos serviços públicos devem ficar a cargo de empresas de natureza privada assentes no modelo de parceria público-privado (PPP)[305]. O enspiano trata as transformações no serviço público e no aparelho do Estado como "inovações", e como tal são vistas com bons olhos pelo autor. Em sua avaliação a reforma do Estado brasileiro proposto pelo Mare não conseguiu avançar sistematicamente e pôr em prática as inovações pelo fato de esbarrar em entraves burocráticos e jurídicos, como a estrutura autárquica da administração pública, o Regime Jurídico Único e a lei de licitações e contratos dispostos na Lei 8.666.

Desse modo, recomenda a superação das barreiras legais no intuito de obter possibilidades jurídicas e administrativas flexíveis, voltadas para o incremento de relações público e privadas na prestação de serviços públicos, na contratação de trabalhadores sem a necessidade do concurso público e regidos por contratos flexíveis, como CLT, comissionado, terceirizado, contrato temporário, autônomo, bolsa, ajuda de custo, dentre outros, e autonomia administrativa e financeira despossuídas das regras administrativas do poder público. Portanto, argumenta que "as propostas políticas de recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS),

[303] COSTA, Nilson do R.; MELO, Marcus André; SILVA, Pedro Luís Barros. Inovações Organizacionais em Política Socia: O caso da Grã-Bretanha. **Revista do Serviço Público** (Brasília), Brasília, v. 50, n.3, 1999, p. 5.
[304] Idem, p. 11.
[305] Idem, p. 16.

de contrato único, têm sido, assim, progressivamente abandonadas, por não mais corresponderem à realidade do sistema"[306].

Na concepção de Costa a melhoria da qualidade dos serviços está diretamente relacionada as "inovações" na gestão pública, acenando positivamente ao projeto e ideias da reforma do Estado de Bresser Pereira e ao ideário gerencial. O autor afirma ainda como inovações positivas a criação de fundações de apoio e organizações sociais, tratando também como experiências inovadoras os modelos de cooperativas médicas adotadas pelos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, este último no chamado "Plano de Atendimento à Saúde" - PAS. Tais modelos foram amplamente recusados pelos participantes das conferências nacional de saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, como veremos no capítulo seguinte. Em suas palavras às organizações sociais representam

> vantagens, sob o ponto de vista da flexibilização administrativa, são evidentes: autonomia na definição de plano de cargos e salários; elaboração de normas próprias para contratação e seleção; permissão de complementação salarial; regulamento próprio de compras e contratação de serviços; liberdade de execução financeira dentro do contrato de gestão e orçamentação global dos recursos estabelecida no contrato de gestão. (...) Para os hospitais essa opção pode ser vantajosa, sob o ponto de vista da eficiência, porque abre a possibilidade de introduzir cobrança para usuários com seguro-saúde ou convênios com firmas. Essa atraente saída, de qualquer modo, introduz uma lógica bastante complexa porque não define as relações dessa nova organização com a clientela "cidadã", ou seja, a que não está no seguro privado nem no mercado de trabalho formal com plano de saúde[307].

Para o autor o governo FHC definiu de forma muito genérica o projeto da reforma do Estado, e não acompanhou o debate internacional, agindo sob clara lentidão na implementação da reforma. Em sua análise os hospitais não se sustentam mais no modelo burocrático e amarrado às normas públicas, sendo preciso desburocratizar pela via gerencial, implementando contratos de gestão com o setor privado. Haveria, nesse sentido, muita cautela frente à mudança devido às resistências, "principalmente dos sindicatos de profissionais e de funcionários públicos, do Ministério Público e da comunidade de especialistas em direito administrativo público"[308]. Desse modo, a mudança operaria de forma *fragmentada* e *experimental*, processo que acredita estar em aberto e em busca de consensos necessário para a inovação da gestão pública.

---

[306] COSTA, Nilson do Rosário. Reforma do Estado e as mudanças organizacionais no setor saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n.1, 1998, p. 62.
[307] Idem, p. 65
[308] COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes; SILVA, Pedro Luís Barros. Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.2, 2000, p. 439.

Podemos observar a partir da análise de poucos, mas influentes e destacados intelectuais do Cebes e Abrasco, nuances quanto ao projeto da saúde pública no âmbito de sua organização política, estrutural e a relação público e privado. Há variações de qual Estado se coloca na luta pela reforma sanitária e para quem ele se dirige, de modo que os membros do Cebes e Abrasco variam significativamente em suas avaliações frente ao desafio de se implementar a reforma sanitária após a Constituição Federal de 1988. Dentre as posições diversas pode-se sugerir a confluência para um certo consenso mole, difuso e fluido em torno da gestão público-privada. Nesse consenso há os que defendem de forma mais clara o privado, como Nilson do Rosário Costa e os que tentam de alguma maneira solucionar os problemas acreditando que poderão liderar moralmente, sem esbarrar nas questões estruturais.

O consenso se dá em torno da existência da relação público e privado, discutindo como torná-la viável frente ao sistema de saúde permanecendo público. Os sanitaristas não defenderam a privatização integral da saúde, bem como não sustentaram o projeto de estatização, em ritmos diferentes, todos buscaram conciliar o privado na saúde pública. Os intelectuais analisados embora não tivessem migrado para o grupo social inimigo, absorveram as referências liberais e pós-modernas. No entanto, não se pode afirmar que tais intelectuais reivindicavam o marxismo antes do período pós-1988, apesar de julgarem o marxismo como incapaz de solucionar os problemas contemporâneos, a análise de suas trajetórias sugere que o marxismo não esteve presente de forma significativa como referência.

CAPÍTULO 5

CEBES E ABRASCO: ORGANIZAÇÃO E POLÍTICA

A dupla Cebes e Abrasco assumiu papel de destaque no processo da reforma sanitária nas décadas de 1960 a 1980, especialmente por sua atuação direta nos confrontos e negociações na arena institucional do aparelho do Estado. Era de se esperar que o Cebes e a Abrasco saíssem fortalecidos após a promulgação da Constituição Federal de 1988, protagonizando os encaminhamentos políticos de implementação do SUS e ampliando, bem como capilarizando suas ações de forma mais abrangente. A Abrasco ao contrário do Cebes, passou a ocupar uma cadeira no Conselho Nacional de Saúde, devido a sua estreita relação com a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), representando a comunidade científica no conselho, posição que lhe permitiu atuar diretamente nos assuntos pertinentes a área da saúde. Além do conselho, a Abrasco fortaleceu-se como entidade representante da saúde coletiva em nível nacional, realizando inúmeras atividades como, cursos de formação, pareces e estudos técnicos para órgãos públicos, eventos e congressos, dentre eles o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, entre outras atividades. Já o Cebes manteve sua Revista Saúde em Debate como espaço de discussão e posicionamento da agremiação, permanecendo vinculado ao campo de atuação e ocupação de espaços institucionais por seus membros de forma voluntária e individual. Vejamos com mais detalhes como se organizaram e comportaram as agremiações no pós-constituição.

5.1 Gestão em saúde: política e dimensões organizacionais da Abrasco

Soraya Almeida Belisário em *Associativismo em saúde coletiva: um estudo da Associação Brasileira de Pós-Graduação, em Saúde Coletiva – Abrasco*[309], analisa a trajetória

[309] Trata-se da Tese de Doutorado defendida em 2002, no curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Unicamp. A médica assume no ano seguinte a gestão compartilhada da vice-presidência da Abrasco, na gestão 2003-2006. BELISÁRIO, Soraya Almeida. **Associativismo em saúde público**: um estudo da Associação Brasileira de pós-graduação em Saúde Coletiva – Abrasco. Tese (Doutorado) em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2002.

da agremiação entre os anos de 1979 e 2000, dividindo-o em três momentos: estruturação e formação de 1979 a 1984; político de 1985 a 1991 e; endógeno/acadêmico correspondente ao período de 1991 a 2000. Segundo a autora a sexta diretoria da agremiação (1991-1993), encontra-se na fase intermediária entre o momento da política e acadêmico/endógeno, período que refletiria o processo de transição da promulgação da Constituição Federal em 1988 e os primeiros anos do sistema de saúde brasileiro, quando o protagonismo político adquirido até aquele momento passaria a ser dividido com outras organizações coletivas na área da saúde, levando a agremiação a direcionar suas ações para o âmbito acadêmico e para assuntos de interesse interno, como formação de recursos humanos e não mais como protagonista majoritária nas questões abrangentes da saúde.

Desse modo, na terceira fase a Abrasco concentraria suas atividades na divulgação da produção científica na área da Saúde Coletiva, com destaque para a criação em 1996 da Revista Ciência e Saúde Coletiva. Para Belisário, a agremiação no pós-constituição passou a atuar diretamente na defesa dos interesses da saúde coletiva, na formação e capacitação de profissionais, na busca por financiamento e ampliação dos espaços de pesquisas. Nessa concepção, a postura adotada pela agremiação levantaria contradições internas quanto aos seus limites, pois optou por não defender os interesses das categorias profissionais e não interferir nas disputas das categorias classistas, em greves, acordos salariais, dentre outros. No entendimento dos próprios ex-presidentes da agremiação em depoimento concedido a Belisário, a entidade teria uma função mais voltada para os aspectos técnico-científico e como grupo de pressão no aparelho do Estado, sendo menos adepta às questões coorporativas[310]. Entretanto, como sugere a autora, ao longo de sua trajetória a agremiação manifestou posições e atuações diversas que escapam aos seus princípios não corporativos[311].

Belisário e a produção especializada tem enfatizado um relativo enfraquecimento da capacidade política da agremiação na última década do século XX e nos anos subsequentes, devido à agenda mais acadêmica e ao refluxo dos movimentos sociais. A autora destaca as críticas dirigidas à entidade pelos associados que "consideravam existir um descompasso entre a ação da diretoria e os fatos da conjuntura, principalmente em dois pontos: a pós-graduação e a política de saúde"[312]. Entendemos que as atividades acadêmicas e de pesquisa científica e as ações políticas da Abrasco não são excludentes, mas complementares.

[310] BELISÁRIO, 2002, p. 142-143
[311] Idem.
[312] Idem, p. 213.

A relevância e protagonismo alcançado na área de Saúde Coletiva manteve-se lado a lado com o antigo papel de mediadora e grupo de pressão na área da saúde, como podemos destacar a partir da amplitude que o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva organizado pela agremiação adquiriu no país, mobilizando um enorme contingente de pesquisadores e público interessado, o seu papel ativo e fundamental na correlação de forças no Conselho Nacional de Saúde (CNS), a participação em diversos fóruns políticos de saúde, os inúmeros acordos, convênios e trabalhos técnicos prestados, como por exemplo ao CNS. O pós-1988 revelou a consolidação da Abrasco e sua força como porta-voz da comunidade científica na área da saúde, figurando tanto como agente formador e voltado para os interesses da Saúde Coletiva na pesquisa, ensino, extensão e desenvolvimento tecnológico, como também reafirma e amplia seu papel na arena política do setor[313], ou seja, realizando ações políticas por espaços institucionais.

Embora a literatura especializada aponte a Abrasco como composta por interesses multidisciplinares e por representar a comunidade científica brasileira em saúde, nota-se pouco esforço da entidade em traduzir sua abrangência na composição dos membros dirigentes. De acordo com o quadro 8, entre os anos de 1989 e 2002, vinte e sete diferentes pessoas estiveram à frente da diretoria, sendo 18 formados em Medicina, ao passo que das outras áreas compreendidas no âmbito da saúde[314] constam apenas a representação de um membro do curso Enfermagem na gestão 1989-1991 e 1 membro do curso Farmácia/Bioquímica na gestão 2000-2003. Observa-se também o predomínio do gênero masculino com a presença de 19 homens para 8 mulheres, ou seja, 70% da diretoria neste período são homens. A Ensp/Fiocruz é a entidade com maior número de representantes, cinco ao todo, seguido da USP com quatro membros, onde dos cinco presidentes da Abrasco, três pertencem a Fiocruz, dos quais dois são da Ensp. A escola da Fiocruz esteve presente em todas as gestões da Abrasco no período analisado, cabendo ressaltar o papel de destaque de Paulo Buss na secretária executiva em três diferentes diretorias, lembrando que o posto vinha sendo ocupado por ele nas gestões 1981-1983, 1983-1985, 1985-1987, 1987-1989[315], sobretudo porque a secretaria da agremiação, isto é, o endereço da agremiação estava alocado na Ensp.

Nesse sentido, apesar da presidência ter sido ocupada por duas mulheres e pelo fato da área da saúde deter um volumoso contingente de trabalhadoras e pesquisadoras mulheres, a

[313] CF.: FONSECA, Cristina, M. O. A História da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia Trindade; SANTANA, José Paranaguá De. (Org.). **Saúde Coletiva como compromisso**: a trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

[314] Compreendem a área da saúde: Medicina, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Fisioterapia, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Gerontologia, Estética, Biomedicina, Educação Física e Saúde Coletiva.

[315] De sua criação até o período analisado (2002), as eleições para diretoria da Abrasco sempre ocorreram através de chapa única.

representatividade de gênero não se fez acompanhar em relação ao expressivo número de homens na diretoria. Além disso, a identidade multidisciplinar e a suposta atuação não corporativa defendida pela agremiação, parecem não combinar com a escolha de seus cargos diretivos, predominantemente marcado pela categoria médica. Por outro lado, espera-se que uma entidade de Saúde Coletiva tenha em seu interior membros ligados às áreas das ciências humanas e sociais, pois trata-se nada menos do que sua razão de ser. Assim, será exatamente através da Ensp, principal escola de saúde pública do país que teremos o maior número de representantes de outras áreas do saber: Nilson do Rosário da Costa (História)[316]; Arlindo Fábio Gomez de Souza (Sociologia); Maria Cecília de Souza Minayo (Sociologia) e; Eduardo Navarro Stotz (Ciências Sociais). Portanto, ainda que das cinco diretorias, duas foram presididas por mulheres e duas por sociólogos, pode-se afirmar que a agremiação é médica-masculina.

Outra característica a se destacar na composição da diretoria da Abrasco é a elevada concentração de membros da região sudeste do país, representada por 81% contra apenas 18% do conjunto das regiões nordeste e centro-oeste, com nenhum membro das regiões Norte e Sul. Com exceção de Paulo Buss e Péricles Silveira da Costa, ambos da Fiocruz, a diretoria preencheu-se por novos membros para cada gestão e poucos foram os que assumiram no mesmo período analisado (1989-2002), cargos na diretoria do Cebes, sendo apenas três deles. A diversidade que aparece como elemento central da agremiação, ao ser analisada de maneira ampliada, demonstra ser limitada, sendo necessário entender de qual diversidade está se falando, pois o ingresso de novos dirigentes não nos autoriza estabelecer uma relação direta com um universo diverso, multidisciplinar e abrangente. Como vimos, ao contrário do que se postula, a Abrasco neste período reafirmou o perfil histórico caracterizado pela presença do homem médico e vinculado a grandes instituições da região sudeste, especialmente do eixo Rio de Janeiro-São Paulo.

A reduzida migração de membros da diretoria da Abrasco para a diretoria do Cebes e vice-versa neste período pode ser atribuída como assinalou Soraya Belisário pelo fato da agremiação buscar uma atuação mais forte na área acadêmica e científica. O Cebes mesmo estritamente vinculado ao mundo acadêmico, desenvolvia até aquele momento atividades mais voltadas para ações políticas e institucionais. A Abrasco por apresentar de forma mais acurada a dupla natureza científica e política em relação ao Cebes, possibilitou a participação de agentes mais voltados para o ambiente acadêmico universitário, como evidencia a relação dos dirigentes envolvidos em grandes centros de pesquisa nacional. Por outro lado, a relação entre ambas as

[316] Ver capítulo 4, quando analisamos a concepção do autor acerca do consenso público-privado.

entidades manteve-se firme e coesa no período pós-constituição, no entanto, sob novas e velhas formas de atuação. A Abrasco participou em diversas frentes e em importantes atividades políticas, porém, escolhemos suas ações no Conselho Nacional de Saúde, Conferências Nacional de Saúde e através da sua revista Ciência e Saúde Coletiva para analisarmos seu comportamento no que diz respeito a gestão em saúde e a relação público e privado.

Quadro 8: Composição da Gestão da Abrasco de 1989 a 2002.

Gestão	**Nome**	**Cargo**	**Instituição de Origem**	**Diretoria Cebes***	**Formação**
1989-1991	José da Silva Guedes	Presidente	FCMSCSP	-	Médico
	Nilson do Rosário da Costa	Vice-Presidente	ENSP/Fiocruz		História
	Carmen Fontes Teixeira		UFBA	-	Médica
	Alina Maria de Almeida Souza	Tesouraria	UNB		Enfermagem
	Péricles Silveira da Costa	Secretaria Executiva	Presidência/Fiocruz		Médico
	Paulo Marchiori Buss		ENSP/FIOCRUZ		Médico
1991-1993	Arlindo Fabio G. de Sousa	Presidente	ENSP/FIOCRUZ		Sociologia
	José da Rocha Carvalheiro	Vice-Presidente	USP	1994/1995	Médico
	Maria Cristina L. G. de Mendonça		UFMG		Médica
	Julio Strubing Muller Neto	Tesoureiro	SES/MT e UFMT		Médico
	Péricles Silveira da Costa	Secretaria Executiva	Presidência/Fiocruz		Médico
	Paulo Marchiori Buss		ENSP/FIOCRUZ		Médico
1994-1996	Maria Cecília de Souza Minayo	Presidenta	ENSP/FIOCRUZ		Sociologia
	Marilisa Berti de Azevedo Barros	Vice-Presidente	UNICAMP		Médica
	Pedro Miguel dos Santos Neto		SES/PE e FIOCRUZ		Médico
	Renato Peixoto Veras	Tesoureiro	UERJ/MS		Médico
	Péricles Silveira da Costa	Secretaria Executiva	Presidência/Fiocruz		Médico
	João Carlos Canossa Mendes		Editora/Fiocruz		Comunicação Social
1996-2000	Rita de Cássia Barradas Barata	Presidenta	FCMSCSP		Médica
	Eduardo Navarro Stotz	Vice-Presidente	ENSP/FIOCRUZ		Ciências Sociais
	Everardo Duarte Nunes		UNICAMP		Ciências Sociais
	Mario Roberto Dal Poz		UERJ		Médico
	Maria Elizabeth Diniz de Barros		IPEA		Socióloga
	Oswaldo Yoshimi Tanaka		USP		Médico
	Péricles Silveira da Costa	Secretaria	Presidência/Fiocruz		Médico
	João Carlos Canossa Mendes		Editora/Fiocruz		Comunicação Social

	Álvaro Hideyoshi Matida	Executiva	SES/RJ		Médico
2000-2003	José Carvalho de Noronha	Presidente	ICICT/FIOCRUZ		Médico
	Francisco Eduardo Campos	Vice-Presidente	UFMG	1996/1999	Médico
	Jairnilson da Silva Paim		UFBA		Médico
	Márcia Furquim de Almeida		USP		Farmácia
	Paulo Marchiori Buss		ENSP/FIOCRUZ		Médico
	Paulo Eduardo Mangeon Elias		USP	1996/1999	Médico
	Péricles Silveira da Costa	Secretaria Executiva	Presidência/Fiocruz		Médico
	Álvaro Hideyoshi Matida		SES/RJ		Médico

Fonte: ABRASCO. Diretoria e Conselho. Acessado em março de 2019. Disponível em https://www.abrasco.org.br/site/diretoria/

*Analisou a presença na diretoria do Cebes de 1976 a 2002.

A revista Ciência e Saúde Coletiva da Abrasco representa importante espaço de discussão e promoção de ideias de seus membros, mas não somente do grupo, como também de pesquisadores da Saúde Coletiva. O objetivo da Abrasco com a revista fundamenta em "ser um instrumento de divulgação e reflexão crítica da história e da memória do campo, de análise do "estado da arte" das disciplinas que o compõem, das tendências e perspectivas de pensamento, das teorias e das práticas da Saúde Coletiva"[317]. Por se tratar de uma revista científica, recebe trabalhos de pesquisadores aleatórios e de diversas matrizes teóricas. No entanto, como ressaltou seu primeiro editorial "combinaremos artigos solicitados a especialistas/comissões/grupos de trabalho, com textos que os associados nos enviarem, adequando-se ao objetivo deste veículo"[318]. A chefia editorial do periódico ficou a cargo da cientista social Maria Cecília de Souza Minayo, professora da Ensp/Fiocruz, e renomada pesquisadora a nível nacional e internacional. Minayo esteve à frente da revista durante todo o período em análise, os números editados constam na tabela 2.

A primeira edição da revista é lançada em 1996, sendo ao todo doze números até o fim de 2002, desse modo, nasce logo no segundo ano do primeiro mandato presidencial de FHC e da Reforma do Estado brasileiro. Um dos temas de grande destaque diz respeito ao planejamento e gestão em saúde, tendo conquistado espaço específico no dossiê intitulado "Gestão do SUS: problemas, desafios e avanços", no volume 4, número 2 de 1999, presente também em outros dossiês e temas livres do periódico, como em "Sujeito e Subjetividade na

[317] Editorial. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1996, p. 1.
[318] Ibidem.

práxis da saúde", no volume 6, número 1 de 2001. Este último número marca posição no campo da Ciência Coletiva a partir das ideias do *agir comunicativo* do teórico alemão Jürgen Habermas para a área de planejamento e gestão em saúde. Outro número que aborda de forma direta o assunto trata do dossiê "Descentralização da Saúde no Brasil: desafios à gestão local", publicado no volume 7, número 3 de 2002. No capítulo anterior vimos como os intelectuais da Abrasco trataram a temática do planejamento e gestão em relação a relação público e privado.

Em sua linha editorial a revista publicou a seção "Debate", destinada a discussão de temas de interesse da agremiação. Convidava-se uma pessoa de reconhecida importância no assunto para escrever e seu texto era lido e debatido por convidados da revista. Além dos artigos de opinião contou com artigos originais dedicados a dossiês específicos, e em raros casos composto de seções livres, revelando significativa presença de membros da Abrasco. Os leitores e assinantes da revista encontravam-se essencialmente no público acadêmico da pós-graduação, com escassa participação de graduandos e técnicos da área da saúde coletiva. A maior parcela concentrava no público formado em Medicina e nos docentes de pós-graduação, com boa presença de leitores e assinantes da área de Ciências Sociais. A tabela 3 apresenta de forma detalhada tais dados, confirmando o papel ativo da Abrasco na pós-graduação em Saúde Coletiva e público voltado para o universo acadêmico.

Tabela 2: Temas das edições de Ciência e Saúde Coletiva

Fonte: Revista Ciência e Saúde Coletiva, 1996 a 2002.

Ano	Volume	Tema
1996	1	Debate sobre o SUS
1997	2	Avaliação da Pós-Graduação em Saúde Coletiva
1998	3, N. 1	Controle Social
1998	3, N. 2	Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento
1999	4, N. 1	É possível prevenir a violência?
1999	4, N. 2	Gestão do SUS: problemas, desafios e avanços
2000	5, N. 1	Qualidade de vida e saúde
2000	5, N. 2	100 anos de saúde pública
2001	6, N. 1	Sujeito e Subjetividade na práxis da saúde
2001	6, N. 2	A política de saúde no Brasil nos anos 90
2002	7, N. 1	Genética e saúde pública: desafios e perspectivas
2002	7, N. 2	Temas livres
2002	7, N. 3	Descentralização da Saúde no Brasil: desafios à gestão local
2002	7, N. 4	Acesso e uso de serviços de saúde no Brasil: análise da PNAD/98*

* Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).

Tabela 3: Dados da Revista Ciência e Saúde Coletiva

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Conteúdo da Revista							
Artigos originais	7	8	18	24	27	24	59
Artigos de revisão	1	1	2	2	2	2	2
Artigos de opinião	6	8	17	14	25	13	30
Anúncios	0	0	0	0	0	0	1
Notas técnicas	0	0	0	0	0	0	5
Resenhas de livros	4	3	4	4	10	6	11
Notícias gerais	0	0	1	0	0	0	0
Comunicações	0	0	0	0	0	0	0
Perfil de Leitores e Assinantes							
Nível/Ano	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**
Doutorado	380	420	770	800	935	635	740
Mestrado	360	380	600	450	580	496	560
Especialistas	180	120	290	195	295	198	198
Graduação	0	0	10	8	10	14	12
Técnicos	20	22	28	52	108	58	58
Lato sensu	100	168	188	215	270	220	220

Profissões	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**2001**	**2002**
Médicos	150	160	160	168	178	178	203
Sanitaristas	210	210	267	287	312	333	381
Biólogos	30	30	30	18	18	21	25
Enfermeiros	60	60	60	60	60	64	94
Pediatras	30	30	30	30	30	30	60
Professores de Pós-Graduação	100	100	155	168	188	188	188
Coordenadores de Pós-Graduação	20	20	20	20	25	25	30
Profissionais de Saúde Pública Geral	75	75	110	153	159	160	165
Bioestatísticos	40	50	80	108	108	138	148
Epidemiologistas	90	110	110	125	135	145	145
Odontólogos	10	10	12	10	10	0	0
Profissionais de gestão de Saúde Pública	55	75	120	172	174	178	186
Profissionais de Medicina Preventiva	50	60	76	94	94	102	140
Cientistas Sociais	120	120	86	107	127	127	151

Fonte: Adaptado pelo autor. MINAYO, Maria Cecília de Souza. Perfil, histórico e outras informações sobre a Revista Ciência & Saúde Coletiva. In: LIMA, Nísia Trindade; SANTANA, José Paranaguá de. (Org.). **Saúde Coletiva como Compromisso: A trajetória da Abrasco**. 1ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 1, 2006, p. 149.

A Abrasco estava intimamente ligada à organização e promoção do debate entre instituições acadêmicas na área de Saúde Coletiva. A temática do planejamento sempre esteve entre os assuntos mais discutidos na entidade desde a década de 1980, incorporando na década seguinte à temática da gestão em saúde. A Abrasco chegou a formar uma comissão específica para P&G nos seus primeiros anos de existência, no entanto não conseguiu se articular suficientemente para manter-se organizada e presente entre as comissões da agremiação nos anos subsequentes. As comissões atuam como grupo assessor e como suporte para tomada de decisões da entidade em diversas questões, como definição de políticas públicas e assuntos

pertinentes a Saúde Coletiva, tendo também como responsabilidade exercer atividade de consultoria, cooperação técnica, realização e organização de eventos etc.[319]

Embora tenham perdido força organizacional os debates acerca da P&G em saúde, na Abrasco eles recuperaram fôlego entre seus membros durante a década de 1990, especialmente devido ao projeto de Reforma do Estado de FHC e ao protagonismo político e ideológico adquirido pelas ideias gerenciais na gestão pública. Somente no ano de 2001 a Abrasco finalmente conseguiu reorganizar-se, criando assim, a Comissão de Política, Planejamento e Gestão da Saúde, vigente até os dias atuais. A sua refundação ocorreu durante o Seminário Saúde e Desigualdade – Instituições e Políticas Públicas no Século XXI, realizado na Ensp/Fiocruz[320] e sob forte influência da escola de Manguinhos.

5.2 Cebes: organização e política

Por seu turno, o Cebes no pós-1988 manteve o trabalho de divulgação dos seus interesses e a luta pela saúde na revista Saúde em Debate, assim como a prática institucional de ocupação de espaços no aparelho do Estado. Como já ressaltado, o Cebes ao contrário da Abrasco, não dispunha de assento no Conselho Nacional de Saúde, o que não o torna menos participativo na arena de poder da política de saúde brasileira. O Cebes ingressou no pós-constituição mantendo ainda a antiga diretoria presidida pelo professor de Medicina da Universidade Estadual de Londrina (UEL) Márcio José de Almeida (1987-1989). A diretoria editaria no primeiro semestre de 1989 os números 24 e 25 da Revista Saúde em Debate. A análise das edições permite perceber certo declínio nas atividades da agremiação e do número reduzido de associados e representações estaduais, onde o quantitativo de sócios não passava de dois mil. As ações de maior relevo do Cebes permaneceram ligadas ao núcleo institucional, como em sua participação durante o VI Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, ocorrido em Brasília entre os dias 09 e 11 de maio de 1989, tendo como pauta a implementação da Lei Orgânica da Saúde. Na ocasião, Sérgio Arouca e Hésio Cordeiro defenderam que o principal entrave residiria no financiamento para o setor, apontando também para a necessidade de uma política de recursos humanos voltada para a valorização dos servidores públicos. Estava em

[319] Belisário (2012).
[320] NUNES, Everaldo Nunes. Comissões e grupos temáticos. In: LIMA, Nísia Trindade; SANTANA, José Paranaguá de. (Org.). **Saúde Coletiva como Compromisso**: A trajetória da Abrasco. 1ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 1, 2006, p. 213.

questão a discussão da criação de um plano de carreira, cargos e salários para o setor saúde, priorizando isonomia salarial, tempo integral e dedicação exclusiva[321].

No segundo semestre tomou posse a nova gestão (1989-1991) presidida por Márcio de Almeida (UEL), composta pelo primeiro vice-presidente Edmundo Gallo da Ensp, segundo vice-presidente Darli Antônio Soares (UEL), primeira secretária Maria Auxiliadora Zacarreli, segundo secretário Mozart de Oliveira Júnior, Cecília Eiko Fujiwara, primeiro suplente Florisvaldo Fier, segundo suplente Álvaro Crespo e o conselho fiscal com Francisco Eugênio Alves (UEL), Maria Luciane Loureiro e Geraldo Luchesi. O corpo de médicos acadêmicos da Universidade de Londrina são a maioria na diretoria, lembrando que a secretaria executiva do Cebes permaneceu localizada na universidade paranaense. A Ensp conta apenas com um nome, ocupando o segundo principal cargo na hierarquia. A diretoria contabilizou o total de onze membros, sendo sete médicos e os demais das áreas de Enfermagem, Farmácia e Odontologia, com a presença de oito homens e três mulheres. A estrutura organizativa se completa com o conselho editorial da revista Saúde em Debate, formada por vinte e oito componentes, representados por vinte e cinco homens e três mulheres, destes vinte e seis são formados em medicina e as duas últimas por Sociologia e Ciências Sociais. Ao contrário do que acontece na diretoria, a Fiocruz é predominante no conselho editorial contabilizando seis membros onde os três primeiros pertencem a Ensp (Edmundo Gallo, Jaime de Oliveira, Paulo Amarante, Virgínia Gawryzewnski, Paulo Gadelha e Eduardo Freese de Carvalho), acompanhada de três nomes da USP e dois da UEL.

A nova gestão editou os números 26 ao 32 da revista Saúde em Debate e buscou enquadrar a revista em duas seções principais, uma dedicada a *Conjuntura* com predominância de textos dos membros do Cebes e uma seção de *Estudos*, com pesquisadores diversos. Os assuntos de maior destaque permaneceram na questão do financiamento e acerca do "dilema estatista"[322]. No entanto, o contexto político deu a direção para os debates, as preocupações cebianas de organizar e implementar o SUS esbarrou logo de início com o governo de Fernando Collor, convertendo-se em motivo de enorme preocupação e militância ativa de seus membros. A crítica ao governo Collor foi implacável, inúmeros artigos de opinião e editoriais analisaram e criticaram a gestão governamental na área da saúde, sobretudo pelo fato de o poder executivo federal culpabilizar os profissionais da saúde pelos problemas do setor, propondo que a solução

[321] CEBES. Capa: os (des) caminhos da Reforma Sanitária. **Revista Saúde em Debate**, Londrina, n. 25, 1989, p. 7-8.
[322] Ver capítulo II da presente tese.

encontrava-se na reformulação da gestão. O editorial do número 29 de junho de 1990[323], ressaltou a inconsistência do discurso e da política de Collor, destacando que o discurso gerencial é na verdade uma tentativa de escamotear os problemas históricos do modelo de saúde, ao passo que os servidores ao contrário do que prega o governo, não são os atores da crise em saúde, mas o sistema em si. Sistema que Jairnilson Paim denuncia como recortado pelo clientelismo e fisiologismo na gestão pública da saúde e que no governo Collor querem apresentar-se como paladinos da gestão[324].

O editorial do número 29 de junho de 1990 de Saúde em Debate reforça a ideia de que o problema da saúde é estrutural e não gerencial, assim como o setor privado é dependente e "mais incompetente e produtor de distorções que o público[325], porém, não discute o rompimento da relação público-privado. Desse modo, Sérgio Arouca defende a urgência de uma política de recursos humanos que proporcione dignidade ao trabalhador do setor público, cuja contratação se realize por concurso público. Para o sanitarista a verdadeira mudança reside na reorganização do Ministério da Saúde, na descentralização da execução e dos recursos para Estados e Municípios, no controle social, por uma política de insumos e medicamentos essenciais para atender ao serviço público, pensando a saúde de forma integrada com a presença de universidades, laboratórios, dentre outros. A reformulação deve-se pautar por um amplo esforço de desenvolvimento científico e tecnológico autônomo[326].

Os ataques ao setor saúde desferidos pelo governo Collor ganharam destaque na edição de número 30 de dezembro de 1990 de Saúde em Debate, especialmente as alterações conservadoras e autoritárias na Lei Orgânica da Saúde, causando enormes prejuízos para o projeto da reforma sanitária[327]. Por outro lado, mesmo diante do sucateamento e da ofensiva do governo Collor e dos esforços das lideranças do Cebes, o editorial do número 31 de março de 1991 de título "Tô Roxo!", registrou a perplexidade da agremiação com a falta de sensibilidade e união dos associados, revelando que menos de 10% estavam regulares. O editorial chamou atenção para a importância da participação dos associados para a manutenção da revista e sua circulação e com a própria entidade, afirmando que tratava-se de um espaço preocupado com o setor saúde e com os problemas do país, empenhados em trazer um rico e profundo material. Em que pese as discordâncias em certas avaliações dos autores na revista, deve-se ter em conta

[323] CEBES. Editorial. **Revista Saúde em Debate**, Londrina, n. 29, 1990, p. 3.
[324] PAIM, Jairnilson. Para que o Sistema Único de Saúde seja Pra Valer. **Revista Saúde em Debate**, Londrina, n. 29, 1990, p. 7.
[325] AROUCA, Sérgio. Reforma Sanitária. **Revista Saúde em Debate**, Londrina, n. 29, 1990, p. 9.
[326] Idem, p. 9.
[327] Seção Conjuntura conta com artigos que tratam especificamente do assunto. Ver edição número 30 de Saúde em Debate,

que a revista produziu um material vasto, riquíssimo e minucioso trabalho com intuito de apresentar e discutir os inúmeros temas da saúde que sofreram ataques durante o governo Collor. Cabe mencionar o desabafo do editorial:

> Tô roxo também porque a "solidariedade" do movimento sanitário está (pelo menos para com o Cebes) abaixo da crítica. A não ser o Governo Collor (olha a ironia!), através da Fiocruz (que repassou em março recursos ao Cebes por conta do novo termo aditivo) e do auxílio de dois deputados estaduais do Paraná (Haroldo Ferreira e Nelson Vasconcelos), ambos do PSDB, não temos tido recentemente apoio de nenhuma outra instituição. E olhe que temos, por exemplo, dezenas de grandes Prefeituras administradas por partidos comprometidos com a Reforma Sanitária. To rôxo, enfim, porque não tem havido retorno aos nossos insistentes apelos no sentido de discutir-se a sucessão da atual diretoria do Cebes, anteriormente prevista para junho próximo e que, com o adiamento da 9º CNS, está sem data definida. Contudo, apesar dessa rouxidão toda, continuamos na luta. Façam bom uso desta nº 31.
> Saudações arroxeadas"[328].

No ano em que completou quinze anos, o desabafo do presidente do Cebes confirma o enfraquecimento e a perda mobilizadora da agremiação. As atividades permanecem centradas em seu núcleo duro e em ações institucionais. Por seu turno, em dezembro de 1991 assumiu a nova diretoria comandada por Eleutério Rodriguez Neto para o triênio 1991-1994, tendo como primeiro vice-presidente o militante histórico da agremiação o médico e acadêmico Nelson Rodrigues dos Santos da USP, seguido do segundo vice-presidente o enspiano Antônio Ivo de Carvalho e de sua colega da Ensp a secretária Sarah Escorel, contando ainda com o tesoureiro Darci Oliveira Ferreira da UEL, da primeira suplente Aparecido Bueno Nogueira e do segundo suplente Rômulo Maciel Filho do Instituto Aggeu Magalhães (IAM) da Fiocruz Pernambuco. O conselho fiscal ficou a cargo de Marco da Rós, Maria Mizoczky e José Paranaguá de Santana. Assim, mantendo a tradição cebiana, a diretoria contou com maioria absoluta de médicos e homens, totalizando oito médicos, seguido de uma engenheira civil de formação com o restante da carreira voltada para saúde pública e um economista, onde sete são homens e três mulheres. Diferente da gestão anterior com maior quantitativo de pesquisadores da UEL, a atual gestão é comandada por três integrantes da Fiocruz, dentre os quais dois são da Ensp e nenhuma outra instituição é representada por mais de um componente, tendo um apenas da UEL.

O conselho editorial de Saúde em Debate constituído por trinta e oito componentes, maior número registrado entre os anos de 1989 a 2002, seguido da gestão anterior com vinte e oito e as demais mantendo-se na média de treze membros. Sem nenhuma novidade estrutural, o conselho permanece na mesma linha contendo vinte e nove médicos e vinte e nove homens, devido ao grande quantitativo do corpo editorial, de certa forma conseguiu abranger mais áreas

[328] CEBES. Editorial. **Revista Saúde em Debate**, Londrina, n. 31, 1991, p. 3.

com a presença de três membros da Sociologia, dois da Enfermagem, dois da Psicologia e um para Filosofia e História. Cabe destacar que desse quadro, a representante da área de Psicologia é a renomada e cebiana histórica Sônia Fleury, doutora em Ciência Política, assim como, consta a presença de Nilson do Rosário Costa importante nome do grupo Cebes e Abrasco, formado originalmente no curso de História em 1978, com mestrado em Ciência Política e doutorado em Arquitetura e Urbanismo, acompanhado do emblemático pesquisador da Fiocruz e membro de primeira linha do movimento sanitário Arlindo Fábio de Souza, formado em Sociologia com especialização em administração em saúde, exercendo a atividade docente na Ensp desde 1967.

Nessa direção, a Fiocruz permaneceu com a maior representatividade, somando dez integrantes, deles oito pertencem a Ensp, complementado por três da USP e dois da UERJ e UEL, instituições com maior representatividade atrás da Fiocruz, os nomes são: os enspianos Sérgio Arouca, Arlindo Fábio G. de Souza, Jaime Araujo de Oliveira, Nilson do Rosário Costa, Paulo Duarte de Carvalho Amarante, Roberto Passos Nogueira, Sônia Maria Fleury Teixeira, Virgínia Gawrzewski e José Carvalho de Noronha do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT-Fiocruz) e Paulo Ernani Gadelha diretor da Casa de Oswaldo Cruz (COC-Fiocruz).

Em seu primeiro editorial na edição de número 33 de dezembro de 1991, reforçam a baixa mobilização do movimento sanitário e a apatia diante o colapso na saúde promovido pelo governo Collor[329]. Os cebianos apostavam na reviravolta da luta social com a realização da IX Conferência Nacional de Saúde (CNS), seguidamente adiada pelo governo Collor. Nesse sentido, o número 35 de Saúde em Debate publicado em julho de 1992 ocupou-se de promover e subsidiar os debates para a IX CNS. O editorial ressaltou que o encontro deve pautar-se pela defesa dos princípios da reforma sanitária e da implantação do SUS, reconhecendo a relação da crise nacional com a saúde a fim de posicionar-se contrariamente ao que vem sendo colocado em prática pelas políticas institucionais[330]. As mesmas preocupações do Cebes frente ao desastre do governo Collor na saúde são confirmadas na "Carta de Porto Alegre", resultado da assembleia final do III Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva realizado em conjunto com o I Encontro de Saúde Coletiva do Cone Sul, na cidade de Porto Alegre, entre os dias 16 e 20 de maio de 1992, organizado pela Abrasco e que contou com a participação do Cebes.

Antes da confirmação do impedimento do presidente Collor e após quase sete anos de espera, são realizadas as conferências municipais, estaduais e nacional de saúde, quando por

[329] CEBES. Editorial. **Revista Saúde em Debate**, Londrina, n. 33, 1991, p. 4.
[330] CEBES. Editorial. **Revista Saúde em Debate**, Londrina, n. 35, 1992, p. 3.

unanimidade apontaram a falta de empenho do poder público nacional em efetivar a implantação do SUS, o que em grande medida resultou nos inúmeros adiamentos e desprestígio quanto à realização da IX CNS, sucessivamente postergada[331]. Assim, realizou-se entre os dias 09 e 14 de agosto de 1992, na cidade de Brasília, a IX Conferência Nacional de Saúde com o tema "Municipalização é o caminho", resultado do debate do temário central em diferentes etapas, a municipal que compreendeu mais de 50% dos municípios do país e a estadual, realizada em todos os estados da federação e o Distrito Federal. A IX CNS contou com aproximadamente três mil delegados e um público perto de quatro mil e quinhentas pessoas.

A coordenação[332] do evento ficou a cargo de José Eri Osório de Medeiros, presidente do Conasems, com relatoria do enspiano Arlindo Fábio Gómez de Souza, presidente da Abrasco e representante da agremiação no Conselho Nacional de Saúde na gestão 1991-1995, que contou ainda com o seu colega de instituição e do Cebes Jorge Antonio Zepeda Bermudez como relator adjunto e da relatora associada, Maria Elizabeth Dinis Barros do IPEA e da Abrasco. A coordenação de planejamento ficou sob responsabilidade de Arlindo, com coordenação adjunta de Maria Elizabeth Barros. A Abrasco protagonizou a organização, apesar da direção geral pertencer ao presidente do Conasems, as funções relativas à programação, relatoria e organização dos textos e debates ficaram sob responsabilidade da Abrasco.

Ademais, a programação da conferência dispôs de uma mesa redonda de abertura, cinco conferências magnas, quatro painéis gerais e trinta e três painéis específicos e dez grupos de trabalhos com a presença 2.000 delegados e 1.000 participantes credenciados, cujos temas principais foram: sociedade, governo e saúde; seguridade social; implementação do SUS e; controle social. Em suma, o resultado final registrou a defesa do texto constitucional para a saúde, a exigência de que deve-se cumprir a lei e implementar de vez o SUS, garantido atenção especial ao controle social por intermédio dos conselhos de saúde, a descentralização sendo a municipalização a sua expressão, exigindo o imediato repasse dos recursos para os municípios, a necessidade de uma política nacional de recursos humanos para o SUS com a implantação do regime jurídico único, bem como reafirmou a complementariedade da iniciativa privada no âmbito da saúde pública. Ao final do evento produziu-se a Carta da IX Conferência Nacional de Saúde à Sociedade Brasileira com o título "Em Defesa da Vida e da Ética: Fora Collor".

[331] BRASIL. Ministério da Saúde. **IX Conferência Nacional de Saúde**: Relatório Final. Brasília, 1992, p. 13.
[332] O comitê executivo completo: Coordenador Geral, José Eri Osório de Medeiros (presidente do Conasems); Coordenador adjunto, Mauro Daisson Otero Goulart (Ministério da Saúde); Secretário, Amaro Luiz Alves (Ministério da Saúde); Assessor de Orçamento e Finanças, Erasmo Ferreira da Silva (Ministério da Saúde); Assessora de Orçamento e Finanças Adjunta, Jurema Malcher Fonseca (Ministério da Saúde); Relator geral, Arlindo F. G. de Sousa (Ensp/Fiocruz – Abrasco); Relator Adjunto, Jorge A. Z. Bermudez (Ensp/Fiocruz – Cebes); e Relatora Associada, Maria Elizabeth Diniz Barros (IPEA-Abrasco).

> O governo Collor levou o Brasil a uma tragédia sanitária jamais assistida. A Nova Constituição brasileira assegura o direito à saúde e prevê a criação de um sistema democrático comprometido com as necessidades da população. Apesar disso, esse governo violentou todos esses princípios e intensificou um período de desrespeito à ÈTICA, à moral e ao interesse público se precedentes. Esse quadro dramático se agrava com os efeitos de uma política econômica recessiva e privatizante que concentra renda, marginaliza e exclui milhões de pessoas, características do modelo neoliberal. (...) O povo brasileiro vive a penúria de um modelo econômico que marginaliza e discrimina a maioria. Esse modelo econômico aumenta a miséria e determina uma perspectiva de vida pequena. Por isso, a luta pela Seguridade Social e pelo Sistema Único de Saúde é um ato em legítima defesa daqueles que nada têm, mas que representam a dignidade de quem exige democracia e justiça. (...) O Brasil precisa de nós. Que o movimento social redobre o trabalho que já vem fazendo contra a corrupção e contra a política econômica e exija nas ruas o FORA COLLOR JÁ[333].

A carta em tom de desabafo dos participantes da conferência registrou o consenso interno evidenciado ao longo dos debates de que o quadro da saúde brasileira era de total desrespeito à vida, predominando o descaso do poder público, o sucateamento das funções e instituições públicas, as péssimas condições de trabalho, a ausência de políticas de financiamento e incentivos a pesquisa, produção e desenvolvimento tecnológico, a equivocada política de saúde que tem sido implementada na contramão do texto constitucional, a dependência ao setor hospitalar privado e etc., cuja raiz do problema identificam como sendo a estrutura histórica da política de saúde e da ação do projeto neoliberal.

Por outro lado, em sua edição de número 36, o Cebes avaliou algumas falhas no evento, como por exemplo, a falta de cuidado da organização quanto aos detalhes e criticaram os prestadores de serviços privados que optaram por não participar dos grupos de trabalho e da plenária final. Para a direção do Cebes a atuação do setor privado no encontro na medida em que não estavam dispostos a debater democraticamente a saúde, sugere-se "que sua interferência nos rumos da política de saúde continuará sendo "*por debaixo do pano",* através de *lobbies* ou anéis burocráticos e fora do controle da sociedade brasileira"[334]. Além disso, o Cebes apontou que os órgãos institucionais não apresentaram projetos e soluções para a saúde, bem como os estados e seus representantes pouco contribuíram, configurando um evento com baixo nível de criticidade e propositura.

Para este encontro o Cebes confeccionou em parceria com a Abrasco o documento "Saúde é qualidade de vida" com a intenção de subsidiar os debates, enumerando diversos pontos da política desastrosa que vem sendo a tônica após a saída da ditadura civil-militar. O

[333] BRASIL. Ministério da Saúde. **IX Conferência Nacional de Saúde**: Relatório Final. Brasília, 1992, p. 15.
[334] CEBES. Documento: IX Conferência Nacional de Saúde. **Revista Saúde em Debate**, Londrina, n. 36, 1992, p. 5.

documento sugere como proposta de agenda, dentre outros, a necessidade de resolver o problema do financiamento do SUS, a descentralização e a manutenção dos princípios da VIII CNS. No entanto, assinala que a relação público e privado "deve ser encarado sob a ótica dos princípios do SUS: é necessária uma maior normatização dessa relação, mas levando-se em conta cada realidade regional e local, na busca de soluções criativas e justas"[335].

Em contrapartida, o relatório final destacou a exigência de uma política de normatização da relação público x privado, uma vez que fora aprovado em assembleia a reafirmação da complementariedade do setor privado na saúde pública. Assim, a resolução final da IX CNS defendeu a presença do privado na configuração do sistema de saúde público, acreditando que tal empreendimento não corresponderia a formas de privatização, entendendo que ao "assegurar que o setor privado contratado atue como se público fosse, de acordo com as leis do SUS e fundado no interesse público, em qualquer situação"[336], não colocava em risco os princípios definidos pela reforma sanitária e o estatuto de saúde pública. Deliberou-se também pela necessidade de regulamentar os convênios existentes com os hospitais privados sem fins lucrativos, desde que cumpram com suas funções comunitárias e sociais[337]. As contradições entre um modelo de saúde público, universal e voltado para o direito à vida parece não conflitar com a presença e atuação do setor privado na execução deste serviço, não se questiona, portanto, as contradições desta relação com às políticas neoliberais ora previstas como insustentáveis para a saúde.

As ideias de flexibilização da força de trabalho e dos modelos organizacionais assentadas no argumento de modernização gerencial que já vinha sendo implementado no Brasil desde o Decreto Lei nº 200, de 1967 durante a ditadura empresarial civil-militar, ganharam força e novo formato a partir da década de 1990 e passaram a ser adotadas como dogma pelos reformistas do Estado e aceitas sem grandes questionamentos por grande parte dos sanitárias e integrantes do campo da saúde, não percebendo a organicidade entre "modernas práticas de gerenciamento" e as políticas neoliberais. Nesse sentido, o debate acerca dos modelos de gestão e formas de gerenciamento da saúde, embora estivesse na lista dos temas centrais da IX CNS, esteve presente nos assuntos selecionados pelo Grupo de Trabalho Técnico para compor os textos de apoio e de referência que foram distribuídos ao longo do evento como forma promover as discussões do evento no que se conhece por *Cadernos da Nona*, ou Anais da IX CNS. São eles: Sociedade, Governo e Saúde; Seguridade Social; Implantação do Sistema Único de Saúde

[335] Idem, p. 17.
[336] BRASIL. Ministério da Saúde. **IX Conferência Nacional de Saúde**: Relatório Final. Brasília, 1992, p. 23.
[337] Idem.

(municipalização, financiamento, gerenciamento, recursos humanos) e; Controle Social. Desse modo, as inferências aos modelos e formas de gerenciais podem ser encontrados mais facilmente na sxeção Implantação do Sistema Único de Saúde, especialmente no subitem gerenciamento.

Os textos de referência foram produzidos por autores de entidades públicas, privadas, universidades, dentre outras a convite do GT Técnico sob coordenação do vice-presidente do Cebes Nelson Rodrigues dos Santos e da coordenadora adjunta Ângela Barcellos Pinheiro Machado, médica e assessora técnica do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). O GT contou ainda com a colaboração de três integrantes do Cebes e Abrasco, o médico e consultor da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), José Paranaguá Santana, da médica e servidora da Ensp/Fiocruz, Sarah Escorel que ocupava o cargo de secretária do Cebes e do tesoureiro da Abrasco o médico Júlio Muller Neto da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso[338]. Assim, dos trinta e três trabalhos de referência confeccionados na IX CNS, quatorze continham a participação de membros do Cebes e Abrasco, ou seja, 42% do material de referência[339]. No que diz respeito aos temas abordados na seção "Implantação do SUS nos subtópicos Municipalização, Gerenciamento e Recursos Humanos" que abrangiam questões da gestão em saúde, continha o total de dezoito textos, com a autoria de nove membros do grupo e no subtópico Gerenciamento, cujo eixo temático da gestão encontra-se especificado, contou com oito trabalhos, sendo quatro do grupo, o que lhe garantiu maioria absoluta seguida apenas da OPAS/OMS com dois representantes.

Ainda que o relatório final do evento tenha destacado que pela primeira vez na história das conferências, ocorreu uma real e efetiva representação, isto porque 50% dos delegados eram usuários do sistema e escolhidos pela base em suas etapas municipais e estaduais, estes estavam em menor proporção nos grupos de discussão, apesar de estarem presentes em maior número na conferência. Tal fator se agrava na análise de Madel Luz[340], integrante do Cebes/Abrasco e uma das relatoras da IX CNS, na medida em que a linguagem predominante no evento era excessivamente técnica, produzindo uma enorme disparidade cultural entre os participantes, onde de um lado encontrava-se os tecnocratas, acadêmicos e profissionais da saúde,

[338] Fizeram parte também o cirurgião-bucal Eugênio Vilaça Mendes da OPS/OMS, o cientista social Luciano Prates Junqueira professor do Departamento de Administração PUC/SP, Maíra Baumgarten Corrêa socióloga e professora da Universidade de Rio Grande, o médico Sérgio Francisco Piola consultor do IPEA.
[339] Identificamos os seguintes membros do movimento sanitário: Jorge Antônio Zepeda Bermudes (Ensp/Fiocruz), Sônia Fleury (Ensp/Fiocruz), Gastão Wagner de Souza Campos, Gilson de Cássia Marques de Carvalho, Lenir Santos, Emerson Merhy, Luis Carlos de Oliveira Cecílio, Sábado Nicolau Girardi, Mozart de Oliveira Junior, Ana Maria Malik, Tânia Celeste M. Nunes (ENSP), Luiz Cordoni Jr.
[340] Madel (1992, p. 76-80).

especialmente médicos e, de outro, uma ampla maioria formada por sindicalistas e militantes de organizações populares representando os usuários do sistema. Aqui vale acentuar a linguagem excessivamente técnica apontada pela autora, de modo que pode-se visualizar a fragilidade dos argumentos habermasianos de igualdade na ação comunicativa, pois o que se observa em situações reais são preconceitos e desigualdades. Madel assinala ainda que os temas de referência e os debates gerais do evento privilegiaram as questões macropolíticas ou macroeconômicas, deixando pouco espaço para temas do cotidiano da saúde e que interessam diretamente aos representantes dos municípios, resultando em escassa participação destes sujeitos nos debates[341].

Em suma os trabalhos de referência convergiram com a ideia de que a descentralização seria um caminho necessário para o processo de democratização e implementação da reforma sanitária. A descentralização em grande medida é defendida como forma de garantir autonomia e responsabilidade aos estados e municípios com participação ativa do governo federal e do controle e atuação social na conformação do sistema de saúde, o que levou ao surgimento de *formas criativas* de planejamento e gestão em unidades descentralizadas. Do ponto de vista dos autores os problemas de baixa produtividade, qualidade e escassez de mão de obra na área da saúde podem ser resolvidos com a descentralização e, em certos argumentos, com a aplicação de soluções de natureza administrativa por meio de práticas de gerência[342], em outros, mais críticos, a gerência analisada isoladamente e como fim em si mesmo não é capaz de dar conta da complexidade que opera a saúde pública, uma vez que os serviços de saúde estão subordinados e dependentes da política hegemônica de determinado período[343].

A saúde é tratada como sendo um bem público e dever do Estado, no entanto, o estatuto público e privado do modelo de saúde mesmo sob denúncia de que o privado não atende a universalidade e aos princípios da reforma sanitária enquanto agente promotor da saúde, não é posto em xeque a sua complementariedade e atuação junto ao setor público. Os trabalhos de referência não apresentaram perspectiva diversa do texto consolidado pelos relatores do evento e em alguns casos chegaram a defender a impossibilidade do país de optar por um sistema totalmente público ou totalmente privado, entendendo que por suas condições históricas, econômicas e políticas a única alternativa "é a convivência entre as diferentes instituições de

[341] Madel (1992).
[342] JUNQUEIRA, Luciano Prates. Gerência dos serviços de saúde. Volume 1. In. **Cadernos da Nona**: IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1992.
[343] CAMPOS, Gastão Wagner Souza. A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde. Volume II. In. **Cadernos da Nona**: IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1992, p. 109

saúde sob regulamentação", importando apenas a ênfase na qualidade da prestação do serviço[344]. Em semelhante raciocínio justificou-se a presença do privado na organização do serviço público de saúde pela existência de uma legislação que possibilitasse a sua participação, alegando que em razão de estar prevista em lei não há o que se fazer[345].

Ao observar os textos que serviram de base para os debates da IX CNS relativamente ao objeto da gestão em saúde, em grande medida, pode-se sugerir que tanto pautaram as discussões, como se confirmaram no relatório final. Os textos, salvo pequenas discordâncias, mantiveram o essencial acerca da descentralização, complementariedade do setor privado e de novas técnicas de gerenciamento. A descentralização foi de consenso geral, não obstante, o seu desdobramento em formas criativas e diferentes modelos de gestão na diversidade municipal e estadual do sistema de saúde careceu de maiores problematizações por parte dos participantes. Por seu turno, aquelas proposições mais radicais que propugnavam a impossibilidade de um modelo público isolado do privado e da legislação como sujeito e objeto intocado, desconsideravam a hipótese de que a lei ao prever a complementariedade do privado, não afirma que o setor público deva obrigatoriamente garantir o preenchimento do sistema com o setor privado. Estas ideias carecem de análise histórica e desconhecem a atuação dos agentes coletivos, pelo qual a lei nada mais é do que uma construção social e como tal está sujeita a alterações e transformações. Tais ideias não são de autoria direta dos membros do Cebes e Abrasco, contudo, ao serem convidados pela organização presidida e organizada principalmente pelo grupo e entendida como fundamentais para nortearem os debates da IX CNS, de certa forma se não se alinham com os argumentos do Cebes e Abrasco, também não estão em conflitualidade.

Em paralelo ocorriam no evento os painéis específicos que tratavam de uma grande quantidade de temas e a síntese de seus debates fora publicada pelos relatores e encaminhada para apreciação e composição dos estudos realizados pelos grupos de trabalho que consolidou os resultados no relatório final da IX CNS. Dentre os inúmeros painéis destacamos o intitulado "Alternativas de Gestão Pública", coordenado pelo professor de Medicina da USP e Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, José Carlos Seixas que também atuou na função de vice-

[344] NOVAES, Humberto de Moraes. Saúde pública e privada nos sistemas locais de saúde. volume II. In. **Cadernos da Nona**: IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1992.
[345] Idem.

presidente do evento[346], reunindo entre os sete painelistas[347] os integrantes do Cebes e Abrasco, Emerson Merhy e Francisco Braga Neto, cuja relatoria ficou a cargo de Samara Nitão e o ex-presidente do Cebes Márcio Almeida, ambos do Cebes e Abrasco. O grupo partindo da concepção de que o serviço público em saúde estava defasado e em péssimas condições, discutiu alternativas de flexibilização do estatuto jurídico das instituições públicas. Levantou-se as possibilidades de contratação de terceiros para prestação de serviços, em especial no setor hospitalar, a adoção de formas jurídicas que garantissem maior autonomia e flexibilidade aos órgãos da administração direta, bem como o incremento de novas formas jurídicas a partir de fundações, associações e outros de natureza jurídica privada[348].

A criação de novas personalidades jurídicas de tipo privado para atuarem em conjunto com o setor público por meio da celebração do contrato de gestão, sob controle e financiamento do poder público foi compreendido pelo grupo como uma oportunidade de resolução das dificuldades de coordenação e integração ao SUS. O relatório da IX CNS registrou que a posição dos participantes quanto aos mecanismos e instrumentos de gestão equivale a lógica de preservar o sistema público e não se submeter a regulação do mercado. Assim, a figura jurídica privada deveria estar submetida a um contrato de gestão, pelo qual o controle, fiscalização e recursos são de origem público, ao passo que não coloque em risco o controle das ações de saúde pelo setor público, pois o controle neste caso é público e não privado. Cabe observar que tais discussões antecedem a contrarreforma do Estado do governo FHC e, portanto, preparam de certo modo o terreno para que ela ocorra com menor enfrentamento.

Logo após a IX CNS ocorreu o impedimento do presidente Collor, assumindo em seu lugar o vice-presidente Itamar Franco. Durante o governo Itamar, o Cebes e a Abrasco permaneceram firmes na crítica e na luta institucional para a implantação do SUS. O governo Itamar se revelou incapaz de solucionar os problemas do setor, como relatado no editorial da edição de 38 de Saúde em Debate de março de 1993 intitulado "No Brasil, cumprir a Lei é uma ousadia"[349]. Para tanto, desde o número 36 de Saúde em Debate publicado em outubro de 1992

[346] A IX CNS foi presidida pelo Ministro da Saúde Adib Jatene e pelos vice-presidentes: José Carlos Seixas, Secretário-Executivo do Ministério da Saúde; José da Silva Guedes, Secretário Nacional de Assistência à Saúde; João Baptista Risi Júnior, Secretário Nacional de Vigilância Sanitária; João Carlos Pinto Dias, Presidente da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); Herman Gonçalves Scharzmayr, Presidente da Fundação Oswaldo Cruz.
[347] Os painelistas foram: Sinoel Bastista Prefeito Municipal de Penápolis/SP, o jurista e Guido Ivan de Carvalho, Gonzalo Vecina Neto médico da Faculdade de Medicina de São Paulo, o médico José Maria Borges, o Ministro Interino do Ministério do Trabalho Mozart de Abreu e Lima e secretário geral do Ministério da Saúde durante o governo de João Batista Figueiredo, de 1979 a 1985 e os integrantes do Cebes e Abrasco Emerson Mehry (Unicamp) e Francisco Campos Braga Neto (Ensp/Fiocruz).
[348] BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos da Nona**: IX Conferência Nacional de Saúde: Volume III. Brasília, 1992, p. 30.
[349] CEBES. Editorial, **Revista Saúde em Debate**, Londrina, n. 38, 1993, p. 3.

não temos mais a separação entre textos de conjuntura e análise política dos textos acadêmicos. A revista adquiriu uma configuração mais acadêmica, porém, manteve a publicação de documentos como de plenárias de encontros, cartas etc. Observa-se a redução na quantidade de textos a cada edição, como por exemplo, o número 36 de 1992 contava com 15 artigos e no ano seguinte no número 39 com 9 artigos, verifica-se também uma tiragem menor que saltou de 5 mil exemplares na edição de número 34 de março de 1992 para 3 mil na edição de número 36 de outubro do mesmo ano. Em grande medida resultado dos problemas financeiras enfrentados pela agremiação.

O número 42 de Saúde em Debate publicado em março de 1994 encerrou uma série de dez edições lançadas pela gestão dirigida por Eleutério Rodrigues Neto (1991-1994). De certo modo, a gestão manteve a preocupação da denúncia e de propor conteúdo de grande qualidade para os temas candentes da saúde, tendo como questão central nos editoriais e na configuração dos textos ao longo das edições a crítica à não implantação do SUS, à lei que não se faz valer e um cenário desolador que não se alterava com os governos vigentes até então. A gestão cebiana privilegiou as ações institucionais em detrimento de atividades e de incentivo à formação e publicização das lutas de setores da saúde externos ao movimento sanitário.

A próxima gestão (1994-1996) ficou a cargo do presidente Volnei Garrafa da Universidade de Brasília, com Eleutério Neto na primeira vice-presidência e com uma equipe diversificada em relação à área de formação e às instituições que representam, equipe composta pelo segundo vice-presidente Roberto Luiz Brant Campos, secretário Jorge Adriano Sotero, tesoureiro Samara Nitão, primeiro suplente Ivo Ferreira Brito, segundo suplente Maria Angélica Gomes e o conselho fiscal formado por Jacinta de Fátima da Silva, José da Rocha Carvalheiro e Eduardo Freeze de Carvalho do IAM/Fiocruz. Dos dez membros, seis são médicos e o restante representado pelas áreas de Odontologia, Sociologia, Economia e Enfermagem, totalizando sete homens e três mulheres. Pela segunda vez e última, a Fiocruz ficou atrás no número de representantes, posto assumido pela UNB com dois integrantes e um da Fiocruz, sem nenhum membro da UEL. O conselho editorial composto por onze editores, deles oito são homens e médicos, seguidos pelas áreas de formação de Psicologia, Sociologia e Odontologia. A Fiocruz foi predominante com cinco membros, acompanhada pela USP com três, destes cinco pertencem a Ensp: Maria Helena Machado, Paulo Duarte de Carvalho Amarante, Sarah Escorel, Sônia Fleury e José Carvalho de Noronha (ICICT).

A gestão de Volnei Garrafa ainda no primeiro ano e durante os pleitos eleitorais, alterou em assembleia a estrutura organizativa da agremiação com a criação de um Conselho

Consultivo, cuja atribuição baseou em assessorar de forma consultiva a diretoria nacional. Cabe destacar também que por questões logísticas e financeiras, a diretoria foi composta por membros que residiam na cidade de Brasília, muitos originalmente vinculados a outros estados e que no momento encontravam-se em atividades na capital federal. Outra novidade refere-se à composição da revista que passa a ser preenchida por metade dos artigos encomendados pelo conselho editorial relacionados aos temas de cada edição a partir do número 44 de setembro de 1994. Registra-se o retorno das seções que tratam de temas da conjuntura e ponto de vista[350].

Assim sendo, o conselho consultivo reuniu treze conselheiros e pela primeira vez o quantitativo de mulheres superou o dos homens, contendo nove mulheres e quatro homens. O mesmo não pode ser dito para as áreas de formação, permanecendo a predominância médica sobre os demais, com onze integrantes e um para Enfermagem, Sociologia e Economia. A UEL continha apenas uma representação e a Fiocruz com dois, número equivalente da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Pelo fato do conselho configurar tão somente com caráter consultivo, reduzindo de certa forma seu poder deliberativo e de ingerência, sugere-se que possibilitou a experimentação de um grupo mais plural no que diz respeito tanto a questão de gênero, pois pela primeira vez superou o número de homens e a configuração espacial, com maior abrangência de estados, como os integrantes baianos da UFBA e da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (Anna Rita Perderneira), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Janete de Castro), o médico paraense Waldir Cardoso, a Fiocruz Pernambuco (Rômulo Maciel Filho) e o médico mineiro da UFMG Sábado Giardi. Por fim, o conselho consultivo contou com nada menos que Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), o único representante da escola, no entanto, por seu imenso capital simbólico e social, não é possível dizer que a escola estava em desvantagem, numérica certamente, mas não de representatividade efetiva.

A diretoria editou os números 43 a 50 de Saúde em Debate e logo em sua primeira edição evidenciou os problemas financeiros e organizacionais, quando reduziu para dois mil exemplares a circulação da revista. O primeiro número se deparou com o contexto de eleições para a Presidência da República e com a difícil missão de discutir a agenda dos presidenciáveis para a saúde. A agremiação posicionou-se em defesa dos princípios da reforma sanitária da VIII CNS, especialmente por meio da "Carta da Saúde: por uma reforma sanitária contra a exclusão social e pela dignidade da vida humana", também conhecida como "Carta de Pernambuco"[351], apresentado durante o IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva organizado pela Abrasco

[350] CEBES. **Revista Saúde em Debate**, n. 44, Londrina, 1994.
[351] CEBES. Documento: Carta da Saúde: por uma reforma sanitária contra a exclusão social e pela dignidade da vida humana. **Revista Saúde em Debate**, n. 46, Londrina, 1994, p. 4.

entre os dias 19 e 23 de junho de 1994, na cidade de Olinda. Em suma, entendem que a saúde consiste no setor que mais avançou em direitos sociais na legislação da Constituição Federal, porém, os direitos e as políticas não estão sendo implementadas, sendo preciso fazer valer a lei e lutar pelos princípios da reforma sanitária. Assim, a diretoria do Cebes afirmou que para implementar a reforma sanitária seria necessária uma reforma democrática do estado brasileiro de modo a acabar com os processos de privatização, de modo que o interesse público sobressaia e a saúde adquira centralidade na formulação de políticas públicas. Assim, sugerem que as transformações só serão realizadas a partir de uma nova ética para o serviço público, isto é, uma parceria solidária entre os agentes públicos e os usuários[352].

O editorial de Saúde em Debate de março de 1995 ao analisar os primeiros meses do governo Fernando Henrique Cardoso e o processo inicial do projeto de Reforma do Estado, percebia que o momento era de avanço neoliberal que combina políticas de natureza tecnocrata e flexibilização geral através de alianças conservadoras do governo e ataques à constituição. Diante desse contexto o Cebes entendeu que não bastava apenas se posicionar contrariamente às políticas governamentais e retomar o projeto original da reforma sanitária. A elaboração de propostas efetivas e consistentes em torno do ideário da Reforma Sanitária não deveria passar simplesmente pela busca do "consenso, mas, principalmente, recompor as alianças entre aqueles realmente comprometidos com a melhoria das condições de vida e de saúde da população brasileira"[353]. Arremata convocando seus associados e adeptos à causa para enfrentarem os problemas políticos "fazendo as análises e alianças necessárias à sua viabilização, como sempre foi a prática (até certo ponto) bem sucedida do movimento sanitário recuperando, atualizando e qualificando as bandeiras da Reforma Sanitária, da Seguridade Social e do SUS"[354].

De imediato o Cebes buscou aprofundar relações institucionais com sua antiga parceira, a Ensp/Fiocruz e com parlamentares que julgavam estar identificados com o movimento sanitário, especialmente com o grupo Cebes e Abrasco. Assim, organizou o Simpósio "Para onde vai a Saúde do Brasil", realizado na Câmara dos Deputados, nos dias 24 e 25 de maio de 1995. Além da participação de políticos o evento contou com a presença da Ensp que enviou como representante seu vice-diretor Paulo Sabroza e o professor Paulo Amarante. Após a realização do encontro, os enspianos propuseram a continuidade dos debates em um novo evento a ocorrer na Escola em Manguinhos, na cidade do Rio de Janeiro. Desse modo, realizou-

[352] Idem.
[353] CEBES. Editorial. **Revista Saúde em Debate**, n. 46, Londrina, 1995, p.4
[354] Ibidem.

se na Ensp o seminário "A crise do Estado e Política de Saúde, entre os dias 28 a 30 de agosto de 1995, organizado pela parceria Cebes e Ensp. A seguir ao encontro na Fiocruz, Cebes e Ensp foram convidados a participar do I Simpósio Internacional sobre Política de Saúde e Financiamento promovido pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados.

A revista Saúde em Debate publicou em edição especial intitulada "Lutando pela Reforma Sanitária"[355], textos de suas principais lideranças relatando as respectivas participações nos três eventos. No primeiro encontro a revista destacou a participação de Sônia Fleury (Ensp/Fiocruz), Maria Alicia D. Ugá (Ensp/Fiocruz), Lenir Santos (IDISA/Unicamp) e Eleutério Rodriguez Neto (Cebes). Essas contribuições têm em comum um posicionamento crítico contrário às mudanças constitucionais na saúde, ao mesmo tempo em que ressaltam a defesa do SUS e a necessidade de seu aperfeiçoamento, assim como a retomada dos princípios e preocupações que inspiram o desencadeamento da Reforma Sanitária. Chama atenção dentre as falas proferidas a queixa de que o movimento pela reforma sanitária de anos atrás encontrava-se ausente, motivo que levou o vice-presidente do Cebes Eleutério Rodrigues Neto a dizer que o avanço dos interesses do setor privado e o seu domínio nas disputas na Frente Parlamentar da Saúde se deve à falta de mobilização e apoio dos movimentos pela reforma sanitária[356]. Reafirma-se, portanto, o chamamento dos demais agentes envolvidos com as lutas sanitárias que estiveram ausentes no horizonte do movimento sanitário, leia-se, Cebes e Abrasco, porém, sempre presente para justificar as dificuldades e fracassos de suas escolhas.

Por seu turno, no que concerne ao evento realizado na Ensp a revista Saúde em Debate destacou o relatório final, bem como as intervenções de seu presidente Volnei Garrafa na abertura dos trabalhos e, posteriormente as reflexões de Sônia Fleury (Ensp/Fiocruz), Eduardo Motta (Conasems), Elias Antônio Jorge (CNS), Sulamis Daim (IEI/UFRJ), Sérgio Arouca (Deputado PPS-RJ-Ensp/Fiocruz), Silvia Gerschman (Ensp/Fiocruz) e Eleutério Rodriguez Neto (Cebes). Agregam-se também os relatórios das diversas oficinas de trabalho contendo análises, subsídios e recomendações sobre financiamento da saúde, movimentos sociais, reforma psiquiátrica, e políticas de recursos humanos no SUS, além do registro do evento, evocando a necessidade da mobilização da ação política e defendendo a realização da X Conferência nacional da Saúde para o próximo ano. Os textos examinam a conjuntura política em curso, a implementação do SUS, sobretudo no que diz respeito ao seu financiamento e à

[355] CEBES. **Revista Saúde em Debate**, n. 48, Londrina, 1995.
[356] NETO, Eleutério Rodriguez. Seminário: Para onde vai a saúde no Brasil?. **Revista Saúde em Debate**, n. 48, Londrina, 1995, p. 9-12.

efetivação da descentralização, problematizando as dificuldades para se elaborar propostas e projetos capazes de responderem com competência técnica e política os desafios e as necessidades atuais da área da saúde[357].

Por fim, no que diz respeito ao simpósio internacional a revista ressaltou a participação de Volnei Garrafa (Cebes/UNB), Sônia Fleury (Ensp/Fiocruz) e Maria Helena Machado (Ensp/Fiocruz), cujos textos colocam em pauta as potencialidades da Reforma Sanitária constituir-se em referência para as demais políticas sociais brasileiras, o papel central dos recursos humanos para a transformação do sistema de saúde, e a dimensão ética e moral presente tanto nas questões da reforma como na dos recursos humanos[358].

À primeira vista questionam-se sobre com quais alianças o Cebes deveria recompor e se seria possível uma reação de base social ampla. As respostas dadas pela agremiação não surpreendem quando se tem em vista que estão coerentemente alinhadas com seu *modus operante* de não conflitualidade, de negociação e acordos por dentro do aparelho estatal, ou seja, por meio do que eles entendiam como guerra de posições visando a ocupação de espaços institucionais. Desse modo, as ações da direção do Cebes acompanhavam e atualizavam as linhas mestras da agremiação para a conjuntura vigente, sem deixar dúvidas quanto ao seu papel na correlação de forças na área da saúde.

Portanto, quando a direção do Cebes sinalizou para a necessidade de alianças não era de se espantar que estava se referindo a alianças no campo acadêmico e ao político, este último entendido como agentes políticos partidários que ocupam espaços no aparelho de estado. O editorial da edição especial intitulado "Cebes/ENSP: a retomada feliz de uma antiga parceria"[359], deixou claro que dentre as alianças necessárias a Ensp ressurgia como importante opção, porém, a Ensp nunca esteve de fora do Cebes, pois a composição majoritária da agremiação sempre esteve atravessada por pesquisadores da escola de saúde pública. No entanto, o que se comemora no editorial foi uma parceria institucional com ares de formalidade e representatividade, indo além da relação entre seus membros de forma voluntária. Formou-se, desse modo, somando-se a relação orgânica com a Abrasco, a base de ação do Cebes pela via institucional agindo diretamente nos altos escalões no aparelho de Estado e composta pela mais elevada hierarquia acadêmica na área da saúde.

[357] CEBES. Seminário: Crise do Estado e política de saúde. **Revista Saúde em Debate**, n. 48, Londrina, 1995, p. 23-46.
[358] CEBES. 1º Simpósio internacional sobre política de saúde e financiamento. **Revista Saúde em Debate**, n. 48, Londrina, 1995, p. 47-58.
[359] CEBES. Editorial. **Revista Saúde em Debate**, n. 48, Londrina, 1995, p. 3-4.

A parceria com a Ensp rendeu frutos para o Cebes, no ano seguinte aos encontros tomou posse a nova diretoria da agremiação (1996-1998) composta por dez membros[360], são eles: presidente Paulo Amarante (Ensp), primeiro vice-presidente José Mendes Ribeiro (Ensp), segundo vice-presidente Paulo Eduardo Elias (USP), terceira vice-presidenta Maria Helena Machado (Ensp), quarto vice-presidente Oviromar Flores (UNB), primeiro suplente Waldir da Silva Souza (Ensp), segundo suplente Rogério Renato Silva (professor convidado FGV/USP) e o conselho fiscal com José Gomes Temporão (Ensp), Hugo Fernandes Júnior (Analista Legislativo da Câmara dos Deputados/Cebes) e Francisco Eduardo de Campos (UFMG). A Ensp/Fiocruz não só detém maior número como ocupou os principais postos na diretoria e como pode ser observado, a diretoria é proeminentemente masculina e médica na medida em que nove dos dez dirigentes são homens e sete formados em Medicina, o restante formado em Ciências Sociais.

A revista Saúde em Debate passou a contar com a função de coordenação editorial, logo assumida por Paulo Eduardo Elias (USP), totalizando treze integrantes para o corpo editorial, pelo qual reuniu dez homens e três mulheres, sendo sete formados em Medicina, dois em Sociologia e Odontologia, um em História e Psicologia. Novamente a Ensp/Fiocruz detém a maior fatia dos editores, com cinco representantes: Maria Cecília de Souza Minayo, Edmundo Gallo, Nilson Rosário da Costa, Sarah Escorel e Sônia Fleury. A UNB e UERJ com um integrante e a USP com dois. No que concerne ao conselho consultivo, todos os onze componentes são homens e médicos. A Ensp concentrou quatro postos com nomes já bastante conhecidos, Antônio Ivo de Carvalho, Sérgio Arouca, Jorge Antônio Zepeda Bermudez e Roberto Passos Nogueira, seguido da Unicamp com dois membros, UEL e UNB com um integrante e, sem nenhum representante da região norte e nordeste como verificado na gestão anterior.

Os enspianos não são novos entrantes no Cebes, pelo contrário, muitos ajudaram a fundar e mantiveram-se sempre presente nos postos diretivos. No entanto, o predomínio da Ensp no Cebes, além de ser uma marca da própria organização revelou-se nesse momento como uma estratégia de ação do Cebes de aproximação institucional com a Fiocruz e fortalecimento de relações institucionais para dar peso às suas ações, como para contribuir com recursos financeiros e suporte para o funcionamento de suas atividades, como já ocorreu em outro momento. Nessa direção, a sede da diretoria deslocou-se da capital federal para a cidade do Rio

[360] Contabilizamos para efeitos do trabalho o conselho fiscal como integrante da diretoria, por sua vez, o conselho consultivo é analisado a parte.

de Janeiro, situando no Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde (NUPES) da Ensp. Para tanto, mesmo com o apoio e parceria da Ensp a atual diretoria não conseguiu manter em funcionamento contínuo a revista Saúde em Debate, publicando apenas dois números no ano de 1996 e nenhuma edição nos anos de 1997 e 1998.

Cabe registrar também que os dos números publicados por Saúde em Debate fogem consideravelmente do padrão das edições até então produzidos pela revista, concentrando essencialmente em artigos de natureza acadêmica, sem uma linha editorial precisa e com temáticas pré-definidas, bem como não trataram de temas da política de saúde e da reforma sanitária em si, tampouco apresentaram textos de conjuntura, debates e de opinião. O editorial no número 51 de junho de 1996 ao se referir as reformas neoliberais em curso pelo Ministro Bresser Pereira e a saída do Ministro da Saúde Adib Jatene não apresentou proposições, como era de costume, para ações da agremiação. Outro fato observado refere-se à ausência de um balanço e inferências por parte do conselho editorial da revista acerca da realização da X Conferência Nacional de Saúde ocorrida em setembro de 1996, assunto que passou despercebido também em textos ou mesmos seções dedicadas especificamente ao evento.

Em grande medida, a gestão do Cebes registrou um imenso pessimismo na política de saúde no governo FHC, embora nutrissem esperanças de que o novo ministro da saúde pudesse enfrentar os obstáculos e implantar o SUS, pôr em prática a tão sonhada descentralização, aperfeiçoar e implementar os mecanismos de controle e resolver os problemas dos recursos humanos. De certa forma, a agremiação se comportou de maneira excessivamente tímida e acrítica ao governo FHC, revelando a incapacidade organizacional, aglutinadora das forças sociais e de enfrentamento pela via institucional, ou até mesmo pode-se sugerir de antemão um possível alinhamento com determinadas medidas adotadas pelo governo, especialmente no que se refere ao projeto político da Reforma do Estado.

Não obstante, o tema da X CNS ocupou espaço em Saúde em Debate na edição que reuniu em uma só publicação os números 49, relativo a dezembro de 1995 e o número 50, referente a março de 1996, lançado ainda sob a gestão de Volnei Garrafa (1994-1996), anteriormente à realização da conferência. A revista buscou apresentar os temas da saúde que julgava essenciais a fim de servirem de referência nos debates da X CNS, separando uma seção especial dedicada ao assunto. Desse modo, a seção conjuntura assinada por membros ilustres do movimento sanitário e do Cebes, como Sérgio Arouca e Eleutério Neto, enfatizou as questões macrossociais, o neoliberalismo, a relação público e privado, o financiamento, descentralização e o controle social, dentre outros aspectos.

O editorial assinado por Volnei Garrafa e Eleutério Neto em nome da diretoria, deixa claro a insatisfação da agremiação com as políticas neoliberais, as reformas administrativas e o descaso com a implantação do SUS, compreendendo que esse caminho "esvazia e enfraquece o setor público, ou pela falsa alegação de que as atuais distorções em relação ao setor privado são frutos do SUS"[361]. A descentralização foi o grande tema defendido, sugerindo que mesmo tendo a questão financeira da saúde como necessidade de primeira ordem, não há como resolvê-la sem uma real e efetiva descentralização do sistema. Destacou-se também a discussão a respeito da problemática relação público e privado, preocupados com o contexto de contragolpes do setor privado e da dificuldade de implementação do SUS, buscavam se resguardar frente aos seus críticos dizendo que "o máximo de que podem nos acusar é de termos acreditado no pacto que celebramos na Constituinte com o setor privado, que apontava para novas e mais civilizadas relações"[362].

> Outro ponto estratégico, encontra-se a questão das relações do setor público com o setor privado, nas suas duas vertentes: o contratado/conveniado com o SUS e o *autônomo.* Com relação ao primeiro não pode haver mais condescendência, sob a pena de conivência das autoridades do SUS. Embora não se deseje retomar a tese da estatização, é essencial que o interesse público seja preservado acima de qualquer outro, o serviço público valorizado e os serviços contratados e conveniados, atuando como se públicos fossem, sob o risco objetivo (a ser viabilizado por lei) de intervenção, desapropriação ou mesmo expropriação. Quanto ao *autônomo*, ou seja, os particulares, sob forma de pagamento direto ou de convênios, planos e seguros, cabem dois tipos de ação: uma, fiscalizadora, em termos técnicos e outra no saneamento dos fluxos de recursos entre as fontes públicas e privadas, na eliminação de subsídios e isenções que favorecem e estimulam esse segmento"[363]. (Grifos nossos)

O editorial é anterior a apresentação do *Plano Diretor* da reforma do Estado de FHC, não sendo razão suficiente para isentá-lo de conhecer os interesses dos processos de reformas do Estado, pelo qual já se tinha ciência das reformas em outros países, sobretudo das teorias e práticas de reforma administrativa pautadas por instrumentos modernos, leia-se, privatizações, desregulamentações, terceirizações e todo tipo de mudança no estatuto das instituições públicas, como já vinha sendo pleiteado pelo governo Collor, assim tiveram ciência da reforma do Estado do governo Cardoso, uma vez que o próprio discurso de posse do presidente deixava claro as suas intenções privatistas. Diante da pressão do setor privado em se apoderar por completo dos recursos do sistema público de saúde, dos inúmeros ataques ao SUS e das mais diversas formas de saque e sabotagem a sua plena realização, reconhecidas pelo próprio Cebes, a direção não

[361] CEBES. **Revista Saúde em Debate**. n. 49/50, 1996.
[362] CEBES. Editorial. **Revista Saúde em Debate**. n. 49/50, 1996, p. 3.
[363] Idem, p. 4.

deixou dúvidas quanto ao posicionamento histórico da agremiação favorável a conciliação entre público e privado na saúde pública e de que a estatização da saúde não faz parte de seus planos.

No último ano do primeiro governo Fernando Henrique Cardoso foi eleita a nova diretoria do Cebes, permanecendo na presidência o enspiano Paulo Amarante, agora com nova configuração e com destacada participação de docentes da UEL. A diretoria responsável pela gestão (1998/2000) abarca em seu conjunto: presidente Paulo Amarante (Ensp), primeiro-vice presidente João José Batista de Campos (UEL), segundo vice-presidente Luiz Cordoni Júnior (UEL), terceiro vice-presidente Waldir da Silva Souza (Ensp), quarta vice-presidenta Maria Ines Bravo (UFRJ), primeiro suplente Carlos Otávio Ocké Reis (IPEA), segundo suplente Jacob Santos Portela[364]. A diretoria apresentou uma composição diversificada, contendo dois membros formados em Ciências Sociais, dois em Serviço Social e um em Ciências Econômicas e cinco médicos. Dos dez membros três são da Ensp, número equivalente de membros da Universidade de Londrina (UEL). A diretoria permaneceu sendo predominantemente masculina, com oito homens e apenas duas mulheres, sendo uma delas a professora Maria Inez Bravo como quarta vice-presidente e Vera Regina de Andrade como membra do conselho fiscal, ambas do Serviço Social.

A coordenação da revista Saúde em Debate ficou a cargo de Paulo Amarante, então presidente do Cebes. Dos treze membros do conselho editorial, apenas três não são formados em medicina, sendo os cursos de Sociologia, História e Odontologia e, dez são homens com apenas três mulheres, com o total de cinco membros da Ensp (Paulo Amarante, Célia Maria de Almeida, Sarah Escorel, Maria Cecílio de Souza Minayo) e Eduardo Freese de Carvalho do Instituto Aggeu Magalhães da Fiocruz, seguida apenas da USP com dois membros. Por sua vez, o conselho consultivo formou-se por doze membros, sendo todos do sexo masculino e onze médicos, restando apenas lugar para um biólogo. A Ensp é a principal instituição representada no conselho consultivo, com quatro membros, Antônio Ivo de Carvalho, Sérgio Arouca, Jorge Antônio Zepeda Bermudez e José Gomes Temporão. A representação do conselho consultivo com exceção de Roberto Passos Nogueira que ocupava lugar no IPEA, todos os demais pertenciam ao eixo Rio-São Paulo, o primeiro era representado somente pela Ensp e os demais

[364] Formado em Ciências Sociais pela UERJ em 1993 e mestre em Ciência Política pela Universidade Federal Fluminense em 1997, atuava neste período como professor em diferentes centros de ensino superior, como a Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac (FELM) e Faculdade Bezerra de Araújo (FABA). Era pesquisador bolsista da Ensp/Fiocruz e em diversos períodos desde 1990 assumiu funções na escola como ministrante de cursos de capacitação e professor convidado em cursos de especialização. Em 2008 tornou-se servidor público com o cargo de analista de gestão em saúde lotado no Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos) da Fiocruz.

vinculavam-se ao estado de São Paulo, tendo a Unicamp o mesmo número de membros da Ensp.

Nessa gestão a sede administrativa foi transferida da cidade de Londrina para a Ensp, que passou a ser o epicentro do Cebes. Na escola de saúde pública saíram três edições de Saúde em Debate que em linhas gerais seguiram a mesma programática da diretoria anterior. Será a partir da próxima gestão do Cebes que vislumbramos mudanças na revista. Logo na primeira edição de número 56 comandada pela gestão de Sarah Escorel, observa-se o retorno de textos de opinião e ensaios acerca dos temas da saúde pública. Durante a gestão da presidenta Sarah Escorel (Ensp/Fiocruz) foram publicados os números 56 a 62 entre os anos de 2000 a 2002. O período foi marcado por momentos difíceis para o movimento sanitário, como o falecimento de Davi Capistrano e Eric Jenner Rosas, cujas edições de número 56 e 57 respectivamente prestaram homenagem aos seus ex-membros e articuladores de primeira linha. Além da perda de figuras de enorme importância para o Cebes e o movimento sanitário, a atuação da agremiação manteve-se muito aquém das décadas de 1970/80, como pode ser percebida no editorial e no conjunto da edição 56 de Saúde em Debate ao afirmar a participação tímida do Cebes durante a XI Conferência Nacional de Saúde, espaço que sempre buscou protagonizar. Ao contrário de outras conferências não houve um intenso debate e preparação da instituição, tanto da gestão anterior como nas análises pós-evento da atual gestão.

A professora e pesquisadora da Ensp Sarah Escorel foi a primeira mulher a assumir a presidência do Cebes, acompanhada do primeiro vice-presidente Armando de Negri Filho (OPAS), segundo vice-presidente Eduardo Freese de Carvalho (IAM-Fiocruz), terceiro vice-presidente Carlos Botazzo (Instituto de Saúde de São Paulo), quarto vice-presidente Alcides Silva Miranda (UFRGS), primeiro suplente Rogério Renato Silva (Professor convidado FGV-USP), segundo suplente Maria José Scochi (Universidade Estadual de Maringá-UEM) e, pelo conselho fiscal formado por Anamaria Testa Tambellini (Ensp), Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Ensp), Ary Carvalho de Miranda (Ensp). A gestão contou com dez membros, sendo sete homens e três mulheres, dos quais sete são médicos e três membros das áreas de Odontologia, Farmácia e Enfermagem. A Fiocruz novamente é predominante, com quatro membros da Ensp e um do Instituto Aggeu Magalhães. Apesar de Escorel assumir a presidência, os cargos de hierarquia superior abaixo ao seu são de predomínio de homens.

O conselho editorial foi coordenado mais uma vez por Paulo Amarante da Ensp, com presença dos enspianos Célia Maria de Almeida, Ligia Giovanella, Maria Cecília Minayo e Nilson do Rosário Costa, no total de quinze membros, onze homens e quatro mulheres, sendo

treze da medicina e um de História e Sociologia. A Ensp é a instituição com maior número de representantes em todos os níveis organizacionais. Já o conselho consultivo reuniu quatorze membros, num total de treze homens e uma mulher, totalizando treze médicos e um integrante da Biologia. A Fiocruz por meio da Ensp empresta cinco nomes, seguida pela Unicamp com quatro membros, são eles: Antônio Ivo de Carvalho, Sérgio Arouca, Lia Giraldo da Silva, Jorge Antônio Zepeda Bermudez e José Gomes Temporão.

Em 2002 a revista Saúde em Debate firmou parceria com a coordenação da área de políticas públicas e saúde do mestrado em Saúde Pública da Ensp e publicou a edição de número 60 e 61, composta exclusivamente de textos acadêmicos de pesquisadores da escola, excetuando a seção de artigos de opinião. O último número lançado pela gestão de Sara Escorel ocorreu em meio as eleições presidenciais, no publicando na ocasião o documento "Em defesa da saúde dos brasileiros", carta escrita em 13 de setembro de 2002 e assinada pelo Cebes e Abrasco. Veremos com mais detalhes o conteúdo dessa carta mais adiante.

A ação estritamente institucional do Cebes e seu elitismo médico-acadêmico, embora tenha importante penetração nas arenas de poder no aparelho de Estado, resultado também da influência e do capital social de seus membros, verificou-se incipiente do ponto de vista da promoção popular da reforma sanitária brasileira e até mesmo do estabelecimento do consenso interno. Em outras palavras, do ano de 1989 ao fim do segundo mandato presidencial de Fernando Henrique Cardoso observou-se certo desprestígio interno da sua principal ferramenta de transmissão de ideias e aproximação ao grande público, a Revista Saúde em Debate. Estamos nos referindo à redução de cinco mil exemplares e em certos casos seis mil exemplares em anos precedentes para dois mil e dois mil e quinhentos exemplares que passou a ser a norma da revista. Além disso, mesmo com aumento de sócios de aproximadamente dois mil nos primeiros anos analisados para 5.800 ao final do ano de 1995, apenas 1.330 associados estavam em dia com suas obrigações com a revista, ou seja, 23% dos sócios[365].

O Cebes se revelou ainda mais institucional ao longo dos anos de 1989 a 2002, o diálogo que mantinha com movimentos sociais e entidades de luta durante o processo da reforma sanitária passou ao largo neste período, ao passo que que não se verificou nas páginas de Saúde em Debate de ações e atividades com outras organizações para pensarem e fortalecerem a luta pela saúde. As páginas de Saúde em Debate nas décadas de 1970 e 80, mantiveram em boa medida a participação de representantes de organizações coletivas de luta pela saúde externas

[365] Cf. CEBES. Cebes, sua contribuição editorial nestes 20 anos. Cecília Eiko Fujiwara**. Revista Saúde em Debate**, n. 48, Londrina, 1995, p. 5-6.

ao movimento sanitário, era possível visualizar a divulgação da revista com atos, eventos, congressos e ações dessas organizações, buscava-se divulgar e dialogar com estes movimentos, mesmo que ao fim e ao cabo se apresentassem como únicos protagonistas da saúde. Os anos analisados nessa seção revelam um Cebes fechado em si mesmo, exacerbando de forma contínua e progressiva suas características – a luta por dentro do aparelho de Estado, sem conflito e sem base social.

Acima de tudo, verificou-se um Cebes com dificuldades organizativas, sofrendo em diversos momentos com problemas financeiros e organizacionais, perdendo amplitude e força na arena de debate da saúde. Os anos analisados confirmam uma entidade fechada, pouco plural e diversificada, centrada em suas lideranças principais e alheia aos diferentes movimentos e espaços de luta no campo da saúde. Exemplo disso é a excepcionalidade do conselho consultivo formado por nove mulheres na gestão 1994-1996, que logo nas duas gestões seguintes eram formados apenas por homens e na última gestão presidencial de uma mulher, somente uma vaga fora preenchida pelo gênero feminino no conselho consultivo. Igualmente se aplica a pluralidade regional, em raros momentos aglutinou diferentes estados, concentrando os cargos nas regiões sul e sudeste. Os postos ocupados na diretoria foram majoritariamente masculinos, o abismo entre homens e mulheres manteve-se em todos os espaços organizacionais da agremiação, sejam eles diretoria, conselho consultivo ou conselho editorial. Temos no período analisado apenas uma presidenta a médica e professora da Ensp Sarah Escorel e nenhuma mulher como vice-presidenta, quem chegou mais perto foi a própria Sarah Escorel como primeira secretária (1989-1991) e Célia Maria de Almeida da Ensp como segunda vice-presidente na gestão 1987-1989.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde ainda que não leve em seu nome e em sua missão institucional a preferência por integrantes médicos, é possível afirmar que trata-se de uma entidade na qual os interesses médicos estavam representados em enorme discrepância com relação as demais áreas da saúde, a maioria delas ausente em seu corpo organizacional como a Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Gerontologia e Educação Física e às que estão representadas, como a Enfermagem, servem como ilustrativas, pois em grande medida seus membros não estão como representantes efetivos da área, apresentando-se muito mais como pesquisadores e gestores da saúde pública. Cabe registrar ainda que muitos dos integrantes de cursos externos à Medicina são nomes importantes do Cebes e Abrasco e no movimento sanitário com papel e espaço destacado em suas instituições de origem, o que em grande medida garante a vaga no rol médico cebiano.

Quadro 9: Composição organizacional Cebes (1989-2002).

Ano	Tema Revista Saúde em Debate	Nº	Cargos	Conselho Editorial
1989	SUS Reforma Sanitária: VI Simpósio sobre Política Nacional de Saúde	24 25	Presidente: Marcio José de Almeida (UEL) Vice-Presidente: Luiz Felipe Moreira Lima (Médico) 2º Vice-Presidente: **Célia Maria de Almeida (ENSP)** 1º Secretário: Marli Madalena Perozin (Médica) 2º Secretário: Cornélis Johannes Van Stralen (UFMG) Tesoureiro: João José Batista de Campos (UEL) 1º Suplente: Antônio Oswaldo Nunes Coutinho (UNB) 2º Suplente: Ricardo Lafetá Novaes (USP) Conselho Fiscal: Darcy Oliveira Ferreira (-) Membro do Conselho Fiscal: Vera Lucia Kodjaoglanian (SES/Mato Grosso do Sul); Membro do Conselho Fiscal: Ricardo Campos Nogueira (Prefeitura Municipal de Pelotas/RS)	**Adolfo Chorny (ENSP)**; **Ary C. Miranda (ENSP)**; Cornelis van Stralen (UFMG); Dalmo H. Feitoza (médico); **Eduardo Freese de Carvalho (IAM-Fiocruz)**; Elenice Deffune (Pós-graduanda INTS-França); Eleutério R. Neto (UNB); Eric J. Rosas (*); Francisco E. Campos (UFMG); Jorge Adriano (-); Luiz Cordoni Jr (UEL).; Maurício Roberto Campelo de Macedo (UFRN); Moisés Goldbaun (USP); Sebastião Loureiro (UFBA); Sônia Lafoz (Socióloga); **Tânia Celeste M. Nunes (ENSP)**; Valnei Garrafa (UNB); **Célia M. de Almeida (ENSP)**

1989 1989 1990 1990 1990 1991 1991	Plataformas de saúde: confira os seus candidatos Feliz 90 Um balanço da municipalização Para onde vai a saúde? Artigos de análise sobre a atual conjuntura do governo Collor A Lei Orgânica da Saúde: vetos e justificativas Para onde vai o dinheiro? Todos juntos na 9º Conferência	26 27 28 29 30 31 32	Presidente: Marcio José de Almeida (UEL) 1º Vice: **Edmundo de Almeida Gallo (ENSP)** 2º Vice: Darli Antônio Soares (UEL) Primeiro secretário: Maria Auxiliadora Zacarelli (-) Segundo Secretário: Mozart de Oliveira Junior (Médico) Tesoureiro: Cecília Eiko Fujiwara (Enfermagem) Primeiro suplente: Florisvaldo Fier (Médico) Segundo suplente: Álvaro Roberto Crespo (UFRGS) Conselho Fiscal: Francisco Eugênio Alves (UEL); Maria Luciane Loureiro (SES/PE) e Geraldo Luchesi (MS)	Darli Antonio Soares (UEL); Cornelis van Stralen (UFMG); David Capistrano da Costa Filho; **Edmundo de Almeida Gallo (ENSP)**; **Eduardo Freese de Carvalho (IAM-Fiocruz);** Eduardo Jorge Martins A. Sobrinho; Eduardo Nakamura; Emerson Elias Merhy (Unicamp); Eric Jenner Rosas; Fernando Isaac; Flávio Luiz Schieck Valente; Gastão Wagner Campos (Unicamp); Guilherme Rodrigues da Silva (USP); Hésio de Alburquerque Cordeiro (UERJ); **Jaime Araujo Oliveira (ENSP)**; Jairnilson Paim (UFBA); José Ruben de Alcantara Bonfim; Leda Lúcia Couto de Vasconcelos; Luiz Cordoni Júnior (UEL); Maria Luiza Jaeger (Sociológa); Moisés Goldbaum (USP); **Paulo Amarante**; Paulo Eduardo Mangeon Elias (USP); **Paulo Gadelha (Fiocruz**); Renato P. Veras (UERJ); Roberto Passos Nogueira (OPAS); Severino Márcio Pereira Meireles; **Virginia Gawryszewski (ENSP)**
1991 1992 1992 1992	IX em Março? IX Conferência Nacional de Saúde Cebes na IX CNS Ética, democracia e saúde	33 34 35 36	Presidente: Eleutério Rodrigues Neto (UNB) 1º Vice: Nelson Rodrigues dos Santos (USP_ 2º Vice: **Antônio Ivo de Carvalho (ENSP)** Secretária: **Sarah Escorel (ENSP)**; Tesoureira: Darci Oliveira Ferreira (UEL)	**Sérgio Arouca (ENSP); Arlindo Fábio G. de Souza (Sociólogo-ENSP);** Crescêncio Antunes da Silveira; David Capistrano da Costa Filho; Edmur Flávio Pastorello; Eduardo Jorge Martins A. Sobrinho; Eduardo Nakamura; Emerson Elias Merhy;

1992 1993 1993 1993 1993 1994	Os caminhos da Reforma Psiquiátrica Brasileira Cumpra-se a lei INPS Brasil: retrato da miséria O caos na saúde: o quadro que se repete Ética e desigualdade: Saúde para todos?	37 38 39 40 41 42	Primeira suplente: Aparecida Bueno Nogueira (Mato Grosso Sul) Segunda suplente: **Rômulo Maciel Filho (Economista-IAM-Fiocruz)** Conselho Fiscal: Marco Aurélio da Rós (UFSC); Maria Ceci Mizoczky (UFRGS); José Paranaguá de Santana (UFPI-OPAS)	Eric Jenner Rosas; Fernando Isaac Szklo; Gastão Wagner de Souza Campos; Guilherme Rodrigues da Silva (USP); Hésio Alburquerque Cordeiro (UERJ); **Jaime Araujo de Oliveira (ENSP)**; Jairnilson Silva Paim (UFBA); **José Carvalho de Noronha (ICICT)**; José da Silva Guedes; José Ruben de Alcantara Bonfim; José Saraiva Felipe; Luiz Cordoni Junior (UEL); Madel Terezinha Luz (Filosofia UERJ); Márcio José de Almeida (UEL); Maria Elizabeth Diniz Barros (Sociologia/IPEA); Maria Luiza Jaeger (Sociologia); Moisés Goldbaum (USP); **Nilson do Rosário Costa (História-ENSP)**; **Paulo Duarte de Carvalho Amarante (ENSP)**; Paulo Eduardo Mangeon Elias (Ciências Sociais USP); **Paulo Ernani Gadelha**; Rita Elizabeth Rocha Sório (Enfermagem); **Roberto Passos Nogueira (ENSP-Fiocruz)**; Samara Rachel Veira Nitão; Severino Márcio Meireles; **Sônia Maria Fleury Teixeira (Psicologa-ENSP)**; Stella M. de P. F. de Barros (Enfermagem/UFBA); Sylvain Nahum Levy; Vera Lucia Kodjaoglanian (psicóloga); **Virgínia Gawrzewski (ENSP)**
1994 1994 1994 1995 1995 1995 1996	Eleição 94: a saúde depende do seu voto Cebes: 18 anos de luta ? Seguridade social: é hora de agir SUS: a descentralização não pode esperar mais Lutando pela Reforma Sanitária	43 44 45 46 47 48 49-50	Presidente: Volnei Garrafa (UNB) 1º Vice: Eleutério Rodrigues Neto (UNB) 2º Vice: Roberto Luiz Brant Campos Secretário: Jorge Adriano F. Sotero Tesoureira: Samara Rachel Vieira Nitão (MS)	Jairnilson Paim; Jocélio Dumont; **José Carvalho de Noronha**; José Francisco N. Paranaguá de Santana; **Maria Helena Machado**; Moisés Goldbaum (USP);

	Saúde		1º suplente: Ivo Ferreira Brito (UFPB) 2º suplente: Maria Angélica Gomes (OPAS) Conselho Fiscal: Jacinta de Fátima da Silva, José da Rocha Cavalheiro (USP) e **Eduardo Freeze de Carvalho (IAM-Fiocruz)** **Conselho Consultivo:** Anna Rita Pessoa Pederneira (Médica-UFRB); Sérgio Arouca (ENSP); Carmen F. Teixeira (UFBA); Eduardo Jorge M. Alves Sobrinho; Janete Lima de Castro (Enfermagem/UFRN); José Leôncio Feitosa (Médico); José Rubem de Alcantara Bonfim; Márcio José de Almeida (UEL); Maria Luiza Jaeger (Sociologa); Rômulo Maciel Filho (Economista-IAM/Fiocruz); Sábado Nicolau Giardi (Médico/UFMG); Sebastião Loureiro (UFBA); Waldir Araujo Cardoso (Médico/PA)	Paulo Capel Narvai (Odontologia-USP); Paulo Duarte de Carvalho Amarante (ENSP); Paulo Eduardo Mangeon Elias (Sociologia USP); Sarah Escorel (ENSP); Sônia Maria Fleury Teixeira (Psicologia ENSP)
1996 1996	1997? *	51 52	Presidente: **Paulo Amarante (ENSP)** 1º Vice-Presidente: **José Mendes Ribeiro (ENSP)**	Coordenador - Paulo Eduardo Mangeon Elias (Sociologia USP); Maria Cecília de Souza Minayo (Sociologia-ENSP);

			2º Vice-Presidente: Paulo Eduardo Mangeon Elias (USP) 3º Vice-Presidente: **Maria Helena Machado (ENSP)** 4º Vice-Presidente: Oviromar Flores (UNB) 1º Suplente: **Waldir da Silva Souza (Pesquisador ENSP/Fiocruz)** 2º Suplente: Rogério Renato Silva (FGV-USP prof Convidado) Conselho Fiscal: **José Gomes Temporão**, Hugo Fernandes Junior, Francisco Eduardo de Campos (UFMG) **Conselho Consultivo**: Antônio Ivo de Carvalho (ENSP); Sérgio Arouca (ENSP); David Capistrano da Costa Filho; Eleutério Rodriguez Neto (UNB); Emerson Merhy (Unicamp); Gastão Wagner de Souza Campos (Unicamp); Gilson de Cássia de Carvalho (Médico/Prefeitura); João José Batista de Campos (Médico/UEL); Jorge Antônio Zepeda Bermudez (Médico/ENSP); José Ruben de Alcantara Bonfim; Roberto Passos Nogueira (ENSP)	Edmundo de Almeida Gallo (ENSP); Jairnilson Paim (UFBA); Jocélio Drummond; José Francisco Paranaguá de Santana; Nilson do Rosário Costa (História-ENSP); Paulo Carpel Narvai (Odontologia USP); Renato Peixoto Veras (UERJ); Sarah Escorel (ENSP); Sebastião Loureiro; Sônia Fleury (Psicologa); Volnei Garrafa (odontologia - UNB)
1999 2000	** ***	53 54	Presidente: **Paulo Amarante (ENSP)**	Coordenador - Paulo Duarte Carvalho Amarante (ENSP);

2000	****	55	1º Vice: João José Batista de Campos (UEL) 2º Vice: Luiz Cordoni Junior (UEL) 3º Vice: Waldir da Silva Souza **(Pesquisador ENSP/Fiocruz)** 4º Vice: Maria Inez Souza Bravo (Serviço Social/UFRJ) 1º suplente: Carlos Otávio Ocké Reis (Economista/IPEA) 2º suplente: Jacob Augusto santos Portela Conselho Fiscal: **Edmundo de Almeida Gallo (Ensp)**, Vera Regina Gonçalves de Andrade e Darli Antônio Soares (UEL) **Conselho Consultivo**: Antônio Ivo de Carvalho (ENSP); Sérgio Arouca (ENSP); David Capistrano da Costa Filho; Emerson Merhy; Gastão Wagner de Souza Campos (Unicamp); Gilson de Cássia de Carvalho (Médico/Prefeitura); Jorge Antônio Zepeda Bermudez (Médico/ENSP); José Ruben de Alcantara Bonfim; Roberto Passos Nogueira (IPEA); José Gomes Temporão (ENSP); Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (Médico/SP-	Célia Maria de Almeida (ENSP); Eduardo Freese de Carvalho (IAM-Fiocruz); Jairnilson Paim (UFBA); José Augusto Barros (UFPE); Sarah Escorel (ENSP); Maria Cecílio de Souza Minayo (Sociologia ENSP); Naomar de Almeida Filho (UFBA); Nilson do Rosário Costa (História ENSP); Paulo Capel Narvai (Odontologia USP); Renato Peixoto Veras (UERJ); José da Rocha Carvalheiro (USP); Sebastião Loureiro (UFBA)

			Unicamp Colaborador); Paulo Sergio Marangoni (Biologia-Unicamp)	
2000	*****	56	Presidente: **Sarah Escorel**	Coordenador - Paulo Duarte Carvalho Amarante (ENSP);
2001	******	57	1ºVice: Armando de Negri Filho (OPAS)	Ana Maria Malik (FGV);
2001	*******	58	2º Vice: **Eduardo Freese de Carvalho (IAM-Fiocruz)**	Célia Maria de Almeida (ENSP);
2002	(-)	60	3º Vice: Carlos Botazzo (Instituto de Saúde SP)	Francisco de Castro Lacaz;
2002	(-)	61	4º Vice: Alcides Silva Miranda (UFRGS)	Guilherme Loureiro Werneck (UERJ);
2002	(-)	62	1º suplente: Rogério Renato Silva (FGV-USP prof Convidado)	Jairnilson Paim;
			2º suplente: Maria José Scochi (UEM)	José da Rocha Carvalheiro (USP);
			Conselho Fiscal: **Anamaria Testa Tambellini (ENSP**), **Paulo Duarte de Carvalho Amarante (ENSP), Ary Carvalho de Miranda**	Lígia Giovanella (ENSP);
			Conselho Consultivo: Antônio Ivo de Carvalho (ENSP); Sérgio Arouca (ENSP); David Capistrano da Costa Filho; Emerson Merhy; Lia Giraldo da Silva Augusto (ENSP); Luiz Augusto Facchini (UFPEL); Gastão Wagner de Souza Campos; Gilson de Cássia de Carvalho (Médico/Prefeitura);	Luíz Cordoni Júnior (UEL); Maria Cecília de Souza Minayo (sociologia ENSP); Naomar de Almeida Filho; Nilson do Rosário Costa (História ENSP); Renato Peixoto Veras (UERJ); Ronaldo Bordin (UFRGS); Sebastião Loureiro (UFBA)

			Jorge Antônio Zepeda Bermudez (ENSP); José Ruben de Alcantara Bonfim; Roberto Passos Nogueira (IPEA); José Gomes Temporão (ENSP); Luiz Carlos de Oliveira Cecílio (Médico/SP-Unicamp Colaborador); Paulo Sérgio Marangoni (Biologia-Unicamp)	

Fonte: Revista Saúde em Debate (1989 a 2002).

CAPÍTULO 6

CONSENSO PÚBLICO-PRIVADO NA AÇÃO POLÍTICA

A história da saúde pública brasileira no tempo presente é tributária do significativo papel e atuação dos agentes do movimento sanitário, ao passo que não se pode negar a importância desses sujeitos na elaboração, disputa e institucionalização da agenda da reforma sanitária nos marcos legais da Constituição de 1988. A dupla Cebes e Abrasco, cujo protagonismo em diversos momentos advém dos quadros da Ensp/Fiocruz, mantém-se forte na disputa no campo da saúde nos anos pós-1988.

Nossa hipótese ao longo da tese diz respeito a relação complexa estabelecida pelo Cebes e Abrasco acerca da relação público e privado na reforma sanitária pré-1988, no contexto do SUS, bem como da continuidade da reforma sanitária até a década de 2000. Aventamos a existência de um consenso fluído entre público-privado, quando alguns adotaram a hipótese da relação harmônica público-privado, outros consideraram que poderiam controlar o privado, outros foram levados pelas ideias hegemônicas neoliberais, descartando as considerações de classes, tidas por eles como derrotadas e tentando se ajustar em meio ao contexto, de certa forma, buscando operar pela via do menos pior. Tal consenso fluido ou mole, diluiu a luta efetiva, privilegiando a luta institucional, para agir nos interstícios, bem como abandona-se a formação política, dedicando-se a formar gestores; aos poucos abandonou-se o próprio princípio das determinações sociais da saúde e da vida.

Os questionamentos sobre a validade de uma reforma sanitária construída coletivamente, movida pela luta em defesa do rompimento da lógica mercantilista e privatizante do modelo de saúde até então vigente a fim de elaborar novas bases políticas e sociais através de uma profunda reforma, levaram a tentar conciliar em sua fase de implementação o privado, bem como delegar a ele a execução dos serviços públicos.

No presente capítulo dedicaremos nossa análise às ações do Cebes e Abrasco em diferentes frentes de luta, tais como em seus próprios espaços institucionais, nas conferências nacionais de saúde e no Conselho Nacional de Saúde. Escolhemos esses locais por considerá-los importantes na aglutinação, debate e disputa de agendas do campo progressista da saúde.

Vejamos como a dupla Cebes e Abrasco traduziu em ações as ideias defendidas por seus membros.

6.1 Relações perigosas entre o público e o privado

A relação público e privado na saúde pública é um tema de difícil consenso e envolve perspectivas variadas, muitas das vezes apresentando particularidades quanto a presença do privado na saúde pública. Os liberais advogam que somente com a presença do privado a saúde funcionará, recorrem à defesa de seus interesses comerciais e ao mito da superioridade do mercado frente ao serviço público, outros mais próximos do setor público e abertos ao mercado defendem a participação do privado com certa moderação, têm-se os que entendem a impossibilidade de conciliação sinalizando para a necessidade de ruptura, há aqueles que acreditam na possibilidade de controle do privado e, existe ainda quem defenda um novo tipo de privado, sem vínculo lucrativo, privado porém com interesse público. O Cebes e Abrasco estão certamente entre aqueles adeptos ao funcionamento da saúde pública com papel ativo do Estado, mas não estão convencidos da impossibilidade de consenso entre público e privado, pelo contrário, defendem a complementação do sistema pelo setor privado e mais ainda, acompanham de perto e com bons olhos práticas de gestão de natureza privada.

O entendimento dos avanços e retrocessos na implementação do SUS e da reforma sanitária passam obrigatoriamente pelo conflito entre público e privado, extrapolando os limites do debate sobre o estatuto jurídico e das formas organizacionais, convertendo-se em expressão máxima da luta de classes na saúde. Para além da visão de mundo do Cebes e Abrasco, a Conferência Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde, bem como os conselhos municipais e estaduais são importantes canais para verificarmos as disputas e consensos que se processam na sociedade civil. O Conselho Nacional corresponde a uma das principais conquistas da reforma sanitária na legislação da saúde, composto por distintos interesses e representações de classe da sociedade civil, configura-se como um espaço em permanente tensão entre o capital e o trabalho, abarcando tanto membros do empresariado, dos usuários do sistema, como defensores de agendas progressistas na área da saúde. Com caráter permanente e deliberativo, o conselho influencia na formulação, execução e controle de políticas públicas na saúde.

Parte-se da premissa de que o conselho enquanto mecanismo de controle social sobre as políticas públicas e os recursos para a saúde, deve conter junto aos seus interesses contraditórios a organização de vontades coletivas das classes subalternas, de modo que não se limitem a mecanismos de formação de "consentimento ativo" dos interesses e das relações vigentes de domínio da classe dominante[366]. Ao contrário, devem permitir a efetiva socialização dos processos em curso, explicitando os termos técnicos, difundir o conhecimento do que significa socialmente o SUS e qual o teor das lutas e propostas em torno da saúde pública. Isso permite aos diversos setores populares que organizem resistências aos projetos hegemônicos de privatização, mercantilização, apropriação privada do fundo público e de contratação de políticas públicas sociais[367].

Em sua composição o conselho conta com a representação da Abrasco, entidade que por sua trajetória e ideais políticos se coloca no grupo da defesa dos princípios da reforma sanitária, ou seja, pertence ao quadro das organizações coletivas que se não defendem integralmente os interesses subalternos, estão mais próximos do que distantes deles. Dessa forma, espera-se que os agrupamentos coletivos atrelados aos interesses subalternos e no limite, aos princípios da reforma sanitária, comportem-se contrariamente aos projetos privatistas na saúde e as modalidades de gestão de natureza privada no ordenamento da saúde pública.

O Conselho Nacional de Saúde durante o governo Cardoso desempenhou importante papel no tensionamento dos projetos privatistas, da reforma do Estado e do descaso com políticas públicas para a saúde. Em meio ao avanço do projeto da reforma do Estado e ao desmonte do Estado pelo governo Cardoso, realizou-se entre os dias 2 e 6 de setembro de 1996 a X Conferência Nacional de Saúde em Brasília, com o tema "SUS – Construindo um modelo

[366] Importante levar em consideração os limites de atuação do controle social, segundo Maria Valéria Correia e Maria Inês Bravo estudiosas do assunto "os mecanismos de controle social — conferências e conselhos — foram institucionalizados no âmbito do Estado e estão situados no Poder Executivo. Não se tem neste espaço a pretensão do controle do capital, este é incontrolável. Trata-se de garantir o direito à saúde interferindo na elaboração da política do setor. Neste sentido, pode-se disputar o fundo público, denunciar sua alocação crescente para a reprodução do capital em detrimento da reprodução do trabalho, exigir a transparência do uso de recursos públicos e à efetivação dos direitos sociais. Estas pautas são importantes, mesmo que estejam circunscritas à emancipação política, no contexto de retrocessos no campo dos direitos sociais e incentivo à ampliação do setor privado nas áreas "não exclusivas do Estado", como saúde e educação" (BRAVO, CORREIA, 2012, p. 137).

[367] Acerca do controle social na saúde e o Conselho Nacional de Saúde, recomenda-se: CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o controle social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005a; CORREIA, Maria Valéria Costa. **O Conselho Nacional de Saúde e os rumos da política de saúde brasileira**: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. Tese (Doutorado em Serviço Social) — Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005b; BRAVO, Maria Inês Souza. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 88, 2006; BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 109, 2012.

de atenção à saúde para a qualidade de vida". A preparação do evento contou com a realização no mesmo ano de vinte e sete conferências estaduais e mais de três mil conferências municipais, elegendo 1.260 delegados com metade representando os usuários do sistema de saúde. O encontro registrou também a presença de 351 convidados e 1.341 observadores, contendo 50 grupos de discussão, cujo temas principais foram: Saúde, cidadania e políticas públicas; Gestão e organização dos serviços de saúde; Controle social na saúde; Financiamento da saúde; Recursos humanos para a saúde e; Atenção integral à saúde. Passados quase oito anos das conquistas inscrita na constituição e seis do SUS, a X CNS manifestou sua preocupação em avaliar o que havia sido implementado e propor diretrizes para seu aprimoramento,

Ao final do encontro foi lançada a "Carta da 10º Conferência Nacional de Saúde", fruto dos inúmeros debates e representando a manifestação pública dos participantes diante da situação da saúde brasileira. Em pleno processo da Reforma do Estado e da ofensiva neoliberal do governo Cardoso, denunciava-se a farsa do discurso de "modernização" dessas políticas e seu caráter destruidor para a saúde pública. Ressaltaram que a descentralização e a municipalização vêm demonstrando que o SUS não é só viável, mas é a melhor alternativa para garantir a população o acesso democrático à saúde. No entanto, destacou-se a necessidade de cumprir os princípios constitucionais da saúde e da seguridade social, exigindo que sejam discutidos no âmbito do projeto da Reforma do Estado do Mare a partir do Conselhos de Saúde a nível nacional, estadual e municipal.

Desse modo, o projeto reformista deve ser totalmente revisto e rejeitado tudo aquilo que esteja em desacordo com os princípios constitucionais, especialmente os modelos alternativos de gestão voltados à privatização, como por exemplo, as fundações privadas, Organizações Sociais e às terceirizações. Os participantes da X CNS reafirmaram seu caráter de instância máxima de avaliação e formulação de diretrizes para a política nacional de saúde, motivo pelo qual exigiram do governo federal, estadual, municipal e gestores da saúde a plena implementação das decisões tomadas no encontro.

A comissão organizadora do evento[368] fora presidida pelo cebiano Nelson Rodrigues dos Santos[369], que havia um ano antes ocupado a vice-presidência do Cebes e a coordenação da Secretaria Técnica de Apoio do Conass, assumindo também a função de coordenador do GT

[368] Comitê organizador: Nelson Rodrigues dos Santos, coordenador geral (Unicamp/Cebes); Adnei Pereira de Moraes, coordenador adjunto (Ministério da Saúde; Lourdes Lemos Almeida, secretária geral (Ministério da Saúde); Mônica Zaccarelli Dávoli, secretária geral adjunta (Conasems); José Gomes Temporão, relator geral (Ensp-Cebes).
[369] Ver capítulo 4, quando discutimos suas ideias acerca da relação público-privado.

Técnico do encontro, reunindo na relatoria geral o enspiano José Gomes Temporão, ex-presidente do Cebes e na ocasião, membro do conselho fiscal da entidade. A organização da programação do evento contou com Paulo Buss (Ensp-Abrasco) na coordenação das Assessorias de Permanentes de Programação, com a presença do ex-presidente da Abrasco Hésio de Albuquerque Cordeiro (UERJ-Abrasco/Cebes), Armando Lopez Scavino (OPAS/OMS) e Carlyle Guerra de Macedo (OPAS/OMS). Em boa medida o Cebes e Abrasco estavam representados em postos-chave na organização do evento, sendo a Ensp a entidade mais numerosa. Pode-se sugerir que apesar da coordenação geral ficar sob responsabilidade do líder do conselho nacional que representava as secretarias municipais de saúde e pelo fato do evento contabilizar uma grande diversidade e pluralidade de participantes e suas respectivas representações, as demais funções organizativas permaneceram sob domínio do corpo tecnocrático e político, como ocorreu em edições anteriores. O grupo Cebes/Abrasco além de exercer a histórica função de análise técnica, conservou-se no topo da hierarquia organizacional do ponto de vista da representatividade política.

Ao contrário da conferência anterior, não tivemos acesso aos anais do evento e do detalhamento dos coordenadores e expositores das seções de debate, publicou-se apenas o relatório final apresentando as deliberações gerais. No entanto, Nelson dos Santos colocou em votação no Conselho Nacional de Saúde a proposta da comissão organizadora referente a escolha dos temas e dos integrantes para as mesas do evento, sendo deliberado quatro mesas, com os seguintes temas: Construindo um modelo de atenção – saúde e qualidade de vida (Francisco Eduardo Barreto de Oliveira, Eleutério Rodrigues Netto (Cebes), Representante da Rede Feminista, Edmundo Juarez, Vilmar Ferreira, Sônia Maria Fleury Teixeira (Ensp/Cebes)); O SUS que está dando certo (Jarbas Barbosa da Silva Júnior, João Polancsik, Elisaldo Carlini, Carlos Alberto Komora Vieira, Adalgisa Balsemão Araújo, Gilson Cantarino O'Dwyer[370]); O

[370] Médico e na ocasião exercia a função de Secretário Municipal de Saúde de Niterói, atuando como conselheiro no Conselho Nacional de Saúde. Cantarino integrou a diretoria nacional do Cebes na gestão 2006-2008, no cargo de conselheiro fiscal. Exerceu também o cargo de Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (1999-2002) no governo de Anthony Garotinho e no governo de Rosinha Garotinho no período de 2003 a 2006. Gilson Cantarino possui longa passagem pela gestão pública em saúde e em 2008 foi preso durante a operação "Pecado Capital", do Ministério Público Estadual, acusado de participar de esquema de corrupção com Organizações Não Governamentais que desviou R$ 60 milhões dos cofres públicos do estado do Rio de Janeiro, quando dirigia a Secretaria de Saúde do Estado, no governo de Rosinha Garotinho. Em setembro do mesmo ano o Ministro Celso de Mello do Supremo Tribunal Federal concedeu habeas corpus para libertar os acusados. Cf.: https://extra.globo.com/noticias/rio/gilson-cantarino-preso-em-operacao-contra-quadrilha-que-desviou-dinheiro-da-saude-no-governo-rosinha-542560.html, acessado em 03/07/2020; https://stf.jusbrasil.com.br/noticias/103111/presos-por-desvio-de-r-70-milhoes-no-governo-rosinha-garotinho-conseguem-habeas-corpus, acessado em 03/07/2020.

SUS, seus problemas e dificuldades (Eduardo Levcovitz (UERJ/Cebes), Mônica Valente, José Rafael Guerra Pinto Coelho, Neide Regina Cousin Barriguelli, Elias Antônio Jorge, Eduardo Luiz Andrade Mota); Construindo um modelo de atenção: as mudanças necessárias (José Carlos Seixas, Armando Martinho Bardou Raggio, Jorge Nascimento Pereira, Wagner Vasconcelos, André César Médici, Davi Capistrano Filho (Cebes))[371].

A composição das mesas de natureza essencialmente técnica, manteve o padrão de eventos anteriores, contando com representantes do Cebes e Abrasco em todas elas. Apesar das mesas não discutirem diretamente a questão da gestão e o antagonismo público e privado, é possível sublinhar o papel ocupado pela matéria do gerenciamento através do subtema "Gestão e Organização dos Serviços de Saúde". Os participantes discutiram exaustivamente a descentralização, o papel dos conselhos, do poder público, dos gestores de saúde e das instituições, tendo por objetivo estabelecer os princípios básicos da gestão e organização da saúde para uma efetiva implementação do SUS. Nesse sentido, os modelos de gestão de natureza jurídica de direito privado foram rejeitados e cobrado das instâncias fiscalizadoras o cumprimento da legislação do SUS, não sendo permitido o desvirtuamento da função pública por entes de natureza diversa, como as Organizações Sociais e Fundações Privadas. Outro tema repudiado referiu-se ao projeto da Reforma do Estado do Mare de privatizar os hospitais universitários, retirando-os das universidades.

Um dos pontos mais polêmicos quando o assunto é gestão em saúde diz respeito a autonomia. Muitos entenderam que a administração pública por si só não é capaz de oferecer formas desburocratizadas e dinâmicas de gerenciamento, alcançada somente com interação via padrões privados. Entretanto, os participantes da X CNS defenderam que a administração pública poderia e deveria estimular a autonomia de gestão, a flexibilidade no modo como se estrutura e formata as operações cotidianas, proporcionando agilidade e bons resultados sem a necessidade de alterar o estatuto público para o privado. O que seria preciso segundo o relatório final consistiria em criar "instrumentos legais que preservem o interesse público com dispositivos menos burocráticos e imobilizadores"[372].

À primeira vista o privado foi renegado, mas precisamos definir melhor de qual privado estão falando. O privado em questão são aqueles externos ao público e com finalidade lucrativa, bem como as modalidades de gestão de direito privado sem fins lucrativos que geram um novo

[371] BRASIL. **Ata da 58º reunião ordinária**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996.
[372] BRASIL. Ministério da Saúde. 10º Conferência Nacional de Saúde, **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998, p. 31.

ente, isto é, cria-se uma nova instituição para atuar junto ao serviço público, mas sem a finalidade lucrativa, como as fundações de apoio privado. Por outro lado, aceitou-se as entidades filantrópicas sem fins lucrativos, comum em hospitais e Santas Casas e segundo o relatório deveriam ser reconhecidas como "públicas não-estatais"[373] ou de utilidade pública, fiscalizadas pelo Ministério da Saúde, secretárias estaduais e municipais e pelos Conselhos de Saúde, devendo destinar no mínimo 60% de sua capacidade instalada ao SUS sob pena de serem reenquadradas como privadas. Os participantes exigiram do governo federal a normatização, enquadramento e reconhecimento das entidades filantrópicas, pelo qual em hipótese alguma poderia compreender as cooperativas, planos de seguro privado de assistência à saúde e entidades filantrópicas vinculadas a empresas[374].

As deliberações da X CNS são de grande importância, pois delimitam a atuação e a relação do sistema público com entes externos e vão além ao estabelecer o prazo de 120 dias para o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de saúde, a contar da divulgação do relatório da X CNS para mapear o patrimônio do SUS, indicando a presença de entidades filantrópicas e privadas. Em seguida deverão ser encaminhadas para os respectivos Conselhos de Saúde no prazo de 180 dias a contar do relatório da conferência a fim de discutir e aprovar normas para o funcionamento destes serviços ou seu declínio nas funções públicas[375]. De acordo com o relatório final o princípio perseguido deveria ser da reafirmação do modelo de gestão público do SUS, "coibindo o uso de recursos físicos, financeiros, materiais, tecnológicos e humanos públicos por empresas privadas, filantrópicas ou cooperativas profissionais, assegurando a universalidade e integralidade da atenção e o controle social no SUS"[376].

Foram vedados acordos de convênios com Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde, ou seja, as instituições públicas não poderiam estabelecer convênios com planos de saúde privado e oferecer aos seus servidores, "já que as mesmas devem destinar suas capacidades instaladas ao atendimento público, equânime e universal"[377] oferecido pelo SUS. Do ponto de vista da lógica de *sistema de saúde*, o privado conforme rege a constituição poderia atuar como complementar, mas não estaria autorizado a prestar serviço junto ao público e dele

[373] Ibidem.
[374] Idem, p. 32
[375] Ibidem.
[376] Idem, p. 33.
[377] BRASIL. Ministério da Saúde. 10º Conferência Nacional de Saúde, **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998, p. 33.

gozar de vantagens e recursos. O relatório deixa claro que são permitidas as contratações com o setor privado, desde que sob as normas do direito público, controlados e fiscalizados pelos gestores e Conselhos de Saúde, no entanto, não abrange contratos com fundações privadas, Organizações Sociais, cooperativas, concessões públicas e terceirizações, dentre outras formas, "que acarretem, na prática, o afastamento do Estado das suas obrigações constitucionais, já que estas modalidades de gestão geram o clientelismo, o fisiologismo e as demissões arbitrárias, sob o argumento falacioso de aumento da autonomia dos municípios"[378]. Sugere, portanto, a existência de contratos pontuais, como de compras, aquisição de materiais e prestação de serviços pontuais, determinando,

> suspender qualquer modalidade de gestão que delegue a gerência de serviços de saúde públicos e o controle do processo de trabalho em Saúde, que inverta as prioridades e finalidades dos serviços públicos, que facilite a perda de direitos trabalhistas e a instituição de contratos temporários com o ingresso sem concurso público. Cabe ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde proibir a implantação destas modalidades de gestão, suspendendo o repasse financeiro do SUS a hospitais, laboratórios ou ambulatórios incluídos nesta situação, até sua regularização[379].

Portanto, o relatório final da X CNS reivindicando seu estatuto de instância deliberativa máxima da saúde, rejeitou quaisquer formas de contrato de gestão com entidades privadas que venham a se ligar a prestação de serviço público e a formação do quadro de trabalhadores selecionados por concurso público, com estabilidade no emprego, dedicação exclusiva e exigindo que retornem "ao gerenciamento público as unidades de saúde repassadas para a gestão privada, bem como o ressarcimento dos investimentos realizados na rede privada de saúde"[380]. Não obstante, como veremos mais adiante, o intenso debate democrático durante a X CNS no campo da gestão em saúde resultou em letra morta, mesmo com o apelo dos participantes para que suas deliberações fossem respeitadas e cumpridas. Os caminhos trilhados pela reforma do Estado, os gestores, instituições e certos sanitaristas do Cebes e Abrasco, seguiram em sentido oposto, pondo em xeque a legitimidade das conferências de saúde, a participação popular e dos conselhos no processo de democratização e elaboração de políticas públicas e, acima de tudo o lema "saúde é democracia" defendido pelo Cebes e Abrasco.

[378] Idem, p. 34
[379] Ibidem.
[380] BRASIL. Ministério da Saúde. 10º Conferência Nacional de Saúde, **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998, p. 33.

6.2 Abrasco no Conselho Nacional de Saúde

O cebiano Nelson Rodrigues dos Santos coordenador geral da X CNS apresentou ao Conselho Nacional de Saúde uma moção da X Conferência Nacional de Saúde solicitando que o conselho formasse uma Comissão de Conselheiros para acompanhar os projetos da Reforma do Estado, da Previdência e Tributária em tramitação no Congresso Federal e que diziam respeito ao setor saúde. Isto porque as reformas do governo Cardoso estavam sendo confeccionadas sem o conhecimento do Conselho, como relatado pelo conselheiro Gilson Cantarino ao informar em reunião do conselho que o Secretário de Saúde de Porto Alegre "teria sido chamado a integrar o Conselho Diretor para transformação do Hospital Getúlio Vargas do Ministério da Saúde, em Organização Social autônoma em um processo de articulação do MARE com o Ministério da Saúde", sem qualquer participação ou esclarecimento junto ao Conselho Nacional de Saúde[381].

O conselho deliberou que a Abrasco, Profissionais da Saúde, Conass e a CUT seriam responsáveis por acompanhar a reforma do Estado do Mare. Para tanto, a tônica do processo de reforma do Estado que se desenrolou no primeiro mandato presidencial de Cardoso foi ignorar por completo o papel do conselho na política de saúde, deixando-o a margem dos processos e ações que cabem à saúde. A contrarreforma antidemocrática do Mare processou-se por dentro dos corredores do congresso, sem participação e controle social.

Por outro lado, devido a composição do conselho comportar interesses antagônicos e representações de classes diversas, o seu papel também fora colocado em questão, uma vez que a atuação de seus membros foi heterogênea. O conselheiro Jocélio Drummond da CUT posicionou-se em diversos momentos solicitando atuação mais firme do conselho em ações da saúde e a implementação das deliberações da X CNS, bem como apontou o "descaso" do conselho com a organização e divulgação da Plenária dos Representantes de Conselho Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde que ocorreu no dia 19 de novembro em Brasília[382].

A análise das reuniões do Conselho Nacional de Saúde revela ainda que os conselheiros demoraram para agir frente à contrarreforma do Estado. Observa-se que tinham pouco conhecimento do verdadeiro teor dos projetos do Mare e acusavam o governo de não comunicar

[381] BRASIL. **Ata da 59º reunião ordinária**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996.
[382] BRASIL. **Ata da 61º reunião ordinária**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996.

ao conselho e à sociedade as suas ações. A falta de transparência pegou de surpresa alguns dos conselheiros, dizendo que não receberam informações e tampouco houve consulta ao conselho da Medida Provisória que estabelecia a criação das Organizações Sociais e também tiveram ciência por outros meios que o Mare possuía uma listagem com a relação de instituições públicas para serem transformadas em OS[383].

Ao final do ano de 1996 e aproximadamente um ano após o lançamento do *Plano Diretor* da reforma do Estado do Mare, foram apresentados os primeiros relatórios acerca das Organizações Sociais no Conselho Nacional de Saúde. Os conselheiros Sérgio Francisco Piola, representante do Ministério do Planejamento e Orçamento e Gilson Cantarino, representante do Conasems, anunciaram ao conselho seus respectivos relatórios acerca das Organizações Sociais, quando ambos concordaram que se tratava de um projeto que fere os princípios constitucionais da saúde. Entretanto, Piola compreendeu que "a responsabilidade do Estado pela saúde deveria ser mantida mesmo que a prestação de serviços não fosse sua atribuição direta, mas respondendo às diretrizes de equidade e universalidade". No entender de Piola, as organizações sociais poderiam gerar problemas capazes de colocar em risco os princípios do SUS, porém, não nega a necessidade de implantar modelos de gestão que garantissem autonomia para os gestores locais, sugerindo que o assunto mereceria ser discutido de forma mais consistente e ampliada, pois não havia elementos suficientes para sua avaliação concreta no momento.

Na mesma linha interpretativa, o conselheiro Carlyle Macedo, representante da Comunidade Científica e Sociedade, manifestou-se favorável a modelos de gestão que fossem capazes de contribuir com o SUS, desde que buscassem a eficácia social do sistema, o que segundo ele não poderia ser observado no projeto do Mare. A solução proposta pelo conselheiro foi de que o CNS solicitasse ao governo a suspensão da tramitação das medidas da reforma do Estado até que o conselho se manifestasse oficialmente a respeito dentro de um prazo de seis meses, análise que deveria contar com o apoio do Mare nas discussões[384].

Por seu turno, o conselheiro Cantarino fora mais enfático e referindo-se a Guido Ivan de Carvalho e Lenir Santos, especialistas na área do Direito da saúde, apontou que "ou os serviços são públicos (controle, fiscalização, normalização geral, assistência técnica, etc.) e não podem ser delegados a entidades privadas (a quem falta "jus imperii") ou eles não são privativos

[383] Idem.
[384] Idem.

da administração". Para Cantarino, uma vez que os serviços não são privativos da administração pública "não precisaria o Poder Público criar uma entidade para executá-los, bastando, deixar à iniciativa privada"[385]. O conselheiro do Conasems quanto ao projeto de Organizações Sociais complementou seu relatório afirmando que

> podemos estar criando algo que não vai dar conta dos objetivos, a não ser a questão de poder cobrar e poder contratar sem concurso público, passando ao largo da estabilidade do servidor público. A saída seria reformular a legislação necessária para agilizar a gestão, por exemplo na questão das licitações e aplicá-la corretamente para moralizar o sistema público[386]

Para o conselheiro Jocélio Drummond da CUT, a Medida Provisória equivalia a uma "ditadura da caneta", pois não contou com a assinatura de nenhum ministro da área social. Drummond argumentou que a proposta de Organizações Sociais "trata como autonomia o estabelecimento de concorrência na área de saúde, lógica das organizações privadas, o que significaria a extinção do SUS, sem equidade, universalidade e gratuidade"[387]. Desse modo, contraria as resoluções da X CNS e dos fóruns de debate do SUS que amplamente colocaram-se contrários a modalidade de Organização Social[388]. Drummond afirmou ainda que o momento em discussão é a seguir a uma Conferência Nacional de Saúde, o resultado expressou na "proposta de implantar o SUS e definir recursos e, de repente, o CNS abre a questão de que reformar é possível, o que seria insustentável para alguns segmentos aqui representados". O entendimento do conselheiro da CUT não obteve consenso entre os conselheiros, pois o conselheiro Piola do Ministério do Planejamento e Orçamento havia relativizado o impacto e abertura para modelos de gestão diferenciados de apoio ao SUS. Piola discordou de Jocélio argumentando ser favorável a reforma do sistema, pois "seria a melhor maneira de implantar o SUS"[389].

No dia 03 de abril de 1997, o cebiano Nelson Rodrigues dos Santos, ex-coordenador geral da X CNS, tomou posse no cargo de Coordenador Geral do Conselho Nacional de Saúde, posto que ocupou até o ano de 2002. O debate sobre a reforma do Estado que pouco avançou

---

[385] Idem.
[386] Idem.
[387] Idem.
[388] Conselheiro Jocélio Drummond representante da CUT relatou em reunião do Conselho que "a Medida Provisória, assinada por sete Ministros, que estabelecia a criação das organizações sociais de forma autônoma e concorrencial, significando o fim de qualquer idéia sistêmica na saúde e a extinção do SUS. Relatou que vinha trabalhando em diversos fóruns de entidades na defesa do SUS em contra posição àquelas medidas". BRASIL. Ata da 61º reunião ordinária. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996.
[389] BRASIL. **Ata da 61º reunião ordinária**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996.

nos anos anteriores começou a delinear encaminhamentos mais objetivos no conselho. O Ministro Bresser Pereira até então mantinha distância do conselho, acompanhado de Ângela Santana, Secretária da reforma do Estado, Paulo Modesto, Assessor do Ministro do Mare e Nina Beatriz Stocco Ranieri, especialista em Direito Administrativo, apresentaram na reunião de posse do novo coordenador o seu projeto de reforma do Estado para a saúde. Bresser Pereira defendeu o projeto de Organização Social e ao final concluiu dizendo: "o século XXI será, sem dúvida, o século das Organizações Sociais, porque na área de saúde precisamos ter um sistema competitivo e descentralizado"[390].

Dentre as manifestações dos conselheiros, em grande medida o que se pode constatar nos comentários diz respeito a afirmaçao de que a saúde deveria permanecer pública e buscar melhores maneiras de gestão, ou seja, como afirmou o conselheiro Carlyle Macedo, as organizações sociais poderiam existir, "desde que haja controle sobre o sistema"[391], ou nas palavras de Zilda Arns Neumann representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) em concordância com a idéia das Organizações Sociais "desde que os administradores públicos que deverão gerenciar o projeto tenham o preparo necessário"[392]. Para tanto, observou-se posicionamentos contrários a proposta do ministro, como a conselheira Elizabeth Vieira da Silva da CUT:

> reafirmou que a CUT defende o SUS, tal como está contido na Lei Orgânica de Saúde. Lembrou que quando se fala em Organizações Sociais, o sistema deixa de ser único, articulado e estatal. Também referiu-se à diferença entre a assistência básica e o atendimento integral, dizendo ser um dos princípios básicos do SUS, o atendimento integral da população. A propósito, denunciou o caso do hospital de Caxias do Sul/RS que o governo estaria propondo repassá-lo à Universidade mesmo que o CMS e o CES tenham se pronunciado favoráveis à gestão estatal. Também, indagou "*Por que construir outras alternativas se o SUS, quando gerenciado dentro da proposta da reforma sanitária, tem dado certo*"? Pediu que não fosse tomada nenhuma decisão com relação às reformas que digam respeito à saúde sem antes as mesmas serem discutidas no CNS. Afinal, isso também seria controle social. Por fim, falou que a CUT entende que deva haver mudanças no serviço público, porém, voltadas para o término do clientelismo político[393].

Na mesma linha interpretativa, a conselheira Albaneide Lima Peixinho, representante dos profissionais de saúde, questionou o porquê do Governo "ao invés de querer inventar a roda, não investia no SUS"[394]. Para o conselheiro Gilson Cantarino, representante do Conasems,

[390] BRASIL. **Ata da 64º reunião ordinária**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1997.
[391] Idem.
[392] Idem, p. 19.
[393] Ibidem, p. 19.
[394] Idem, p. 26.

o que estava em discussão seria uma concepção ideológica de Estado, questionando se o governo deveria empreender uma reforma que não tivesse como objetivo melhorar as leis que regem o Estado ao invés de criar institutos jurídicos que não são estatais. Em sua avaliação o grande esforço desprendido pelo governo na formulação de propostas como as Organizações Sociais deveriam ser direcionados para melhorar a legislação pública, às condições de trabalho dos gestores da coisa pública e a gestão pública, sendo ela pública e não privada[395].

O conselheiro Eurípedes Balsanufo, representante das Entidades Médicas Nacionais, sugeriu que a reforma parece ter sido confeccionada para um outro país e não a realidade brasileira, "porque os vários parâmetros que existem de Organizações Sociais e as várias experiências nesse campo não autorizam a afirmação de que elas são mais eficientes no que diz respeito, por exemplo, ao aumento do controle social". Balsanufo destaca que ao contrário do que se defende, as Organizações Sociais tendem a agravar ainda mais os aspectos negativos do sistema de saúde, sobretudo pelo fato do sistema de saúde público apesar de seus limites possuir regras bem definidas dispostas pela tradição do direito administrativo brasileiro, o que não se pode verificar nas Organizações Sociais e que levará a um elevado grau de incerteza[396]. Cabe ainda ressaltar o depoimento do conselheiro Waldir Paiva Mesquita, representante da Federal Nacional dos Médicos (FENAM), apontando que o discurso do governo não condizia com a prática que nada mais era do que a privatização dos serviços de saúde. Para Mesquita

> a sociedade não poderia abrir mão da universalidade e da integralidade do SUS, por serem direitos básicos do cidadão estabelecidos pela Constituição. Recordou afirmações do Ministro Bresser, segundo as quais um dos objetivos das Organizações Sociais no setor saúde seria tornar dispensável o servidor público. Afirmou que essa postura era um desrespeito ao funcionalismo público, que estaria se sentindo "*como sucata, dispensável e passível de extinção*". Disse, ainda, que, ao contrário do caráter democrático como pretendia fazer acreditar o Governo, a proposta de composição dos conselhos das Organizações Sociais apontava para um caráter fechado, como o conselho da Fundação Sarah. Indagou qual seria o papel dos conselhos estaduais e municipais de saúde nas Organizações Sociais se estas iriam dispor de conselhos próprios. Afirmou que esse fato dava a entender que as Organizações Sociais estariam fora do SUS. Questionou, ainda, a concentração de poder no MARE, que seria responsável pela definição e aprovação dos contratos de gestão das Organizações Sociais. Finalizou dizendo que ficaria otimista e esperançoso se o esforço de criar modelos novos de gestão fosse direcionado para a implantação do SUS, "*uma proposta discutida em todo o país, criada democraticamente e que onde está implantada de fato vem apresentando excelentes resultados*"[397].

[395] Idem, p. 25.
[396] Ibidem, p. 25.
[397] Idem, p. 26.

A busca por novas formas de gestão na saúde pública passou a ser um dos principais objetivos dos governos estaduais e municipais após a Constituição de 1988. As primeiras experiências foram a implantação de cooperativas para gestão da saúde, sendo a caso mais emblemático a proposta encabeçada pelo município de São Paulo através do Plano de Atendimento à Saúde (PAS). O modelo propunha o uso de cooperativas para gestão da saúde pública, ferindo a legislação constitucional do SUS e implementando no serviço público a gestão privada. O Conselho Nacional de Saúde aprovou por unanimidade o parecer técnico da comissão[398] que ficou responsável pela análise do PAS/SP, pelo qual constatou a ilegalidade e desrespeito ao sistema público de saúde, bem como o autoritarismo como o plano encaminhava-se para implementação, pois além de praticar a ilicitude dos atos legais, a Secretária de Saúde de São Paulo não discutiu o plano com representações da sociedade, desconsiderando as deliberações contrários de entidades como o Conselho Municipal de Saúde, Conselho Federal de Medicina, Ministério Público, dentre outros. Para os conselheiros o PAS explicitava uma aberração e um total desrespeito ao SUS, forjado de maneira autoritária pelo prefeito Paulo Maluf, vinha sendo apreciado por outras prefeituras e caso fosse aprovado expressaria a nulidade do SUS e dificilmente seria revertido[399].

O assunto do PAS/SP vigorou por várias reuniões do conselho que havia decidido exigir do Ministério da Saúde e dos órgãos de saúde de São Paulo uma posição efetiva frente a ilegalidade da gestão por cooperativas. Em inúmeras e consecutivas vezes o CNS convidou, sem sucesso, o secretário de saúde de São Paulo para esclarecimentos. Após mais de um ano de insistência o Secretário Municipal de Saúde de São Paulo, Masato Yokota compareceu à reunião do CNS e apresentou um relatório a respeito do PAS. Na ocasião o conselheiro Pedro Paulo Monteleone, representante do Conselho Federal de Medicina ancorado no relatório preliminar encomendado a pesquisadora Amélia Cohn sobre o PAS, formulou uma série de críticas aos aspectos teóricos, políticos, ideológicos e legais que embasavam o projeto de cooperativas, dentre elas:

[398] Comissão formada pelos conselheiros: Jocélio Dummont, representante da CUT; Oswaldo Lourenço, representante da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP); Gastão Cosate Tavares, representante da Federação Nacional das Pestalozzi; Alberto Komora, representante das Entidades Nacionais de Prestadores de Serviços de Saúde; Diógenes Sandim, representante da Força Sindical; e o Assessor do Conselho Nacional de Saúde, Professor Elias Jorge. BRASIL. Ata da 44º reunião ordinária. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1995

[399] BRASIL. **Ata da 45º reunião ordinária**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1995, p. 4.

> Ressaltou que as concepções presentes na formulação do PAS têm como pressuposto a falência do sistema público e se baseia nas propostas de agências econômicas internacionais, dentre elas o Banco Interamericano de Desenvolvimento e o Banco Mundial, para os países subdesenvolvidos, tratando-se de uma lógica perversa pois o Estado acabaria arcando com os programas de alto custo. Acrescentou que as entidades têm motivos filosóficos e não políticos para se posicionarem contrárias, como a quebra da integralidade e do controle social, tanto que hoje o PAS se vê às voltas com superfatutamentos e outros problemas. O funcionamento técnico idealizado inicialmente não pôde ser implantado na sua totalidade. A formação de módulos não respeitou a regionalização e a hierarquia, o que levou a uma implantação equivocada, tendo sido criadas gerenciadoras em número de 14, escolhidas por critérios políticos de fidelidade e que geraram uma cascata de problemas. Citou duas cooperativas, a Cooperpas, dos profissionais de nível médico-superior, e a Coopermed, dos profissionais de nível médio, cujos dirigentes foram escolhidos de forma aleatória e não equilibrada, e 3000 médicos ou 25000 pessoas que não aderiram ao processo. Citou ainda que no módulo inicial de Pirituba, com a resistência dos médicos, não havia pessoal para trabalhar, tendo então sido contratados os profissionais disponíveis no mercado, recém formados e sem residência, portanto com capacitação precária. Resultado disto, no primeiro mês triplicou a mortalidade na região, até medicamentos de uso tópico teriam sido receitados por via oral. Ressaltou que tal fato não seria culpa dos médicos mas do aparelho formador e contratador. Disse ainda acreditar que hoje não existam cooperados, falha de denominação, pois os médicos são assalariados que em tese não têm garantias trabalhistas. Acrescentou ainda não haver órgão controlador do sistema, pois o PAS não reconhece o Conselho Municipal de Saúde, reconhecendo a dificuldade do Secretário de controlar o nepotismo e o superfaturamento, o que demonstraria que as entidades não podem funcionar sem controle social. Afirmou que a repercussão sobre o atendimento não foi favorável, com serviços parcialmente desativados na periferia, sobrecarregando as unidades; não houve alívio na demanda de atendimento básico primário e ambulatorial e nem hospitalar, pois o PAS apresenta resolutividade muito baixa, própria do sistema de cooperativa que quanto menos gasta mais lucro tem, levando a número alto de atendimentos com baixa resolutividade. O número elevado de atendimentos em Pronto Socorro seria indicador de mau atendimento na rede básica e ausência de programas de saúde. Citou finalmente a Ação de Inconstitucionalidade e a liminar do desembargador em cinco bem redigidas laudas que demonstram, um ano depois, uma certa vidência, pois apontava para determinados problemas que realmente ocorreram, inclusive o fato de que todos os funcionários - e não cooperados - poderiam entrar com causas trabalhistas. Esta liminar foi cassada posteriormente, mas espera que seja julgada no mérito para declaração definitiva de inconstitucionalidade[400].

A situação complexa da saúde pública na cidade de São Paulo, centro financeiro e comercial do país, expressava o desrespeito à legislação constitucional da saúde e ao entendimento das autoridades públicas em não tomar como legítimo o papel dos conselhos, isto porque, o munícipio até o momento não havia regulamentado o Conselho Municipal de Saúde, bem como atuava sem consultar e acatar as recomendações do Conselho Nacional e demais entidades da sociedade. O conselheiro Antônio Sabino dos Santos, representante da Confederação Nacional das Associações de Moradores, ao questionar a ação política do Município de São Paulo, resumiu o quadro ao ressaltar que estava em jogo não era a adoção e

[400] BRASIL. **Ata da 64º reunião ordinária**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1997, p. 21.

defesa do SUS, mas do privado, demonstrando a prepotência e desrespeito a legislação da saúde e, principalmente ao controle social[401].

O modelo de cooperativa começou a ser adotado indiscriminadamente pelas secretárias municipais de saúde no país. O Conselho Nacional de Saúde passou a receber inúmeras denúncias de adesão ao uso da gestão via cooperativa, como os casos do Hospital da Posse na cidade do Rio de Janeiro e do PAI-S em Roraima. O Plano de Assistência Integral – Saúde (PAI-S) criado em 30 de junho de 1997, conforme a Lei Estadual nº 174, assinada pelo Governador Neudo Campos[402] no estado de Roraima teria como espelho o PAS de São Paulo. No entanto, ao contrário da capital financeira do país que dispunha de mão de obra e recursos em escala superior, o estado de Roraima localizado no extremo norte brasileiro carecia de profissionais para atuar no setor da saúde e não havia realizado o processo de municipalização. A conselheira Elizabeth, representante da CUT após receber denúncias dos trabalhadores da capital Boa Vista, visitou o local e apresentou seu relatório ao conselho alegando que o estado de Roraima possuía 250 mil habitantes, destes 154 mil residiam na capital e o restante nos 15 municípios do estado e pelo fato de receber escassos recursos do SUS, os gestores locais acabaram se desinteressando por promover a municipalização, situação agravada com a dificuldade de obter mão de obra especializada[403]. O modelo de gestão por cooperativa passou a ser visto como solução e, assim como seu primo rico, aprovou-se pela ação do executivo sem a participação democrática da sociedade civil.

Com a implantação das cooperativas, o estado de Roraima passou a contar com duas secretárias, sendo uma Secretária de Saúde e outra do próprio PAI-S, com convênio assinado no valor de R$ 223.892.160,00 para o período de cinco anos. A irregular situação da saúde pública de Roraima relatada pela conselheira da CUT enfrentava forte resistência de lideranças comunitárias, políticas e sindicais, de vereadores do PT e do PSDB e do Conselho Estadual de Saúde[404]. O Ministério Público entrou com ação cível contra o PAI-S a fim de suspender o repasse de recurso pelo SUS, já o CNS publicou a Resolução nº 273, de 02 de abril de 1998, manifestando seu apoio a ação do Ministério Público, solicitando ao Ministério da Saúde que "efetivamente administre os recursos financeiros federais destinados ao SUS para o Estado de

[401] Idem, p. 22.
[402] Neudo Ribeiro Campos foi eleito governador de Roraima em 1994 pelo Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), reeleito em 1998 pelo Partido Progressista Brasileiro (PPB), hoje com a sigla Progressistas (PP). Na época o PPB era o mesmo partido de Paulo Maluf criador do PAS/SP.
[403] BRASIL. **Ata da 73º reunião ordinária**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1997, p. 3.
[404] BRASIL. **Ata da 73º reunião ordinária**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1997, p. 3.

Roraima, considerando que o mesmo encontra-se no momento, legalmente incompetente para administrá-los, buscando regularizar a situação à luz da legislação sanitária brasileira"[405].

É interessante observar que as cooperativas do estado afirmavam que não recebiam repasse do SUS, porém, como destacou a conselheira Elizabeth, os recursos vinham diretamente do orçamento do Governo do Estado, "acrescentando que a mesma seria bastante significativa tendo em vista que toda verba estaria sendo encaminhada para administração do PAI-S"[406]. A inconstitucionalidade da política de saúde em Roraima decretava o fim do projeto de saúde pública para o estado, revelando ainda os limites da descentralização da saúde em um país de dimensões continentais, onde predomina além da disparidade econômica e social geograficamente, relações de poder locais que desafiam os projetos e a legislação de caráter nacional, bem como demonstra a fragilidade do controle social e da ideia de descentralização defendida pela reforma sanitária.

Nos anos de 1990 assistimos de um lado, o desafio do aparelho público em implementar a seguridade social e o SUS e, de outro lado, a ofensiva do empresariado a fim de desarticular o projeto de saúde pública e se apropriar do fundo público da saúde. O projeto da reforma neoliberal do Estado do Mare além de propor a privatização por meios próprios proporcionou um ambiente favorável à criação de formas de gestão de natureza privada para atuarem no serviço público. A política neoliberal valendo-se de expedientes como a descentralização da saúde em que os estados e municípios puderam estruturar as suas formas gerenciais, tendo no horizonte a possibilidade de recorrer a modelos de gestão diversa de natureza privada, propiciou um quadro caótico de modelos de gestão, com ampla diversidade e mesmo arbitrariedade de formas de gestão que ferem a constitucionalidade da saúde.

A partir do ano de 1997, quando o projeto de Organizações Sociais ganhou impulso, o CNS passou a se manifestar recorrentemente às denúncias de entidades públicas que estariam na mira do projeto de OS pelo país. Na reunião do dia oito de maio de 1997, o CNS recebeu o Secretário de Saúde do Estado do Pará[407], Vitor Manuel Jesus de Mateus que expôs ao conselho o interesse na adoção da proposta do Mare de Organização Social, listando a transformação em OS das seguintes entidades públicas do Pará: Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará, Hospital dos Servidores do Estado, Santa Casa de Misericórdia e o Hospital de Clínicas Paes Viana.

[405] BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 273**, de 02 de abril de 1998.
[406] BRASIL. **Ata da 73º reunião ordinária**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1997, p. 3.
[407] Almir José de Oliveira Gabriel do PSDB governou o estado do Pará entre os anos de 1995 e 2003.

A fala do secretário de saúde paraense repetia os argumentos do Ministro Bresser Pereira de que a administração pública era responsável pelas distorções do sistema de saúde e incapaz de proporcionar qualidade a população. Segundo o secretário a burocracia do setor público seria resolvida com a gestão privada das organizações sociais. Entretanto, o CNS posicionou-se contrário à proposta do Pará, o conselheiro Mozart de Abreu Lima, representante da Comunidade Científica e Sociedade Civil, defendeu a constituição e o SUS, "sugeriu que seria melhor revisar a legislação em vez de ir em busca de soluções inconstitucionais para resolver o mau funcionamento da administração pública"[408]. Para o conselheiro o modelo de Organização Social apresentava sérias deficiências, como não explicitava o que seria feito no caso de falência, citando como exemplo o Hemocentro do Pará, questionando quem exerceria o papel do órgão caso decretasse falência. Destacou ainda que não estava claro como serão cobrados os "princípios da administração pública: legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade, e como seriam as punições legais"[409]. O conselheiro Jocélio Dummont, representante da CUT reforçou que a "transferência de gestão ou gerenciamento público para o privado não significa sucesso administrativo", chamando atenção para transformações internas no SUS e não o seu desmantelamento[410].

Os conselheiros Alberto Komora, representante das Entidades Nacionais de Prestadores de Saúde e Gilson Cantarino, representante do Conasems, solicitaram ao Secretário de Saúde que agisse com mais cautela e não se antecipasse a implementação das OS, pois elas ainda encontravam em discussão entre o CNS e o Mare. Porém, Komora ao contrário dos conselheiros supracitados, não se colocou efetivamente contrário, concordando que deveria-se buscar um modelo adequado para a saúde, sem especificar qual seria. Ao final da discussão Komora concluiu que o estado do Pará "é soberano para tomar decisões no âmbito de seu território", discordando "de atitudes autoritárias dos Conselhos de Saúde em deliberarem o que um outro poder constituído pode fazer ou não"[411]. O conselheiro votou contra a proposta apresentada pelo conselheiro da CUT, Jocélio Dummont de que "uma vez aprovado no CES [Conselho Estadual de Saúde], que não se utilize verba pública estatal para reforma de uma unidade que será transformada em Organizaçaõ Social"[412].

[408] BRASIL. **Ata da 65º reunião ordinária**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1997, p. 4.
[409] Idem, p. 4.
[410] Idem, p. 4.
[411] Idem, p. 5.
[412] BRASIL. **Ata da 65º reunião ordinária**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1997, p. 5.

Na mesma reunião o Grupo de Trabalho designado para analisar e apresentar um relatório sobre o projeto de Organização Social do Mare, colocou em votação o documento "Posição do Conselho Nacional de Saúde a respeito da proposta de criação das Organizações Sociais", sendo aprovado por unanimidade e publicado através da Resolução nº 223, de 08 de maio de 1997. Os membros do grupo foram os conselheiros: Gilson Cantarino O'Dwyer (CONASEMS); Sérgio Francisco Piola (Ministério do Planejamento e Orçamento; Paulo César Augusto de Souza (Profissionais de Saúde; Entidades Nacionais dos Portadores de Patologia e Deficiência); Mozart de Abreu e Lima (Comunidade Científica e Sociedade Civil); Rita de Cássia Barradas Barata (Abrasco) e; Stela Félix Machado Guillin Pedreira (Federação Brasileira das Entidades de Renais Crônicos - FARBRA)[413]. O documento representou importante avanço do CNS no debate da reforma do Estado do Mare, especialmente acerca da matéria da Organização Social, demarcando sua posição contrária à proposta governista.

O relatório dos conselheiros faz uma leitura minuciosa dos elementos que compõem o projeto de Organização Social do Mare e de sua respectiva Medida Provisória. Em síntese, dentre outros aspectos, apontam para a ideia falaciosa do Mare de que trata-se de uma reforma do Estado, pois tornar Hospitais, Universidades, Institutos de Pesquisas e Museus públicos em entidade privada expressaria uma real privatização dos órgãos gestores do próprio Estado. Além disso, a proposta do Mare de aprovação de uma entidade em Organização Social cuja incumbência cabe ao poder executivo, revela uma atitude centralizadora e ao mesmo tempo antidemocrática, desconsiderando o papel do controle social. Destacaram também a distorção na questão trabalhista que o modelo de Organização Social acarretaria, dispondo no mesmo espaço de remunerações e contratos diferenciados, contrapondo ao servidor público o contrato de trabalho celetista (CLT) típico do setor privado. O controle e fiscalização dessas entidades é motivo de preocupação, pois não está claro como se daria e como o Estado atuaria em casos de falência, descumprimento de regras etc.[414] Desse modo, concluiu-se pela necessidade de:

> 1) maior flexibilidade na gestão das unidades de saúde; 2) já existem alternativas legais, tais como, autarquias, fundações e empresas públicas capazes de permitir essa maior flexibilização sem necessidade da criação de um novo ente jurídico; 3) há vários aspectos na proposta das Organizações Sociais que são conflitantes com as disposições constitucionais; 4) o processo de qualificação das Organizações Sociais é discricionário, cabendo exclusivamente ao Ministério da Saúde a indicação dos grupos que virão a constituir as referidas organizações; 5) a proposta das Organizações

[413] BRASIL. Ministério da Saúde. Posição do Conselho Nacional de Saúde a respeito da proposta de criação das Organizações sociais. In: **O CNS e a construção do SUS**: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 1º ed., Brasília, 2003.
[414] BRASIL. **Ata da 65º reunião ordinária**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1997, p. 6.

> Sociais não explicita as formas de relação entre os diferentes segmentos da clientela (SUS, convênio, seguros, etc...) podendo colocar em risco os princípios da universalidade, integralidade e equidade; 6) a proposta das Organizações Sociais não leva em conta a organização do SUS, principalmente, no que respeita às instâncias de controle social e direção única do sistema, visto que, não prevê mecanismos de subordinação aos gestores municipais ou estaduais por parte dessas organizações; 7) não há garantias que protejam o Estado face à criação da expectativa de direito para os credores dessas organizações em caso de descredenciamento ou insolvência; 8) a transferência de patrimônio público para essas organizações, sem garantias de ressarcimento em caso de descumprimento de cláusulas contratuais, inépcia, mal versação, etc..., constitui grave precedente; 9) há aspectos principalmente os relativos à gestão de Recursos Humanos, na proposta das Organizações Sociais, que não atendem a necessidades identificadas pelos gestores, criando situações de difícil administração, tais como, a possibilidade de ter na mesma unidade funcionários submetidos a diferentes regimes e com diferentes remunerações[415].

O documento aprovado pelo CNS ressaltou que o SUS e a legislação da saúde por si só representava a verdadeira reforma do Estado, recusando a contrarreforma neoliberal do Mare que defende a ideia de que a "rigidez burocrática" na atual administração pública não resulta em qualidade, agilidade e eficiência. Os conselheiros do CNS sugeriram que a solução residiria em retirar dos órgãos públicos os entraves colocados pela Constituição de 1988 e que a todo momento acrescentam mais condições burocráticas, deveria, desse modo, investir em devolver "a esses órgãos e entidades a agilidade, flexibilidade e autonomia gerencial que lhes são imanentes e foram sendo restringidas ao longo do tempo, ao invés de criar novo entre jurídico, esdrúxulo, que exigiria mais controle do estado"[416].

> o Poder Executivo (especificamente o MARE) poderia, num esquema mais aberto e receptivo, pelo menos no tocante à área da Saúde, onde o SUS já significa uma reforma do aparelho do Estado, discutir alternativas de aperfeiçoamento de estruturas, gerenciamento e financiamento de órgãos e entidades públicas da área da Saúde[417].

O Conselho Nacional de Saúde passou a acompanhar de perto as novas modalidades de gestão e possibilidades de aperfeiçoamento gerencial para as instituições públicas. A principal medida abarcou a realização de um convênio entre CNS e a Abrasco para prestação de serviço de apoio e consultoria, com destaque para as atividades de acompanhamento parlamentar das

[415] BRASIL. **Ata da 65º reunião ordinária**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1997, p. 6.
[416] BRASIL. Ministério da Saúde. Posição do Conselho Nacional de Saúde a respeito da proposta de criação das Organizações sociais. In: **O CNS e a construção do SUS**: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 1º ed., Brasília, 2003, p. 37.
[417] BRASIL. Ministério da Saúde. Posição do Conselho Nacional de Saúde a respeito da proposta de criação das Organizações sociais. In: **O CNS e a construção do SUS**: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 1º ed., Brasília, 2003, p. 45.

matérias de interesse da saúde em tramitação no Congresso e projetos que porventura merecessem apreciação para debate do CNS; suporte técnico de informações e análises estratégicas acerca de políticas públicas, projetos, ações, estudos, etc. que abrangem o campo da saúde; consultoria de pesquisa acerca de novos modelos de gestão, sua efetividade e respeito aos princípios do SUS, dentre outros[418]. Portanto, a Abrasco passou oficialmente a fornecer consultoria a CNS em ampla e variada gama de assuntos relacionados a saúde, demonstrando sua enorme influência e respaldo no setor.

Em 1998 o CNS resolveu reativar o Grupo de Trabalho sobre "Organizações Sociais" sob coordenação do conselheiro Sérgio Francisco Piola[419], representante do Ministério do Planejamento e Orçamento, com objetivo de ampliar o relatório incialmente concluído acerca das OS, atualizando o posicionamento do conselho frente as novidades propostas a nível do projeto de Organizações Sociais e aos novos modelos de gestão em saúde e alterações constituicionais presentes na Reforma do Estado. O GT contou com a presença de Piola na coordenação, a relatoria a cargo de Rita Barradas Barata, representante da Abrasco e dos componentes, Carlos Martins, representante da Confederação Nacional das Associações de Moradores; Neide Regina Barriguelli, representante das Entidades Nacionais de Portadores de Patologia e Deficiência/FARBRA; Mozart de Abreu e Lima, representante da Comunidade Científica e Sociedade Civil; Fernando Passos Cupertino de Barros, representante de Serviços de Saúde; Temístocles Marcelus Neto, representante dos Profissionais de Saúde e; Ruy Nedel, assistente técnico do CNS.

O CNS encomendou à Abrasco a análise de experiências de gestão, alterações constitucionais e a atualidade da lei de Organizações Sociais do estado de São Paulo, Lei Complementar nº 846. O GT contou ainda com suporte da professora de Direito Administrativo Maria Sylvia Zanella Di Pietro, da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo e da advogada Lenir Santos da Unicamp. O relatório trouxe valiosas pistas para compreendermos como pensam a respeito da estrutura organizativa e gerencial das instituições públicas em saúde. Logo de início enumeram o que julgam como "dificuldades na gerência de unidades de saúde", identificando elementos de natureza macro e micro. No que concerne aos fatores macro, pontuam como centrais a inexistência de uma política de financiamento estável e regular na gestão compartilhada de saúde e descentralização que ainda não se concretizou por inteiro. Já

[418] BRASIL. **Ata da 70º reunião ordinária**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1997.
[419] Havia sido escolhido o conselheiro Gilson Cantarino, representante do Conasems para coordenar os trabalhos, sendo substituído logo de início, por motivos de saúde, pelo conselheiro Sérgio Piola.

no âmbito micro, consideram exclusivamente a questão da gerência das unidades de saúde, apontando como problemas a dificuldade de contratação de mão de obra devido as limitações impostas pelo Regime Jurídico Único; os limites impostos pela lei de licitações na compra e contratação de serviços; os próprios instrumentos legais que regem as formas jurídicas das instituições de saúde, ou seja, a personalidade jurídica de direito público que carrega a obrigatoriedade do cumprimento dos atos normativos e administrativos da administração pública e a dificuldade em estabelecer "compromissos de gestão", isto é, "que permitam a substituição do mero controle formal pela avaliação de resultados"[420].

Desse modo, avaliaram tais aspectos em relação à legislação vigente e à Reforma do Estado do governo Cardoso. Indicaram que a solução propugnada pelo Mare baseou-se em contratar por concurso público trabalhadores em regime estatutário para atividades consideradas exclusivas do Estado, cabendo às demais a contratação por processo seletivo e em regime regido pela CLT e com permissão de ganhos por gratificação por desempenho. No relatório destacou-se que a reforma administrativa formalizou aquilo que já vinha acontecendo[421], ou seja, contratações por CLT na administração pública, de certo modo, a atitude foi vista de forma positiva pelo documento do CNS.

Mais adiante assinalaram que a solução dada ao problema do engessamento da lei de licitações se resolveria pela adoção de contratos de gestão nos órgãos da administração direta, autarquias e fundações, tornando mais ágeis os processos e a gestão, na medida em que "o principal objetivo do contrato de gestão é desviar o foco do controle, anteriormente centrado exclusivamente nas atividades meio, em direção a produtos e resultados"[422]. Portanto, o contrato de gestão que as entidades públicas vierem a firmar, possibilitará todas as flexibilidades já mencionadas. Ademais, relataram que a terceirização de serviços não poderia ocorrer em casos que o setor público disponha de cargo específico, porém, ressaltaram que é possível terceirizar até mesmo serviços finalísticos, "desde que prestados fora das dependências do órgão público"[423].

Diante desse quadro, analisaram as formas jurídicas presentes no arcabouço do serviço público e confirmaram a negativa quanto ao projeto de Organizações Sociais, no entanto,

[420] BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma do Estado e repercussões para o SUS. In: **O CNS e a construção do SUS**: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 1º ed., Brasília, 2003, p. 51-52.
[421] Idem, p. 52.
[422] Idem, p. 53.
[423] Idem, p. 54.

diferentemente do relatório de 1997, concluíram que a experiência do estado de São Paulo tem apresentado "modificações positivas em relação à proposta federal"[424]. A relativização da proposta de Organização Social presente no relatório gerou descontentamento do conselheiro Jocélio Dummont, representante da CUT, alertando em reunião do CNS que houve mudança de posição quanto às Organizações Sociais[425], o que seria uma visão mais branda e sinalizando abertura ao modelo, oposta ao que fora aprovado no relatório anterior que negou categoricamente as Organizações Sociais. Ainda na análise da relatoria do documento, as formas jurídicas de Empresa Pública, Agências Executivas e Fundação de Apoio foram apresentadas no sentido de serem opções jurídicas-administrativas às instituições públicas, carecendo de uma análise crítica aprofundada ou mesmo contrária.

A conclusão a que se chegou foi de que a melhor alternativa para a gestão pública era a própria gestão pública por meio da administração direta, indireta e fundacional, com controle social e financiada pelo poder público. Entretanto, o documento deixou claro que o ente privado pode atuar na saúde pública, desde que sob as regras do público. É importante destacar no relatório do CNS a sugestão de que o melhor caminho a percorrer refere-se a garantia da autonomia que será garantida com a adoção do contrato de gestão, bem como expressou a necessidade de uma política de recursos humanos, mas não diz se o contrato deverá ser estatutário ou celetista, ao que tudo indica frente a integralidade do relatório, será muito bem-vindo a flexibilidade de contratação e contratos de trabalhos e gratificação por desempenho. Os modelos jurídicos, com exceção relativizada das Organizações Sociais, ocorrendo por meio de contrato de gestão e sob controle do direito público também foram vistos de maneira positiva.

Nesse período o instrumento jurídico de gestão por Fundações de Apoio Privado tornava-se realidade nas instituições de ensino no país e nos polos de excelência na saúde, tendo como maior exemplo a iniciativa da Ensp/Fiocruz em criar uma fundação de apoio denominada Fensptec no ano de 1997. Certamente a experiência enspiana influenciou o relatório da Abrasco, uma vez que a escola da Fiocruz além do elevado respaldo na área de planejamento e gestão em saúde, constituiu o principal braço do grupo.

O tema das fundações de apoio foi apenas citado no relatório e com a ressalva de que trata de um modelo que ao proporcionar a flexibilidade administrativa, financeira e

[424] BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma do Estado e repercussões para o SUS. In: **O CNS e a construção do SUS**: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 1º ed., Brasília, 2003, p. 57.
[425] BRASIL. **Ata da 91º reunião ordinária**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1999.

orçamentária do ente público, têm recebido denúncias do Ministério Público de distorções frente aos princípios do SUS. No entanto, o assunto de enorme importância passou despercebido e não ficou claro a posição de rejeição ou aceitação. A partir do "não dito" é possível perceber que o modelo de gestão por Fundação de Apoio Privado se bem feito e controlado pelo poder público é passível de aceitação. Portanto, pode-se sugerir que o relatório aprovado pelo CNS e baseado na consultoria da Abrasco, enxergou com bons olhos a Reforma do Estado do governo Cardoso e viu nela a formalização de alternativas viáveis a gestão pública e a oportunidade de flexibilizar a suposta "rígida" e "limitante" legislação da administração pública em vigência.

6.3 XI Conferência Nacional de Saúde

Um ano antes do término do último mandato presidencial de Fernando Henrique Cardoso e doze anos após a promulgação constitucional da legislação do SUS, ocorreu entre os dias 15 e 19 de dezembro de 2000, na cidade de Brasília, a XI Conferência Nacional de Saúde com o tema *Efetivando o SUS – Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social.* Embora alguns autores considerem que diferentemente de eventos anteriores não foi possível identificar "desdobramentos específicos das deliberações da 11º CNS na implementação do SUS", devido a sua abrangência temática ter produzido um relatório final "sem que qualquer aspecto ou deliberações preponderasse sobre as demais como ideia-síntese"[426]. Entendemos de forma diferente, pois se levarmos em conta apenas o tema do Controle Social como pano de fundo para os demais assuntos, inúmeras foram as deliberações relativas à estrutura, funcionamento e proposições para suas ações tanto no que diz respeito aos conselhos, como as conferências de saúde.

Desse modo, além da percepção do controle social como princípio fundamental e não menos importante do SUS, consideramos as contribuições dos 2.500 delegados presentes na conferência compilados no relatório final como um importante marco de compreensão e condensação da primeira década do sistema de saúde no país e de entendimentos mais maduros a respeito da Reforma do Estado. Do ponto de vista da relação público e privado e da questão

[426] ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. As conferências nacionais em saúde na construção do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel. (Org.) **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 109.

da gestão em saúde, a conferência avançou significativamente em relação aos debates das edições precedentes.

A conferência tivera como temática norteadora o Controle Social, tendo em vista sua atuação como forma de garantir o acesso universal, equidade e qualidade aos serviços e ações de saúde de maneira humanizada, ou seja, "o acolhimento e o estabelecimento de vínculos humanos imprescindíveis para o sucesso da relação entre usuários, profissionais e trabalhadores de saúde"[427]. A preocupação dos participantes do evento expressou a necessidade de avaliar o funcionamento do SUS e propor soluções para os seus problemas. A ponta do sistema – a prestação de serviço orientou os debates e, desse modo, a gestão de saúde, isto é, os modelos gerenciais que atuam diretamente na estrutura jurídica das instituições públicas, os processos de terceirizações, privatizações e mudanças nas relações de trabalho são assuntos centrais para que o atendimento a sociedade nos princípios do SUS de modo que possam ocorrer de forma democrática, sendo o controle social veículo fundamental na correlação de forças.

A XI CNS contou com a coordenação da presidenta da Abrasco e conselheira do Conselho Nacional de Saúde, Rita Barradas Barata, posto anteriormente ocupado pelo agora presidente do Conselho Nacional de Saúde, o cebiano Nelson Rodrigues dos Santos. Na organização do evento a relatoria ficou a cargo de Maria Elizabeth Diniz Barros do Ministério da Saúde e atual membra da vice-presidência da Abrasco na gestão 1996-2000, acompanhada da cebiana Maria Angélica Gomes[428] da Anvisa, na função de secretária geral. A equipe do colegiado de coordenação completou o comitê executivo, formado por Carlyle Guerra de Macedo, conselheiro do CNS e representante da OPAS; David Capistrano do Ministério da Saúde e do Cebes/Abrasco[429]; Gilson Cantarino, conselheiro do CNS, representante do Conasems, e membro do Cebes; Júlio Müller Neto da Secretária Estadual de Saúde do Mato Grosso e ex-tesoureiro da Abrasco (1991-1993); Nelson Rodrigues dos Santos, coordenador do CNS e membro do Cebes; Sílvio Mendes de Oliveira Filho da Secretária Municipal de Saúde de Teresina. Desse modo, dos nove membros do comitê executivo da XI CNS, sete são membros do Cebes e Abrasco, ocupando as três principais funções do evento[430].

[427] BRASIL. Ministério da Saúde. **Regimento**: XI Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2000, p. 3
[428] Compôs a diretoria do Cebes na gestão 1994-1996.
[429] O Regimento Interno e a programação do evento publicaram o nome de Capistrano Filho, no entanto, infelizmente um dos atores mais importantes da luta pela saúde pública brasileira e nome de primeira linha do movimento sanitário, faleceu no dia 10 de novembro de 2000. Portanto, Capistrano não participou da XI CNS.
[430] Além do Comitê Executivo, a organização da XI CNS contou com outras diversas funções: Grupo Consultivo; Assessoria de Programação; Assessoria de Comunicação Social; Assessoria de Articulação e Mobilização;

A dupla Cebes/Abrasco manteve na XI CNS sua característica de ator técnico e institucional, posicionando-se no centro da hierarquia do evento e em espaços de poder burocrático, normativo e intelectualizado. O papel do Cebes e Abrasco como influenciadores e agentes que pautam as discussões se confirmou ao longo das conferências nacional de saúde ao ocupar uma vez mais, lugar privilegiado na elaboração dos Termos de Referência, isto é, são responsáveis por escolher as entidades e instituições que produzirão textos de referência que serão distribuídos no evento, preparar as exposições dos convidados das mesas referente ao tema oficial, indicar os conferencistas, elaborar a relação de subtemas e os roteiros para os grupos de trabalho, indicar e coordenar os especialistas para os temas de cada grupo de trabalho e selecionar a bibliografia para ser distribuída aos delegados[431]. A missão ficou a cargo da equipe de Assessoria de Programação integrada por sete componentes: Jairnilson Paim, membro do Cebes/Abrasco e Universidade Federal da Bahia; José Carvalho de Noronha, membro da Abrasco e servidor público do ICICT/Fiocruz; e Moisés Goldbaum, membro Cebes/Abrasco e da Universidade de São Paulo. Cebes e Abrasco estiveram em maior número de representantes, seguido apenas do Conasems com dois membros e a Fiocruz com dois, sendo Patrícia Luchese da Ensp e o já citado José Carvalho de Noronha também da Abrasco.

Assim, compuseram o temário das mesas-redondas oficiais da XI CNS: Avaliação do controle social nos 10 anos do SUS: a construção do acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde; Financiamento e responsabilidades das três esferas político-administrativas para garantir o acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social; Modelo assistencial e gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social[432]. No que diz respeito aos texto-base referente a cada um dos três temas

Assessoria de Organização; Credenciamento de Delegações; Apoio Administrativo; Elaboração do Relatório; Coordenadores de Grupos.

[431] BRASIL. Ministério da Saúde. **Regimento**: XI Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2000, p. 14-15.

[432] A partir de cada um dos três temas oficiais, desmembraram-se várias mesas acerca de cada um dos três temas oficiais. Os documentos oficiais do evento não mencionam quais foram as mesas e os participantes. De acordo com a Ata da 103º reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada entre os dias oito e nove de novembro de 2000, ou seja, aproximadamente um mês e meio antes do evento, registrou-se as seguintes propostas de mesas-redondas que foram aprovadas pelos conselheiros: **I)** Avaliação do controle social nos dez anos de SUS: a construção do acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde: **a)** Coordenador: (a ser indicado); **b)** Expositores: **i)** Discussão referente às formas de representação de interesse, legitimidade, atuação política dos Conselhos de Saúde e em que medida essa atuação é capaz de influenciar a definição de prioridades e garantir a realização do acesso, qualidade e humanização na atenção em saúde (Laura Tavares, Amélia Cohn, Marco Aurélio Nogueira, Eleonora Menicucci); **ii)** Cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado. A função do Ministério Público, do poder Legislativo e do poder Judiciário no controle social e na garantia de acesso, qualidade e humanização (José Geraldo de Souza, Raquel Ferreira Dodge, Humberto Jacques de Medeiros, Marco Antônio Teixeira); **iii)** Relações entre gestores, profissionais e trabalhadores de saúde e o controle social. As relações políticas entre gestores e conselhos. A relação entre gestores e representações profissionais (Gilson

principais, foram publicados no *Caderno da 11º Conferência Nacional de Saúde*, totalizando 16 trabalhos com a presença do Cebes e Abrasco em 9 deles. Portanto, ao término da Era FHC e dos doze anos iniciais do SUS, Cebes e Abrasco estiveram presentes em todas as organizações das conferências nacionais e apesar do Cebes não possuir cadeira no Conselho Nacional, sua representatividade ao lado da Abrasco colocou-o como um dos principais grupo de influência na agenda da saúde pública brasileira.

Em relação às deliberações e conclusões a que se chegou os participantes da conferência confirmaram o entendimento geral de que o SUS é o único sistema capaz de dar respostas à população de forma transparente, humanizada, democrática e com gestão participativa. A reafirmação e luta pelo SUS esbarrava nas dificuldades de sua verdadeira implementação que vinha sendo estrangulada por sucessivos governos a nível federal, estadual e municipal. Para os participantes da XI CNS o SUS rege-se pela solidariedade social de forma a assegurar a universalidade do acesso e a integralidade da atenção, princípios incompatíveis com a transformação da saúde e da vida em mercadorias como está contida nas políticas neoliberais em curso no país. O governo Cardoso é expressão máxima do desprezo a vida e às políticas sociais, repudiado com veemência por aprofundar as desigualdades sociais e privilegiar o ajuste fiscal em benefício de capitais estrangeiros, acarretando o aumento da procura pelos serviços de saúde pública[433]. Ressaltaram que a lógica do governo teria sido de legitimar a ideia de que

Cantarino O'Dowyer (CEBES), Júlio Müller (ABRASCO), Maria José Morais Antunes); **iv)** O controle social na perspectiva dos usuários do SUS (Mônica Valente, Eleonora Menecucci, Vicente Paula da Silva, Marco Manfredini); **II)** Financiamento e responsabilidades das três esferas político-administrativas para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social: **a)** Coordenador: José Luiz Spigolon; **b)** Expositores: **i)** A utilização dos recursos financeiros atendendo necessidades e avaliando resultados (Eduardo Jorge (CEBES), Jandira Fegalli, Carlos Mosconi e Valdir Pires); **ii)** Balanço do financiamento da atenção à saúde no Brasil (Barjas Negri e Geraldo Biazoto); **iii)** Alocação de recursos para a promoção e proteção da saúde, prevenção e controle de doenças e agravos com qualidade e humanização (Sulamis Doim, Maria Luiza Jaeger (CEBES) e Neilton Araújo); **iv)** Formas de remuneração dos recursos humanos em saúde. Os incentivos e gratificações. Plano de Carreira e Salários (Eliane Cruz, José Carlos Silva, Lady Meneguethi); e **III)** Modelo assistencial e de gestão para garantir o acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: **a)** Coordenador: Cláudio Duarte; Expositores: **i)** Determinantes das condições de saúde e problemas prioritários no país. Sistemas de informação em saúde na identificação da diversidade e de problemas no planejamento e gestão (Maurício Lima Barreto, Aldaíza Sposati); **ii)** Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, eqüidade e necessidades prioritárias em saúde (Maria Luiza Jaeger (CEBES), Gastão Wagner de Sousa Campos (ABRASC0) e Paulo Santana); **iii)** A percepção dos usuários em relação ao funcionamento do SUS. Os problemas relativos ao acesso, qualidade e humanização (Maria Bethânia D'Avila, Carmem Fogaça e Adalgisa Balsemão); **iv)** Formação dos recursos humanos na perspectiva de profissionais comprometidos com um sistema de saúde acessível, de qualidade e humanizado (Conceição Rezende, Maria Helena Machado (CEBES/ENSP), José Carlos Silva, Ricardo Ceccim e Iara Xavier). BRASIL. **Ata da 103º reunião ordinária**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2000.

[433] BRASIL. **11º Conferência Nacional de Saúde**. Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p. 19-21.

a saúde é uma concessão, nos termos do relatório "a versão moderna da 'caridade'"[434] relatou-se que o setor público deveria ocupar-se tão somente de tratar de procedimentos que não interessem e não sejam lucrativos para o setor privado.

> Os participantes da 11º CNS entendem que a racionalidade do modelo é voltada para o lucro e não para as necessidades, constituindo uma lógica perversa. Os hospitais privados só querem atender patologias que dão lucro. As patologias crônicas e os traumas, que são de alto custo, deixam de ser interessantes financeiramente para a rede privada. Os critérios seletivos baseados na lógica do capital e do lucro, que elege as patologias de interesse da iniciativa privada, produzem distorções na oferta assistencial. O modelo assistencial ainda é privativista e curativo, e por esta razão não cumpre os princípios do SUS[435].

O relatório final destacou que o desprezo à saúde pública pelos governos federais tem dificultado a superação do modelo de atenção à saúde de caráter assistencialista e curativo. A população não se vê atendida adequadamente em suas necessidades básicas, de média e alta complexidade, agravada ainda pelo elevado número de trabalhadores despreparados para atuarem no serviço público, sem qualquer comprometimento com o exercício do dever público e aos preceitos do SUS. Persiste no país a figura do médico como sinônimo de ação em saúde, cujo atendimento é unilateral, voltado exclusivamente para a medicação da doença. Para além do modelo assistencial de saúde, podemos destacar de maneira resumida, dentre os aspectos considerados como limitadores para o SUS e que se aprofundaram na Era Cardoso: a incapacidade e ausência de compromisso do executivo federal em articular e organizar o processo de descentralização, bem como a falta de vontade dos gestores estaduais e municipais em acreditar, se comprometer e respeitar a legislação do SUS; a insatisfatória e até menos inexistente política de acompanhamento, avaliação, prestação de contas e regulação do setor público, em especial os contratos com o setor privado; a frágil política de comunicação das ações do SUS à população que desconhece os programas e seus direitos; recursos financeiros e orçamentários historicamente precários, sem qualquer ação efetiva dos governos para mudar o cenário; ausência de profissionalismo e formação de gestores nas administrações municipais, mantendo-se práticas clientelistas e de baixa qualidade na gestão da saúde, gerando desperdício

[434] Idem, p. 21.
[435] Idem, p. 28.

e mau uso do dinheiro público; e o imbróglio dos recursos humanos e da divisão social do trabalho[436].

Os participantes apontaram para o problema da carência no país de uma política de recursos humanos com plano de cargos e salários, valorização e formação de profissionais para atuarem no serviço público. O problema se amplia em localidades que apresentavam falta de infraestrutura, medicamentos e equipamentos mínimos para a realização das tarefas, fatores que se intensificaram a partir da enorme disparidade entre as regiões do país e a ausência de comprometimento de muitos municípios com a saúde, o que teria levado os gestores locais a contratarem trabalhadores por vias alternativas ao concurso público, tornando a terceirização a regra[437]. Outro problema de difícil resolução que vinha sendo incessantemente denunciado nas conferências de saúde tratava-se da dupla jornada de trabalho ou dupla militância. O entendimento no relatório final é de que

> Há grande fragmentação na atuação das equipes de saúde. Os trabalhadores, muitas vezes, executam a mesma tarefa, mas com vinculação a órgãos de origem diferenciados e com diferentes gerências, salários, condições de trabalhos, carga horária e acesso a capacitação, o que acarreta desarticulação e desestímulo. De outro lado, a organização dos profissionais nas equipes de saúde é hierarquizada, com o médico no centro do processo de trabalho em detrimento dos outros profissionais, o que agrava a desarticulação e gera situações cotidianas de conflito, onde os profissionais de menor nível hierárquico apenas recebem ordens e não contestam procedimentos e processos de trabalho que contribuem para a baixa qualidade do atendimento. Há necessidade de desmistificação do papel do médico e de reconstrução das relações de poder nas equipes de saúde. Há, também, distanciamento e falta de relação humanizada entre trabalhadores da Saúde e gestores[438].

O relatório trouxe um rico panorama de denúncias e depoimentos sobre os modelos de gestão e às relações de trabalho nos mais diversos municípios do país, os mais de 2.500 delegados relataram ao longo do evento inúmeros problemas e dentre eles podemos observar a ausência de políticas comuns entre os estados e municípios, a disparidade de recursos, profissionalização e comprometimento com o SUS. A terceirização dos serviços fora um dos sérios obstáculos por ter sido prática usual, conferindo ao estabelecimento de saúde salários e jornadas de trabalho diferentes entre os profissionais. Os critérios de seleção de pessoal fogem

[436] BRASIL. **11º Conferência Nacional de Saúde**. Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
[437] BRASIL. **11º Conferência Nacional de Saúde**. Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p. 25.
[438] Idem, p. 32.

à exigência de concurso público, estimulando contratações que "favorecem apadrinhamentos", com aumento de "contratos temporários, cooperativas e outras formas de contratação". Soma-se a essa situação a contratação de trabalhadores para ocuparem os cargos de confiança, verdadeiros espaços de clientelismos cujos ocupantes são "pouco ou nada qualificados"[439].

Apontaram que a questão salarial e a divisão social do trabalho estão na base do problema, uma vez que os médicos "não aceitam os salários que a maioria dos servidores municipais recebe"[440], de modo que a dupla militância e contratos diversos são vistos pelos médicos como oportunidade de benefícios salariais. Além disso, relatou-se que muitos dos médicos "não residem nas localidades, não cumpre as oito horas de expediente e não são capacitados para atender a todas as especialidades básicas"[441]. A situação salarial desigual e a precariedade das relações laborais desestimulam os profissionais que acabam buscando emprego no setor privado, ao mesmo tempo a falta de estimulo afeta diretamente na qualidade da prestação de serviço no setor público. Relatou-se ainda a falta de ética de trabalhadores, como no caso dos anestesistas que exigiam "duplo pagamento, do SUS e do usuário, que não pode se defender no momento de fragilização pela necessidade de uma intervenção cirúrgica"[442], portanto, trabalhadores sem nenhum respeito aos princípios do SUS e ao usuário.

Para os participantes da XI CNS o problema dos recursos humanos deve ser analisado pela questão estrutural da saúde, dentre inúmeros obstáculos encontra-se o descaso do poder público, o desmonte do Estado e o precário e insuficiente recurso financeiro. Sugerem também enfrentar a falta de uma política específica para recursos humanos que incentive o trabalhador a exercer a função pública com salário digno, plano de carreira e condições de trabalho. Criticaram o fato do SUS ser o maior empregador da saúde brasileira e ainda assim apresentar um quadro de profissionais muito reduzido para satisfazer as necessidades da sociedade, dos gestores e trabalhando sob intensa precariedade laboral. Nesse sentido, o consenso dos participantes da conferência diz respeito à urgência de se formar trabalhadores de saúde orientados para as necessidades sociais, comprometidos com a população, com o acesso universal, a equidade, a qualidade, a humanização no atendimento, a coisa pública e o controle social[443].

---

[439] Idem, p. 40.
[440] Idem, p. 33.
[441] BRASIL. **11º Conferência Nacional de Saúde**. Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p. 33.
[442] Idem. p. 41.
[443] Idem.

Deliberou-se pelo "fortalecimento do caráter público do Sistema de Saúde, e privilegiamento as instituições públicas de forma que a iniciativa privada só venha a ser demandada para a complementação de serviços não ofertados pela rede pública"[444]. A XI CNS deixou claro que os municípios devem contratar seguindo as normas do concurso público, colocando fim às diferentes modalidades contratuais. Ressaltou a necessidade de garantir ao trabalhador público dedicação exclusiva, formação, educação e condições dignas de trabalho e de salário, rompendo com a lógica da Reforma do Estado de supressão de novos trabalhadores para que se incremente novas contratações por via das formas privadas. O controle social deve ser praticado e respeitado em todos os níveis federal, estadual e municipal, exigindo a suspensão e proibição de contratos e convênios como o PAS, organizações sociais, agências executivas e quaisquer outras formas que ferem os princípios constitucionais do SUS. Em meio a Reforma do Estado o documento final do evento reafirmou o caráter público da saúde e a preocupação em oferecer a sociedade serviços de qualidade, com ética e respeito, sobretudo pautados pela cultura e valorização da função pública, democrática e humanística. Desse modo afirma o relatório final da XI CNS a posição de seus participantes

> contra a privatização do setor público, protestando veementemente contra a possibilidade de privatização dos laboratórios oficiais como Osvaldo Cruz, Biomanguinhos, FIOCRUZ e qualquer outro laboratório público ou de serviços de produção de insumos. Condenar a privatização dos hospitais públicos, universitários e dos serviços de atenção básica e secundária, revertendo por meio da anulação ou suspensão dos processos de privatização ou de terceirização sob forma das organizações sociais, cooperativas e agências executivas em curso nos estados, municípios e União, entendendo que estas iniciativas na Saúde transferem recursos públicos à iniciativa privada. Da mesma forma, impedir a transformação dos hemocentros em fundações ou qualquer outro meio onde se identifica riscos de privatizá-los[445].

O debate da estatização passou despercebido, embora criticassem a privatização e os modelos de gestão de natureza privado, a estatização não esteve entre os temas em discussão, assim como ocorreu no evento anterior. Os encontros do conselho demarcaram a posição da maioria dos agentes envolvidos com a saúde relativa ao fortalecimento do modelo público de saúde, negando as possibilidades de privatização abertas pelos governos Collor e Cardoso. Os modelos de gestão privado e as terceirizações foram alvo de críticas dos participantes das

[444] Idem, p. 113.
[445] Idem, p. 115.

conferências que em sua unanimidade posicionaram contrários aos seu incurso na gestão pública da saúde.

Não obstante, tal posicionamento não pareceu ser consensual no Cebes e Abrasco, como foi possível discutir até aqui, as agremiações em formatos variados, confluíram em favor da presença do privado na saúde pública. Em certos casos, ocorreu a defesa aberta dos modelos privatizantes, em outros, uma defesa mais fluída e gelatinosa, mas o contrário não pode ser constatado. Ao contrário da classe que diz representar, Cebes e Abrasco colocaram-se em sentido oposto ao debate da relação público-privado no pós-1988, sentido mais próximo dos interesses das classes e frações dominantes diante do SUS e, mais longe da luta pela emancipação das camadas populares na área da saúde.

CONCLUSÃO

Iniciamos nossa pesquisa procurando entender por que Cebes e Abrasco optaram por conciliar o público e o privado em seus projetos políticos para a saúde pública tanto durante o processo histórico de lutas da reforma sanitária iniciado no final da década de 1970 até a materialização de grande parte da agenda do movimento sanitário ampliado nos marcos legais da Constituição Federal de 1988, bem como nos anos subsequentes imersos no debate de implementação do SUS e da legislação da saúde pública até o ano de 2002. Questionamos o porquê das agremiações desde o momento de sua existência mantiveram a defesa do projeto de saúde pública baseado na aposta de uma relação harmônica entre o público e o privado, posicionamento, por outro lado, de forma contrária ao projeto de estatização integral da saúde defendido por grande parte dos movimentos sociais, da CUT, PT e organizações populares, dentre outros.

Levantamos como hipótese a existência de um consenso fluído entre público-privado, quando alguns adotaram a hipótese da relação harmônica público-privado, alguns consideraram que poderiam controlar o privado, outros foram levados pelas ideias hegemônicas neoliberais, descartando as considerações de classes, tidas por eles como derrotadas e tentando se ajustar em meio ao contexto. Tal consenso fluido, diluiu a luta efetiva, concentrando-se na luta institucional, agindo nos interstícios, bem como negligenciou a formação política, para formar gestores; aos poucos negligenciando o próprio princípio das determinações sociais da saúde e da vida.

Para averiguação da nossa hipótese de um consenso fluído entre o público-privado, mergulhamos no estudo da organização e política das agremiações e, seus intelectuais orgânicos. A partir da metodologia do Estado Ampliado gramsciano, Cebes e Abrasco foram analisadas enquanto aparelhos privados de hegemonia. Assim, a análise das APHs nos permitiu algumas conclusões balizadoras, isto é, Cebes e Abrasco no recorte histórico analisado estiveram mais próximas de pertencerem a uma fração de classe do campo dominado, dirigindo-se aos interesses das camadas populares.

No entanto, a base social do qual se organizaram não se dá de forma tão linear, uma vez que seus intelectuais não são oriundos das camadas populares. Os intelectuais do Cebes e Abrasco emergem dos estratos intelectualizados da área da saúde, especialmente da categoria

médica e universitária, como demonstramos com detalhes no capítulo 5. As agremiações se colocaram como dirigentes e organizadoras das vontades coletivas das classes populares na luta pela reforma sanitária e como representantes da esquerda política na área da saúde. Assim, elaboraram em conjunto (Cebes e Abrasco) um projeto político para a saúde no processo histórico da reforma sanitária com objetivo de organizar e dirigir os agentes envolvidos com a luta política na saúde. O projeto é amplo e abrange inúmeros aspectos da saúde pública, mas tem como um dos temas mais quentes a questão da relação público-privado.

No primeiro capítulo discutimos como se processou a disputa pela hegemonia de classe no quadro das lutas populares pela reforma sanitária. Constatamos que Cebes e Abrasco na disputa intraclasse se autodeclaram organizadores e dirigentes da luta no âmbito da saúde pública brasileira no campo da esquerda e em favor da reforma sanitária. Vimos que as lutas de classes na área da saúde brasileira se deram em terreno de grande complexidade, de um lado movimentos sociais e organizações populares envolvidas com o enfrentamento de classe e em defesa de uma saúde pública estatizada e, de outro, Cebes e Abrasco defendendo dentre outras medidas, o aliancismo de classe, a luta institucional por dentro do aparelho de Estado e a conciliação entre o público-privado.

Ao contrário do que defendeu e vêm sendo construído na literatura especializada, não houve a institucionalização do movimento sanitário e a confluência de projetos na luta pela reforma sanitária. Os intelectuais orgânicos de Cebes e Abrasco construíram o discurso de que a criação do Cebes em 1976 institucionalizou o movimento sanitário, e a partir daí se consolidou com a criação da Abrasco em 1979. Trata-se de uma estratégia das agremiações de se colocarem como organizadores e dirigentes do amplo movimento sanitário.

A forma como Cebes e Abrasco se colocaram no quadro de lutas da saúde brasileira nos ajuda a compreender os desdobramentos da reforma sanitária e da política de saúde nos anos de 1990. Ao se assumirem enquanto porta-vozes do movimento sanitário, mesmo que dela não tenha obtido tal posição, as agremiações passaram a adotar de forma pragmática e, de certa forma, unilateral seu projeto político. Descartaram o momento da luta de classes, levando adiante a luta pelos meandros da negociação política, de lobbies e a partir da ocupação de cargos no aparelho de Estado.

A origem de classe dos intelectuais das agremiações certamente influenciou na estratégia adotada e pôde ao final se sagrar algo vitoriosa, embora de maneira muito parcial. Estamos tratando da mais elevada hierarquia da divisão social do trabalho na área da saúde, a

categoria médica é historicamente influente nas relações políticas e sociais e, dessa posição social os médicos das agremiações souberam se valer nas negociações, especialmente no processo da Constituinte.

As escolhas táticas e estratégicas das agremiações apontam os caminhos de suas ações políticas nas lutas intraclasses e entreclasses. Vimos que estão imbricados em sua razão de ser o ideal democrático como valor universal, baseado na não conflitualidade de classes, tendo como horizonte a luta no aparelho de Estado. As premissas básicas das agremiações geraram a dualidade na luta no campo popular pela saúde, pois colocaram-se como organizadores e dirigentes de uma classe que dela não se aproximava, posicionando-se como portadores de um senso civilizatório e das vontades coletivas de uma classe trabalhadora a eles externa.

Ao longo da tese foi possível demonstrar que as agremiações, em especial a Abrasco por ocupar lugar privilegiado no Conselho Nacional de Saúde no período pós-1988, colocou-se em posições diversas daquelas defendidas pelos participantes das Conferências Nacionais de Saúde do ponto de vista da questão público-privado. Enquanto os participantes denunciavam e negavam os projetos privatistas de gestão, como as terceirizações, organizações sociais, fundações de apoio privado, dentre outras modalidades, a Abrasco e Cebes viam com bons olhos e agiram em sua defesa, como fez a Abrasco no Conselho Nacional de Saúde em defesa de projetos "alternativos" de gestão pública.

Embora não nascidos diretamente das camadas populares, Cebes e Abrasco buscaram organizar e dirigi-las no âmbito da saúde, no entanto, do ponto de vista da questão público-privado no projeto político das agremiações é possível questionar a direção de seus interesses de classe, estariam eles vinculados a classe trabalhadora? Seriam aparelhos que envolvidos com a classe trabalhadora se converteram em aparelhos funcionais para as classes e frações empresariais da saúde? Uma vez que chegamos até aqui, podemos sugerir que do ponto de vista da questão público-privado, as agremiações mantiveram posições conciliatórias entre o público e o privado, porém seria forçoso afirmar que uma determinada leitura da realidade às coloque enquanto aparelhos funcionais das classes e frações dominantes da saúde.

Cebes e Abrasco do ponto de vista da questão público-privado não confrontaram a visão de mundo do inimigo hegemônica no senso comum, isto é, a visão de que não seria possível uma política pública prescindir do setor privado, uma vez que, para eles a prestação de serviços, a gestão e a organização do setor público não seriam capazes de atender de forma satisfatória a população, ao passo que o setor privado detém por natureza a eficiência, eficácia e as melhores

formas de organização e política. Além disso, o senso comum produziu o consenso de que tudo que advém do Estado é autoritário, burocrático e centralizador.

Nesse sentido, Cebes e Abrasco na disputa por hegemonia não contrapuseram o senso comum, elaborando a independência política e teórica própria do grupo. Ao defenderam a harmonia entre o público e o privado na organização da saúde pública e não identificarem o empresariado como inimigo de classe, mantendo-o por perto em seus projetos e concedendo-lhe vantagens políticas, as agremiações deixaram escapar a conscientização coerente e unitária da classe, pois não conquistaram e reconheceram a sua própria personalidade histórica e com isto, não reconheceram qual o campo a ser esvaziado. O projeto político das agremiações do ponto de vista da questão público-privado não se colocou de forma antagônica ao projeto do empresariado, não buscou romper com a propriedade privada na estrutura da saúde pública, e tampouco almejou pelo menos enquanto projeto em disputa a estatização da saúde.

Os intelectuais orgânicos das agremiações adotaram e reproduziram o senso comum hegemônico. Como vimos, dentre os argumentos contrários a estatização integral da saúde, situaram o Estado como autoritário e centralizador, confundido acima de tudo, Estado com governo. Na trajetória da luta pela saúde pública, notamos que os intelectuais das agremiações se inclinaram de forma variada na defesa da relação público-privado, tendo como ponto em comum a negação da estatização integral. O senso comum foi adotado de várias formas, chegando a casos emblemáticos como a apologia dos modelos privatistas para a saúde pública, como nos casos de Francisco Rivera e Nilson do Rosário Costa.

Podemos concluir que não houve por parte dos intelectuais das agremiações o "espirito de cisão", visto que não denunciaram os dispositivos de ocultação do senso comum da classe dominante. O projeto político não se colocou contrário ao inimigo de classe, nem mesmo se pode afirmar que tivessem elegido o empresariado como inimigo de classe. Resgatando as reflexões de Eurelino Coelho (2005) sobre a consciência de classe crítica e coerente, podemos sugerir que ao não emergirem das camadas populares e não se conectarem a ela, uma vez que a relação se deu de forma exterior e pelo fato de não ultrapassarem os limites da luta corporativa, as agremiações deixaram escapar a compreensão da totalidade das relações sociais, especialmente por sua relação ambígua e não orgânica com a classe que diz representar. Portanto, o projeto político das agremiações do ponto de vista da relação público-privado nutriu-se do senso comum dominante, "ainda que representem negações práticas reais de aspectos parciais dessas relações" (Coelho, 2005, p. 336).

O consenso público-privado atravessa e constitui a ossatura material das agremiações, apresentando-se de formas variadas ao longo de suas trajetórias. Nos anos de luta pela reforma sanitária, nas décadas de 1970 e 80, justificou-se o relacionamento em vários sentidos, tendo como argumentos principais, o papel autoritário e centralizador do Estado, como algo inerente e imutável no capitalismo e, a ausência de condições nas relações de forças para projetos mais audaciosos, não digamos revolucionários, pois as agremiações sempre se colocaram como "reformistas, graças a Deus"[446]. Constataram que o novo modelo de saúde originado da reforma sanitária, o SUS, não teria condições de atender a população de forma imediata pela falta de recursos e capacidade instalada, desse modo, tendo em vista que o setor privado detinha a hegemonia na área da saúde, seria inviável prescindir do privado tanto por sua capacidade instalada, como enfrentá-lo a ponto de retirá-lo do projeto de saúde pública.

Na concepção dos intelectuais das agremiações a democratização da saúde e o caminho para o socialismo brasileiro se daria em etapas através de uma saúde pública e sob dever do Estado, mas não integralmente estatizada, mantendo o privado em seu conjunto. Uma vez superados os problemas estruturais da saúde e alcançado a consciência sanitária, seria possível almejar novos rumos, porém, isto não quer dizer que no futuro a estatização ou outras formas seriam o caminho. A tática baseou-se, assim como fez o PCB, partido representado por grande parte dos membros das agremiações, no acúmulo de forças democráticas a fim de superar os problemas da saúde pública brasileira, presumindo que as classes dominantes não seriam inimigas da reforma sanitária. Os intelectuais das agremiações convictos de que eram os únicos no quadro da luta de classes mais geral do país a possuírem um verdadeiro projeto, especialmente na correlação de forças no processo da constituinte, ao contrário do empresariado até aquele momento sem estratégia própria, alcançariam a união de classes em favor do projeto sanitário através de uma "reforma civilizatória".

Nos anos pós-Constituição de 1988, novos elementos são adicionados na percepção do consenso público-privado. A crise das esquerdas diante do colapso da URSS e a negação do marxismo como referência teórica e de luta política, levou grande parte dos intelectuais que ora flertavam com o marxismo, no nosso caso, especialmente o marxismo gramsciano, para outras correntes de pensamento, cabe dizer, antagônicas ao marxismo. Neste período assistimos a hegemonia do neoliberalismo e suas formas de dominação no aparelho de Estado, como a partir do projeto gerencialista. Os intelectuais das agremiações foram em grande parte absorvidos

[446] Paim (2008, p. 279).

pelas novas referências impostas pelo capital. O debate da reforma sanitária perdeu espaço, assim como a discussão sobre a estrutura da saúde pública, entre a estatização e o privado, ou quaisquer outras formas de superação do privado. Perdeu-se o momento da crítica para projetos e ações políticas imersos no senso comum, reforçando e adaptando para a realidade da saúde pública brasileira.

O pós-1988 colocou à prova os limites do consenso harmônico público-privado. Os limites se estabeleceram em relação a amplitude e estrutura do público, cada vez mais subtraído do terreno da possibilidade de emancipação social para converter-se em apêndice dos projetos privatistas. Foram perdidas quaisquer esperanças de rompimento com o projeto inimigo e elaboração de uma consciência crítica e coerente por parte das agremiações em relação ao público-privado.

As esperanças perdidas entre 1988 e 2002 podem ser revertidas, uma vez que as agremiações foram e são fundamentais para a luta de classes a favor dos subalternos, mesmo que tenham como horizonte somente o campo da saúde. Embora a tática das agremiações no curso da reforma sanitária seja digna de críticas, como deve de fato ser, não se pode negar que surtiu efeito com a conquista de inúmeras agendas do movimento sanitário ampliado no ordenamento jurídico brasileiro. Tal tática que já apresentava seus limites na reforma sanitária, revelou seu aprofundamento nos anos posteriores à Constituição de 1988. Deixamos em aberto a questão da possiblidade de reformas, no nosso caso, no âmbito da saúde, serem viáveis do ponto de vista emancipatório com a manutenção do consenso público-privado, tendo em vista que o Estado é a condensação das lutas de classes e o privado é hegemônico e está sempre pronto para desorganizar e sabotar a luta das classes subalternas.

No contexto das expropriações em escala nunca antes observada no planeta, em que medida a universalização da saúde e os determinantes sociais defendidos pela reforma sanitária se sustentam a partir da presença massiva do privado no projeto político de saúde pública? É possível um projeto sanitário público, gratuito, universal, de conscientização sanitária dos determinantes sócio-históricos da saúde sem o privado, elaborado a partir da consciência crítica e coerente das classes subalternas? Acreditamos que sim, pois se a resposta for negativa, perderemos o horizonte da luta de classes e estaremos fadados aos domínios do senso comum. Este é sem dúvida o grande desafio de todos os envolvidos com a luta contra o capital e, especialmente na luta pela saúde pública.

FONTES

Revista Saúde em Debate, número 1 a 62.
Disponível em: http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp. Biblioteca David Capistrano, Biblioteca Virtual do Cebes.

Revista Ciência e Saúde Coletiva, volume 1 a 7/volume 4.
Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/grid

Conselho Nacional de Saúde – Atas de Reunião.
Ano 1991 a 2002.
Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas-cns

Boletim ABRASCO, nº 10, março/maio 84 e informativo FIOCRUZ, Edição Especial, Maio 1984.

Conferência Nacional de Saúde:
Relatório Final. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1987.
Anais do Evento. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1987
Relatório Final. IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1993.
Cadernos da Nona, Volume 1. IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1993.
Cadernos da Nona, Volume 2. IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1993.
Cadernos da Nona, Volume 3. IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1993.
Relatório Final. X Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.
Relatório Final. XI Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.
Caderno. XI Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.
Regimento. XI Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Regina, FRANCO NETTO, Guilherme, coordenadores. Projeto Memória e patrimônio da saúde pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca. **Fases da Trajetória.** Rio de Janeiro; 2005. [acessado em Out., 2018]. Disponível em: http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/index.htm

ABRUCIO, Fernando Luiz. O impacto do modelo gerencial na administração pública. Um breve estudo sobre a experiência internacional recente. **Cadernos ENAP**. n. 10. 1997.

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de. Planejamento e Participação popular em saúde: o caso de Duque de Caxias. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1994.

ALMEIDA, Gelsom Rozentino de. História de uma década quase perdida - PT, CUT, crise e democracia no Brasil: 1979-1989. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2011.

ALVES, G.; NASSIF, M. I.; ROSÁRIO, M.; RAMOS FILHO, W.; GONÇALVES, M. **Enciclopédia do Golpe** – Volume 2. O papel da mídia. 1. ed. Bauru: Projeto editorial Praxis/Declatra, 2018.

ANDREWS, Christina W.. A teoria da Escolha Pública e as reformas do Estado: uma crítica habermasiana. **Leviathan**, São Paulo, v. 1, n.1, p. 73-98, 2004.

ANTUNES, Ricardo. DRUCK. Graça. A Epidemia da terceirização, In: ANTUNES. Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III**. São Paulo. Editora Boitempo. 2014.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

ANTUNES, Ricardo. **Os Sentidos do Trabalho**: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. São Paulo: Boitempo,2009,

AROUCA, Sérgio. Reforma Sanitária. **Revista Saúde em Debate**, Londrina, n. 29, 1990.

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BIANCHI, Alvaro. Revolução passiva e crise de hegemonia no Brasil contemporâneo. **Revista Outubro**, n. 28. São Paulo, 2017.

BENJAMIN, Walter. **As Teses sobre o Conceito de História**. In: Obras Escolhidas, Vol. 1. São Paulo, Brasiliense, 1985.

BELISÁRIO, Soraya Almeida. **Associativismo em saúde público**: um estudo da Associação Brasileira de pós-graduação em Saúde Coletiva – Abrasco. Tese (Doutorado) em Saúde

Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2002.

BERLINGUER, G.; FLEURY, S.; CAMPOS, G, W, S. **Reforma Sanitária**: Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec/Cebes; 1988.

BIAVASCHI, M. B.; TEIXEIRA, M. O. A terceirização e seu dinâmico processo de regulamentação no Brasil: limites e possibilidades. **Revista da ABET** (Impresso), v. 14, p. 37-61, 2015.

BIONDI, Antonio. O Brasil privatizado: um balanço do desmonte do Estado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1999; em LESBAUPIN, Ivo. (Org.). **O desmonte da nação** - balanço do governo FHC. Petrópolis, Vozes, 1999.

BLOCH, Marc. **Apologia da História**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

BRASIL. Art. 196. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080, 19 de setembro de 1990

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Organizações Sociais**. Cadernos da Reforma do Estado, Brasília, DF, nº 2, 1996.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília, Mare, 1995.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MOTA, Ana Elisabete; UCHOA, Roberta; NOGUEIRA, Vera; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Mariene. (Org.). **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. 1ªed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez Editora, 2006, v. 1, p. 88-110.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: Lutas Sociais e Práticas Profissionais (3ª edição). 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010. v. 1.

BRAVO, Maria Inês Souza. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 88, 2006;

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 109, 2012.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter (Org.). **Reforma do estado e da administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

BRITO, Leonardo Leonidas de. **O Intelectual e o desmonte do Estado no Brasil**: Luiz Carlos Bresser Pereira e o MARE (Ministério Extraordinário da Administração e Reforma do Estado). Tese (Doutorado em História Social). Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. Departamento de História, 2016.

CALHEIROS CASIMIRO, Flávio Henrique. **A Nova Direita**: aparelhos de ação política e ideológica no Brasil contemporâneo. São Paulo: Expressão popular, 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva), Universidade de Campinas, Campinas, 1991.

CAMPOS, Gastão Wagner Souza. A gestão enquanto componente estratégico para a implantação de um sistema público de saúde. Volume II. In. **Cadernos da Nona: IX Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 1992.

CEBES. A questão democrática na área da saúde. Documento apresentado pelo Cebes – nacional no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Camara Federal, outubro de 1979. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 9, jan/fev/mar, 1980.

CEBES. Assistência à saúde numa sociedade democrática. Documento apresentado pelo Cebes no V Simpósio Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, em Brasília, novembro de 1984. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 17-1, 1985.

CHINAGLIA JUNIOR, Arlindo. Central Única dos Trabalhadores. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 1987.

COELHO, Eurelino. **Uma esquerda para o capital**: crise do Marxismo e mudanças nos projetos políticos dos grupos dirigentes do PT (1979-1998). Tese (Doutorado em História). Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2005.

CORDEIRO, Hésio de Albuquerque. A participação de todos na construção do Sistema Unificado de Saúde. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**, BRASÍLIA, 1986.

CORDEIRO, H. A.; FlORI, J. L. C. & GUIMARÃES, R. F. N. **A questão democrática na área de saúde**: proposta para um debate. Rio de Janeiro, 1979. (Mimeo)

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o controle social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005a; CORREIA, Maria Valéria Costa. **O Conselho Nacional de Saúde e os rumos da política de saúde brasileira**: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais. Tese (Doutorado em Serviço Social) — Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005b.

CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. (Org.). **Reforma Sanitária e Contrarreforma na saúde**: interesses do capital em curso. 2. ed. Maceió: EDUFAL, 2017. 190p.

COSTA, Nilson do R.; MELO, Marcus André; SILVA, Pedro Luís Barros. Inovações Organizacionais em Política Socia: O caso da Grã-Bretanha. **Revista do Serviço Público** (Brasília), Brasília, v. 50, n.3, 1999

COSTA, Nilson do Rosário. Reforma do Estado e as mudanças organizacionais no setor saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n.1, 1998.

COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes; SILVA, Pedro Luís Barros. Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.2, 2000.

COUTINHO, Carlos Nelson. A democracia como valor universal. In: Silveira, E. (Org.). **Encontros com a civilização brasileira**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político**. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2003.

DANTAS, André Vianna. **Do Socialismo à Democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. v. 1. 319p.

DANTAS, André Vianna. A questão democrática e a Reforma Sanitária Brasileira: um debate tático e estratégico. In: Sônia Fleury. (Org.). **Teoria da Reforma Sanitária - diálogos críticos**. 1ed.Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018, v. 1, p. 145-181.

DANTAS, André Vianna. Saúde, luta de classes e o `fantasma? da Reforma Sanitária Brasileira: apontamentos para sua história e crítica. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 145-157, 2018.

DANTAS, André Vianna. Direito universal à saúde, estatização progressiva, saúde privada e papel do Estado: um flash sobre o SUS e 30 anos de luta de classes na Saúde. In: SILVA, Leticia Batista Silva; DANTAS, André Vianna. (Org.). **Crise e Pandemia**: quando a exceção é regra geral. 1ed.Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2020, v. 1, p. 163-186.

DE PAULA, A. P. **Entre a administração e a política: os desafios da gestão pública democrática**. Tese de Doutorado, UNICAMP (Ciências Sociais), Campinas, SP, Brasil. 2003.

DOIMO, Ana Maria; RODRIGUES, M. M. A. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal da atuação política**. Política & Sociedade**. Florianópolis. v. 3, 2003.

DONNANGELO, M. C.F. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

DOWBOR, Monika. **A arte da institucionalização: estratégias de mobilização dos sanitaristas (1974-2006)**. Tese (Doutorado em Ciência Política), Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

DREIFUSS, René Armand. **1964**: A conquista do Estado – Ação política, poder e golpe de classe. Petrópolis: Vozes, 1981.

DRUCK, M. G.; BORGES, A. Terceirização: Balanço de uma década. **Cadernos CRH**, Salvador, v. 37, p. 111-139, 2002.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde**: Origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. As conferências nacionais em saúde na construção do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel. (Org.). **Saúde e Democracia**: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

ESCOREL, S., NASCIMENTO, D. R., EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e dos SUS. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel. (Org.). **Saúde e Democracia**: **História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FALEIROS, Vicente de Paula. et al. **A construção do SUS**: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FERRAZ, Ana Targina Rodrigues. **Impactos da experiência conselhista sobre as atividades políticas e organizativas dos movimentos sociais na saúd**e: o caso do movimento popular de saúde de Campinas/São Paulo. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2005.

FERLIE, Ewan; ASBURNER, Lynn; FITZGERALD, Louise; PETTIGREW, Andrew. A nova administração pública em ação. Brasília: Ed. UNB; ENAO, 1999.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil**: ensaio de interpretação sociológica. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

FILGUEIRAS, V. A.; CAVALCANTE, S. M. Terceirização: debate conceitual e conjuntura política. **Revista da ABET** (Impresso), v. 14, p. 15-36, 2015.

FIORI. José Luís. **Em Busca do Dissenso Perdido**: Ensaios Críticos sobre a festejada Crise do Estado. São Paulo. Insight. 1995.

FLEURY, S.; LABRA, E.; GIOVANELLA, L.; GERSCHMAN, S.; VAISTMAN, J. **Antecedentes da Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: PEC/ENSP; 1988.

FLEURY, Sonia. Cidadania, direitos sociais e Estado. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**, BRASÍLIA, 1986.

FLEURY, S. (org.). **Reforma Sanitária: em Busca de uma Teoria.** São Paulo: Cortez, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Pública, 1989.

FLEURY TEIXEIRA, Sônia Maria. Política de saúde na transição conservadora. **Saúde em Debate**. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, n. 26, 1989.

FLEURY, S. Novos paradigmas para a saúde: SUS, Reforma Sanitária, Recursos Humanos. **Revista Saúde em Debate**, n. 48, setembro, 1995.

FLEURY, Sônia. A questão Democrática na Saúde. In: Sonia Fleury. (Org.). **Saúde e Democracia**: a Luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1997, v., p. 25-26.

FLEURY, S.. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 743-752, 2009.

FLEURY, S.. O dilema reformista na reforma sanitária brasileira. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, 1987.

FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. (orgs.). **Saúde em debate: fundamentos da Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2008.

FLEURY TEIXEIRA, S. Reforma Sanitária: múltiplas leituras, diálogos e controvérsias (Org.). **Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

FLEURY TEIXEIRA, S. Revisitar a teoria e a utopia da Reforma Sanitária. (Org.). **Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

FONTES, Virgínia. Sociedade civil no Brasil contemporâneo: lutas sociais e luta teórica na década de 1980. In: LIMA, Júlio Cesar França; NEVES, Lucia Maria Wanderley. (Org.). **Fundamentos da Educação escolar do Brasil contemporâneo**. 1ªed.Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, pp. 201-240.

FONTES, Virgínia. Determinação, história e materialidade. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 7, n. 2, Rio de Janeiro, 2009.

FONTES, Virgínia. **O Brasil e o capital-imperialismo**: teoria e história. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2010.

FONTES, Virgínia. Democracia e revolução. In. BOITEMPO. (Org.). **Curso**: A democracia pode ser assim História, formas e possibilidades. São Paulo: Editora Boitempo, 2019, p. 29-36.

FONSECA, Cristina, M. O. A História da Abrasco: política, ensino e saúde no Brasil. In: LIMA, Nísia Trindade; SANTANA, José Paranaguá De. (Org.). **Saúde Coletiva como compromisso**: a trajetória da Abrasco. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

GALLO, Edmundo; NASCIMENTO, Paulo César. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: Sônia Fleury. (Org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Ed. Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

GERSCHMAN, Silvia. **A Democracia Inconclusa**: Um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira. 2a.. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. v. 1.

GOLDBAUM, Moisés. Guilherme Rodrigues da Silva: a formação do campo da Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** (Online), v. 20, p. 2129-2134, 2015.

GONCALVES, M. (Org.); TONELLI, M. L. Q. (Org.); RAMOS FILHO, W. (Org.). **Enciclopédia do Golpe** - Volume 1. 1. ed. Bauru: Projeto editorial Praxis, 2017

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do cárcere***,* vol. 1, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do cárcere***,* vol. 2, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do cárcere***,* vol. 3, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do cárcere***,* vol. 4, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do cárcere***,* vol. 5, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002a.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do cárcere***,* vol. 6, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002b.

GRYNSZPAN, Mário. **Ciência política e trajetórias sociais**: uma sociologia histórica da teoria das elites. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999.
GUIOT, André Pereira. **Dominação burguesa no Brasil**: Estado e sociedade civil no Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES) entre 2003 e 2010. Tese (Doutorado em História). Universidade Federal Fluminense, 2014.

HABERMAS, Jürgen. **Técnica e ciência como "ideologia".** Lisboa, Edições 70, 1987.

HABERMAS, Jürgen. **Para a Reconstrução do Materialismo Histórico**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

HABERMAS, Jürgen. **Teoria e práxis**: estudos de filosofia social. São Paulo: Editora Unesp, 2011.

HABERMAS, Jürgen. **Teoria do agir comunicativo, vol. 2: sobre a crítica da razão funcionalista**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012b.

HOEVELER, R. C.. O conceito de aparelho privado de hegemonia e seus usos para a pesquisa histórica. **Práxis e hegemonia popular**, Marília, n. 4, v. 5, 2019, pp. 145-159.

IANNI, Octávio. **Estado e planejamento econômico no Brasil (1930-1970)**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1977.

JACOBI, Pedro. **Movimentos sociais e políticas públicas**: demandas por saneamento básico e saúde – São Paulo 1974-84. São Paulo: Editora Cortez, 1993.

JACOBINA, André Teixeira. **O movimento da reforma sanitária brasileira e sua relação com os Partidos Políticos de matriz marxista**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

JIKINGS, Ivana; DORIA, Kim; CLETO, Murilo (Org.). **Por que gritamos golpe**. Para entender o *impeachment* e a crise política no Brasil. São Paulo: Boitempo. 2016.

JUNQUEIRA, Luciano Prates. Gerência dos serviços de saúde. Volume 1. In. **Cadernos da Nona: IX Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 1992.

LAMOSA, Rodrigo A. **Educação e Agronegócio**: a nova ofensiva do capital nas escolas públicas. Curitiba: Appris, 2016.

LESBAUPIN. Ivo; MINEIRO, Adhemar. (Org.). **O desmonte da nação em dados**. Petrópolis, Vozes, 2002

LIMA, Nísia Trindade; SANTANA, José Paranaguá de (Org.); PAIVA, C. H. A. (Org.). **Saúde Coletiva**: a Abrasco em 35 anos de história. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015.

LIMA, Nísia Trindade; SANTANA, José Paranaguá. (Org.). Ata de Fundação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. In: **Saúde Coletiva como compromisso**: a trajetória da Abrasco. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro. 2006, p. 17-19.

LIMA, Nísia Trindade; SANTANA, José Paranaguá. (Org.). Apresentação. In: **Saúde Coletiva como compromisso**: a trajetória da Abrasco. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro. 2006.

LIMA, S. M. L.. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. **RAP**. Revista Brasileira de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n.5, p. 101-138, 1996

LIMA, S. M. L.; RIVERA, F. J. U. . A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva** (Impresso), v. 17, p. 2507-2521, 2012.

LINDEN, Marcel van der. Rumo a uma história global do trabalho. In. REIS, Tiago Siqueira; SOUZA, Carla Monteiro de; OLIVEIRA, Monalisa Pavonne; LYRA JUNIOR, Américo Alves de. (Org.). **Coleção História do Tempo Presente**: Volume 3. Editora UFRR, Boa Vista, 2020

LINDEN, Marcel van der**.** Rumo a uma nova conceituação histórica da classe trabalhadora mundial. **História** [online], vol.24, n.2, pp.11-40, 2005.

LÖWY, Michael. Habermas e Weber. **Crítica Marxista**, n. 9, São Paulo, 1999.

LÖWY, Michael. **Walter Benjamin**: aviso de incêndio. Uma leitura das teses "Sobre o conceito de história". São Paulo: Boitempo, 2005.

LUZ, Madel Teresinha. IX Conferência Nacional de Saúde: A VIII revisitada? Avanços e impedimentos na implantação da nova política de saúde. **Revista Saúde em Debate**, n. 37, 1992, p. 76-80.

MACIEL, David. **De Sarney à Collor**: reformas políticas, democratização e crise (1985-1990). Tese (Doutorado em História). Faculdade de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2008.

MACIEL, David. Ditadura militar e capital monopolista: estruturação, dinâmica e legado. **Lutas Sociais**, São Paulo, v. 18, p. 64-78, 2014.

MATTOS, Marcelo Badaró. **A classe trabalhadora**: de Marx ao nosso tempo. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2019.

MELLO, Carlos Gentile de Mello. O Sistema Nacional de Saúde: proposições e perspectivas. Documento técnico produzido para o VIII ECEM (Encontro Científico de Estudantes de Medicina). **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, nº 1, out/nov/dez, 1976.

MELLO, Carlos Gentille. A irracionalidade da privatização da Medicina Previdenciária. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 3, Abr/Maio/Jun, 1977.

MENDONÇA, Sônia Regina de. O Estado Ampliado como Ferramenta Metodológica. **Marx e o Marxismo**, v. 2, p. 27-43, 2014.

MENDONÇA, Sônia Regina de. **O Ruralismo Brasileiro**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MENDONÇA, Sônia Regina de. **Estado e economia no Brasil:** opções de desenvolvimento. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

MENDONÇA, Sônia Regina de. Estado e Poder no Brasil: Abordagens Teórico-Metodológicas. In: **XXII Simpósio Nacional de História**, 2003, João Pessoa. Anais Eletrônicos do XXII Simpósio Nacional de História. João Pessoa: ANPUH/UFPb, 2003. v. 1, p. 1-5.

MENDONÇA, Sônia Regina de. Sociedade Civil em Gramsci: venturas e desventuras de um conceito. In: Sonia Regina de Mendonça; Dilma Andrade de Paula. (Org.). **Sociedade Civil: ensaios históricos**. 1ed.Jundiaí: Paco Editorial, 2013, v. 1, p. 15-25.

MENDONÇA, Sonia. R. de. Estado e poder: elites, classes e hegemonia. In: REIS, Tiago Siqueira; SOUZA, Carla Monteiro de; OLIVEIRA, Monalisa Pavonne; LYRA JUNIOR,

Américo Alves de. (Org.). **Coleção história do tempo presente**: Volume 3. Boa Vista: Editora UFRR, 2020, pp. 19-39.

MERHY, Emerson Elias. Ineficiência do setor público. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 35, 1992.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

MERHY, Emerson Elias. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Sonia Fleury. (Org.). **Saúde e Democracia** - A luta do CEBES. 1ed.São Paulo - SP: Lemos, 1997, v. 1.

MERHY, E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (org.). **Razão e Planejamento. Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995. p. 117-149;

MÉSZÁROS, I. **O poder da ideologia**. São Paulo: Boitempo, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Perfil, histórico e outras informações sobre a Revista Ciência & Saúde Coletiva. In: LIMA, Nísia Trindade; SANTANA, José Paranaguá de. (Org.). **Saúde Coletiva como Compromisso**: A trajetória da Abrasco. 1ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 1, 2006.

MOTTA, Luiz Eduardo. O Estado, o poder, o socialismo: um livro "reformista"?. **Revista Princípios**. São Paulo, v. 40, n. 161, 2021.

NETO, Eleutério Rodrigues. Subsídios para definição de uma política de atenção à saúde para um governo de transição democrática. **Revista Saúde em Debate**, n. 17, 1985.

NETO, Eleutério Rodriguez. Seminário: Para onde vai a saúde no Brasil?**. Revista Saúde em Debate**, n. 48, Londrina, 1995.

NETO, Eleutério Rodrigues. Saúde: promessas e limites da Constituição. In.: TEMPORÃO, José Gomes; ESCOREL, Sara. (Org.). **Saúde**: promessas e limites da Constituição - Eleutério Rodrigues Neto. Edições Livres: Coleção Memória Viva. Rio de Janeiro, 2019.

NETO, Eleutério Rodrigues. A via do parlamento. In.: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e Democracia:** a luta do Cebes. São Paulo. Lemos Editorial, 1997.

NETO, Eleutério Rodrigues. O SUS e o setor privado: vamos moralizar essas relações. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 49/50, 1996.

NEVES, Victor. **Democracia e Socialismo**: Carlos Nelson Coutinho em seu tempo. Editora anticapital, Marilia, 2019.

NOVAES, Humberto de Moraes. Saúde pública e privada nos sistemas locais de saúde. volume II. In. **Cadernos da Nona**: IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1992.

NUNES, Everaldo Nunes. Comissões e grupos temáticos. In: LIMA, Nísia Trindade; SANTANA, José Paranaguá de. (Org.). **Saúde Coletiva como Compromisso**: A trajetória da Abrasco. 1ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, v. 1, 2006.

OLIVEIRA, Francisco Maria Cavalcanti de. Quem tem medo da governabilidade? **Revista Novos Estudos**. CEBRAP. Nº 41. 1995.

OLIVEIRA, Francisco Maria Cavalcanti de. O culto a Moloch: Bresser Pereira e a reforma gerencial do Estado. In: BRAVO, Maria Inês de Souza; PEREIRA, Potyara A. P. (Org). **Política Social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2001.

OLIVEIRA, Francisco Maria Cavalcanti de. **Crítica à razão dualista.** O ornitorrinco. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2003.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araujo. A crise da Previdência e seu impacto sobre a política de saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 13, 1981.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, Planejamento & Gestão em Saúde; balanço do estado da arte. Revista de Saúde Pública, número especial, São Paulo, SP, 2006. p. 73-78.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA / FIOCRUZ, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: expressão ou reprodução da revolução passiva? (Org.). **Teoria da Reforma Sanitária**: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018

PAIM, Jairnilson. Para que o Sistema Único de Saúde seja Pra Valer. **Revista Saúde em Debate**, Londrina, n. 29, 1990.

PAIM, Jairnilson Silva. Sujeitos da antítese e os desafios da práxis da Reforma Sanitária Brasileira. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, V. 41, N. Especial 3, Set, 2017.

CAMPOS, Pedro. **Estranhas Catedrais**: as empreiteiras brasileiras e a ditadura civil-militar (1964-1988). Rio de Janeiro/Niteroi: Faperj/EdUFF, 2018.

PEREIRA, Mozart Silvano. **Democracia, legitimidade e capitalismo**: para uma crítica da teoria jurídico-política de Habermas. Dissertação (Mestrado em Direito), Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2013.

PICCOLO, Monica. **Reformas Neoliberais no Brasil**: A Privatização nos Governos Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso. Tese (Doutorado em História). Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.

POULANTZAS, Nicos. **O Estado, o poder, o socialismo.** Rio de Janeiro: Graal, 2015.

REIS, Tiago Siqueira. **Trajetória político-institucional da Fiocruz (1970-2003)**: a flexibilização gerencial como projeto. 2016. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de História Contemporânea, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2016.

REIS, Tiago Siqueira. Expropriação do funcionalismo público: o gerencialismo como projeto. **Revista Katalysis**, v. 22, p. 80-89, 2019.

REIS, Tiago Siqueira; SOUZA, Carla Monteiro de; OLIVEIRA, Monalisa Pavonne; LYRA JUNIOR, Américo Alves de. (Org.). **Coleção história do tempo presente**: Volume 1. Boa Vista: Editora UFRR, 2019.

REIS, Tiago Siqueira; SOUZA, Carla Monteiro de; OLIVEIRA, Monalisa Pavonne; LYRA JUNIOR, Américo Alves de. (Org.). **Coleção história do tempo presente**: Volume 2. Boa Vista: Editora UFRR, 2020.

REIS, Tiago Siqueira; SOUZA, Carla Monteiro de; OLIVEIRA, Monalisa Pavonne; LYRA JUNIOR, Américo Alves de. (Org.). **Coleção história do tempo presente**: Volume 3. Boa Vista: Editora UFRR, 2020.

RIBEIRO, Thiago Reis Marques. **O Export-Import Bank of Washington e o desenvolvimento do capitalismo brasileiro**: finanças, industrialização, Estado e sociedade. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de História. Niterói, 2017.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. **Agir comunicativo e planejamento social**: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 01, 1995.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 4, 1999. p. 355-365.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. **Planejamento e gestão em saúde**: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 4, n. 2. Rio de Janeiro, 1999.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena**: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-80. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SMEKE, Elizabeth de Leone Monteiro. **Saúde e democracia, experiência de gestão popular**: um estudo de caso. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1989.

SANTOS, Nelson Rodrigues. O dilema estatista. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 27, 1989.

SANTOS, Nelson Rodrigues. O dilema estatista II. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 28, 1990.

SANTOS, Nelson Rodrigues. O SUDS, o SUS, os vetos e a sanção do projeto. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 30, 1990.

SANTOS, Nelson Rodrigues. A IX C.N.S., o SUS e "este" Estado. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 35, 1992.

SANTOS, P. R. E.; LOURENCO, F. S. ; REIS, N. R. B. . Frederico Simões Barbosa: uma trajetória de contribuições à ciência e à saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 32, p. S27-S32, 2016.

SANTOS, Ronaldo Teodoro dos. **O fantasma da classe ausente**: as tradições corporativas do sindicalismo e a crise de legitimação do SUS. Tese (Doutorado em Ciência Política). UFMG, Minas Gerais, 2014.

SEGURA, Amanda Cristine Cézar. **A disputa pela representatividade dos trabalhadores**: as posições do PT e do PCB durante o processo de redemocratização. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2014.

SENA JÚNIOR, Carlos Zacarias de. Decifra-me ou devoro-te: as Jornadas de Junho, o golpe de 2016 e a ascensão da extrema-direita no Brasil. In: REIS, Tiago Siqueira; SOUZA, Carla Monteiro de; OLIVEIRA, Monalisa Pavonne; LYRA JÚNIOR, Américo Alves de. (Org.). **Coleção História do Tempo Presente**: volume II. 1ed.Boa Vista: Editora UFRR, p. 85-114

SILVA, Alessandra Ximenes da. **Lutas Sociais e Contradições dos Sujeitos Políticos Coletivos no Processo da Reforma Sanitária Brasileira**. Tese (Doutorado em Serviço Social), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

SINGER, Paul. A raiz do desastre social: a política econômica de FHC. In: LEBAUSPIN, Ivo (org.) **O desmonte da Nação**: balanço do governo FHC. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

SOPHIA, Daniela Carvalho. **O Cebes e o movimento de reforma sanitária**: história, política e saúde pública (Rio de Janeiro, 1970-1980). Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde): Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

TAVARES, Anderson. **Transformações no aparelho de estado e dominação burguesa no Brasil (1990-2010)**. Tese (Doutorado em História). Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2020.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; SÁ, Marilene de Castilho. Planejamento & Gestão em Saúde: situação atual e perspectivas para a pesquisa, o ensino e a cooperação técnica na área. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, 1996.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBOAS, A. L. Q.; Abreu, W. L. J. . Correntes de pensamento em Planejamento de saúde no Brasil. In: Carmen Teixeira. (Org.). **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010.

TEIXEIRA, Carmen fontes de Souza. Epidemiologia e planejamento de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, Rio de Janeiro, 1999.

THOMPSON, E.P. **Costumes em Comum**: Estudos sobre a Cultura Popular Tradicional. São Paulo: Companhia das Letras, 1998, p. 152.

VAITSMAN, J.. Corporativismo: notas para sua aplicação no campo da saúde. In: Sônia Fleury. (Org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Ed. Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989

VIANNA, L. W. Caminhos e Descaminhos da Revolução Passiva à brasileira. In: **A revolução passiva**: Iberismo e americanismo no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revan, 2004.