

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Nisia Trindade Lima

Vice-Presidente de Educação, Informação e Comunicação

Manoel Barral Netto

EDITORIA FIOCRUZ

Diretor

Manoel Barral Netto

Editor Executivo

João Carlos Canossa Mendes

Editores Científicos

Carlos Machado de Freitas

Gilberto Hochman

Conselho Editorial

Denise Valle

José Roberto Lapa e Silva

Kenneth Rochel de Camargo Jr.

Lígia Maria Vieira da Silva

Marcos Cueto

Maria Cecília de Souza Minayo

Marília Santini de Oliveira

Moisés Goldbaum

Rafael Linden

Ricardo Ventura Santos

André Vianna Dantas

DO SOCIALISMO
À DEMOCRACIA
TÁTICA E ESTRATÉGIA NA
REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA



Copyright © 2017 do autor
Todos os direitos desta edição reservados à
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

Revisão
Jorge Moutinho e M. Cecilia Moreira

Projeto gráfico, capa e editoração eletrônica
Paulo Vermelho

Produção gráfico-editorial
Phelipe Gasiglia

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

D192s Dantas, André Vianna.
Do Socialismo à Democracia: tática e estratégia na
Reforma Sanitária Brasileira / André Vianna Dantas. –
Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2017.
319 p.

ISBN: 978-85-7541-503-0

1. Estado. 2. Democracia. 3. Socialismo. 4. Política.
5. Comunismo. 6. Reforma dos serviços de saúde.
7. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 321.8

2017
Editora Fiocruz
Av. Brasil, 4.036, térreo, sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro, RJ
Tels.: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
editora@fiocruz.br
www.fiocruz.br/editora

Editora filiada

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DAS EDITORAS UNIVERSITÁRIAS

Para Cátia
Por Beatriz, Helena e Santiago

3.

Reforma Sanitária Brasileira: ainda em busca de uma teoria para um debate necessário

A té agora vimos não só como há uma linha de continuidade entre a social-democracia alemã e a experiência eurocomunista, mas também de que maneira a crítica do Estado e da democracia sob o registro da ordem burguesa, feita por Marx e Engels, aponta com precisão as armadilhas teóricas e práticas nas quais incorreria o movimento comunista internacional nesses dois momentos da sua história. O recuo estratégico da classe trabalhadora, circunscrevendo – na prática política efetiva – à *emancipação política* o alvo central da sua luta, esteve diretamente associado à mudança de sinal atribuída ao Estado que, de centro da dominação burguesa a ser combatido, passou a suposto instrumento da *emancipação humana*. Por si só, a adesão a essa compreensão significou a consagração da vitória parcial da burguesia sobre os trabalhadores – seja pela integração da classe ou de parte dela ao sistema (material e politicamente), seja pelo aspecto da inversão e ocultação ideológica como se a função do Estado estivesse franqueada à disputa.

Essa luta em processo tem se reproduzido muito proximamente ao feito que descrevemos, com resultados quase sempre desfavoráveis à classe trabalhadora. Se podemos dizer, sem susto ou direito a surpresa, que estamos observando o exercício vitorioso da dominação burguesa, sobrará distinguir em que a estratégia da classe trabalhadora já tem se *antecipado*, em função e a favor do conjunto de mistificações próprias e resultantes da luta de classe também jogada pela burguesia. Ou seja, a perspectiva da *transformação* do

Estado pela *via democrática*, em face do exame da teoria que até agora realizamos, se configura numa pretensão irrealizável por meio de uma ferramenta insuficiente. Está sugerido por nós que a linha de continuidade que apontamos virá desdobrar-se na esquerda democrática, no Brasil, e no movimento sanitário. Vejamos, na sequência dos próximos capítulos, como tem se realizado, no confronto com a teoria que expusemos, a expressão política dessa agenda de luta.

Iniciemos por um alerta. “O produto esconde o processo”, disse Marx no capítulo de abertura de *O Capital*. Ainda que guardados os limites para uma analogia entre o produto como mercadoria, cambiável no mercado, e o produto como resultado da luta social, a observação guarda o seu mérito essencialmente no que tem de indicação metodológica. Partamos do concreto.

O Sistema Único de Saúde (SUS), inscrito na Constituição Federal de 1988, é reconhecido, dentro e fora do Brasil, como uma importantíssima conquista, inserida no bojo da luta contra a ditadura empresarial-militar. É consenso também na literatura especializada que a força da luta dos trabalhadores retardou em alguns anos a chegada da agenda neoliberal ao país. Logo, no entanto, o capital encontraria formas e instrumentos de fazer retroceder o alcance e o impacto das vitórias parciais da redemocratização. O SUS, como uma das mais importantes, senão a principal, não poderia passar incólume à contraofensiva e tem sido um dos alvos privilegiados dos ataques privatistas que objetivam extirpar dessa política pública de grande envergadura precisamente o caráter público e universal que ela comporta.

Esse mesmo SUS é também reconhecidamente obra da moderna Reforma Sanitária Brasileira, surgida na mesma conjuntura de retomada da luta organizada dos trabalhadores nos anos 1970. Tanto é verdade que contemporaneamente tornaram-se, praticamente, assuntos conjugados. Até se fala do SUS a despeito da Reforma Sanitária, mas à Reforma Sanitária, aos seus formuladores e militantes, é incomum uma referência que não remeta à obra que o SUS representa. Tal associação direta, no entanto, também reflete, contemporaneamente, a atrofia da agenda de luta do movimento sanitário.

Vê-se com alguma clareza na atualidade um movimento duplo que expressa a problemática que acabamos de indicar: um SUS cada vez mais distante do teor emancipatório inscrito na luta política de classes que o engendrou e uma retórica da Reforma Sanitária bastante recuada nos poucos propósitos políticos que tem conseguido formular, emparedada por debates técnico-administrativos, no mais das vezes restritos ao funcionamento do

SUS (Paim, 2008b; Fleury, 2009; Cohn, 2009). Não à toa, como é de se notar, iniciamos pela apresentação de uma crise – a exigir um balanço – que, embora focada na saúde, vai muito além dela, como tentaremos mostrar.

Tal quadro, no entanto, se remetido aos pouco mais de dez anos compreendidos entre meados da década de 1970 e fins da década de 1980, seria bastante diverso. Os movimentos sociais se reorganizavam, o campo da saúde despontava na luta pela redemocratização e um novo ciclo da esquerda brasileira parecia se iniciar, com o surgimento do novo sindicalismo, a partir das célebres greves do ABC paulista e da fundação do PT e da Central Única dos Trabalhadores (CUT).

Desde os anos 1970, a idealização do SUS como parte de um projeto maior de sociedade, dito “civilizatório”, “socialista”, nas palavras das principais lideranças do movimento sanitário, é marca de sua construção (Gallo *et al.*, 1988; Fleury, 1997; Paim, 2008b, entre outros). A agenda do campo da saúde (e não só da saúde) empunhava a bandeira da democracia como carro-chefe da luta contra a ditadura. A pujança do movimento dos trabalhadores fornecia o esteio sobre o qual os projetos e demandas setoriais tomavam corpo, produzindo uma unidade nem sempre visível e perfeitamente articulada, mas suficiente para pôr, sob alerta, as classes dirigentes – já empenhadas na superação do modelo de acumulação que se esgotava com a ditadura.

Porém, conjugada à luta contra o regime de exceção, experimentava-se, a um só tempo, a crise do socialismo real, carregado de desvios autoritários. A combinação peculiar desses elementos conjunturais produziu, em um mesmo movimento, o antídoto e o veneno. Se no plano nacional a luta democrática consumou-se como verdadeiro elã da organização das classes trabalhadoras em luta, a habilidade com que as classes burguesas, em âmbito global, conduziram a luta de classes pelo viés da condenação do atribuído totalitarismo das experiências socialistas logrou a construção de outro sentido para os fins revolucionários da esquerda. Fins esses que, na sua origem, nunca se incompatibilizaram com a democracia, ao contrário do que uma crítica antileninista deseja mostrar.

Se a compreensão média do que viria a ser ausência de democracia centrou-se, em essência, em torno da não observância das regras do jogo institucional e da não garantia das liberdades civis, o Leste Europeu e a América Latina eram terreno fértil para o apelo e a união de esforços em nome dos valores democráticos. Essa compreensão, com toda a dialética que exige a luta de classes, nos permite sugerir que o sentido político atribuído à ideia de

reforma também variou no tempo, e sentidos distintos conviveram em disputa ao longo do processo histórico que estamos abordando. O espectro é amplo, mas não é difícil notar que, de uma concepção articulada entre reforma e revolução, que caracteriza a visão marxista assumida de início tanto pelos sanitарistas quanto pela esquerda democrática – da qual o movimento sanitário é parte –, no Brasil, como manifestação própria do processo de fetichização da democracia, transitou-se para um conteúdo conteúdo puramente tático, descolado da estratégia. Dito de outra forma, uma aposta nas reformas não mais como via, como acúmulo para a busca do socialismo, mas concebidas num plano estritamente setorial, desconectadas do movimento de superação da sociedade capitalista; reformas sem revolução, portanto.

Internamente ao movimento sanitário, é verdade, havia ainda, por opção política, os que defendiam a reforma pelo viés de um caráter técnico-administrativo, puramente institucional, e não necessariamente anticapitalista e emancipatório, mas nosso debate é com a perspectiva de esquerda que vingou como marca do movimento reformista da saúde. Parece inegável que a radicalização do movimento, nos momentos em que vocalizou, setorialmente, um projeto de sociedade alternativo, acompanhou o compasso abrangente da luta da classe trabalhadora brasileira, o que torna obrigatório compreender esse amplo arco da luta se quisermos decifrar o *produto* e extrair dele o *processo*. Afirmamos que essa perspectiva não só não é casual, dado o momento de fechamento de um ciclo político-estratégico da classe trabalhadora que, ao que tudo indica, experimentamos na atualidade, como é necessária, posto que pouco comum nas análises a respeito do movimento da Reforma Sanitária, quase sempre circunscritas aos limites do próprio campo.

Um traço importante, porém, entre os modernos sanitарistas é a afirmação constante da necessidade de um balanço de suas conquistas e limites, de suas promessas não cumpridas. A avaliação dos alcances e dos obstáculos do movimento é parte de sua própria história. Desde muito cedo também a sua presumida capacidade de aglutinar os movimentos sociais e extrapolar as questões do campo da saúde é destacada. Da mesma forma, são comuns as referências às vitórias particulares do campo da saúde, via institucionalização das demandas do movimento, como os seus momentos culminantes, o que se constitui em ponto de contato, como veremos mais a fundo, com a compreensão tática do papel do Estado, tanto da Estratégia Democrático-Nacional (EDN) quanto da Estratégia Democrático-Popular (EDP). São constantes ainda as afirmações da necessidade de busca de uma teoria para interpretar a

realidade. Embora funcionalizada em face das questões mais caras ao movimento, tentaremos mostrar como essa busca pertencia também ao movimento da classe trabalhadora como um todo, tendo no campo da saúde uma de suas expressões.

De seus enfoques mais tímidos aos mais audaciosos, portanto, que revelam também as suas divisões internas, o movimento sanitário não pôde – como não deixaria de ser – ir além das próprias contingências da luta de classes que vem caracterizando a conjuntura brasileira e internacional dos anos 1970 para cá. Tal reflexão, evidentemente, não permite desconsiderar as suas especificidades e eximi-lo da crítica de suas opções e rumos assumidos, mas também não permite que essa crítica, se a quisermos por uma perspectiva da totalidade histórica, circunscreva-se à média do discurso de seus próceres e, portanto, esquematicamente, estabeleça uma lista de checagem entre o declarado e o efetivamente cumprido.

O que se quer dizer com isso é que mediante a crítica da Reforma, em boa medida já realizada pelos próprios sanitарistas, é urgente que se faça a *crítica da crítica*, uma vez que apenas esta poderá pôr sob análise o lugar a partir do qual os sanitарistas voltaram os olhos sobre si mesmos, bem como reposicionar a Reforma Sanitária na totalidade que integra. E um dos seus calcanhares de Aquiles, talvez o principal, reside precisamente na certa dificuldade de alçar a vista para além do próprio campo. Por tudo, não seria exagero afirmar que a saúde se apresenta como um microcosmo da luta mais geral dos trabalhadores, inscrita no mesmo período. Suas conquistas e percalços, suas potências e limites, suas apostas táticas, são também as da classe trabalhadora brasileira, com os ganhos, as limitações e as armadilhas que nos últimos tempos puseram-na de joelhos. Esse raciocínio nos exige uma avaliação dos rumos assumidos até aqui, pois não se trata de requestrar as mesmas formulações já testadas, sob o risco de que, como disse Gramsci (2007) sobre a situação de crise da classe dominante, “mesmo com o velho morto o novo não possa nascer”.

Para tanto, não pretendemos recontar, em detalhes, uma vez mais, a história do movimento sanitário, desde as experiências do Movimento Popular em Saúde (Mops) ou dos debates travados nos departamentos de Medicina Preventiva (DMPs), passando pela organização dos trabalhadores da saúde – elementos que amalgamados produziram o movimento sanitário. Muitos já o fizeram. Faremos, isto sim, um brevíssimo apanhado e nos ocuparemos, de fato, dos temas/momentos-chave de inflexão política do movimento.

O SUS como ponto de chegada?

A década de 1970 constitui-se em marco de profundas alterações nos quadros sanitário e epidemiológico no Brasil. Em face de um intenso processo de industrialização e urbanização, observou-se, na área da saúde, a priorização da assistência médica individual, sob a esfera de influência da estrutura previdenciária do país, em detrimento da atenção à saúde coletiva. Tal quadro se explica por um movimento duplo e combinado: a manutenção, em condições mínimas, da reprodução da força de trabalho necessária às exigências da reprodução do capital e a transferência de vultosos recursos públicos ao capital privado do setor, levando, em consequência, a uma importante redução da participação direta do Estado no atendimento à população.

Foi nesse contexto que o movimento sanitário se articulou, nos termos em que atesta Sonia Fleury Teixeira:¹⁰

[o movimento sanitário] opera uma leitura socializante da problemática evidenciada pela crise da medicina mercantilizada, bem como da sua ineficiência, enquanto possibilidade de organização de um sistema de saúde capaz de responder às demandas prevalentes, organizado de forma democrática em sua gestão e administrado com base na racionalidade do planejamento. (Fleury Teixeira, 1987: 95)

Assim, paulatinamente, uma série de iniciativas destinadas a repensar a estrutura de atenção à saúde no país foi sendo posta em prática, como: 1) a crítica ao modelo preventivista de saúde, no interior dos DMPs das faculdades de medicina, que primava por uma concepção de saúde centrada nos males do indivíduo isolado e não reconhecias as determinações sociais que interferem na produção da saúde e da doença (Arouca, 2003); 2) a pressão sobre o Executivo federal pela retomada da realização das Conferências Nacionais de Saúde – que expressa também uma pressão generalizada por maior participação social nas definições das políticas públicas – como importante canal de debate e difusão da crítica ao estado da saúde brasileira; 3) a constituição de núcleos de estudos em saúde coletiva em diversas universidades brasileiras; 4) a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979, que buscavam articular teoria e prática política (Paim, 2009).

¹⁰ Ao longo da exposição, será comum a referência formal a essa autora variar, posto que se assina constantemente como Sonia Fleury e também Sonia Fleury Teixeira. Para efeitos de padronização, nos referiremos à autora como Fleury ou Fleury Teixeira, inclusive nas Referências, a depender de cada caso.

Outra alternativa buscada pelo movimento sanitário foi o estreitamento da relação com o Congresso Nacional, em face da repercussão que o debate na saúde começava a alcançar. Pela leitura política dos sanitaristas, tal encaminhamento ia ao encontro da intenção do Parlamento de retomar sua interface com a sociedade, em meio ao processo de redemocratização em curso. Não coincidentemente, é também de 1979 o primeiro simpósio de saúde convocado pelas comissões de Saúde da Câmara e do Senado (Teixeira, 1987). Arouca sintetizou a tática do movimento:

A questão da democratização da saúde passa pela política, a política passa por uma luta parlamentar, o Cebes detém o conhecimento técnico na área da saúde, então, ele pode se transformar num elemento de assessoria nas instituições da sociedade civil que estão levando a luta pela democratização. (*apud* Escorel, 1999: 86)

Com a iminência do fim do regime e a convocação próxima de uma Constituinte, os sanitaristas passaram a investir na ocupação de espaços na aparelhagem governamental, considerados estratégicos para a consecução da agenda setorial da saúde, uma vez que a análise de conjuntura que faziam indicava a factibilidade dessa tática (Teixeira, 1987).¹¹ Em paralelo, considerou-se fundamental a busca de um consenso que facilitasse a aprovação de suas propostas. A organização, por todo o país, de diversos fóruns de debate sobre as questões do setor, reunindo intelectuais, profissionais da saúde e militantes de movimentos sociais, foi outra das táticas então adotadas. A intenção declarada era ampliar ao máximo o arco de alianças e a interlocução com variados setores da sociedade, a despeito de suas filiações ideopolíticas e partidárias, de modo a viabilizar as transformações pretendidas.

Parte significativa dessa mobilização popular manifestou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que se constituiu como marco aglutinador de todo o movimento político da área àquela altura. Dos debates, resultou o projeto da Reforma Sanitária, que defendeu a criação de um sistema único de saúde, público e universal, mais tarde incorporado ao texto constitucional de 1988. Dessa conferência, originaram-se ainda propostas como a de garantir a gestão democrática e participativa dos cidadãos (controle social) sobre a produção e execução de políticas

¹¹ Nesse período, ascenderam Hésio Cordeiro à presidência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps); Sergio Arouca à presidência da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); Eleutério Rodriguez Neto à Secretaria Geral do Ministério da Saúde; e José Saraiva Felipe à Secretaria de Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social (Paim, 2008b).

públicas para o setor. O chamado *conceito ampliado de saúde* aí se consagraria: “Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até a informação sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo” (Brasil, 1987: 36).

Marco importante do período foi o documento “Pelo direito universal à saúde” (Abrasco, 1985), que se tornou célebre e teve importância capital no desenvolvimento dos debates em razão das propostas apresentadas e da representatividade alcançada (Paim, 2008b). Produzido pela Abrasco a partir do temário da 8ª CNS, forneceu elementos para o debate partindo de três eixos estruturantes (saúde como direito de cidadania e como dever do Estado; reorganização do sistema de saúde; e aspectos do financiamento do sistema de saúde). Em síntese, sistematizou os pilares básicos sobre os quais se assentou a agenda do movimento sanitário, consagrados na conferência do ano seguinte e, mais tarde, expressos no texto constitucional.

Para a confecção do documento, cada eixo específico contou com contribuições individuais solicitadas previamente, como forma de subsidiar ainda mais os debates nas conferências municipais e estaduais, como preparação para o evento nacional. Com diferenças pontuais e pouco significativas, todos os autores,¹² em suas respectivas áreas, reforçaram os princípios consagrados pelo debate àquela altura. Para o que nos interessa, cabe destacar as intervenções de Jairnilson Paim e Sonia Fleury Teixeira. Em paralelo à afirmação genérica dos valores da cidadania e da democracia, em pleno processo de redemocratização e do horizonte palpável de uma emancipação política que parecia se avizinhar, os autores expressaram uma clareza teórica própria de um momento em que a classe trabalhadora manifestava um pensamento e uma ação estratégica. Pouco tempo depois, esse debate, e com ele a clareza teórica, se esfumaria dentro e fora do movimento sanitário. Começemos por Paim:

O Estado, numa sociedade estruturada em classes, não é neutro. Seu desempenho é orgânico aos interesses das classes hegemônicas que, para evitar acúmulo de tensões sociais, passa a contemplar, dentro de certos limites, determinadas necessidades das classes subalternas. (...) O Estado

¹² Foram os seguintes os colaboradores em cada eixo: Jairnilson Paim, José Geraldo de Sousa Jr., Hélio Pereira Dias e Sonia Fleury (saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade); Adib Jatene, João Yunes, José Alberto Hermógenes de Souza e Hésio Cordeiro (reformulação do Sistema Nacional de Saúde); Adolpho Chorny, André Cesar Médici, Pedro Luiz Barros Silva e Humberto Gomes de Melo (financiamento do setor Saúde).

também não é um instrumento que pode ser manipulado livremente pelos grupos que controlam o poder. A presença de forças conservadoras ou progressistas no governo não muda, necessariamente, o caráter do Estado capitalista, ainda que possa torná-lo permeável ou não a determinados interesses sociais. (Brasil, 1987: 45-46)

Como tentaremos demonstrar na sequência, a tática institucional tendeu a caminhar e se desenvolver sem o apoio dessa compreensão.

Na outra ponta, Fleury Teixeira antecipou o risco de mistificação da democracia. Há nitidamente uma recusa ao clima de “porre democrático” (Faleiros *et al.*, 2006: 85) que, embora rapidamente curado com a eleição de Fernando Collor de Mello, em 1989, manteria seus efeitos inebriantes sobre boa parte da esquerda desde então:

Autores que se dedicam ao estudo do sistema político latino-americano chegam mesmo a afirmar que, na medida em que a burguesia entre nós prescindiu da democracia para implantar a sua dominação, as bandeiras democráticas desfraldadas no continente nos últimos anos têm por sua vez um cunho revolucionário e anticapitalista. Embora concordemos com a singularidade do curso que a democracia teve e terá na América Latina, não nos parece que as consequências apontadas lhe sejam inerentes. Em primeiro lugar porque embora a questão democrática tenha sido posta pela e para a esquerda, está-se longe de ter alcançado um desenvolvimento teórico e político destes grupos que assegure uma compreensão homogênea e uma estratégia de luta clara, onde a relação entre democracia capitalista e a transição para o socialismo esteja elucidada. Em segundo lugar, é preciso ter claro que a luta pela democracia é hoje um projeto de várias facções da burguesia e das camadas burocráticas, mesmo que se desconfie da pureza e profundidade destas intenções. (Brasil, 1987: 93)

Retenhamos as duas passagens.

Concluídos os trabalhos da 8ª CNS, ficaria a cargo da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), criada por meio de portaria interministerial em 1986, o encaminhamento formal das propostas emanadas da conferência (Brasil, 1986b). Sua montagem consistiu no segundo capítulo da batalha política iniciada pela 8ª CNS pela implementação da Reforma Sanitária. Sílvia Gerschman identificou no processo de constituição e composição da comissão o movimento típico de institucionalização e desarticulação, pelo Estado, de uma potente demanda que alcançara amplo consenso social. Originalmente,

a conferência sugeriu a criação de um grupo executivo da Reforma Sanitária, que não só foi descartado como substituído pela CNRS, de natureza apenas consultiva. Eleutério Rodriguez Neto ainda nos lembra que a CNRS só foi instalada após forte articulação de Cebes e Abrasco, por meio da interferência direta do então secretário-geral do Ministério da Saúde, José Alberto Hermógenes, e do presidente do Inamps, Hésio Cordeiro. As críticas da parte do próprio movimento sanitário que pesaram sobre a atuação da comissão não foram poucas, ainda que o balanço final de sua atuação tenha sido considerado positivo (Faleiros *et al.*, 2006; Gerschman, 2004; Paim, 2008b). Setores mais à esquerda ressaltaram, no entanto, que o texto final aprovado na comissão, a ser encaminhado como subsídio aos trabalhos constituintes, cederam em demasia às demandas do setor privado (Rodriguez Neto, 2003).

Em paralelo, como forma de garantir o processo participativo culminante na 8ª CNS, criou-se a Plenária Nacional de Entidades de Saúde, em meados de 1987 – articulada a diversas plenárias estaduais –, que reuniu partidos políticos, movimentos sociais, sindicatos, universidades e personalidades, com a coordenação do Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (Andes), do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Central Única dos Trabalhadores (CUT) e da representação de movimentos sociais (Paim, 2008b). Segundo Gerschman (2004: 58): “a Plenária (...) teve significativos avanços em termos de articulação de um movimento social de caráter nacional em torno da questão da saúde”.

Em paralelo a tal movimentação, desenvolviam-se os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte (ANC), instalada desde fevereiro daquele ano. Nessa arena, como se sabe, a disputa capital foi com o chamado Centro Democrático (Centrão),¹³ composto pelos segmentos mais conservadores do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), e ainda pelo Partido da Frente Liberal (PFL), pelo Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) e pelo Partido Democrático Social (PDS), representantes do grande capital no Congresso, que assumiu a tarefa de frear a inscrição de demandas e conquistas dos trabalhadores na nova carta constitucional.

¹³ “Grupo suprapartidário criado no final do primeiro ano da Assembleia Nacional Constituinte de 1987-1988 para dar apoio ao presidente da República, José Sarney. Foi responsável pela reviravolta no processo de elaboração constitucional ao conseguir alterar, por meio de um projeto de resolução, as normas regimentais que organizavam os trabalhos constituintes” (DHBB, s. d.).

Dispondo de uma base social frágil, ao contrário do que parecia indicar a 8ª CNS no ano anterior, a emenda popular da saúde, por meio da articulação da Plenária da Saúde, angariou pouco mais de cinquenta mil assinaturas, apenas vinte mil a mais que o mínimo permitido para o seu aceite pelo Congresso Constituinte, conforme regimento da ANC – fortemente contrastante com os quatro milhões de assinaturas que as emendas favoráveis à reforma agrária e ao ensino público conseguiram juntas (Rodriguez Neto, 2003). Na base da articulação institucional, no entanto, o movimento sanitário não enfrentou muitas dificuldades até o momento da votação do projeto constituinte em plenário. O trabalho da Subcomissão de Saúde, Segurança e Meio Ambiente, que recebeu da CNRS a proposta de estruturação do setor, foi considerado participativo, democrático e satisfatório pelo movimento (Paim, 2008b; Rodriguez Neto, 2003).

Na sequência, durante os trabalhos da Comissão de Ordem Social – que deveria dar forma de anteprojeto aos conteúdos advindos das subcomissões –, algumas dificuldades se apresentaram para a área da saúde, seja em decorrência de propostas polêmicas, seja pela articulação mais orgânica dos interesses privatistas, que lograram criar alguma resistência na votação final. Ainda assim, a avaliação do movimento sanitário era de que o essencial do projeto da Saúde havia sido mantido (Paim, 2008b; Rodriguez Neto, 2003). Concluídos também os trabalhos da Comissão de Sistematização, na última fase do processo antes da votação do projeto de Constituição em plenário, veio a tentativa de golpe do Centrão. Por um artifício regimental, aprovado por uma maioria de ocasião, logrou-se a alteração do regimento original que havia vigido até ali e puseram-se sob ameaça as conquistas já praticamente sacramentadas, incluindo-se, claro, o SUS. Houve, inclusive, uma tentativa de retirar por completo a seção relativa à saúde do projeto final a ser votado em plenário, como atestou o então deputado Euclides Scalco (PMDB), um dos parlamentares identificados com as demandas da Reforma Sanitária (Cebes, 2008e). Uma tática de alianças com setores de centro e centro-direita começou então a ser desenvolvida para evitar derrotas significativas. O resultado, revela Eduardo Jorge – então deputado constituinte pelo PT e também defensor da agenda da Reforma Sanitária –, foi que

o que estava muito conservador deixou de ser um tanto conservador, veio um pouquinho mais para o centro; o que era muito revolucionário deixou de ser revolucionário e hoje é meramente progressista, mas mesmo assim há perda de qualidade. (Cebes, 2008e: 185)

Scalco é ainda mais preciso:

nós vimos, nas votações, que o Centro se aliou à Direita e nós da Esquerda de todos os matizes acabamos sendo derrotados. É por isso que, em determinado momento, entendemos que era necessário fazer aliança à nossa direita com liberais e conservadores e por isso surgiu o grupo que o Eduardo Jorge falou, o grupo do Consenso, o grupo progressista. (Cebes, 2008e: 189)

Notemos que, apesar de se tratar de uma conjuntura cujo destaque para as lutas travadas no interior do Parlamento era notório e do clima de otimismo e euforia diante das substantivas conquistas, a tática institucional, após a batalha da Constituinte, sairia ainda mais fortalecida. A aposta na força do movimento parecia vir muito mais da sua capacidade de articulação institucional do que de sua base social – seja porque de fato esta já minguava com a derrota global que se desenhava para a classe trabalhadora dentro e fora do Brasil, seja porque se concebia a luta taticamente como mais efetiva nesse terreno institucional. Eis o ponto que queremos sugerir e submeter à crítica.

Ao fim e ao cabo, por obra de fortes articulações institucionais, ação enérgica dos partidos de oposição e uma pressão popular ainda capaz de mobilização, conquistou-se o SUS universal, como direito de todos e dever do Estado. Em paralelo, aprovou-se também a participação complementar do setor privado no sistema, tal como o projeto propunha, que a rigor já havia sido motivo de controvérsia na 8ª CNS (Brasil, 1986a).

Estamos diante, nesse momento, do grande debate da 8ª CNS: estatização progressiva ou imediata do sistema de saúde. A tese da estatização imediata, derrotada, foi sustentada pelo Mops, pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT), por setores sindicais ligados à CUT e também pelo PT – que terminaria por votar contra o texto final da carta constitucional. A tese aceita, de estatização progressiva, foi apoiada por Cebes, Abrasco, PCB, Partido Comunista do Brasil (PCdoB) (Rodriguez Neto, 2003) e pelas centrais sindicais (Gerschman, 2004), com os seguintes argumentos principais: 1) dadas as condições estruturais e logísticas do complexo público de saúde, não haveria, naquele momento, possibilidade de prescindir da participação privada no sistema; 2) dada a correlação de forças expressa no Congresso Constituinte, uma proposta de estatização imediata seria certamente derrotada.

A despeito de maior ou menor pertinência e acerto dos argumentos vitoriosos da estatização progressiva do sistema, a moderação com a qual

o movimento sanitário captou a presença do setor privado nos espaços de luta e travou a própria luta contra os interesses privados se deveu à mesma questão central que temos anotado seguidamente. Tal questão diz respeito à compreensão da luta empreendida essencialmente como ocupação de espaços institucionais com o intuito de transformá-los, de modo que os interesses coletivos pudessem fazer frente aos privados, incidindo sobre os rumos do aparelho de Estado, numa disputa de *lobbies* contra *lobbies*. É de um membro da Plenária da Saúde a afirmação da mesma tática: “O Congresso Nacional, ou o Congresso Constituinte, ou Constituinte, está fazendo um grande treino democrático. A gente precisa entender que o setor privado vai lá com dinheiro fazer o *lobby* comercial, e a gente vai fazer o nosso *lobby* político, o nosso *lobby* social” (Cebes, 2008e: 193).

Vejamos ainda outras passagens no mesmíssimo registro dessa compreensão da luta política. A primeira referência importante a esse modo de conceber e praticar a disputa política entre classes pode-se encontrar no próprio documento da Abrasco que há pouco abordamos. Referindo-se à intenção da associação de mobilizar o movimento sanitário e tensionar o Parlamento e as instituições, visando à ANC que se avizinhava, afirma-se:

Nesses eventos, a Abrasco poderá desempenhar o papel de convocar e articular os profissionais que ora ocupam cargos de importância na estrutura político-administrativa do MPAS e do MS, assim como seus organismos a nível estadual. Ou seja, constituir *lobbies* que permitam a difusão de informações e a consolidação de uma prática administrativa mais consentânea com a perspectiva de democratização do setor. (Abrasco, 1985: 35)

Rodriguez Neto (1997: 69) reforça a tática:

A partir da convocação da Assembleia Nacional Constituinte, a atuação do movimento sanitário no e através do Parlamento passou a privilegiar o próprio processo legiferante, como seu objetivo estratégico maior; isto é, passou-se a investir na própria mudança da Constituição e das leis, a fim de criar a nova base jurídico-institucional para a Saúde, nos novos tempos democráticos. Mais ativo, com maior consciência de sua importância e representatividade, o próprio Parlamento passou a produzir fatos novos, pela sua própria dinâmica, ao mesmo tempo que se permeabilizava mais à própria influência direta e aberta de *lobbies*, entre os quais o do movimento sanitário. O que diferenciava este dos demais era a sua organicidade com os interesses sanitários e populares, ainda que fosse também um *lobby*.

A continuação dessa história é de conhecimento amplo. Sob forte recuo dos movimentos populares a partir da década de 1990, restou ao movimento sanitário, além de certo ostracismo, denunciar, como medida de contenção, o ataque ao SUS – que não tem cessado. A essa altura, por opção e contingência histórica, todo o debate estratégico foi praticamente abandonado. Projeto civilizatório, socialismo, aproximação das bases, construção de unidade entre lutas setoriais, tudo isso caiu em desuso. Assumiu a proa do debate a questão do financiamento do sistema, calcada, invariavelmente, sobre as articulações parlamentares para o estabelecimento formal dessa ou daquela fonte permanente de recursos, junto do tema da gestão da força de trabalho, extensão e agilidade na prestação de serviços de saúde.

Nesses termos, é significativo o comentário de Marco da Ros, médico e professor da Universidade Federal de Santa Catarina, integrante do movimento sanitário em 1988 e membro da Andes: “Quando foi aprovada a Constituição, nós festejamos a conquista de direitos, como a universalidade e a equidade. Mas o complexo médico-industrial comemorou também. Alguma coisa estava errada” (Guimarães, C., 2013a: 7).

Reforma Sanitária em disputa

Um mapeamento preciso das questões em torno das quais os sanitaristas se dividiram nos tempos considerados áureos do movimento, entre as décadas de 1970 e 1980, ainda está por ser feito. Não são fartos nessa trajetória os momentos explícitos de tratamento das divergências, fossem elas pontuais ou de fundo. Daí a dificuldade de uma abordagem como a que pretendemos. Sobram para algumas poucas passagens de textos importantes sobre a história do movimento, depoimentos de militantes e uma polêmica ou outra de que se tem notícia, as possibilidades de reconstruir esse registro.

Esquemáticamente, dois traços gerais se apresentam como lentes possíveis que nos permitiriam visualizar o movimento sanitário mais de perto. São eles: 1) uma divergência sobre a abrangência que a luta pela agenda sanitária do movimento deveria assumir, se restrita ao próprio setor e a uma dimensão mais técnico-institucional, ou se necessariamente como parte de uma luta maior, pela redemocratização (Fleury, 1997); 2) uma diferença de fundo ideológico, polarizada entre socialistas e social-democratas, sugerida por Gallo e Nascimento (2006). A conjugação permanente dessas duas vertentes é um dado, com maior ou menor procedência das relações de causa e efeito ou

mesmo do seu conteúdo e pertinência. Sua manifestação, no entanto, foi inteiramente atravessada pelo fenômeno da questão democrática, que tornou o quadro um tanto indiferenciado.

A unanimidade que conhecemos hoje em torno dos valores democráticos é um fenômeno recente e que nos anos 1970 encontrava-se em pleno curso. O engajamento numa luta mais geral, que dizia respeito às classes em disputa e à necessidade de um trabalho de base junto às classes trabalhadoras, e não somente junto aos grupos de profissionais ligados ao setor, foi motivo de alguma controvérsia no recém-criado Cebes, já em 1977, como mostram os editoriais de revista *Saúde em Debate*, editada pelo centro (Cebes, 1977). Escorel apresenta esse embate e mostra como daí derivou a adesão do Cebes – e do movimento sanitário que a entidade aglutinava – à luta pela democracia:

De maneira geral, mas principalmente na Região Sudeste, os núcleos do Cebes dedicaram mais atenção ao trabalho com os profissionais – e, posteriormente, com as instituições – do que às atividades diretamente voltadas para a comunidade, através de suas organizações (...). A democratização passou a ser o princípio básico: da democracia tudo dependia. Nesses três primeiros anos de existência, o Cebes representou, com essa proposta, a sua adesão aos demais movimentos sociais, tais como o movimento contra a carestia e a luta pela anistia. (Escorel, 1999: 81)

Fleury define o conflito entre as duas orientações, uma *institucional* e outra *movimentalista*, como parte ineliminável do processo de transição vivido pela sociedade brasileira de então, “caracterizando diferentes concepções e estratégias democráticas que podemos designar como democracia como conflito, democracia como movimento, democracia como institucionalidade” (Fleury, 1997: 26).

Se bem notarmos, o segundo ponto destacado, o corte entre socialistas e social-democratas, também não nos serve aqui para compreender as tensões do movimento sanitário. Ao contrário, sugere a importância da questão democrática desde cedo como enlace responsável pelo chão comum que teriam partilhado uns e outros, com filiações, trajetórias e objetivos políticos mais ou menos distintos. De forma subjacente, em torno da democracia, como processo concreto e contraditório da luta e valor tático ou estratégico, parece ter se concentrado a disputa teórica e política que aqui se nos apresenta em fragmentos.

Fleury Teixeira, novamente, uma das intelectuais que vocalizaram de forma mais extensiva e fundamentada a importância atribuída à democracia para a luta política, dentro e fora do campo da saúde, defendeu:

No Brasil, a Reforma Sanitária insere-se no processo de construção democrática na medida em que, ao propor o deslocamento efetivo de poder, desde um setor específico mas sem se reduzir a ele, trata de formular propostas contra-hegemônicas e organizar uma aliança entre as forças sociais comprometidas com a transformação. (Fleury Teixeira, 2006: 41-42)

Se retomarmos o documento da Abrasco, de 1985, veremos que em suas seções finais apresenta importantes análises sobre o quadro em que se encontrava a disputa entre projetos distintos na saúde naquele momento, bem como uma excelente localização dos conflitos internos do movimento sanitário. Quanto aos projetos em disputa, tomando como base as reflexões de Rodriguez Neto, identificam-se três forças: os *conservadores*, os *modernizantes-privatistas* e os *racionalizadores*. No caso dos primeiros, seus interesses estariam representados por entidades como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), interessada na continuidade do modelo de compra dos serviços privados pelo Estado, praticado especialmente pela previdência social. O segundo projeto, também associado diretamente ao mercado, teria seus interesses expressos pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) – tal como no caso da FBH, interessada na manutenção da compra de serviços privados pelo Estado, mas especificamente voltados para a prestação de serviços aos trabalhadores urbanos, por meio especialmente dos convênios-empresas. Por fim, o projeto racionalizador, “em luta pela hegemonia”, era onde se encontrava o movimento sanitário, cuja expressão mais evidente era a “estratégia das AIS – Ações Integradas de Saúde,¹⁴ já em implantação em todos os Estados da Federação”. O documento identifica ainda outros atores no cenário: o movimento sindical dos médicos e profissionais de saúde e as companhias seguradoras privadas. Finaliza conclamando os “segmentos democráticos e populares” a promoverem, por meio do debate e das análises de conjuntura, a “acumulação de forças”, de modo a se viabilizarem “alianças” que possam neutralizar os projetos contrários à perspectiva do movimento sanitário (Abrasco, 1985: 33).

¹⁴ As AIS estão inseridas no contexto de redemocratização da sociedade brasileira com o advento da Nova República. Diante da grave crise que atravessava a saúde no período, consistiram na canalização de recursos previdenciários para estados e municípios, como forma de fortalecer a prestação dos serviços públicos de saúde, exercendo certo poder de contenção da sangria de recursos públicos historicamente patrocinada pela previdência social (Paim, 2008b).

Tal perspectiva é acompanhada, no entanto, de um diagnóstico sobre as divisões internas do movimento sanitário que, embora não evidencie com clareza o terreno e as determinações do conflito, faz um apontamento bastante elucidativo da inserção e forma de atuação do movimento sanitário. O documento divide os grupos entre *teóricos* e *políticos* da saúde coletiva, e remete o início do conflito à definição da tática de ocupação de postos considerados chaves na administração federal. A conclusão sobre o descompasso entre teoria e prática política, ou uma prática política sem teoria é – além de uma tomada de posição pela causa dos teóricos – uma importante autocrítica que muito poucas vezes se pôde notar na história do movimento:

Uma das causas dessa cisão está em que os fundamentos das propostas de intervenção não foram suficientemente escrutinados do ponto de vista da teoria e dos conhecimentos de saúde coletiva então existentes. Por outro lado, a atuação executiva tem se realizado de maneira dissociada da reflexão teórica, implicando no abandono da teoria como fio condutor da prática política. Esta dissociação principia a ser superada quando se toma consciência que a atuação ao nível executivo teve que enfrentar-se como uma problemática que não fora equacionada ao nível teórico, até porque não se tinha acesso ao aparelho estatal. A introdução destas novas questões reclama um desenvolvimento teórico compatível, capaz de resgatar a união entre teoria e prática social. (Abrasco, 1985: 38)

É interessante notar como essa breve passagem destoa do que há de mais corriqueiro em relação à autocrítica do movimento, uma vez que esta, quase sempre, permanece num meio de caminho entre uma certa reprovação da institucionalização e a sua afirmação como processo incontornável, na medida em que também representaria o êxito da Reforma Sanitária. Fleury chamou essa mão dupla de “dilema entre o instituinte e o instituído”. Mas se essa condição é parte ineliminável do processo, sumamente mais grave se torna se não há ou se é frágil a teoria que deveria lhe conferir o norte. A autora vai além, no entanto, e se aproxima do alerta que faz o documento que acabamos de ver:

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

Retornemos ainda ao plano da crítica teórica do documento citado para constatar como ele começa bem e termina mal, numa relativização de princípios, *a priori*, que vulnerabiliza e desmonta a chamada ao pensamento estratégico, pela constatação do que aparentemente é o óbvio: “A saúde coletiva abrir-se-á, nos planos teórico e prático, à pluralidade de projetos, sendo esta a ordem natural das coisas numa sociedade democrática” (Abrasco, 1985: 39, destaques do original).

O problema é que o limite da pluralidade confunde-se com os limites da democracia formal onde está inserida. A pluralidade como fragmentação ou circunscrita aos limites da ordem não tem servido a perspectivas emancipatórias, desde que tal emancipação também deseje romper com a reprodução da sociedade de classes. É digno de nota perceber que já em meados dos anos 1980 (antes da derrota imposta pelo neoliberalismo, portanto), está apresentado para o movimento sanitário um conjunto de gargalos teórico-políticos que se tornariam mais visíveis a partir dos anos 1990 e seriam comumente debitados apenas àquela conjuntura adversa.

O fato é que se houve vencidos nessa luta interna, não se apresentaram como tal. A democracia como valor universal assumiu ares de unanimidade entre intelectuais e militantes. Toda e qualquer filiação pareceu mais ou menos dispensável em face da adesão, que exercia um papel amalgamador perante os inimigos comuns já identificados: a ditadura e o socialismo real.

A expressão concreta dessas divergências se apresentou de modo muito mais prosaico, embora não tenham faltado certos ares de nebulosidade a encobrir diferenças políticas que não tiveram o peso necessário para provocar dissensos fundamentais. Um dos episódios, entre os poucos havidos de modo mais explícito, deu-se em torno da disputa entre o grupo do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o do Ministério da Saúde (MS), durante o governo José Sarney, na implementação de uma arquitetura administrativa distinta da que até então vigia para o sistema de saúde brasileiro. Tais mudanças, tornadas práticas a partir dos momentos iniciais da Nova República, representavam certa inflexão na condução dos rumos da política de saúde, em face da ocupação, por sanitaristas, de importantes postos na máquina do Estado, como já vimos. Os grupos divergentes, *grosso modo*, eram liderados, respectivamente, por Hésio Cordeiro e Sergio Arouca. Não parecia haver questão sobre a necessidade de se unificarem os serviços de saúde, mas a disputa pelo papel central dessa unificação estava dada entre MPAS e MS. Até onde pudemos apreender, as diferenças diziam respeito às formas e à

abrangência da reorganização do sistema: se pelo interior da burocracia do Inamps/MPAS ou se pela descentralização concebida a partir da unificação das ações em torno do MS; se com a predominância de um ou outro ministério, portanto; se com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) ou com o SUS, por fim.

O Suds, surgido em 1987, por iniciativa do Inamps/MPAS, dera prosseguimento ao processo de unificação dos serviços e descentralização da administração do sistema, iniciado pelas AIS (Luz, 1991; Paim, 2008b; Rodriguez Neto, 2003). Desencadeou pela base a reformulação do sistema por meio da assinatura de convênios entre os governos estaduais e as secretarias e superintendências e promoveu a transferência de recursos federais para o âmbito regional. No entanto, essa compreensão era polêmica. O grupo contrário às ações do MPAS acusava este ministério de promover o esvaziamento da Reforma Sanitária (Paim, 2008b), na medida em que mantinha, na estrutura, a separação das ações de saúde entre dois ministérios e reduzia a importância prevista para o MS no projeto original da Reforma.

As percepções variaram em torno do tema. A maior parte dos militantes e estudiosos consideraram o Suds como um avanço, embora tenham endossado a crítica de que não caberia reduzir a ele o projeto da Reforma (Cordeiro, 2004; Escorel, 1999; Gerschman, 2004; Luz, 1991; Paim, 2008b; Rodriguez Neto, 2003). Mas ouçamos diretamente, entre os sanitaristas, as partes implicadas na querela. Começamos com Saraiva Felipe, secretário de Serviços Médicos do MPAS no período: “a transferência do Inamps para o Ministério da Saúde, viável ou não politicamente, para alguns passou a ser o *leitmotiv* da reforma sanitária”. Sua crítica vai mais fundo: “por viés profissional e corporativo, a reforma sanitária não tem conseguido sair do discurso e das proposições de cunho administrativo para trabalhar a questão do sistema de saúde real” (Felipe, 2008: 175, 178). E arremata:

Em suma, todas estas iniciativas se inserem no corpo doutrinário e na práxis da reforma sanitária, que não pode ser concebida, cartesianamente, como um processo que tem princípio, meio e fim, desvinculada da luta política das forças sociais que interagem na nossa sociedade. Só se concebida abstratamente, como projeto intelectual e burocrático, pode-se pressupor um ponto final, demarcado por medidas administrativas, que significarão não mais do que o resultado provisório de um processo que avançará sempre mais com a democratização da sociedade (Felipe, 2008: 180).

A fala é clara o bastante, mas a sua compreensão, no interior do conflito, nem tanto. Felipe, no lugar de se posicionar como defensor de medidas técnico-administrativas, identificadas com o grupo de Hésio Cordeiro, que é também o seu, desmerece o problema apresentado pelos que orbitavam em torno do MS. Sua chamada à responsabilidade não só nega o motivo original da contenda (a suposta redução dos alcances da reforma que estaria sendo promovida pelas ações do MPAS), como reapresenta para *os teóricos* (se lembrarmos da caracterização feita pela Abrasco, em 1985) a perspectiva que deveria guiar a luta, denunciando neles próprios o teor técnico-administrativo que imputavam aos seus criticados. De um modo ou de outro, a maior abrangência da agenda da Reforma (tomando a luta de classes como a referência fundamental sobre como e pelo que lutar) ou a sua dimensão mais restrita não pareciam impor práticas políticas essencialmente distintas, tampouco opostas. O depoimento de José Gomes Temporão, também identificado ao grupo de Hésio Cordeiro, no Inamps, é revelador. Sua fala retoma a contundência de Felipe, sugerindo tratar-se de questão mais pragmática e menos de fundo ideopolítico:

Quando a gente entra em 1986, o Arouca era presidente da Fiocruz, o Eleutério era secretário-executivo do Ministério da Saúde, o José Agenor, hoje [2005] secretário-executivo do Ministério da Saúde, era secretário de planejamento do Ministério da Saúde, e eu era o secretário de Planejamento do Inamps. Todos trabalhávamos juntos nesse contexto, mas havia uma tensão entre o grupo do Inamps e o grupo do Ministério da Saúde. (...) nós percebíamos, na perspectiva marxista, o Inamps como o setor moderno do desenvolvimento da saúde no capitalismo. E, exatamente por isso, nós falávamos que o motor de indução das mudanças do setor saúde estava no Inamps. O Ministério da Saúde, apesar de naquele momento contar com dirigentes progressistas, pelas suas características e pela sua estrutura não tinha as condições históricas, digamos assim, para fazer grandes mudanças. (Faleiros *et al.*, 2006: 76)

A disputa de sentido em torno da Reforma Sanitária, ao contrário do que diz Felipe, não aparece plasmada nesse episódio. O teor essencial daquela luta política, dentro de um determinado arco de compreensão de suas lideranças, isto é, a “ocupação de espaços estratégicos no aparelho governamental” (Teixeira, 1987: 98) para a efetiva “implementação” da Reforma, está inteiramente preservado por ambos os contendores – uma vez que, muito além de uma fase do movimento sanitário, como costuma ser apontada, sua tática

institucionalizante figurou mesmo como a marca de sua trajetória. Senão vejamos mais um pouco.

Fleury Teixeira, em 1987, no mesmo ano do texto de Felipe, tratou do problema em tom menos apaixonado e mais proximamente do exato teor do embate. A centralidade da dimensão institucional se torna ainda mais clara em sua abordagem:

duas linhas de ação parecem ter sido as que mais claramente marcaram essa fase atual: a utilização dos instrumentos institucionais a fim de propiciar o aumento da organização técnico-política necessária para o avanço do projeto/processo da reforma sanitária e a transformação e/ou criação de mecanismos capazes de alterar, de maneira gradual e ascendente, a organização institucional do setor, em direção a um sistema público de saúde mais racional, eficiente e democrático. (Fleury Teixeira, 1987: 98)

Assim como dez anos antes, no conflito expresso nas páginas da revista do Cebes, a que fizemos referência, a distância entre vencedores e vencidos, se houve, não aparenta ter sido significativa. A unidade em torno do projeto da Reforma Sanitária estava dada, seja pelos princípios democratizantes e reformadores do sistema de saúde brasileiro, plasmados na 8ª CNS, seja por uma opção tática de não expor os conflitos em nome da preservação da unidade. A esse respeito, o depoimento de Fleury fornece todos os elementos para comprovar o que afirmamos. Em entrevista concedida em 2005, refere-se a esse período de embate entre grupos distintos pela condução dos rumos da Reforma Sanitária. Embora em tom jocoso, fica sugerido que não havia questões de fundo, na dimensão sugerida por Gallo e Nascimento (2006), que se compatibilizassem com a decisão tática, ao fim e ao cabo, pela preservação da unidade do projeto da Reforma Sanitária e do movimento:

teve um dia que a grande tensão se deu quando o Ésio [*sic*], estando na Previdência Social e o Arouca, aqui na Fiocruz, que era a disputa entre esses dois. Então o Ésio [*sic*], a cabeça dele passa a raciocinar com a lógica da própria previdência, da instituição, e o Arouca com a outra. Então, os nossos grandes ídolos naquele momento se enfrentam com seus projetos conjuntamente distintos... e foi muito difícil porque foi quando a gente quase racha como grupo. A Abrasco tentou costurar, mas estava muito difícil, então nós fizemos uma reunião, que foi no Hotel Novo Mundo, e num dado momento começou uma tensão muito grande, alguém falou assim: “eu acho que o importante é que a gente tenha clareza e adesão ao projeto”, que era o projeto da reforma (...). Isso continuou e as demais

falas acabaram sendo nesse sentido, de adesão ao projeto embora as diferenças tivessem fazendo com que um quase matasse o outro. Aí, num dado momento alguém perguntou assim: “mas então qual é o nosso projeto?”, aí o Arouca disse assim: “Aí não... aí não, senão a gente vai rachar de vez!” (risos). Ou seja, num determinado momento a gente teve a clareza que nós não podíamos mais discutir isso, se a gente discutir a gente racha. Então foi o projeto e pronto, acabou! Agora vamos jantar, vamos tomar uma cerveja e acabou por aqui! (risos). (Fleury, 2005)

A questão, guardadas as proporções de uma luta setorial, não passava fortemente pelo embate estratégico em torno da definição dos objetivos finais da luta: se a saúde em uma perspectiva social-democrata ou socialista. Essa perspectiva de encaminhamento da luta, no geral e no específico, que crescentemente foi deslocada do posto de debate estratégico pela valorização da democracia e do processo de democratização brasileiro em curso, conduziu a prática política crescentemente para a dimensão institucional da luta, na medida em que lutar pela democracia, fosse ela *conflito, movimento ou institucionalidade*, fosse ela ruptura ou integração à ordem, parecia exigir os mesmos esforços e o percurso dos mesmos caminhos, ou melhor, dos caminhos *possíveis*.

Se o retomarmos agora, veremos como Felipe faz a crítica da burocratização da Reforma Sanitária, excessivamente institucionalizada, segundo a sua percepção, e encerra o seu texto apelando para que o movimento sanitário voltasse a atenção para a sociedade civil. Sua filiação técnico-administrativa nesse embate, se até então era esfumada, apresenta-se por inteiro:

talvez possamos recuperar as nossas propostas, traduzidas hoje em algumas iniciativas institucionais, a partir da perspectiva da população, que é o que importa mais (...). Acredito que, explorando o possível de forma decidida, vamos diminuindo a distância entre a intenção e o gesto. Mesmo porque não existe ação no futuro ou transformação substanciada apenas no desejo e nos slogans. (Felipe, 2008: 181)

Fleury Teixeira arremata o debate tomando precisamente a parte final do texto de Felipe, restituindo à sua posição de origem o companheiro de luta, ao debate o seu caráter estratégico e ao projeto da Reforma Sanitária o seu papel transformador:

Mesmo no interior do movimento sanitário, essa tensão se expressa cada vez mais intensamente na cobrança de uma unidade de ação em torno da dialética do possível, como afirma Saraiva Felipe (...). Ocupar

os espaços institucionais e atuar de acordo com a dialética do possível aparece como uma decorrência natural de um projeto de transformação setorial em direção a uma democracia social fundada na concepção do cidadão como sujeito de um direito a ser garantido pelo Estado. No entanto, esse projeto também se fundamenta na concepção das classes como sujeito, não de um direito, mas de um processo de transformação da natureza do Estado capitalista enquanto pacto de dominação. (Fleury Teixeira, 1987: 101)

A despeito das diferenças sensíveis no plano discursivo, reforçamos, a tática institucional gozou sempre de forte e maciço apoio entre as lideranças do movimento, a ponto de unificá-lo na diferença, seja para a compreensão de que a democratização do Estado deveria ser o norte a ser buscado; seja para a compreensão que vislumbrava um movimento consequente de transformações tendo em vista o socialismo, pela via da transformação da natureza do Estado capitalista. Seria excessivo continuar reforçando a caracterização da defesa da tática institucional por parte dos sanitaristas, posto que não carece mais de evidenciação, mas queríamos destacar ainda uma passagem, pela sua representatividade, uma vez que a autora que virá foi capaz de admitir, em defesa da tática (mesmo que com alguma autocrítica), o custo político que havia e que, segundo ela, o movimento decidiu pagar para garantir a ocupação de espaços no aparelho de Estado. Com a palavra, Escorel (1999: 195),

A partir de 1983, o movimento sanitário conseguiu pôr em prática uma de suas estratégias, a ‘ocupação dos espaços institucionais’. Na tentativa de modificar o direcionamento da política pública, passou a fazer das instituições de saúde um *locus* de construção da contra-hegemonia. Com a adoção dessa estratégia, separou-se ainda do movimento popular. Ao privilegiar as instituições de saúde, relegou a segundo plano a ampliação e o aprofundamento da aliança com as classes populares e trabalhadoras – às quais o projeto dirige suas propostas e ações. Esse processo de ‘institucionalização’ dos projetos e propostas revelou-se uma faca de dois gumes: por um lado, era estratégico penetrar nos espaços para tentar implementar ideias e alterar os rumos da política; por outro lado, assim agindo o movimento passou a sofrer as limitações das alianças que a instituição impõe. O processo passou a ficar restrito a avanços e recuos no âmbito das políticas institucionais e, concentrado nesse espaço (político-legal ou jurídico-institucional) de luta, o movimento tendeu a perder de vista a necessidade de trabalhar melhor sua aliança com as classes populares.

E completa:

Nos primeiros anos da Nova República, o movimento sanitário viveu um ciclo de euforia quando, inserido nas instituições de saúde, conseguiu promover uma inflexão na direcionalidade da política de saúde como um todo. Esse período foi caracterizado por alguns autores como a institucionalização do movimento sanitário, que perdera a base na sociedade civil e abandonara as propostas transformadoras em favor de simples reformas administrativas. Não há dúvida de que, excetuando-se a VIII CNS e a luta na Constituinte, a atuação do movimento sanitário esteve concentrada no plano das instituições de saúde. No entanto, as duas exceções foram profundas e marcantes, atenuando as supostas tendências 'institucionalizantes'. (Escorel, 1999: 196)

Em síntese, o que estamos vendo corresponde ao movimento da classe trabalhadora em transição estratégica, capitaneada pelo PT, representado nos dilemas vividos por este partido, que padeceu das mesmas contradições. Escorel, novamente, com uma útil alegoria, descreve o fenômeno consequente da tática como "fantasma da classe ausente", que teria consistido na incapacidade do movimento sanitário – dificultado também pela conjuntura repressiva, ressalta – de se articular sistematicamente com as "classes populares", uma vez que pretendia falar em nome delas (Faleiros *et al.*, 2006: 64).

O desenvolvimento da tática não pode ser debitado a mero oportunismo. Evidentemente, foi parte da luta e de suas contingências, incluindo as conquistas e as derrotas que também resultaram de equívocos.¹⁵ O que estamos tentando marcar aqui é que, no caso do movimento sanitário, as tais divergências internas não se expressaram no debate/embate entre suas lideranças principais ou entre grupos divergentes, mas justamente no distanciamento do movimento de suas bases, que Escorel e outros autores identificam, embora não expliquem adequadamente, como se se tratasse de episódio

¹⁵ Escorel confere à questão o peso da polêmica: "Eu acho que teve uma outra percepção que foi importante, e que foi objeto de discussão bastante acalorada naquele início (76 a 79, há muito tempo atrás), que era a coisa do papel do Estado. Se entrar no Estado, assumir alguma função num órgão governamental era se corromper completamente, fazer o jogo da ditadura, ou se era a possibilidade de por dentro do aparelho de Estado tentar iniciar uma transformação. (...) Essa linha de entrar no aparelho de Estado se revelou a mais correta, porque a briga foi travada por dentro, e muitas coisas que depois foram feitas, que conseguiram ser viabilizadas, foram porque pessoas ligadas a esse movimento eram contratadas como técnicas, pelo seu currículo, sua capacidade técnica, mas conseguiam dentro dessas instituições às vezes promover pequenas mudanças (...) de rumo da política" (Escorel, 2005).

fortuito, compensável aqui e ali por momentos de forte mobilização popular, como a 8ª CNS e o processo constituinte. O fantasma da classe ausente é o nó que acompanha a história recente da esquerda brasileira, que de espectral só tem o nome. Senão, vejamos.

Devemos a Gerschmann a melhor caracterização das relações entre as lideranças do movimento sanitário e o que seriam as suas bases, embora suas respostas para o fenômeno também não sejam suficientes. A autora identifica conflitos entre as lideranças do Mops e as lideranças intelectuais do movimento sanitário e contribui, dessa maneira, talvez involuntariamente, para o desmonte necessário do confortável consenso que se formou em torno da 8ª CNS – como espaço sobretudo de consensos e quase nunca de dissensos (ao menos não incontornáveis). Para ela, a essência do problema se concentrava nos movimentos populares, expressos por meio de outra ausência, dessa vez de maturidade para compreender e aceitar os rumos institucionalizantes da luta – tomados como inexoráveis.

De início, é possível testemunhar certo pesar pelo abandono do Mops do que seria uma escala evolutiva natural, que o teria levado da posição de movimento social de base à condição de *ator efetivo* da disputa pelo aparelho de Estado: "Precisamente no momento em que o Mops esteve mais próximo das decisões políticas substantivas, a ausência de maturidade para absorver a institucionalização como uma exigência do processo político no setor se traduziu em cisão interna" (Gerschman, 2004: 70).

Notemos que o problema não é apresentado propriamente como a própria cisão do Mops com as lideranças do movimento sanitário – este último detinha o acerto da tática, segundo a autora defende –, mas como a desintegração interna do próprio Mops. Na sequência, embora tenha sido de fato complexo o debate acerca da viabilidade prática de uma estatização imediata do sistema de saúde brasileiro, Gerschman (2004: 105) destaca o que seria o pecado capital responsável pelo isolamento do Mops diante de uma proposta irrealizável e, portanto, infundada: "Os delegados do Mops apresentaram uma proposta de estatização do setor, sem participação nenhuma do setor privado, a qual não contou com a aprovação da maioria das entidades representadas, dentre elas o Cebes, a Abrasco e as centrais sindicais".

Por fim, Gerschman nos apresenta a argumentação que se encontra subjacente a toda a construção de sua análise: o acerto incontestável da tática sanitária reformista, que de tão acertada poderia prescindir de sua base social. É verdade, façamos justiça, que no final do trecho citado há uma reprovação

quanto à forma de condução das divergências pelas lideranças do movimento sanitário, mas nada que equilibre a concepção de *Estado, democracia e sociedade civil* que sua compreensão da realidade social expressa, direta ou indiretamente, dentro do conjunto de outros muitos intelectuais e militantes que marcaram essa geração. Não é demais constatar que em nenhum momento essa história, da forma como vem sendo tradicionalmente contada, foi pensada pelo avesso e confrontada com o tal *fantasma*. Perguntam as lideranças: onde estão as classes populares? Respondem as classes populares, sem se fazerem ouvir, dadas então como ausentes: onde estão e o que defendem essas lideranças em nosso nome? Senão, vejamos:

A mudança no terreno da luta política se explica: o movimento sanitário, vanguarda do processo de transformação das políticas de saúde, tinha como estratégia penetrar nos aparelhos de Estado com o objetivo de tentar implementar suas táticas para mudar a direção da política e, assim, privilegiar o setor público... 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. (Gerschman, 2004: 112)

O controverso antiestatismo do Mops e, especificamente no contexto da 8ª CNS, a recusa da participação do setor privado no sistema de saúde que se propunha são os pontos destacados por Gerschman para aludir ao que Lênin chamaria de “esquerdismo” e “doença infantil” do Mops, se tivesse escrito o livro de Gerschman e endossasse a sua perspectiva. Mas Lênin talvez não tomasse o comportamento crítico do Mops como simples imaturidade, num momento histórico crucial de construção de uma formulação estratégica. Para continuar no registro da fantasmagoria acadêmica, talvez o revolucionário russo tirasse uma média dos embates e recomendasse ao movimento sanitário, ao Mops e à classe trabalhadora brasileira o mesmo que repudiou em Kautsky: “O proletariado deve levar a revolução democrática burguesa até ao fim, sem se deixar ‘enredar’ pelo reformismo da burguesia” (Lênin, 1975a: 99). Ou num registro mais terreno, retomemos Vainer e Palmeira, em texto de 1989, contemporâneo do movimento sanitário, para satisfazer os mais presentistas ou que não guardam por Lênin muito apreço. Na época, ambos eram quadros do PT e tratavam, portanto, do que consideravam os desvios de rota do partido. Vejamos, então, para os autores, o principal sinal desse processo já em curso, como mais tarde de fato se pôde tristemente comprovar:

Ela [a prática institucional] ameaça o PT, que pode ser domesticado pelo sistema institucional, envolvido pela institucionalidade e pelos compromissos que ela cobra de seus participantes (...). Neste processo, são vários aqueles que começam a acreditar que os gravíssimos problemas de nosso povo poderiam ser resolvidos no interior mesmo do capitalismo, por meio de reformas da própria institucionalidade burguesa (...). Em outras palavras, o que precisamos ter claro é que se a participação no jogo institucional burguês pode trazer, e tem trazido, importantes ganhos do ponto de vista da luta e organização dos trabalhadores, ela pode também fortalecer – e já começou a fazê-lo – tendências no interior do partido que o impulsionam para a adesão a projetos de reformas do sistema que poderiam ser operadas sem rupturas com a institucionalidade vigente. (Vainer & Palmeira, 1989)

Mais uma vez, a semelhança com a trajetória do movimento sanitário não se deve ao acaso. O insuspeito Berlinguer, analisando a Reforma Sanitária Brasileira, também foi direto ao ponto: “à medida que avança, a Reforma vai se tornando mais administrativa e menos sanitária” (*apud* Dâmaso, 2006: 88). Dissemos que os conflitos de perspectiva teórico-política mais centrais pouco se manifestaram no interior do próprio movimento sanitário. Para finalizar esta seção, passemos a eles, dado que, embora a sua ausência estrutural tenha sido responsável por uma condução quase em linha reta do movimento, mesmo a sua manifestação residual pode nos permitir vislumbrar o rebatimento das contradições mais gerais da luta de classes no campo da Saúde sob aquela conjuntura histórica.

Trata-se da polêmica entre Gastão Wagner de Souza Campos e Sonia Fleury Teixeira, em 1988, motivada pela resposta do primeiro a um texto de Jaime Oliveira. Antes, cabe dizer que Oliveira, um dos mais interessantes intelectuais da Reforma Sanitária, reforça a nossa compreensão de que o grau de radicalidade do movimento e a força da sua luta obedeceram a uma mediação que está situada entre a direção que lhe deram os líderes do chamado “partido sanitário”¹⁶ e o substrato de luta política da classe trabalhadora. É também dele a percepção de que a conjuntura que se apresentava ao movimento sanitário, nos anos 1980, abria possibilidades de encaminhamento dessa luta setorial para além dela mesma. Sua formulação do problema é concebida no interior de uma estratégia, portanto. Embora não ignore os preceitos da luta setorial

¹⁶ Segundo Escorel (1999), o apelido, de cunho pejorativo, pretendia caracterizar um conjunto de propostas e determinado grupo de sanitaristas que tinham vinculação ou eram simpatizantes do PCB. Por partido sanitário, portanto, ficou conhecido o grupo que hegemonizou a direção política do movimento sanitário, bem como os canais de divulgação de suas ideias.

em que se vê envolvido, sua preocupação fundamental é enxergar o *particular* inserido no *universal*:

no meu entendimento, o conjunto de proposições que gira em torno da ideia de Reforma Sanitária tem seu significado inovador dado pelo fato de que estas proposições apontam numa direção que se situa para além destas preocupações e de suas autolimitações. Ou seja, se situa para além dos esforços de resolução de uma crise de legitimidade e fiscal do Estado. E, portanto, para além dos esforços de autorreprodução deste Estado e das condições econômico-sociais e políticas que ele ajuda a sustentar. (Oliveira, J. A., 2008: 203)

Oliveira apresenta claramente a questão da superação do Estado, identificando o seu papel reprodutor das relações de produção da sociedade capitalista, pondo em dúvida, assim, a tática de mera ocupação de uma máquina que tem por serventia a manutenção da dominação de classe. Esse texto foi publicado na edição n. 20 da revista do Cebes, *Saúde em Debate*, de abril de 1988, em pleno trabalho da ANC. Com base nos mesmos referenciais marxistas dos polemistas, o autor constata, acuradamente, que o momento conjuntural da luta de classes no Brasil era “marcado por uma tensão entre projetos de hegemonia alternativos” (Oliveira, J. A., 2008: 203). A caracterização do que chamou de “período anterior” da Reforma Sanitária, pré-8ª CNS, cujo projeto se resumiria à defesa de “interesses econômico-corporativos enraizados nesta área” conjugados a “esforços racionalizadores que compunham (...) um projeto de recuperação da eficácia político-ideológica das Políticas Sociais enquanto instrumento de hegemonia”, apenas sugere que estivesse se referindo à dimensão interna do movimento sanitário. Pouco antes, a vinculação do projeto setorial com a luta de classes mais abrangente ficara evidenciada na seguinte passagem: “estas proposições [inovadoras] apontam numa direção que se situa (e hoje pode situar-se) para além destas preocupações e de suas autolimitações” (Oliveira, J. A., 2008: 203). Isto é, *se situa* porque superou, setorialmente, o seu momento econômico-corporativo; *pode situar-se* porque as contingências históricas permitiriam; e *para além de suas autolimitações* porque se constitui em luta parcelar, incapaz, portanto, de se colocar numa vanguarda cujo denominador comum seja o setor e não a classe. Em suma, a combinação do decisivo ato de vontade da luta com as condições para a sua consecução, a ponto de franquear uma disputa entre projetos com pretensões hegemônicas, estaria abrindo essa possibilidade.

Como se pode notar, Oliveira percebe um momento especial do movimento sanitário, conjugado à pujança da luta dos trabalhadores. E a partir do quadro que tece, avança para o debate tático e estratégico. Situam-se aqui os elementos que permitem o diálogo com as perspectivas dos sanitaristas. Dessas conjecturas, concebe o projeto de luta do qual o movimento sanitário seria parte: conquistas parciais, cumulativas, na esteira da redemocratização, mas não esgotadas em si mesmas e sim radicalizadas pela clareza do ponto a que quer chegar – tática com estratégia. Daí a importante ressalva que faz:

o que queremos frisar é que a noção de guerra de posição/democracia progressiva inclui a noção marxiana-leninista de ‘quebra do Estado’. Com a diferença de que esta ‘quebra’ é pensada, aqui, como algo que se realiza (tem que se realizar) anteriormente à tomada do poder político, do poder de Estado. E como condição para tal (...). Em síntese, a ideia de guerra de posição, e sua sucedânea (democracia progressiva) apontam, conjuntamente, no sentido da necessidade de promover, naqueles contextos, uma ação política, e ideológica (moral, cultural) ampla, que inclui, além dos problemas ligados à ‘quebra’ do aparelho de Estado, todo o processo de luta pela hegemonia nos aparelhos, públicos e privados, de hegemonia e de coerção. (Oliveira, J. A., 2008: 204-205)

A noção de democracia progressiva (Togliatti), portanto, compreende a conquista paulatina da democratização do Estado, mas o Estado no sentido ampliado de Gramsci, isto é, além do seu próprio aparelho (Oliveira, J. A., 2008) – o que constitui em boa medida um contraponto importante à tática institucional assumida pelo movimento sanitário.

Tal perspectiva, que talvez pudesse, mesmo que indevidamente, ser acusada de situar-se num plano teoricamente rigoroso mas distante da realidade concreta, foi enriquecida por Oliveira justamente no ponto que pareceria aos mais pragmáticos (no sentido da menor importância conferida à teoria e à estratégia) a sua fragilidade: as conquistas parciais e a relação com o Estado. Da constatação elementar do papel essencial de “manutenção e reprodução do *status quo*”, o autor transita ao debate das táticas na consecução de uma estratégia – esta foi a busca que propôs por uma teoria que tratasse do fazer da luta naquele agora; o agora que se define, duplamente, pelo legado das gerações passadas e pela projeção do devir, ambos no presente. Ele indaga:

como devem ser pensadas, alternativamente, as chamadas ‘Políticas Públicas’ (e, mais particularmente, as ‘Políticas Sociais’) no interior de um

projeto de guerra de posição/democracia progressiva? (...) como devem ser encaradas, alternativamente, num projeto de transformação radical, revolucionária (embora 'progressiva') deste quadro? (Oliveira, J. A., 2008: 206).

E arrisca uma resposta nada óbvia nem tergiversante:

identificar, no que tange ao âmbito das 'Políticas Públicas'/Políticas Sociais', em que aspectos básicos daquilo que o faz ser o que é, o Estado capitalista precisa ser 'quebrado', e em que aspectos da sua participação no processo de constituição da hegemonia burguesa ele precisa ser enfrentado, [no] interior de uma tal estratégia de transição. (Oliveira, J. A., 2008: 206)

Ou dito de forma mais precisa:

A questão que se coloca para nós é, portanto, a de como incorporar, concretamente, estes 'temas básicos' (a 'quebra' do Estado e a luta pela hegemonia) no desenho teórico das formas de enfrentamento da problemática das Políticas Públicas/Políticas Sociais, da perspectiva da estratégia da 'Democracia Progressiva'. (Oliveira, J. A., 2008: 208)

Gastão discordará de Oliveira não por sua perspectiva teórica ou opções políticas para o prosseguimento da luta do movimento sanitário, mas sim pelo diagnóstico a respeito do tensionamento positivo que Oliveira enxergava no interior do próprio movimento – perspectiva que não seria endossada “pelos próprios ideólogos da Reforma Sanitária oficial”, diria Gastão. Em síntese, afirma categoricamente que não havia projeto inovador, mas sim uma agenda que se caracterizaria pelo seu aspecto restrito e racionalizador (Campos, 2008).

Gastão porá em xeque não só a tática institucional – que chama de “tentativa de impor reformas 'por cima', por intermédio do aparelho estatal” (Campos, 2008: 212) – como também dialogará, crítica e indiretamente, com o célebre “fantasma da classe ausente”. Segundo aponta, possivelmente em referência indireta ao processo de reforma sanitária italiano,

ao contrário de outros países capitalistas, que realizaram reformas na saúde, e nos quais os intelectuais progressistas tiveram que compor-se com o movimento sindical de trabalhadores ou com os partidos apoiados nessa classe, aqui, o principal agente das transformações teria sido o 'partido sanitário' encastelado no aparelho estatal e apoiado, evidentemente, por autoridades constituídas. Ou seja, a própria eleição dos instrumentos para implementação das políticas, em larga medida, já diz de seus limites 'transformistas' e da renúncia, *a priori*, de qualquer veleidade de trabalhar, junto à sociedade, pela construção de uma nova hegemonia, de um novo bloco

político, capaz de dar concretude, apesar dos constrangimentos impostos pela realidade brasileira, a um projeto de socialismo. (Campos, 2008: 213)

O autor denuncia o que compreende como uma espécie de tática *prussiana*, pelo alto, para a implementação das reformas no campo da saúde. Sua crítica não recai, propriamente, sobre essa ou aquela bandeira específica defendida pelo discurso sanitário *oficial*, como qualifica, mas justamente sobre as suas limitações, sobre a circunscrição do projeto brasileiro de Reforma Sanitária aos limites da ordem, a despeito das manifestações discursivas existentes em favor do socialismo. “Causa estranheza a utilização desse conceito, dessa noção de revolução, para caracterizar a Reforma Sanitária oficial, imaginada por seus próprios idealizadores como um processo restrito de mudanças” (Campos, 2008: 216-217), afirma, em referência crítica a uma fala de Hésio Cordeiro¹⁷ – a quem chama de “destacado dirigente do movimento sanitário”.

Gastão esmiúça:

Essa noção de reordenamento de um determinado modo de produção de serviços de saúde, sem rupturas importantes de sua lógica, se articula com outra, que também faz parte do universo teórico desses técnicos: a de tomar o Estado, e dentro dele, especificamente o governo, como principal base de sustentação para o desenvolvimento da reorganização da assistência médico-sanitária. (Campos, 2008: 215)

Trata-se, porém, do mesmo Estado, em processo de transição democrática, contra o qual brotavam reações em face do seu perfil autoritário e privatista. A conquista do Estado, para os sanitaristas, como sugere Gastão, parecia se confundir com a conquista de postos dentro do próprio aparelho. Não se pode, no entanto, considerar que os defensores da tática desconhecem a noção de *Estado ampliado* de Gramsci, que extrapola a compreensão do aparelho estatal. O problema foi outro, se de fato estivermos conseguindo apreendê-lo.

O diagnóstico da realidade brasileira feito pelo movimento sanitário passava por dois entendimentos complementares e que informavam diretamente as suas práticas, até com certa coerência – o que não exclui o seu caráter controverso, no plano tático: 1) o forte papel jogado pelo Estado na condução das mudanças sociais e econômicas; 2) a fragilidade da sociedade civil supostamente em face da tradição autoritária das relações entre Estado e sociedade

¹⁷ Hésio havia dito que o Sudo significava “a maior revolução no setor saúde já ocorrida no Brasil” (*apud* Campos, 2008: 216).

civil no Brasil – com ênfase no período ditatorial inaugurado em 1964 –, o que teria impedido ou dificultado o processo de assunção, da classe *para si*, dos rumos da luta pela saúde (Fleury, 2008; Lucchesi, 2006).

Vejam a essência da resposta de Fleury (2008: 222) às críticas de Gastão: “No caso dos países de industrialização retardatária, a relação Estado/Sociedade assume uma configuração particular, caracterizada pela marcada presença do Estado na condução dos processos econômicos e sociais”. E ainda:

Assim sendo, a predominância do papel do Estado nestas sociedades não é uma questão que possa ser resolvida ao nível da vontade dos pretensos formuladores dos processos da Reforma Sanitária. Ao contrário, trata-se de um reconhecimento pela configuração da relação Estado/Sociedade, que, no entanto, não pode ser identificada com uma posição de renúncia à busca de construção de uma nova hegemonia (...). Por outro lado, a análise da sociedade (...) não pode deixar de considerar a sua baixa capacidade de organização e mobilização em questões que transcendem os interesses corporativos. (Fleury, 2008: 223)

Não se trata aqui, portanto, de uma incoerência teórica, em que pese a pertinência de um questionamento diante da leitura de realidade apresentada: pelas lentes gramscianas, era o Brasil um país ocidentalizado? Se sim ou se não, qualquer das respostas impõe desafios teórico-práticos que nunca foram suficientemente abordados pelo movimento sanitário e pela esquerda democrática. Em suma, como explicar a adoção de uma prática política com referenciais gramscianos que considera o aparelho de Estado como o lócus central da disputa e da ação política, em nome de sua transformação e não de sua superação?¹⁸ Uma sociedade civil fragilizada é coerente com a existência de uma sociedade ocidentalizada, onde, por excelência, se deveria adotar a

¹⁸ O debate não se reduziu ao que por ora apresentamos. Jairnilson Paim afirmou a tática, com substrato teórico, categoricamente: “O referencial teórico que sustentava essa estratégia indicava que para avançar a Reforma Sanitária exigiria a utilização permanente das instituições para garantir os espaços conquistados e fortalecer a ‘guerra de posição’ na construção da hegemonia dos setores democráticos e populares”. Recuperou, no entanto, a crítica de Edmundo Gallo, feita em 1991: “a tática utilizada pelo Partido Sanitário não correspondia à estratégia por ele propugnada: ao mesmo tempo em que se apontava o socialismo (...) isolava-se a possibilidade de efetiva participação popular, trabalhando-se cada vez mais em nome da população e não em articulação orgânica com os setores populares. Isso leva a crer que nessa não correspondência tático-estratégica (prático-teórica) situava-se o cerne daquilo que posteriormente se chamaria de dilema reformista” (Paim, 2008b: 138, 276-277).

tática de guerra de posição? Como pensar o papel dos intelectuais para a construção da contra-hegemonia sem o organismo, sem a base social, que lhes daria sustentação e sentido de existência?

Como tentamos caracterizar, parte importante do debate teórico do movimento sanitário ficou alheio a tais questões; estas sim, de fundo. A busca por uma teoria, como veremos, foi também sintomática desse alheamento, fruto, em boa medida, do comportamento autorreferente do campo da saúde. Sigamos com Escorel, ainda uma vez mais:

A saúde – medida da existência em si, pois lida com a vida e com a morte – assim como outros direitos sociais, é um elemento potencialmente revolucionário e de consenso (...). Desta forma, a luta pela saúde adquire um caráter subversivo, inclusive em contraposição ao tratamento de mercadoria que recebe nas sociedades capitalistas. Porém, o que queremos destacar com o que chamamos de potencial revolucionário é o fato de a saúde constituir um campo privilegiado da luta de classes. (Escorel, 2006: 183)

Eis o autocentrismo da saúde representado por inteiro. A ampliação do conceito de saúde foi responsável, justamente, pela complexificação e politização do campo. No entanto, a pretensão de universalidade da saúde, pela simplória relação entre vida e morte, faz o movimento contrário, no sentido da vulgarização, porque pretende conferir à saúde um lugar especial, tentando retirá-la, em certa medida, da totalidade complexa que o conceito ampliado lhe conferiu, inserindo-a, isto sim, numa generalização – o que é substancialmente distinto. Em que pese o fato de que outros intelectuais do movimento não tenham tomado para si a íntegra da argumentação de Escorel, em coro potente endossaram o mesmo princípio relativo ao *campo privilegiado da luta de classes* que caracterizaria a saúde.

Quando a democracia vira estratégia: “reformistas graças a Deus”

A existência de um inimigo comum, a ditadura, capaz de unificar dissensos foi, ao que parece, funcional aos conflitos internos do movimento. Ainda assim, se fôssemos aos precursores do discurso sanitário moderno, eleitos entre os seus próprios pares, não seria difícil notar que a base conceitual que informa o pensamento sanitário, hegemonicamente falando, é a de extração marxista (Arouca, 2003; Donnangelo, 1979), com destaque para o

civil no Brasil – com ênfase no período ditatorial inaugurado em 1964 –, o que teria impedido ou dificultado o processo de assunção, da classe *para si*, dos rumos da luta pela saúde (Fleury, 2008; Lucchesi, 2006).

Vejam a essência da resposta de Fleury (2008: 222) às críticas de Gastão: “No caso dos países de industrialização retardatária, a relação Estado/Sociedade assume uma configuração particular, caracterizada pela marcada presença do Estado na condução dos processos econômicos e sociais”. E ainda:

Assim sendo, a predominância do papel do Estado nestas sociedades não é uma questão que possa ser resolvida ao nível da vontade dos pretensos formuladores dos processos da Reforma Sanitária. Ao contrário, trata-se de um reconhecimento pela configuração da relação Estado/Sociedade, que, no entanto, não pode ser identificada com uma posição de renúncia à busca de construção de uma nova hegemonia (...). Por outro lado, a análise da sociedade (...) não pode deixar de considerar a sua baixa capacidade de organização e mobilização em questões que transcendem os interesses corporativos. (Fleury, 2008: 223)

Não se trata aqui, portanto, de uma incoerência teórica, em que pese a pertinência de um questionamento diante da leitura de realidade apresentada: pelas lentes gramscianas, era o Brasil um país ocidentalizado? Se sim ou se não, qualquer das respostas impõe desafios teórico-práticos que nunca foram suficientemente abordados pelo movimento sanitário e pela esquerda democrática. Em suma, como explicar a adoção de uma prática política com referenciais gramscianos que considera o aparelho de Estado como o lócus central da disputa e da ação política, em nome de sua transformação e não de sua superação?¹⁸ Uma sociedade civil fragilizada é coerente com a existência de uma sociedade ocidentalizada, onde, por excelência, se deveria adotar a

¹⁸ O debate não se reduziu ao que por ora apresentamos. Jairnilson Paim afirmou a tática, com substrato teórico, categoricamente: “O referencial teórico que sustentava essa estratégia indicava que para avançar a Reforma Sanitária exigiria a utilização permanente das instituições para garantir os espaços conquistados e fortalecer a ‘guerra de posição’ na construção da hegemonia dos setores democráticos e populares”. Recuperou, no entanto, a crítica de Edmundo Gallo, feita em 1991: “a tática utilizada pelo Partido Sanitário não correspondia à estratégia por ele propugnada: ao mesmo tempo em que se apontava o socialismo (...) isolava-se a possibilidade de efetiva participação popular, trabalhando-se cada vez mais em nome da população e não em articulação orgânica com os setores populares. Isso leva a crer que nessa não correspondência tático-estratégica (prático-teórica) situava-se o cerne daquilo que posteriormente se chamaria de dilema reformista” (Paim, 2008b: 138, 276-277).

tática de guerra de posição? Como pensar o papel dos intelectuais para a construção da contra-hegemonia sem o organismo, sem a base social, que lhes daria sustentação e sentido de existência?

Como tentamos caracterizar, parte importante do debate teórico do movimento sanitário ficou alheio a tais questões; estas sim, de fundo. A busca por uma teoria, como veremos, foi também sintomática desse alheamento, fruto, em boa medida, do comportamento autorreferente do campo da saúde. Sigamos com Escorel, ainda uma vez mais:

A saúde – medida da existência em si, pois lida com a vida e com a morte – assim como outros direitos sociais, é um elemento potencialmente revolucionário e de consenso (...). Desta forma, a luta pela saúde adquire um caráter subversivo, inclusive em contraposição ao tratamento de mercadoria que recebe nas sociedades capitalistas. Porém, o que queremos destacar com o que chamamos de potencial revolucionário é o fato de a saúde constituir um campo privilegiado da luta de classes. (Escorel, 2006: 183)

Eis o autocentrismo da saúde representado por inteiro. A ampliação do conceito de saúde foi responsável, justamente, pela complexificação e politização do campo. No entanto, a pretensão de universalidade da saúde, pela simplória relação entre vida e morte, faz o movimento contrário, no sentido da vulgarização, porque pretende conferir à saúde um lugar especial, tentando retirá-la, em certa medida, da totalidade complexa que o conceito ampliado lhe conferiu, inserindo-a, isto sim, numa generalização – o que é substancialmente distinto. Em que pese o fato de que outros intelectuais do movimento não tenham tomado para si a íntegra da argumentação de Escorel, em coro potente endossaram o mesmo princípio relativo ao *campo privilegiado da luta de classes* que caracterizaria a saúde.

Quando a democracia vira estratégia: “reformistas graças a Deus”

A existência de um inimigo comum, a ditadura, capaz de unificar dissensos foi, ao que parece, funcional aos conflitos internos do movimento. Ainda assim, se fôssemos aos precursores do discurso sanitário moderno, eleitos entre os seus próprios pares, não seria difícil notar que a base conceitual que informa o pensamento sanitário, hegemonicamente falando, é a de extração marxista (Arouca, 2003; Donnangelo, 1979), com destaque para o

pensamento de Gramsci como a principal influência teórica do movimento sanitário. E não podemos deixar de notar que o grosso dessa filiação encontra-se justamente na publicação que pretende empreender a busca por uma teoria. É curioso que uma resposta tão unívoca combine com a intenção por uma busca, como se faltasse chão. Tal movimento, podemos considerar numa rápida síntese, é parte de uma declaração, ainda velada, de iminente abandono das matrizes marxistas para a análise da realidade, em face da crise profunda do socialismo real que já se experimentava em fins dos anos 1980. Eis o descompasso de uma prática política vicejante que se percebe crescentemente carente de base teórica, abalada pelo fracasso de uma experiência histórica.

Sinteticamente, podemos tecer uma periodização, indicativa, embora não muito rigorosa, da predominância da matriz teórica marxista no movimento sanitário. O período de maior ascendência, com a utilização de categorias presentes essencialmente no pensamento de Marx e Engels e forte influência do estruturalismo althusseriano, é contemporâneo da estruturação do movimento, por volta de meados da década de 1970. Esse compasso se mantém até mais ou menos meados da década seguinte, quando a adoção do pensamento do comunista italiano torna-se mais evidente. Na sequência, a década de 1990 representa uma espécie de apagão do movimento sanitário, em todos os sentidos, incluindo os trabalhos de análise de sua trajetória. Mais recentemente, a partir dos anos 2000, retomam-se as referências a Gramsci. E não é coincidência que esse percurso teórico (e também prático) seja rigorosamente o mesmo da esquerda democrática, no mesmíssimo período. Tentemos, topicamente, uma rápida caracterização com o cuidado necessário para não cairmos em maniqueísmos.

A partir de meados da década de 1970, a necessária crítica do Estado autoritário encontrava terreno fértil no marxismo de viés estruturalista, que atribuía pouco peso à política. A forte crise internacional do capital, a partir das duas crises do petróleo (1973 e 1979), e o momento de rearranjo da hegemonia burguesa no Brasil, com o fim iminente da ditadura, permitiam vislumbres de superação da ordem do capital. A questão democrática, rerepresentada pelas mãos dos gramscianos do PCB, produto do mal-estar de parte da esquerda comunista com os rumos da experiência socialista, já se fazia presente. Novamente, não por coincidência, é de 1979 o célebre documento do Cebes, “A questão democrática na área da saúde”.

Ao longo dos anos 1980, com a aproximação da redemocratização no Brasil e a revitalização da política institucional, conjugadas à profunda e

declarada crise terminal do socialismo real, a matriz estruturalista foi perdendo terreno para o eurocomunismo, que propunha uma guinada do marxismo no sentido da via democrática para o socialismo, mediante uma particular leitura da obra de Gramsci. À democracia como valor universal unia-se a ideia do acúmulo de forças, via reformas parciais (*reformismo revolucionário*, na versão brasileira do eurocomunismo). Falava-se ainda em superação da ordem capitalista e construção do socialismo, sobretudo ante o diagnóstico do impacto que representaria o cumprimento das tarefas em atraso deixadas pelo caminho por uma revolução burguesa não clássica, se assumidas como bandeira de luta pela classe trabalhadora. Nesse programa democrático, visando à superação da ordem do capital, o Estado desempenharia papel decisivo na formulação tático-estratégica que se desenhava. Data desse período o empenho dos sanitários na tática institucional de ocupação de postos na máquina estatal.

Os anos 1990 foram de recuo, teórico e prático, dentro e fora do movimento sanitário. Como substrato, essa década serviu, diante do deserto neoliberal, para o amansamento e a vulgarização do pensamento gramsciano, bem como da democracia e da noção de participação democrática. Desapareceu o cenário, praticamente, a agenda de *grande política* da Reforma Sanitária, como também os seus princípios, matrizes teóricas e objetivos societários. O teor socialista é retirado dos projetos e da prática política da classe trabalhadora organizada como um todo (à frente, o PT). Grassa um crescente pragmatismo político, com notável redução de horizontes. Para o movimento sanitário restou a defesa, no que foi possível, do SUS.

Nos anos 2000, pós-crise neoliberal, pós o dissimulado *mea culpa* do capital e tudo mais que de lá para cá tem servido como peça de ideologia para a manutenção da dominação, Gramsci reforça a sua presença, cada vez mais sem Marx, sem ruptura, sem revolução, sem socialismo e como tutor de uma democracia apassivada – embora dita *radicalizada* –, que de tão inofensiva ao capital tem sido capaz de produzir um consenso em torno dela mesma nunca antes visto em sua curta história moderna. No plano internacional, isso corresponde a um poderoso reforço da hegemonia do capital, embora a crise econômica do sistema tenha se mantido e agravado. O movimento sanitário aparentemente se revigora com a vitória da esquerda, encabeçada pelo PT. A EDP se realiza, também apassivada, coerente com o que foi se tornando nos últimos tempos. Os quadros do movimento povoam o Executivo seguidamente e o SUS mantém a sua curva de atrofiamento – em paralelo a conquistas pontuais. Assim como parte da esquerda que não sofreu com a labirintite petista, parte

do movimento sanitário afunda-se numa crise sem precedentes. Gramsci é virado do avesso e serve, à revelia, a todos os senhores.

Uma primeira e excelente oportunidade para o aprofundamento desse debate nos é dada pelo livro organizado por Fleury Teixeira em 1989, fruto de um seminário que pretendeu avaliar os rumos da Reforma Sanitária Brasileira até então. Significativamente, da referida obra constava em seu subtítulo o anúncio da busca por uma teoria.

Tomamos essa chamada por uma teoria e a polêmica em torno do caráter do movimento, que põe em discussão a sua prática política, como centrais e representativas do projeto da Reforma Sanitária, posto que se inscrevem num momento histórico em que toma corpo a EDP, onde se apresentam questões similares. O corte socialista preponderante entre os nomes que mais vocalizaram a agenda do movimento é um ingrediente a mais nesse caldo. E vale notar que, não por coincidência, parte expressiva dos principais canais de divulgação das ideias gerais do movimento – como o Cebes e a Abrasco – foi hegemonizado precisamente por grupos com essa trajetória, que se expressava também partidariamente, em especial por meio do PCB e, minoritariamente, do PT.

Já no texto de abertura da obra, assinado pela própria organizadora, ficam patentes as questões tático-estratégicas da classe trabalhadora – em seu esforço histórico, naquela conjuntura específica, de construção de um projeto capaz de disputar a hegemonia –, que ajudam a iluminar a declarada falta de uma teoria do movimento. De início, nos faz uma indicação de compromisso teórico – que em parte serviria como resposta à questão central que apresenta a obra – seguida do indicativo de um problema, de uma limitação:

A introdução da concepção histórico-estrutural à área de saúde inaugura um novo paradigma no conhecimento da relação entre medicina e sociedade e consequentemente do papel do Estado nessa relação. (...) Reproduzem-se no campo da saúde as dificuldades encontradas no marxismo com relação à problemática da determinação entre os níveis infraestrutural e superestrutural. (Teixeira, 2006: 17-18)

Fleury Teixeira está pondo claramente em questão o paradigma estruturalista que ganhou terreno também no marxismo nos anos 1960 e 1970. Sua perspectiva não nega a determinação econômica em última instância, que é um postulado marxiano/engelsiano, mas questiona o peso atribuído à estrutura e o pouco relevo conferido às superestruturas – que traduz como

“nível político” e “nível ideológico” (Teixeira, 2006) – nas análises produzidas no campo da saúde. Sua motivação é pensar a saúde não apenas como “resultante”, mas também como estruturante, uma vez que “se constitui em um espaço sempre específico de reprodução ampliada das relações políticas e econômicas” (Teixeira, 2006: 28).

Sua crítica adota claramente as lentes gramscianas, em face dos conceitos de *hegemonia*, *bloco histórico* e *guerra de posição*, dos quais se utiliza em uma ótica que dialoga diretamente com a perspectiva de Carlos Nelson Coutinho.¹⁹ Assim, apresenta uma significativa agenda teórica que deveria, como propõe, nortear a ação política dos sanitaristas e em síntese: 1) repõe o caráter de conquista e disputa que deve caracterizar também as políticas sociais, deplorando uma concepção que enxerga nessas ações do Estado apenas uma funcionalidade para a dominação (Teixeira, 2006); 2) problematiza o papel do Estado como, supostamente, mero comitê executivo da burguesia, para trazer a reboque a importância da valorização de categorias como “cidadania” que, por sua vez, como crê, também não poderia ser reduzida à mera “mistificação da relação de igualdade burguesa”; e 3) confere à luta democrática um caráter central como essência mesma da luta política de classes, posto que “universal”, apontando inclusive para a superação da sociabilidade burguesa (Teixeira, 2006: 21). Embora longa, vale a citação:

Algumas correntes da esquerda teriam sido o primeiro e principal ator político a rever suas concepções e assumir uma proposta efetiva de redemocratização da sociedade (...). A luta pela hegemonia por parte das classes dominadas recoloca a questão da democracia não só como um valor tático, mas também estratégico. A democracia, enquanto uma modalidade plural de exercício do poder político, passa a ser vista como o espaço ideal de formulação de uma contra-hegemonia, ampliando o campo de alianças das

¹⁹ Coutinho foi um dos convidados do seminário organizado por Fleury Teixeira e que depois se tornaria o livro *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria* (2006). Não pretendemos, evidentemente, afirmar que a simples presença do referido intelectual brasileiro como um dos autores do livro em questão seja decisiva para determinar a filiação teórica que identificamos em Fleury Teixeira. Nossa hipótese, secundária para este trabalho, se baseia na identificação de uma compreensão particular de Gramsci, identificável em toda uma geração de intelectuais que se desenvolveu muito proximamente à leitura do próprio Coutinho – não à toa o principal introdutor de Gramsci no Brasil. Dito isso, a referência a Coutinho torna-se um dado a mais a ser considerado. Cabe ainda acrescentar que o próprio autor, em texto de 2007 acerca da recepção do pensamento gramsciano no Brasil, citou o livro a que nos referimos como uma das importantes pesquisas realizadas nos anos 1980 “sob a influência de categorias ou problemáticas gramscianas” (Coutinho, 2007b: 165).

camadas populares, de sorte que os intelectuais oriundos das classes médias e da burguesia vêm a ser um aliado fundamental neste processo de formulação de um projeto político e cultural dos setores dominados. Esta revisão da perspectiva 'golpista' das esquerdas (no sentido de buscar soluções de cúpula, sem mobilização das bases) aponta para a conquista de reformas no interior do capitalismo, como condição de consolidação de uma contra-hegemonia, e mesmo como uma via de transição a um socialismo que preserve as conquistas democráticas alcançadas. (Teixeira, 2006: 32)

Se não estivéssemos tentando acompanhar o percurso teórico-prático do movimento sanitário e, em maior escala, da classe trabalhadora organizada nessa determinada conjuntura histórica, talvez pudéssemos encerrar aqui o nosso percurso, pois estamos diante não só do resultado da busca que pretende fazer o livro como também da síntese da EDP. Se estivermos corretos na indicação da importância de Coutinho como um dos principais vocalizadores desse projeto político da esquerda democrática a partir dos anos 1980, vejamos uma passagem do autor, no mesmo livro, em que o conteúdo da citação dialoga intimamente com a anterior:

Não é possível compatibilizar a plena cidadania política e social com o capitalismo. Assim como a expansão dos direitos políticos, da democracia participativa, quando impulsionada além de certo limite, entra em choque com a dominação capitalista, também a expansão dos direitos sociais termina por encontrar obstáculos na conservação da lógica da acumulação do capital. O avanço da cidadania, portanto, coloca na ordem do dia a necessidade do socialismo (...). A estrutura institucional que prepara e consolida essa nova hegemonia das classes subalternas é concebida como uma 'democracia de massas'; e sua estratégia pode ser definida como um 'reformismo revolucionário' (um objetivo revolucionário, superador do capitalismo, que se explicita por meio de reformas graduais). (Coutinho, 2006: 57-59)

Como dissemos, estamos Tateando uma conjuntura extremamente rica e complexa, cheia de áreas de sombra, de avanços e recuos, revisões e novas formulações de projetos políticos de classe, tanto para a burguesia quanto para os trabalhadores, fortalecidos na conjuntura de luta contra a ditadura e forte crise do capital em âmbito internacional. Toda primeira impressão, portanto, pode ser sempre superficial e frágil.

A essência dessa visão do papel da democracia na luta pelo socialismo, por meio de um reformismo revolucionário, é notadamente de extração eurocomunista, como pudemos conferir de perto. Longe de ser consensual, a

leitura particular que, em primeira mão, Togliatti e o PCI fizeram de Gramsci (Liguori, 2007), fortemente incorporada no Brasil por Coutinho e pela esquerda democrática, e certa transposição da realidade italiana para pensar o caso brasileiro são dois dos principais pontos de crítica a essa perspectiva.

Por todas as razões, não é preciso muito esforço para caracterizar o movimento sanitário como reformista. Fleury é direta na caracterização dos embates teóricos e práticos que, segundo sua perspectiva, estavam apresentados para a classe:

Porque havia uma perspectiva político-partidária que era de fazer uma transformação nessa realidade, enquanto que os colegas latino-americanos até nos acusavam de reformistas (...) desde aquela época dos anos 70, 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. Eu acho que a apropriação da categoria do marxismo, a análise dela aplicada à saúde coletiva (...) era mais particularmente de tentar interferir nessa realidade. Nisso eu acho que tinha a perspectiva reformista do Partido Comunista que já tinha feito a opção não-revolucionária, ou seja, reformista pela democracia, já nos congressos dos anos 60 e tudo mais. (Fleury, 2005)

Não sobram dúvidas. Fazer a reforma (e não a revolução) parecia significar pôr a mão na massa, interferir na realidade, investir no possível e no concreto. Com sua habitual honestidade, a autora não hesita em chamar de reformista a inflexão democrática experimentada pelo PCB desde fins dos anos 1950, ou seja, trabalha com os termos exatos dos críticos a tal inflexão sem que se apresente nessa posição crítica da estratégia pecebista.

Cabe, porém, alguma relativização da fala de Fleury, para que não se considere também, por tabela, uma objetividade da realidade tal como parece ser objetivo o discurso. É bem sabido que não se trata de uma simples escolha, pragmática: reformar ou revolucionar. Por certo há escolhas, mas sempre circunscritas a um arco de possibilidades dadas pelas condições materiais objetivas. A conjugação de umas e outras é que resulta nas opções táticas e estratégicas das classes em luta. Não se trata, portanto, de uma cobrança idealista, pelo simples acerto da teoria, tampouco de um determinismo historicista, como se apenas as condições objetivas dadas fossem determinantes para a consecução das ações humanas que, assim, não estariam mais no registro das opções. Disso resulta que, ainda que privadas de completa autonomia e controle absoluto sobre o processo real, é das escolhas, em tais condições, que estamos tratando.

Já foi possível notar que as posições divergentes identificadas dentro do movimento sanitário não correspondiam à sua realidade complexa de forma tão esquemática. As oscilações que podem ser notadas no pensamento de atores individuais e coletivos indicam um processo tortuoso e dialético de construção de uma teoria e de uma prática política, inteiramente atravessadas pela questão democrática. Nesse sentido, permanece válido o esquadrihamento dos rumos assumidos pelo debate teórico que, de forma mais ou menos consistente, contribuiu para embasar a prática política do movimento sanitário. Voltemos ao sanitarista baiano:

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

Notemos que a síntese de Fleury Teixeira, apesar de jocosa, ganha plena validade com a justificativa que Paim apresenta para a escolha reformista dos sanitaristas: *o fracasso no Brasil dos movimentos revolucionários*; tal como expressara, em termos muito parecidos, Gastão: “Os caminhos que me levaram à saúde pública foram o desvio possível para o atoleiro que se revelou ser a via revolucionária” (Campos, 2005: 122). Mas isso significaria o abandono do socialismo? Cremos que não, se considerarmos a honestidade de princípios dos que se propuseram a transformar a realidade concreta por essa via, embora o que estivesse sempre em jogo não fosse apenas o norte pretendido, mas também e tão fundamentalmente quanto, os caminhos através dos quais perseguiu-lo. Todos os sanitaristas a que fizemos referência até agora de fato alimentaram expectativas de construção do socialismo por uma via democrática e pacífica. Hoje parece claro que essa escolha não vingou. Ao contrário inclusive de um avanço lento, como se poderia contrapor, só fez retroceder. O próprio desaparecimento do debate estratégico da esquerda foi o sinal mais dramático desse retrocesso.

Se estivermos corretos no modo de apreender as oscilações inerentes a um processo de formulação estratégica de classe, não estranharemos que a mesma Fleury Teixeira, em fins da década de 1980, expressasse ressalvas justamente à tática reformista que, a tirar pela referência de Paim (não datada pelo autor), teria defendido sempre, incondicionalmente. Diz a autora, citada por Gallo e Nascimento (2006: 109): “a Reforma Sanitária (...) seria um aspecto

setorial da construção de uma nova hegemonia? Isto é possível, viável, ou a transição pactada, as estratégias governamentais etc. *vão* reformar o reformismo?”. A dupla entra no debate:

Aqui há uma discordância com a autora em relação ao significado da categoria reformismo, que ela concebe como o que aqui se prefere chamar de atitude reformadora: a ação política que envolve reformas estatais ao [sic] interior do capitalismo, mas sem perder de vista a necessidade de sua superação; em contraposição ao reformismo, que seria essa ação contra um fim em si mesma, abdicando da necessidade do processo revolucionário, com consequências teóricas graves. (Gallo & Nascimento, 2006: 109)

A despeito das divergências quanto ao significado teórico dessa ou daquela categoria, os autores não refutam a prática política (seja como *reformismo*, seja como *atitude reformadora*) do movimento sanitário na luta por reformas que, uma vez acumuladas revolucionariamente poderiam abrir as portas para a construção do socialismo, democrática e pacificamente. O que os une é precisamente a *via democrática*, é a democracia compreendida como *valor universal*, como já indicamos.

Vejamos melhor, com a ajuda de Paim, a combinação possível (e quase obrigatória), nessa conjuntura, da negação do socialismo real e da defesa incondicional da democracia:

Independentemente dessas diferenças, admitia-se, portanto, a superação da concepção que defendia a tomada súbita do aparelho de Estado e, também, daquela que supunha uma elite governando ‘por cima’ da sociedade. Reconhecia-se, enfim, que qualquer proposta de mudança ou permanência do *status quo* teria de ser ‘conquistada na sociedade, nos marcos de regras democráticas, sob pena de inevitável fracasso’. (Paim, 2008b: 163)

Vale aqui um comentário. Há um fosso, de grandes proporções, entre a recusa do socialismo real e a formulação elogiosa da democracia, que não é só de Paim, Fleury Teixeira, Gastão, Gallo e Nascimento, mas do projeto de classe ao qual todos eles e outros tantos ajudaram a formular e aderiram. Da constatação primeira de ausência de democracia nos regimes comunistas em geral resulta uma valoração universal da democracia para, além de garanti-la em uma futura sociedade socialista – com o inimigo de classe derrotado, embora ainda vivo –, afirmá-la na luta daquele tempo presente contra o inimigo de classe ainda dominante. Para responder à flagrante ausência de democracia promoveu-se a sua

valorização indistinta – eis a operação da qual já sabemos as origens, recentes e remotas. O abandono, no entanto, da perspectiva da revolução violenta não representaria propriamente a recusa da ruptura ou da superação do sistema do capital. Também vale lembrar que o socialismo, sempre que afirmado, era tratado como consequência da radicalização da democracia, isto é, o resultante desta. Em nome dele ou por ele, nada mais seria preciso além de tornar a democracia o mais abrangente e sólida possível. Veremos mais adiante, como anunciado, o caminho mistificante que tal formulação assumiu a partir dos anos 1990, a despeito das mais honestas intenções socialistas e revolucionárias que possam ter havido entre os integrantes da esquerda democrática.

Sumariamente, relembremos também o marxismo gramsciano de Coutinho, que forneceu parte importante do estofamento teórico do movimento sanitário nos seus momentos de auge: a ampliação do Estado, captada por Gramsci, teria resultado da complexificação da luta de classes, uma vez que, a um só tempo, a dominação de classe teria se tornado mais difícil de ser batida – já que espalhada e enraizada culturalmente por uma sociedade civil encorpada – e franqueado a representação de interesses também dos dominados, que passaram a tensionar e disputar tal dominação por meio dos seus aparelhos privados de hegemonia, como associações, sindicatos e partidos. Como consequência, as táticas e a estratégia também sofreriam alterações. Teria passado o tempo (de Marx e Engels) das revoluções por tomadas súbitas e violentas do Estado (compreendido estritamente como aparelho), uma vez que tais métodos não seriam mais aplicáveis a contextos de sociedades ocidentalizadas, isto é, nas quais o Estado teria experimentado tal ampliação. Abria-se um novo tempo de disputa *molecular* pela hegemonia cultural, desdobrada em reformas graduais que, seguidamente ampliadas e acumuladas, teriam o socialismo como norte. Para Coutinho (2006), a plena democracia, portanto, seria revolucionária e dessa forma incompatível com uma sociedade capitalista a longo prazo.

Tomando Pietro Ingrao como importante referência, Coutinho defendia um novo tipo de hegemonia que pudesse, nas sociedades complexas, superar o seu corporativismo capitalista intrínseco. Coutinho expõe, baseado em Gramsci, o papel crescente jogado pelo consenso em sociedades cujos interesses apresentam-se de formas múltiplas e variadas. Esse pluralismo seria parte “ineliminável das complexas sociedades modernas”, como já pudemos conferir com Berlinguer e companhia. Diz-nos:

[uma] nova concepção de hegemonia implica a criação de blocos majoritários que se articulem em torno de questões de abrangência nacional (como a da saúde, por exemplo), elaborando propostas globais de reforma que transcendam (mas sem ignorar) os interesses meramente corporativos dos múltiplos segmentos envolvidos. Essas reformas globais (...) deveriam apontar em conjunto, no sentido de um reordenamento da sociedade, de uma superação da lógica capitalista (...). Nessa nova concepção neogramsciana de hegemonia, torna-se possível conservar o pluralismo da sociedade civil e, ao mesmo tempo, evitar o corporativismo selvagem que desemboca na ingovernabilidade. (Coutinho, 2006: 59)

Se ainda pairava alguma dúvida sobre a origem eurocomunista/coutiniana do pensamento do movimento sanitário, ela acaba de se dissipar. O pluralismo é outra marca desse discurso de crise (do movimento comunista internacional e do projeto da esquerda). O seu elogio inverte a sua ordem de constituição. Se não foi plural a sociedade do capital, desde a sua origem, o tensionamento que engendra essa diversificação de interesses é próprio do movimento da classe trabalhadora, não pode restar dúvida. Evidentemente, podemos falar de multiplicidade de interesses intraclasses, mas não estamos tratando aqui dos interesses específicos de frações internamente às suas classes, uma vez que estes, embora conflituosos, não ameaçam a existência da própria classe. Ao pensar, portanto, no conflito fundamental entre as classes antagônicas, que disputam projetos de sociedade distintos, é notório que o pluralismo se inaugura com o irrompimento da classe trabalhadora no cenário político formal. Assim como ocorre com a democracia, ao pluralismo se atribuiu um caráter mais amplo do que o seu significado de origem. Tanto nessa quanto em outra situação, parece haver um chamado ao inimigo de classe para um terreno que ele já habita, posto que, se não o inventou, o absorveu.

Causa algum estranhamento também o receio da *(in)governabilidade* manifestado por Coutinho. O mote fundamental das reformas graduais, uma vez retirada da agenda a transformação abrupta e repentina da realidade concreta, era a garantia das melhores condições de vida possíveis até, digamos, a vitória definitiva. Mas isso também pareceu se confundir – e não falamos de uma confusão cognitiva, individual, mas coletiva, fruto das correlações de força entre as classes e espalhada ao longo das últimas décadas – com a manutenção do jogo social mais harmônico possível entre as classes, pela via da democracia e do respeito às diferenças de interesses.

Em outra passagem que consideramos seminal para a compreensão dessa complexa engenhoca conjuntural, Coutinho explicita o que seriam as bases materiais para a tática do “reformismo revolucionário”:

o aumento da produtividade do trabalho permite agora que a exploração do trabalhador passe a ser feita também através da mais-valia relativa, ou seja, permite um aumento simultâneo do lucro capitalista e da taxa de acumulação, por um lado, e, por outro, da massa salarial apropriada pelos trabalhadores. O jogo já não é mais de soma zero. É isso que cria o espaço econômico para concessões, ou seja, para que novos interesses se façam representar na formulação de políticas estatais. Então, eu diria que, por um lado, a velha ordem liberal, pressionada pela expansão dos direitos políticos, tende a se converter cada vez mais em liberal-democracia; e que, por outro, com a ampliação dos direitos sociais, chega-se finalmente ao que hoje se conhece como Estado do Bem-Estar (que poderíamos chamar de social-democracia). (Coutinho, 2006: 54)

Fica sugerido, portanto, que Coutinho concebe a ampliação dos direitos políticos, desde o século XIX, como parte de um longo processo de conquistas dos trabalhadores que, se acumuladas e com direcionalidade, podem servir à construção do socialismo. A direcionalidade é o socialismo, e o acúmulo, que deve ser norteado por ela, é o reformismo revolucionário. De passagem, vale lembrar que esse mesmo autor, em texto escrito em 2000, segundo afirmou, em face das “dificuldades em que se debatia o PT quando tentava articular, na teoria e na prática, democracia e socialismo”, declarou:

Penso ser chegado o momento de superar definitivamente os anátemas resultantes da divisão do movimento operário em 1917 (divisão pela qual, decerto, a social-democracia é em grande parte responsável) e reconhecer claramente que essa opção dos social-democratas pelo reformismo possibilitou às classes trabalhadoras do ‘Ocidente’ significativas e duradouras conquistas sociais e democráticas, certamente mais amplas – sobretudo no que se refere à democracia – do que aquelas obtidas nos países ‘orientais’ que seguiram um caminho não capitalista (nos países do chamado ‘socialismo real’). (Coutinho, 2008a: 44)

De modo muito semelhante, a Abrasco, em 1985, lançou um documento em que deixava clara a necessidade de avanços imediatos ou os mais próximos possíveis do momento da luta (Cebes, 2008b). Queremos dizer de chofre que não reside aí o substrato da nossa crítica. A questão decisiva é quando a luta pelo imediato consome todas as energias e se descola da luta mais abrangente,

quando a tática subjuga a estratégia, como ocorreu nessas últimas décadas com o movimento sanitário e com a esquerda democrática. Assumindo a problemática, cerca de vinte anos mais tarde, Paim (2008b: 22) provocou: “por que a Reforma Sanitária Brasileira não cumpriu o que prometeu?” Sua resposta foi direta: a Reforma Sanitária “institucionalizou-se por filtros”, isto é, alçou-se ao aparelho de Estado, mas foi também tragada por ele à medida, justamente, que se institucionalizava. O mesmo Paim aprofunda a análise e enriquece a resposta à pergunta que formulou, dando contornos estratégicos ao problema, que ajudariam a explicar o recuo dos horizontes da luta:

As análises realizadas durante a 8ª CNS identificavam dois pactos durante a redemocratização: o liberal-burguês e o democrático-popular (...). Essa análise da correlação de forças apontava para os limites de as classes trabalhadoras sustentarem reformas sociais mais amplas. Assim, a luta pela cidadania, não obstante a sua identidade social-democrata, representaria um ‘pré-requisito’ para projetos mais avançados, a exemplo da Reforma Sanitária. (Paim, 2008b: 270-271)

Fleury Teixeira, que ao lado de Paim, na primeira metade da década de 1980, defendeu a tática da institucionalização, retoma os termos da autocrítica:

a estratégia reformista de ocupação de espaços ‘estratégicos’ e a quase absolutização da mudança ao nível formal da institucionalidade democrática encaminharam a Reforma Sanitária para fora das organizações sociais, acunhando-a nas torres da academia, nos gabinetes da burocracia e nas antessalas do Parlamento. A pergunta que permanece nos debates é em que medida esta estratégia estava informada por um paradigma no qual as estruturas tomaram o lugar dos sujeitos, enfim, da própria história? (*apud* Stotz, 1994: 264-265)

A autora destaca aqui, mais uma vez, o peso de um determinado marxismo (estruturalista), contra o qual já advogava em 1989 como responsável por uma concepção enviesada do Estado e, em consequência, também da sociedade civil – que terminaria contribuindo com a formulação de táticas também enviesadas para o movimento sanitário. O ponto acerca do qual gira a análise (a via institucional), no entanto, extrapola esses limites, isto é, o viés estruturalista é apenas mais um elemento a ser considerado, mas nem de longe o único.

A autocrítica não abrevia o nosso trabalho, uma vez que nos seus termos podem ser identificados os mesmos problemas que deram ensejo à formulação

original da tática. Digna de nota é a distância que há – e isso não se constitui em particularidade ou imperícia dos autores militantes – entre a avaliação do percurso do movimento sanitário e o movimento mais geral da classe trabalhadora. A Reforma Sanitária figura como o próprio sujeito da luta (Elias, 1993). A conjuntura é chamada apenas para fornecer os obstáculos que supostamente travaram a transformação pretendida pelos sanitaristas. Como correlato do que acabamos de apontar, arriscamos dizer que não se trata propriamente de uma autocrítica, mas da identificação de acidentes de percurso. A tática sai ileso, embora pareça desancada. Não fosse o grau exagerado de institucionalização, talvez os problemas não tivessem sido tantos, parecem indicar os autores.

Uma determinada compreensão do Estado e da sociedade civil (concebidos numa relação de opostos) contribuiu para a formulação e para uma prática política na consecução dessa e de outras táticas do movimento. Alguns temas específicos, que atravessaram a agenda política dos sanitaristas, são especialmente representativos dessa compreensão e úteis para a nossa análise: o papel da iniciativa privada no sistema de saúde brasileiro e a regulação que dela cabia ao Estado, o papel dos partidos políticos na mediação entre esse mesmo Estado e a sociedade civil, além do empenho pela democratização desse Estado que, em última análise, forneceria as bases para uma relação mais saudável, menos viciada, com a sociedade civil. Este último ponto o abordaremos no capítulo seguinte. Tratemos dos dois primeiros na sequência.

Diga-se, de antemão, que o que pretendemos apresentar é sumamente significativo exatamente porque os sanitaristas compreenderam sempre os interesses privados na saúde como opostos à agenda de reformas que propunham para o setor (Cebes, 2008e; Gerschman, 2004; Escorel, 1999, entre outros), mas também ilegítimos, como veremos, sob a vigência da ditadura, posto que escusos. E, por oposição, a normalidade democrática significaria dizer que, uma vez em condições de suposta igualdade (sob um regime formalmente democrático que, vigiado pela sociedade civil, não privilegiaria uns ou outros), seria legítima a disputa em tal arena. Em suma, o Estado, porque ditatorial, seria um inimigo por ser ilegítimo. Quando, com a redemocratização, recuperasse a sua legitimidade, se não deixasse de ser inimigo, passaria, no mínimo, à condição de disputável.

Atentemos para o relato de Paim a respeito do chamado de Arouca na abertura da 8ª CNS. Lembremos que o texto do sanitarista baiano é de fins da primeira década dos anos 2000, quando o “porre democrático” já tinha virado ressaca:

Pediu licença aos profissionais para destacar um convidado especial – a sociedade civil brasileira organizada, conclamando a CNBB [Confederação Nacional dos Bispos do Brasil], a ABI [Associação Brasileira de Imprensa], a OAB [Ordem dos Advogados do Brasil], as confederações nacionais de trabalhadores, associações de bairros, sanitaristas, pesquisadores, trabalhadores de saúde, *inclusive entidades ligadas ao setor privado*. (Paim, 2008b: 121, destaque nosso)

Observemos agora Arouca, diretamente, em seu discurso célebre:

Há alguns dias atrás, algumas entidades ligadas ao setor privado se retiraram da Conferência, alegando que, como representavam uma grande percentagem dos serviços de saúde prestados ao país, deviam ter maior número de delegados (...). Mas eu lamento profundamente a sua ausência, porque nesta Conferência está se tratando de criar um projeto nacional que não pretende excluir nenhum dos grupos envolvidos na prestação de serviços, na construção da saúde do povo brasileiro. Assim, a eles queria deixar uma mensagem: que, mesmo na sua ausência, vamos estar defendendo os seus interesses, desde que estes não sejam os interesses da mercantilização da saúde. Portanto, todo aquele empresário que está trabalhando seriamente na área da saúde, na qualidade da sua competência técnica e profissional, não precisa se sentir atemorizado, porque aqui ele vai ser defendido. (Brasil, 1987: 39)

Voltemos a Paim e seu comentário:

Esta convicção democrática, assentada no respeito a possíveis oponentes, implicava um *agir comunicativo* na esfera pública a exigir argumentos para sustentar o projeto da Reforma Sanitária (...). Esta foi a convocação para um projeto nacional que tomava a Reforma Sanitária como referência para as mudanças necessárias com vistas a uma sociedade democrática e socialista no Brasil. (Paim, 2008b: 121-122, destaque nosso)

Eis o projeto de conciliação de classes expresso pelo movimento sanitário plenamente caracterizado. A *convicção democrática*, nessa perspectiva, pretensamente acolhe a todos e desconsidera o antagonismo insolúvel entre projetos distintos de sociedade. Tomemos agora para apreciação um documento de 1985 do Cebes, pela sua representatividade:

Frente aos avanços das relações capitalistas na produção de serviços de saúde não podemos simplesmente desconsiderar ou ignorar a iniciativa privada no setor. Não há condições, quer econômicas, quer políticas,

quer técnicas, para no contexto de um regime de transição democrática prescindir-se da iniciativa privada, responsabilizando-a simplesmente pelos problemas de nossa assistência à saúde. *Um Estado legítimo* e como principal agente financiador possui instrumentos e mecanismos suficientemente eficazes para superar muitos desses problemas. Desde que se proponha a enfrentar de modo realista as relações com os produtores privados e desde que na definição de suas políticas haja *possibilidade de participação dos diversos segmentos sociais interessados*, as políticas de saúde estatais têm condições de orientar, fiscalizar e promover estímulos àquelas modalidades que se revelam nessa conjuntura, adequados às necessidades assistenciais, (Cebes, 2008c: 161-162, destaques nossos)

O que fica patente, embora se afirme noutra parte do documento que o encaminhamento de soluções para o setor Saúde não poderá advir de medidas meramente racionalizadoras, é que se reputa à gestão do setor uma importância maior do que a devida. A aposta caiopradiana num Estado que dirija a iniciativa privada se mostra plenamente. Dito de outra forma, a gestão não seria capaz, sozinha, de resolver a sociedade (permeada pelo autoritarismo estatal), mas uma vez resolvida a sociedade, a gestão ganharia centralidade, uma vez que passaria a contar com a participação de amplos setores sociais na definição de políticas de saúde e controle de sua implantação. Em suma, em vez da luta de classes que permeia o todo indivisível formado por Estado e sociedade civil, a centralidade do conflito passaria a residir na suposta fronteira entre esse mesmo Estado e a sociedade civil, isto é, a burocracia. Fleury Teixeira (1988: 201) não deixa dúvida: “Não se trata mais de organizar a sociedade em torno de um projeto de transformação do Estado, mas se requer a utilização, o manejo do aparelho estatal na direção proposta”. Não se trata mais de transformar o Estado, mesmo que transitoriamente, mas de assumi-lo assim como se configura no interior de uma formação social burguesa. Antes um Estado nocivo, porque ditador; agora um Estado ocupável, porque democrático. Eis a equação central, segundo interpretamos, a guiar o movimento sanitário e sua tática institucional.

O elogio da sociedade civil, pela crítica do Estado (ilegítimo), por um lado, e do mercado, por outro, também se mostra presente mesmo em autores pouco representativos do movimento sanitário. Luiz Felipe Moreira Lima, que assina um trabalho incluído na coletânea de textos clássicos do Cebes, mas publicado originalmente em 1987, afirma:

A prática tem demonstrado que o Estado não tem cumprido o seu papel previsto, nem a livre iniciativa suprindo as comunidades daqueles bens com a necessária qualidade. Houve, e ainda há, um conluio entre o Estado e os interesses econômicos e políticos, que redundam no enfraquecimento do poder das comunidades. (Lima, 2008: 126)

É interessante notar a aposta do autor num papel *previsto* do Estado de impedir, sustar ou regular, que seja, a penetração de interesses particularistas em suas próprias estruturas, de modo a não permitir o enfraquecimento do *poder das comunidades* – entenda-se, da sociedade civil. Eis a base da noção de *ilegitimidade* do Estado, construída ainda durante a ditadura, pela denúncia, embora legítima e acertada no cotidiano da luta política, da promiscuidade entre interesses públicos e privados assinalável também no período da ditadura empresarial-militar.

Sigamos nosso percurso. Vejamos agora o que está dito num documento do Cebes de 1985:

Claro está que um Projeto de Sociedade com estas características implica na participação política de todos os segmentos sociais em sua elaboração e implementação, o que pressupõe amplo debate de ideias num contexto de livre organização da sociedade civil, fortalecimento dos partidos políticos e da representação política e [no] nível do aparelho de Estado. (Cebes, 2008c: 159)

Como se pode conferir nos parágrafos que antecedem esse trecho do documento, a reação que implicaria outro *projeto de sociedade* é ao regime militar. A democratização parece valer como o signo da transformação. As diferenças estruturais, de base econômica, não são lembradas, mas o *amplo debate de ideias*, a partir da *livre organização* dessa sociedade civil, bastaria. Ou seja, a igualdade jurídico-política e a garantia da livre expressão e da livre organização, justamente o que um Estado autoritário costuma ferir – seja porque se ignora a centralidade das questões de base econômica, seja porque se considera que elas podem ser resolvidas ou amenizadas por meio do debate de ideias e da disputa política no interior da ordem burguesa, ou ainda pela aposta na construção, plural, de um projeto de sociedade.

Há um deslocamento do referencial da luta de classes com a redemocratização. A interpretação da tática por Gallo e Nascimento se mostra sumamente representativa do que desejamos apontar. Embora reconhecendo o caráter abrangente da luta que se travava no setor saúde (o que é diferente, ressaltamos, de compreender a luta setorial inserida na luta de classes), os autores

fazem uma distinção: “seria errôneo (...) remeter a luta na área da saúde à dicotomia classe operária *versus* burguesia, sob pena de estreitar a base social e política do Movimento Sanitário, e colocar em xeque o próprio projeto hegemônico” (Gallo & Nascimento, 2006: 93). Isto é, a negação da luta de classes se dá por conveniência e, da forma como se apresenta essa sentença, o conceito de hegemonia, em Gramsci, se reduziria, como já dissemos, a um grande pacto.

Desse ponto da análise podemos desdobrar outro, que diz respeito à postura do movimento sanitário ante os partidos políticos e à sua relação com os receios da partidização da luta. Seja pela compreensão tática, declarada, de que essa aproximação poria em risco a unidade do movimento e acarretaria o estreitamento de suas bases de sustentação, seja pela via de justificação que colocava a saúde acima dos interesses parciais de cada agremiação partidária, estes foram sempre os grandes ausentes da teoria e da prática política dos sanitaristas (Cohn, 1989) – embora suas lideranças tivessem, quase todas, vinculação partidária. O interlocutor direto do movimento foi sempre o Estado (Elias, 1993), durante a ditadura e depois dela. No momento auge do movimento, a 8ª CNS, os partidos estavam também distantes (Rodríguez Neto, 2003). Este foi outro dos problemas percebidos, se não por todos, pelos mais argutos sanitaristas:

No caso brasileiro, a base social do Movimento Sanitário está concentrada, desde suas origens, nas camadas intelectuais e [na] burocracia pública, progressiva, mas esporadicamente ampliando essa composição com a inclusão das organizações sindicais e dos movimentos populares. A ausência de partidos e organizações sindicais na base de apoio à reforma tem como consequência o deslocamento da luta para dentro do aparelho de Estado, correndo o risco de, ao assim fazê-lo, reduzir ainda mais as possibilidades de fortalecer uma organização social autônoma. (Fleury Teixeira & Mendonça, 2006: 209)

Scorel, outra presença importante nessa avaliação permanente, sai em socorro do movimento e dos acertos de suas opções táticas:

o Movimento Sanitário fez valer uma de suas outras características que é o estabelecimento de alianças com setores progressistas, populares ou não, comprometidos com a luta. O que lhe permitiu consolidar alianças, manter-se enquanto movimento orgânico e organizado, foi ‘conceber a unidade como valor estratégico’ e tratar a questão da saúde como questão nacional. (Scorel, 2006: 186)

Não estaremos carregando nas tintas se afirmarmos que há aqui uma indicação clara de aliancismo de classes em nome da questão da saúde, que estaria, supostamente, acima dessas diferenças. A linha de corte é bastante generosa e imprecisa: o comprometimento com a luta. Scorel talvez estivesse fazendo uma referência indireta a parlamentares de partidos conservadores, quem sabe. Mas de um modo ou de outro o que há é uma secundarização do jogo de forças entre as classes, que necessariamente está além dos indivíduos. Há também a questão da *unidade como valor estratégico*, mas não sabemos ainda a que custo. Voltemos à autora:

O Movimento Sanitário pode ser considerado como um *intelectual coletivamente orgânico* das classes trabalhadoras no campo de luta da saúde. Ainda se depara com o ‘fantasma da classe ausente’, já que no seu processo de desenvolvimento não foi capaz de estabelecer, de maneira permanente e profícua, não apenas alianças com os setores subalternos, mas sim a construção de uma estratégia comum de luta e de operacionalização do novo. (Scorel, 2006: 186-187, destaque do original)

Com base nessa passagem, o sentido das afirmações fica prejudicado. O movimento sanitário teria conseguido se fazer intelectual orgânico, por simples ato de vontade, de uma classe que não o reconhece nessa posição. Parece que esta é uma declaração flagrante da essência institucionalista do movimento, em que pesem as relações que construiu com os movimentos populares, mas que também dispensou quando julgou oportuno para dar consecução às formulações que trazia desde a origem. Como pensar, então, em unidade, sobretudo como valor estratégico? Scorel está, de novo, inflacionando a importância do setor Saúde e disputando posição com a própria classe trabalhadora pela qual o movimento se dispôs a lutar. A despeito das relações, mais ou menos intensas, e da adesão ou não da classe na luta setorial com potencialidades abrangentes, o aspecto central para a autora é a unidade do movimento sanitário.

Agora, Fleury Teixeira e Maria Helena Mendonça é que retornam para contribuir com o esforço explicativo iniciado por Scorel:

A fragilidade do Movimento Sanitário decorria principalmente da incapacidade de ampliar suas bases de apoio, de forma a englobar os supostos principais interessados na mudança da política de saúde: a população deserdada pelo modelo econômico altamente concentrador levado a cabo pelos governos autoritários (...). Apenas uma pequena parcela

distinguiu-se dessa massa pouco politizada, estando organizada nas CEBs [Comunidades Eclesiais de Base] vinculadas à Igreja Católica progressista, adepta da Teologia da Libertação. Neste caso, porém, predomina uma ideologia radical que rejeita qualquer possibilidade de alteração na política pública como estratégia de mudança social. (Fleury Teixeira & Mendonça, 2006: 206-207)

Em suma, os poucos que havia não serviam. As autoras reafirmam Escorel: “o Movimento Sanitário preservou sempre seu caráter suprapartidário e policlassista, condição essencial para manutenção da unidade política” (Fleury Teixeira & Mendonça, 2006: 206). Atentemos para o fato de que as táticas do movimento concebiam a relação com a sociedade civil sempre tendo em vista a mediação passível de ser exercida pelo Estado. Vejamos outra significativa passagem da dupla:

A visibilidade que a questão da saúde começava a alcançar expressou-se também ao nível do Parlamento, onde, em associação com o Cebes, foram realizados importantes simpósios discutindo a política de saúde (...) o papel importante desempenhado por estes simpósios ficou por conta do encontro, *em igualdade de condições*, dos vários protagonistas do setor saúde: empresários, burocracia, Movimento Sanitário (...). Assim, o valor simbólico dos debates travados nos Simpósios de Saúde foi o de trazer para uma arena democrática os interesses divergentes no campo das políticas de saúde, o que certamente contribuiu para alterar auto e heteroidentidades políticas dos diferentes grupos. (Fleury Teixeira & Mendonça, 2006: 206, destaque nosso)

Eis, mais uma vez, o viés da leitura de realidade feita pelos intelectuais do movimento sanitário. A aposta de todas as fichas na redemocratização via como manifestação máxima da democracia que se restabelecia a participação de diversos setores da dita sociedade civil em, como se acreditava, *igualdade de condições*, nos espaços institucionais. Este é o substrato da *unidade* do movimento sanitário, supostamente resultante da defesa de um perfil *suprapartidário e policlassista*. Ao que parece, os sanitaristas fizeram *tabula rasa* dos antagonismos de classe em nome de conciliações e consensos possíveis na política partidária do Parlamento. Evidentemente que uma política de coalizões reúne interesses divergentes, mas não todo e qualquer interesse divergente. A coalizão é uma tática de enfraquecimento do inimigo de classe e não o ponto de chegada (Marx & Engels, 1850). Coalizão com setores progressistas não é o mesmo que interesses divergentes em condições de

igualdade. A tomada da disputa hegemônica apenas como disputa no plano das ideias é que conferiria sentido à afirmação de que esses encontros permitiriam uma *troca*, uma influência mútua entre classes.

A ocupação, desde bem cedo, dos espaços institucionais por parte do movimento sanitário, não coincidentemente, pôs em segundo plano a construção sólida de uma unidade teórica (secundária para a manutenção do viés institucionalista) e política (secundária ante a existência de um inimigo comum representado pela ditadura empresarial-militar), bem como o debate profundo sobre as opções táticas e estratégicas. Ocupar ou não o aparelho de Estado, manter-se na luta setorial ou avançar além dela, aproximar-se ou não das lutas populares, foram, entre outras, problemáticas que nunca assumiram um peso estrutural para a manutenção do próprio movimento. Em paralelo aos embates que houve, o movimento sanitário se manteve da forma como se criou: institucionalizado. Ajustemos alguns ponteiros.

Há que se perguntar no que consiste a dita *legitimidade* do Estado, uma vez que ele seguiu cumprindo a sua função precípua de classe a despeito da forma política que tenha assumido conjunturalmente. Tal bandeira, portanto, embora válida na disputa política, como discurso que pode construir unidade, parece não servir como critério de leitura do papel e das funções do Estado sob o capitalismo, seja ele do centro, seja da periferia do sistema. O segundo problema diz respeito ao que, supostamente, além de conferir a tal legitimidade ao Estado, permitiria não só vigiá-lo de perto, bem como garantir o consenso entre desiguais: a participação de todos os segmentos sociais interessados nos negócios do Estado. Ora, se o papel de classe desse Estado, supostamente, amainou-se, o que se poderia esperar é que sobre os ombros da democracia (formalizada, institucionalizada) fossem lançadas todas as expectativas de solução dos problemas do setor Saúde. O fato de se reconhecerem contradições fundamentais não elide a percepção enviesada que descuida dessas mesmas contradições como óbices que são à construção de um consenso entre os desiguais fundamentais. E ainda: parece despolitizada a noção de consenso dos sanitaristas, nesses termos que apontamos, uma vez que fica a impressão de que se poderia sempre alcançar, mesmo entre desiguais inconciliáveis, o melhor possível para todas as partes (classes).

Não será demais chamar a atenção para o fato de que o Estado significou sempre, para a EDP, *sujeito* ou *coisa*, como bem caracterizou Poulantzas. Os sanitaristas trataram como verdade consagrada, diria Caio Prado, a ideia de que, porque as relações sociais entre uma sociedade civil frágil, no Brasil, e

um Estado forte foram historicamente presentes, as transformações deveriam ser conduzidas necessariamente pelas mãos desse mesmo Estado, *demiurgo*. Se bem notarmos, ainda, eis um dos aspectos do dilema reformista: uma pretensa contra-hegemonia institucionalizada, que guarda, por sua vez, sérias aproximações com a atrofia da estratégia da pinça, como vimos no capítulo anterior.

Para o movimento sanitário, o que foi apenas e tão somente uma *forma* do Estado de classe da burguesia figurou como o próprio Estado, em uma suposta essência neutra. A forma ditatorial concentrou toda a carga da crítica, que permitiu, por sua vez, a aposta na sua disputa, supostamente garantida pelo processo de redemocratização. A partir de então, a receita era manter sob nocaute o autoritarismo pela extensão, *ad infinitum*, da participação democrática – como síntese máxima do consenso originado do conflito aberto, direto e legítimo.

O papel do consenso nas sociedades complexas, como apontou Gramsci, é produto do acirramento da luta de classes, e não resultado de uma dominação burguesa mais amena. As bases materiais do consenso denotariam precisamente as concessões que a burguesia, sob o Estado ampliado, precisaria fazer para se manter hegemônica. A constatação da maior força conquistada pelos trabalhadores por meio de seus aparelhos privados de hegemonia levou muitos a acreditarem que o poder de classe da burguesia estaria, desde então, constantemente posto contra a parede. Isso não parece de todo verdade, posto que se de fato, a partir de dado grau do desenvolvimento histórico das relações capitalistas, a burguesia não pôde mais ignorar o seu inimigo de classe, também soube sofisticar as suas próprias ferramentas de luta, a ponto de dificultar e, em algumas conjunturas específicas, neutralizar o poder das classes trabalhadoras, no Brasil e em outras partes. Mas se o consenso é a garantia de que a representação de interesses, guardadas as proporções das forças em jogo, tem espaço para ser exercida nas sociedades modernas e complexas, é também, ao mesmo tempo, a certeza de que foram mantidas as condições de reprodução do capital.

O consenso não pode ser tomado de modo descolado das forças representadas pela classe ou frações de classe, isto é, consenso é sempre o *consenso possível*, resultante de um embate. Se todos perderem ou não saírem plenamente vitoriosos, uns evidentemente perderão muito mais do que outros. Na base do consenso está, em última análise, o poder de coerção. Ou como bem lembrou o próprio Coutinho (2006: 56): “quando dois direitos iguais se enfrentam, o que decide – em última instância – é a força”.

Para finalizar, o sempre citado Paim, em texto de 1997, remetendo-se ao debate de fins dos anos 1980 sobre os gargalos e potencialidades da Reforma Sanitária, apresenta os riscos de uma crítica obsessiva que a todo tempo aponta o que a Reforma não é, desconhecendo-a na realidade. Paim argumenta corretamente que, uma vez inserida a Reforma Sanitária numa “totalidade de mudanças”, deve ser parte da radicalidade do processo “uma certa distância entre realidade e projeto na medida em que novos propósitos sejam historicamente estabelecidos”. E completa: “Não parece convincente, portanto, aguardar o ‘Grande Dia’ em que seria declarada, finalmente, a implantação da Reforma Sanitária” (Paim, 1997: 15-16). A referência negativa feita por Paim, por analogia, ao modelo russo de revolução fica sugerida. Ao considerar válida a sua ressalva, tomaríamos a liberdade de completar o seu raciocínio, em se tratando de processo dialético, próprio de uma *totalidade de mudanças*, para também por analogia à recusa do Grande Dia lembrar que não se trata, porém, de considerar que o *movimento seja tudo e o objetivo final não seja nada*.