

Prof. Aurora

aula 3

REFLEXÕES TEÓRICAS SOBRE DEMOCRACIA E REFORMA SANITÁRIA

Sonia Fleury Teixeira

1. SAÚDE: DETERMINAÇÕES ESTRUTURAIS E CIDADANIAS

A introdução da concepção histórico-estrutural à área de saúde inaugura um novo paradigma no conhecimento da relação entre medicina e sociedade e conseqüentemente do papel do Estado nessa relação.

O aprofundamento do estudo sobre a relação entre Estado e Saúde sob a ótica histórico-estrutural se dá pela reafirmação do caráter de classe das sociedades modernas, cujo reconhecimento torna-se vital à análise dos determinantes do crescimento da intervenção estatal na sociedade em geral, particularmente na saúde.

Em poucas palavras, podemos identificar as relações entre a estrutura de classes e as políticas e práticas no campo da saúde em três níveis:

— ao nível econômico, através das diferentes necessidades de reprodução ampliada do capital que incidem ou se realizam através do setor saúde;

— ao nível político, ao compreender as políticas de saúde como parte do processo de legitimação do poder do Estado, e, conseqüentemente, da manutenção do domínio de classe;

— ao nível ideológico, ao desvendar as articulações entre a produção científica, as práticas sociais e o conjunto de valores que organiza o universo cultural e moral dos profissionais de saúde, com a inserção desses agentes na estrutura social.

Embora esse seja um esquema abrangente, que pode dar conta de uma multiplicidade de aspectos envolvidos na dinâmica atual de saúde, superando todos os modelos teóricos precedentes, sua maior limitação reside no tratamento dado aos diferentes níveis analíticos mencionados.

Nesse sentido, observa-se que todas as interpretações convergem para a explicação mais fundamental, relativa às articulações entre saúde e produção econômica. Os níveis político e ideológico, embora presentes, não recebem um tratamento capaz de elucidar não só sua dinâmica própria, como também as relações contraditórias com os outros níveis. Reproduzem-se no campo da saúde as dificuldades encontradas no marxismo com relação à problemática da determinação entre os níveis infra-estrutural e super-estrutural.

A incorporação do método e categorias marxistas ao setor saúde convergiu para a construção de um esquema analítico da intervenção do Estado através das políticas de saúde. Inicialmente, a partir da categoria *medicina estatal*, buscava-se apreender tanto as modificações do aparelho do Estado como resposta às alterações do papel da medicina no processo de acumulação, quanto as modificações na própria prática médica enquanto uma ação estatal.

Esses estudos convergiram para a busca de explicações para o crescimento da intervenção estatal no setor, estabelecendo um modelo de determinações simultâneas em que esse fenômeno era creditado "ao crescimento das necessidades sociais, que são determinadas tanto pelo processo de acumulação de capital como pela elevação do nível da luta de classes" (Navarro, V., 1983: 88-100).

Essa afirmação fazia-se acompanhar por duas precauções metodológicas:

1ª "Não há uma única explicação para políticas sociais: elas se explicam pela combinação, e a natureza e o número destas combinações dependerão das origens históricas de cada fator, da forma política que os fatores determinem sua relação com os outros e de sua função nessa formação social específica;

2ª "não há um corte dicotômico claro entre as necessidades sociais do capital e as demandas sociais do trabalho. Qualquer política utilizada pode servir a ambas" (1983: 147).

A primeira característica desse modelo explicativo é o abandono da noção de causalidade e sua substituição pelo conceito de determinação. Assim, a concepção de determinação, oriunda da categoria determinação social do processo saúde/doença, permite superar mesmo os modelos multicausais, ao introduzir a noção de determinações contraditórias e simultâneas decorrentes de necessidades do capital e do trabalho.

Embora o modelo pretendesse incorporar a análise da determinação como desenvolvimento e superação de contradições dialéticas, na verdade suas aplicações ficaram muito aquém das intenções. Provavelmente como consequência do pouco desenvolvimento das discussões ao nível epistemológico, a utilização do modelo de determinação tem sofrido freqüentes truncamentos mecanicistas, ao procurar enquadrar as políticas sociais ora sob o ângulo da acumulação, ora sob a perspectiva da legitimação.

Apesar da grande utilização desse modelo na explicação das políticas de saúde, e, por certo, de sua grande utilidade como instrumental analítico, há necessidade de estudos epistemológicos que busquem desenvolver a noção de determinação da intervenção estatal no campo da saúde.

Eis algumas questões que mereciam ser aprofundadas:

— As relações entre modelos de causalidade distintos: a social, em busca de especificidades históricas, e a biológica, que trata das generalizações ao nível da espécie. Embora essas questões tenham sido tratadas no âmbito da epidemiologia social, a mera transposição do conceito de determinação para o campo da análise política da intervenção do Estado não pode ignorar que ao lidar com políticas de saúde deve-se recorrer a outros parâmetros.

— As relações de determinação em última instância do econômico e a sobredeterminação dos níveis superestruturais — político e ideológico — no campo da saúde. A mera identificação de uma periodização da prática médica e dos modelos de organização dos serviços como decorrência das demandas ao nível do processo produtivo não tem sido capaz de dar conta da dinâmica contraditória introduzida pelas determinações situadas ao nível das lutas políticas na esfera da reprodução e dos valores e ideologias que se reproduzem no campo da saúde e no interior da prática médica.

— A relação dialética entre as necessidades do capital e as do trabalho, que incidem e conformam o campo das políticas de saúde

de modo a evitar uma polarização mecânica entre supostas "políticas sanitárias de acumulação" e "políticas sanitárias de legitimidade", sem, no entanto, cair em uma integração mistificadora dos conflitos e contradições que se expressam ao nível da reprodução.

Finalmente, um último problema relacionado à aplicabilidade desse modelo diz respeito à sua concepção estrutural-funcionalista. Ao pretender deduzir de uma análise estrutural do Estado capitalista as funções das políticas sociais (Faleiros, 1980), termina-se por reduzir a política social (ou toda a política pública) a um mero papel de reprodução do modo de produção nos níveis econômico e/ou superestrutural (Oliveira, J., 1988). Independentemente da evidência acumulada sobre a funcionalidade das políticas sociais no capitalismo, autores como Coimbra (in Abranches, S. H., 1987) apontam alguns problemas embutidos no modelo marxista-funcionalista, tais como a substituição da reflexão sobre causalidade pela lógica da determinação acumulação x legitimidade, a subordinação das manifestações histórico-concretas a um modelo estrutural e, finalmente, a concepção da determinação como fenômeno externo ao Estado.

A simples introdução da noção de interesses de classe não garante que a análise política ultrapasse o nível da reificação das funções das políticas sociais. A questão da análise dos determinantes da intervenção estatal passa assim a requerer uma reflexão mais acurada da própria natureza do Estado, recuperando a noção básica da contradição e de suas manifestações históricas concretas.

A análise da crescente intervenção do Estado através das chamadas políticas sociais requer, pois, que se compreenda o próprio desenvolvimento da cidadania no Estado moderno, configurando padrões de direitos sociais próprios a cada nação.

Se a coerção estatal é sua própria condição de emergência, enquanto instância separada do econômico, não há como negar sua atuação na articulação do consenso, que vai requerer a busca do fundamento de sua legitimidade em um lugar que seja a negação do fracionamento e da luta que se dão na sociedade.

A cidadania é, ao nível político, a abstração necessária à constituição, fundamento e legitimidade do poder político. Enquanto abstração, que implica uma igualdade formal entre os indivíduos isolados perante o Estado, é condição de reprodução da dominação social desde que nega a existência das relações contraditórias de exploração. Nega inclusive a existência de atores coletivos, classes sociais e seus

interesses antagônicos — sendo portanto essencial para a construção da ideologia liberal do Estado como representante da vontade coletiva.

Este efeito de mascaramento é responsável pela reprodução social na medida em que a condição de cidadania passa a ser o fundamento do dever político, ampliando o consenso relativo à ordem política, reservando assim à coerção física uma posição permanente, porém virtual. No entanto, se por um lado a cidadania enquanto relação individual de direito entre o cidadão e o Estado, é a negação da existência das classes sociais, por outro lado, seu reconhecimento, contraditoriamente, foi imprescindível para a constituição, organização e luta das classes dominadas.

Assim como o Estado capitalista é mais que um instrumento da dominação burguesa, devendo ser compreendido em sua natureza complexa, da mesma forma a cidadania é mais que uma mistificação da relação de igualdade burguesa, sendo necessário compreendê-la em sua gênese e desenvolvimento, para além de sua funcionalidade.

A análise dos determinantes da intervenção do Estado através das políticas sociais leva em consideração, inicialmente, duas ordens de fatores: primeiro, que a política social é a resultante possível e necessária das relações que historicamente se estabeleceram no desenvolvimento das contradições entre capital e trabalho, e, ao mesmo tempo, é fator determinante no curso posterior da relação entre as forças sociais fundamentais; segundo, que para o campo das políticas sociais confluem interesses de natureza diversa e mesmo contraditórios, advindos da presença dos atores na cena política, de sorte que a problemática da emergência da intervenção estatal sobre as questões sociais encontra-se quase sempre multideterminada.

Podemos agrupar os determinantes da intervenção estatal em duas grandes categorias: as necessidades decorrentes do processo de acumulação capitalista e a luta pela hegemonia.

Como será possível observar, mesmo buscando tratar a questão da determinação da intervenção estatal a partir de uma visão que recupera a contradição e reintroduz a luta de classes no interior do próprio Estado, vemos que o esquema analítico baseado nas funções de acumulação X legitimidade acaba por impor restrições à dialética necessária à compreensão da luta pela hegemonia.

No entanto, apesar das limitações representadas pela incorporação de um modelo de determinação oriundo de uma concepção restrita do Estado foi precisamente o aprofundamento dessa discussão

— a nível da determinação da política de saúde — que requereu (e ainda requer) uma ampliação da concepção do Estado.

Ao tratar a dicotomia acumulada X legitimidade foi necessário introduzir a problemática da luta e dos interesses de classe na formulação e implementação das políticas sociais. Os interesses das classes dominadas foram, no início, tratados unicamente como capazes de mobilizar uma ação totalizante e cooptadora via políticas sociais, pelas quais reforçava-se a dominação de classes e legitimava-se o exercício do poder estatal. Ao introduzir os interesses das classes dominadas, mesmo que subordinados, colocou-se a perspectiva e necessidade de se tratar o Estado de forma a comportar a análise da luta de classes. A incorporação das análises dos teóricos marxistas contemporâneos a respeito do Estado possibilitou transpor a compreensão da política pública para além de seu caráter legitimador, como um espaço na luta pela manutenção da hegemonia ou na consolidação de propostas contra-hegemônicas e formação de um novo bloco histórico.

A tentativa de superação da análise de legitimação pela análise da luta pela hegemonia, pela sua própria origem e trajetória, não pôde ainda construir categorias homogêneas na análise das políticas de saúde. Assim, observa-se frequentemente a utilização do conceito de hegemonia juntamente com uma concepção restrita do Estado, ou conseqüentemente, em franca contradição com uma visão do processo de transformação que absolutiza a "quebra do Estado".

Estas considerações iniciais acerca do modelo de análise dos determinantes da intervenção estatal tiveram o objetivo de apontar caminhos que o nível atualmente alcançado nessa linha de estudos está a indicar como possibilidades em aberto. Não se pretendeu com isso negar validade às análises já realizadas e que constituíram-se na mais profícua vertente interpretativa da questão do Estado na área de saúde.

Um outro campo de aplicação da ciência política à saúde têm sido as análises relativas ao processo de formulação de políticas. Neste caso, procura-se conhecer não apenas os determinantes estruturais da intervenção estatal mas, mais especificamente, os processos históricos que configuram distintos padrões de relação Estado/sociedade, bem como as características dessa configuração no encaminhamento das propostas de mudança do setor saúde. O conhecimento de uma realidade sanitária específica, bem como dos seus processos de for-

mulação de políticas implica considerar o desenvolvimento do aparelho estatal responsável neste campo como um produto do desenvolvimento histórico das relações entre as forças políticas fundamentais. A análise das políticas sociais deverá ter em conta não apenas os modelos de desenvolvimento nacionais como também a ordem política, os regimes políticos que organizam as relações entre os cidadãos, as classes e as instâncias institucionais. Processos políticos implicam, por outro lado, considerar o sistema de representação de interesses e suas conseqüências na política de saúde. Finalmente, todas essas análises convergem para a discussão das estratégias de mudança no setor saúde, isto é, a condução política da Reforma Sanitária.

Como se verá a seguir, a questão da hegemonia só tem seu tratamento mais aprofundado — embora seja ainda muito incipiente — quando rompe-se com o modelo original da dupla determinação em direção à análise das condições de realização da Reforma Sanitária. O estudo da constituição dos padrões de cidadania em distintos contextos nacionais tem inspirado um conjunto de estudos sobre a incorporação das demandas sociais tanto através de um modelo liberal-democrata como a partir do capitalismo autoritário.

O padrão de política social emergente em um contexto de industrialização retardatária foi marcadamente distinto daquele que se originou na liberal-democracia. Em primeiro lugar, há um consenso sobre a necessidade de proteção que perpassa toda a sociedade, e, em segundo lugar, o Estado é o mentor do projeto e não os trabalhadores. Resulta desse processo um sistema de proteção social que não se orienta pelos princípios da universalização e garantia do mínimo vital, mas sim pela diferenciação das categorias de trabalhadores em relação à pauta de benefícios a que têm acesso, quase sempre estabelecidos por uma relação contratual e mantendo uma proporção com as contribuições realizadas pelo trabalhador.

Neste tipo de sistema, além das políticas sociais funcionarem como um mecanismo de preservação das desigualdades do mercado, os benefícios concedidos a certas frações da classe trabalhadora caracterizar-se-iam como privilégios de grupos ao invés de direitos universais da cidadania.

Para Abranches (1984), este padrão conservador traria embutida a lógica da cooptação de setores da sociedade no processo de assimilação das demandas sociais. A segmentação política e legal da classe operária em categorias funcionais, gozando de privilégios di-

preferenciados, tem sido denominada por Santos (1979) sob o conceito de *cidadania regulada*, isto é, regulada pela condição de inserção no mercado de trabalho e sancionada pelo Estado. O desenvolvimento desse modelo de cidadania se faria por expansões horizontais e verticais dos privilégios, e não pela universalização dos direitos. Esse padrão de cidadania regulada pela condição de trabalho tem sido utilizado para descrever a situação latino-americana decorrente das peculiaridades de um processo de acumulação que, além de retardatário, é dependente.

O processo de acumulação latino-americano introduziria características ao nível da composição da classe trabalhadora, cujas conseqüências econômicas e políticas conformariam um padrão distinto de expressão das demandas sociais, bem como de sua assimilação através das políticas sociais.

Diferentemente dos países desenvolvidos, as economias retardatárias/dependentes caracterizam-se pela incorporação de tecnologia elevada e concentradora de capital, de forma abrupta e fragmentada, sem uma articulação orgânica ou um efeito expansivo para o conjunto dos setores produtivos. Essa modalidade desde o início monopolística de organização da produção tem como característica central a heterogeneidade estrutural da economia com a concomitância do processo de expansão das relações capitalistas e a manutenção, como partes integrantes desse processo de acumulação, de formas de inserção na divisão social do trabalho não tipicamente capitalistas (Kowarick, L., 1981: 61). Resulta desse complexo processo de acumulação uma classe trabalhadora altamente heterogênea, com diferentes formas de inserção na produção.

A identidade que será encontrada não será pois enquanto produtores, dada a diversidade apontada, mas enquanto consumidores, na luta por sua reprodução individual e social. Assim como a fábrica é o *locus* da produção, é na família, na casa, no bairro que se desenrolam as lutas na esfera da reprodução. A consciência alcançada, neste caso, é a de cidadania, sendo que a organização não poderá absolutizar o sindicato e o partido. Ao contrário, a proliferação dos movimentos sociais urbanos, de composição policlassista e que tomam o Estado provedor dos meios de consumo coletivos como seu alvo, dá mostras da diversidade apresentada também ao nível da organização.

As possibilidades de articulação entre as diferentes formas de organização passam assim a ser tarefa política fundamental para a superação do caráter fragmentário dos movimentos sociais e da debilidade estrutural do movimento sindical.

2. REGIMES POLÍTICOS E FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS

Se a relação Estado/sociedade pode ser apreendida, do ângulo das políticas sociais, a partir dos distintos padrões de incorporação das demandas, a relação entre regimes políticos e políticas de saúde é mediada pelo processo de formulação e implementação das políticas públicas. Em outras palavras, os sistemas de representação e organização de interesses, os comportamentos e alianças entre atores políticos, suas estratégias e projetos ao nível setorial só alcançam ser compreendidos à luz da análise dos regimes e instituições políticas.

Na América Latina, o principal mecanismo responsável pela proteção social tem sido o sistema de Seguridade Social, que cada vez mais assume um papel predominante no campo da atenção à saúde. A análise política da Seguridade Social identifica dois fatores fundamentais na origem e evolução desses sistemas: os grupos de pressão e a burocracia estatal.

Aqueles que, como Mesa-Lago (1978), enfatizam o papel dos grupos de pressão como fator predominante na evolução de um sistema de Seguridade Social estratificado chamam atenção para o fato de que, quanto maior o poder de pressão dos grupos, maior o número e melhor a qualidade dos benefícios obtidos, enquanto é menor a sua contribuição ao sistema. Para estes analistas, os partidos políticos, e a burocracia estatal participam da definição do modelo de proteção social sempre de forma secundária à atuação dos grupos de pressão.

Autores como Malloy (1983) enfatizam especialmente o papel do Estado em mãos das elites governamentais que, embora respondendo às pressões dos grupos de interesse, deu uma resposta seletiva e altamente política a essas demandas. Assim, os programas de proteção social constituiriam uma forma de acomodação corporativista de grupos sociais emergentes, particularmente dos trabalhadores nos modernos setores capitalistas da economia.

Qualquer uma das vertentes explicativas tem demonstrado, com inúmeras evidências, a aplicabilidade de seu esquema analítico. No entanto, a menos que essas evidências sejam referidas a uma análise mais abrangente tanto da relação Estado/sociedade quanto dos regimes políticos e seus processos institucionais, corre-se o risco de não se ultrapassar o nível descritivo.

Outros autores (Oliveira, J. A. e Teixeira, S. M. F., 1986) procuram assim estudar o comportamento tanto da burocracia quanto

dos grupos de interesses nos contextos políticos que têm marcado a trajetória da maioria dos países latino-americanos: os governos populistas, os regimes burocrático-autoritários e, recentemente, os períodos de transição democrática.

Nos regimes populistas houve uma crescente politização das relações sociais, e o mecanismo institucional previdenciário foi fundamental na cooptação de frações dos trabalhadores ao projeto estatal, ao mesmo tempo em que funcionava como canal eficiente de escoamento da demanda política e social desses grupos. O resultado desse processo foi a criação e consolidação de sistemas previdenciários fragmentados, iníquos e pouco abrangentes, que, mesmo assim, representaram um avanço significativo nas condições de vida da população trabalhadora coberta pelo sistema.

A política social caracterizou-se então por ser, ao mesmo tempo, um sistema de exclusão política e social de certos grupos ocupacionais (camponeses, domésticas, autônomos); um sistema de privilégios diferenciais para os grupos mais poderosos (militares, servidores, frações da classe trabalhadora); um mecanismo institucional, administrativo e legal fragmentado, múltiplo e diversificado. Neste sentido, o sistema institucional da seguridade social foi parte atuante de um modelo de corporativização da sociedade que preservou o predomínio de um Estado forte enquanto segmentava a classe trabalhadora em categorias funcionais, através de uma incorporação alienada que impedia sua percepção enquanto classe e sua transcendência em direção aos direitos universais de cidadania.

O colapso do populismo associa-se ao acirramento das contradições no interior da coalização dominante a tal grau que tornou-se impossível preservar o controle de interesses divergentes pelo Estado, que crescentemente perdia a sua capacidade de mobilização e manipulação dos trabalhadores.

A substituição dos governos populistas por ditaduras militares deu origem a uma nova configuração política, os regimes militares autoritário-burocráticos, caracterizados por: exclusão política e econômica dos setores populares, desmobilização e despolitização da sociedade, transnacionalização da estrutura produtiva e criação de uma tecnocracia (civil e militar) detentora de enormes graus de liberdade de decisão (O'Donnell, in Coller [org.], 1982).

A exclusão dos trabalhadores do novo pacto de poder e a desmobilização através de violenta repressão às suas organizações refletiram-se nos aparelhos de política social através da maior ou

menor intervenção estatal no sistema previdenciário com o conseqüente afastamento dos trabalhadores de sua direção.

Com relação aos setores dominantes, o fechamento dos canais democráticos de representação de interesses implicou sua substituição por "anéis burocráticos", (Cardoso, F. H., 1975), isto é, formas de articulação de interesses envolvendo a burocracia pública (civil e militar) e a burocracia privada (da grande empresa nacional ou internacional), inserindo e organizando os interesses privados no interior do aparelho estatal.

Desta forma, interesses privados passaram a se incrustar nos aparelhos de política social, criando uma situação aparentemente paradoxal, no caso da assistência médica em alguns países, em que a crescente intervenção estatal foi o mecanismo que possibilitou a privatização da política pública.

No caso brasileiro, desde o início dos anos 70 acentuaram-se algumas tendências relativas à organização do sistema de saúde:

a) extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e ainda parte da população rural;

b) reorientação da política nacional de saúde para uma prática médica curativo-individual, especializada e sofisticada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e interesse coletivo;

c) desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado em termos da lucratividade, propiciando a mercantilização e empresariamento da medicina através da alocação preferencial dos recursos previdenciários para compra de serviços aos prestadores privados;

d) viabilização de um complexo médico-industrial com a crescente expansão da base tecnológica da rede de serviços e do consumo de medicamentos.

Todo esse processo foi acompanhado por uma modernização administrativa e institucional dos aparelhos governamentais destinados a lidar com as políticas sociais que se caracterizou pela maior especialização de cada órgão ao lado de uma crescente centralização e concentração dos recursos institucionais.

Ao final da década, este modelo já demonstrava suas enormes inadequações à realidade sanitária nacional:

1) A prática médica dominante, curativa, sofisticada e especializada não era capaz de alterar o perfil de morbi-mortalidade no qual persistiam doenças facilmente evitáveis com medidas simples de caráter

preventivo. Ademais, os custos crescentes do cuidado médico inviabilizavam a expansão da cobertura.

2) A ausência de critérios para compra de serviços aos hospitais privados era incompatível com as necessidades crescentes de coordenação e planejamento da rede prestadora de serviços.

3) O alto grau de centralização e fragmentação em dois ministérios responsáveis pela política de saúde criava superposições, descoordenações, ausência de controle etc., reduzindo a eficácia e eficiência da ação governamental.

Essas contradições foram inicialmente acentuadas pela crise financeira da Previdência Social no início dos anos 80, que faz parte do contexto recessivo que atravessam os países em desenvolvimento da América Latina. Por outro lado, o processo de redemocratização colocou novas exigências em termos do equacionamento da enorme dívida social acumulada nos últimos anos, seja em termos do atendimento às necessidades, do aumento da equidade e justiça social na implementação das políticas públicas, da recuperação do princípio federativo e da melhoria da qualidade do serviço público.

3. DEMOCRACIA E REFORMA SANITÁRIA: ALGUMAS HIPÓTESES EXPLICATIVAS

Nos tópicos anteriores tratamos das diversas aplicações da análise política voltada para a elucidação das relações complexas que se estabelecem entre saúde e processos de acumulação capitalista, formas de relação Estado/sociedade, modalidades de incorporação das demandas, regimes políticos e aparelhos institucionais responsáveis pela proteção social. Essas análises, em sua maioria, caracterizam-se, por um lado, por serem estudos *ex-post-facto* e, por outro, por tenderem a tratar a configuração do setor saúde como resultante dos processos socio-econômicos considerados como seus determinantes.

No entanto, mesmo as análises aqui resumidas demonstram que, à medida que saímos do mais alto nível de abstração (determinantes da intervenção estatal) para nos acercarmos do objeto mais concreto (desenvolvimento dos sistemas de saúde e seguridade social), as relações entre os fenômenos estudados complexificam-se, e a saúde não pode mais ser concebida somente como resultante, já que se constitui em um espaço sempre específico de reprodução ampliada das relações políticas e econômicas.

Todo o esforço desenvolvido pela teoria sociológica contemporânea no sentido de compreender os fenômenos sociais simultaneamente como algo que, em sendo estruturado, é também estruturante da realidade social, precisa ser efetivamente incorporado às análises das políticas públicas.

Hipótese 1

A incorporação das demandas sanitárias por meio de um conjunto de dispositivos legais e institucionais, configurando distintas cidadanias, é, ao mesmo tempo que resultante da correlação de forças existente, um elemento ativo na conformação de identidades políticas e sociais, isto é, no desenvolvimento subsequente da luta política.

Essa afirmação só tem sentido na medida em que a análise política passa a tratar de objetos concretos para além dos modelos estruturais abstratos.

Não se trata de negar a contribuição fundamental dos estudos realizados em um nível abstrato, mas sim de compreender que este é um nível analítico necessário, mas insuficiente, na medida em que, segundo Engels, ele "necessita ilustrar-se com exemplos históricos, manter-se em contato constante com a realidade" (Engels, F., 1973: 530).

Tratando as categorias abstrato e concreto na dialética marxista, Coutinho resume o pensamento de Marx: "(...) a dialética como um método de articulação categorial que procede mediante a elevação do abstrato ao concreto, do menos complexo ao mais complexo, essa elevação tem como meta a construção progressiva de uma 'totalidade concreta', de uma 'síntese de múltiplas determinações', na qual as várias determinações abstratas (parciais) aparecem repostas e transfiguradas na totalidade que as mediatiza e — precisamente por isso — as concretiza" (Coutinho, C. N., 1984: 15).

O processo de elevação do abstrato ao concreto, do mais simples ao mais complexo correspondeu no campo da saúde à passagem de uma conceituação abstrata da saúde como "estado de completo bem-estar físico, psíquico e social", à busca de uma aproximação cada vez mais acercada à complexa realidade abarcada neste campo teórico e de prática política.

Na prática política atual observa-se a utilização de uma concepção abrangente de saúde, como ficou evidenciado no *Relatório final* da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada no Brasil em 1986:

“A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1987:382).

Hipótese 2

Embora a concepção abrangente da saúde não transcenda a sua compreensão como resultante, o importante a reter aqui é que no processo político coletivo de construção do saber ocorrido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ela é vista ao mesmo tempo como resultado das formas de organização social da produção, mas sempre como fruto das lutas populares cotidianas, ambos atuando na conformação de sua concretização histórica e singular. Podemos assumir essa afirmação como 2ª hipótese explicativa, embora acrescentemos, como decorrência da nossa 1ª hipótese, que ela é ao mesmo tempo resultante/indutor das formas de organização social da produção e da luta política.

A busca de compreensão teórica da saúde enquanto “totalidade concreta”, “síntese de múltiplas determinações” foi assim expressa por Arouca:

“Saúde para nós é um objeto concreto que compreende:

- 1) um campo de necessidades geradas pelo fenômeno saúde, enfermidade;
- 2) a produção dos serviços de saúde com sua base técnico-material, seus agentes e instituições organizados para satisfazer necessidades;
- 3) ser um espaço específico de circulação de mercadorias e de sua produção (empresas, equipamentos e medicamentos);
- 4) ser um espaço de densidade ideológica;

5) ser um espaço da hegemonia de classe, através das políticas sociais que têm a ver com a produção social;

6) possuir uma potência tecnológica específica que permite solucionar problemas tanto a nível individual como coletivo” (Arouca, A. S., 1982).

Essas duas definições mostram bem a dialética empregada na elevação do conceito ao nível abstrato, e sua posterior superação em um concreto que só pode ser pensado ao nível da formação econômico-social. A este nível, a questão que se coloca para a teoria do Estado na área de saúde já não é mais somente a elucidação dos determinantes de sua intervenção ou os modelos de proteção social decorrentes do processo de acumulação capitalista. A questão política e de teoria política que está colocada hoje no contexto latino-americano diz respeito às condições necessárias ao processo de democratização da saúde.

Entre nós a questão democrática emergiu com o esfacelamento dos regimes burocrático-autoritários, com diferentes projetos oriundos de distintos setores sociais. 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. Este processo de autocrítica não decorreu principalmente da repressão imposta pelos regimes autoritários, mas de uma longa trajetória de maturação política e teórica.

Por um lado, concorreu o desencanto com as teorias nacionalistas de origem cepalina, nas quais se propugnava um papel destacado à burocracia estatal que, através da ação planejada, criaria as condições de um desenvolvimento nacional beneficiador de toda a sociedade. Um segundo fator decorreu da própria experiência com os governos autoritários, um cruel aprendizado acerca de que nem tudo que é estatal é público, no sentido de propiciar o aumento do bem-estar da sociedade. Finalmente, o desenvolvimento teórico recente da teoria marxista do Estado retomou a questão democrática, tanto nas sociedades capitalistas como nas socialistas, como um valor universal (Welfort, F., 1984).

A compreensão do Estado, não mais como exclusivamente um comitê de negócios da burguesia, mas como uma arena de lutas políticas crivada das contradições que atravessam a estrutura de classes tem como correspondente a identificação de que o poder passa tanto pela direção/dominação hegemônica quanto pela coerção.

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 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.

Antes de passar à discussão mais aprofundada das conseqüências teóricas introduzidas pela questão democrática, torna-se necessário buscar algum rigor conceitual em relação à terminologia introduzida.

Em todas as propostas de democratização, o elemento comum é a busca do estabelecimento de novas relações entre Estado e sociedade, reconhecendo-se o caráter autoritário do Estado e a sua dissociação e falta de legitimidade ante uma sociedade civil de natureza complexa e tendendo cada vez mais à auto-organização. As diferentes adjetivações que recebe o conceito democracia denotam as profundas divergências de origem e significado que se lhe quer atribuir em cada projeto político, desde a suposta desestatização de economia, passando pela restauração dos instrumentos da alternância no poder, até a incorporação dos setores excluídos e suas demandas políticas e sociais em um novo pacto econômico-social (nas versões liberal-conservadora, liberal-democrata e social-democrata).

Na busca de maior precisão, pode-se afirmar que o conceito de democracia remete a três regras principais: "participação (ou participação coletiva e generalizada, ainda que indireta, nas tomadas de decisões válidas para toda a comunidade), controle a partir de baixo (com base no princípio de que todo poder não controlado tende ao abuso) e liberdade de dissenso" (Coutinho, C. N., 1980).

Esta conceituação oriunda do liberalismo democrático pode ser considerada inelástica no sentido de que se opõe à autocracia, sendo que no primeiro caso as normas jurídicas que regulam o exercício do poder político democrático são criadas por aqueles a quem elas

são dirigidas e, no segundo caso, por pessoas diferentes dos seus destinatários (Bobbio, N., 1983:32).

No entanto, a indefinição dos contornos do conceito de democracia expressa-se, desde os clássicos, em torno das contraditórias noções de individualidade, igualdade e representação, nos quais se assenta o pensamento liberal, que foram traduzidas diferentemente em cada situação histórica específica.

A indefinição apontada pode ser interpretada de múltiplas maneiras. Moisés (1988), citando Adam Przeworski, sugere que o dilema democrático seja a incerteza quanto ao resultado da dinâmica do conflito social. A defesa das regras do jogo pareceria ser, pois, a única salvaguarda democrática.

Essa mesma indefinição pode ser pensada como resultado de distintos projetos de democracia como uma conseqüência da própria luta de classes. Tal assertiva não garante, no entanto, qualquer indicação do conteúdo real da democracia.

A identificação do regime democrático com o governo dos cidadãos encontra no conceito de cidadania a síntese das noções de igualdade, individualidade e representação mencionadas, buscando expressá-las a partir da vinculação jurídica de cada cidadão a um determinado Estado nacional.

Além de um conjunto de regras formais de exercício do poder político, a democracia é o *locus* de articulação das mediações entre Estado moderno e sociedade. A cidadania é, pois, a mediação que dá organicidade a esta relação, na medida em que, para além ou em negação à fragmentação das classes na estrutura social, articula o conjunto de indivíduos de uma nação ao Estado representativo, assegurando-lhe a legitimidade necessária ao exercício do poder.

O'Donnell e Schmitter (1987) concluem que "o princípio central da democracia" é o de cidadania, considerando que "isto envolve tanto o *direito* de ser tratado pelos outros seres humanos como um igual no que se refere a fazer escolhas coletivas e o *dever* por parte dos que implementam tais escolhas, de ser acessível e responsável perante todos os membros da comunidade política".

Feitas essas considerações iniciais, podemos retomar as questões teóricas colocadas a partir da discussão acerca da democracia e suas conseqüências tanto ao nível da teoria do Estado como na análise das estratégias de transição ao socialismo.

As alterações na concepção marxista do Estado podem ser tratadas a partir das categorias Estado ampliado e Estado restrito que,

segundo Coutinho (1984), remeteriam tanto ao nível de abstração assumido como às formas históricas concretas que implicam maior ou menor nível de complexificação.

Em outras palavras, para esse autor, a concepção restrita do Estado encontrada nos clássicos marxistas — como “comitê de negócios da burguesia” — resulta primeiramente do fato de ela se encontrar em algumas poucas determinações abstratas do Estado. Esta abstração é necessária, mas não suficiente para explicar a natureza do Estado capitalista, cuja concepção será tanto mais ampla quanto maior for o número de determinações consideradas.

Por outro lado, a visão restrita do Estado, identificado principalmente com seu aspecto repressivo (ou ditatorial), decorreria não só do nível de abstração em que foi tratado, mas, “em grande parte, da natureza real dos Estados com que se defrontaram tanto Marx e Engels como Lênin” (Coutinho, N., 1984:64).

Ou seja, à época, a teoria restrita do Estado corresponderia ao Estado real. A alteração do Estado real decorreria, para Coutinho, da mudança ocorrida na extração do excedente — predomínio da mais-valia absoluta sobre a mais-valia relativa — o que possibilitaria uma política de conquistas e/ou concessões parciais aos trabalhadores, alterando o próprio modo de atuação do Estado.

A percepção dessas transformações ao nível teórico teria sido realizada com as contribuições de Gramsci que se esforçou tanto por compreender o fenômeno recente de socialização da política — sufrágio universal, partidos de massa, sindicatos — como por investigar as novas estratégias de transição no socialismo diante da ordenação política contemporânea.

Diferentemente da tradição hegeliana — incluindo nela Marx e Engels — que trata a sociedade civil como o conjunto das relações econômicas ou infra-estrutura, Gramsci compreende a sociedade civil como parte da própria superestrutura, juntamente com a sociedade política.

A sociedade civil, em Gramsci, designa o conjunto das instituições responsáveis pela elaboração e difusão dos valores simbólicos, das ideologias, enquanto o termo sociedade política aplica-se ao núcleo coercitivo do Estado.

Em outras palavras, a ampliação da concepção de Estado em Gramsci pode ser apreendida pela sua definição do Estado como “sociedade política + sociedade civil, isto é, hegemonia revestida de coerção”.

Buci-Glucksmann (1980) apresenta o esquema do desdobramento metodológico das superestruturas em Gramsci.

Estado integral — hegemonia encorajada de coerção

Estado ou sociedade política	Sociedade Civil
Ditadura	Hegemonia
Aparelho de coerção (exército, polícia, administração, tribunais, burocracia...)	Aparelhos de hegemonia (culturais, políticos, econômicos)
Governo (Estado em um sentido estrito)	Estado em um sentido integral
Estado como aparelho de poder	Estado como organizador do consenso
Dominação	Direção

As diferenciações entre as duas esferas decorrem tanto das funções exercidas (coerção ou consenso) quanto da materialidade própria a cada uma delas (aparelhos coercitivos estatais/aparelhos privados de hegemonia) (Coutinho, C. N., 1984).

“É essa independência material — base da autonomia relativa assumida pela figura social da hegemonia — que funda ontologicamente a ‘sociedade civil’ como uma esfera específica, dotada de legalidade própria, funcionando como mediação necessária entre a base econômica e o Estado em sentido estrito” (Coutinho, C. N., 1984:68).

Em outros termos, Gramsci rompe com a tradição hegeliana ao ampliar a concepção de Estado para além dos limites do governo (explodindo a dicotomia liberal público/privado). Ao mesmo tempo, introduz com o conceito de hegemonia uma nova visão das relações entre as classes, já que o poder político, a supremacia, não é garantida apenas pela dominação (coerção/Estado restrito), mas também pela direção intelectual e moral (consenso/Estado ampliado).

Ao tratar a questão da hegemonia ao nível intelectual e moral, isto é, da construção de um consenso, Gramsci não se confunde com o pensamento político liberal, cuja noção de consenso ignora as relações contraditórias existentes: “o fato da hegemonia pressupõe indubitavelmente que se leve em conta interesses e grupos sobre os quais a hegemonia se exerce, que se forme um certo *equilíbrio de*

compromisso, isto é, que o grupo dirigente faça sacrifícios de ordem econômico-corporativista; mas é evidente que tais sacrifícios e tal compromisso não podem dizer respeito ao essencial. Porque se a hegemonia é *ético-política*, ela não pode deixar de ser econômica, ela não pode deixar de ter seu *fundamento* na função decisiva que o grupo dirigente exerce nos setores decisivos da produção (*apud* Buci-Glucksmann, 1980: 100).

A ampliação da concepção de Estado levou Gramsci a investigar as estratégias de transição para o socialismo através de algumas categorias polares: Oriente/Ocidente e guerra de movimento/guerra de posição. No primeiro caso, designa uma sociedade como "oriental" aquela na qual o Estado (restrito) predomina sobre uma sociedade civil gelatinosa e pouco complexa. Nesse caso, o Estado (restrito) é apenas uma trincheira avançada e a transição para o socialismo se daria (como de fato se deu na Rússia) com a tomada e posterior quebra dos aparelhos de Estado pela classe trabalhadora. No caso das sociedades "ocidentais", que apresentam uma sociedade civil rica e complexa, a tomada do poder pressupõe a conquista da hegemonia, a construção de um novo bloco histórico: as classes revolucionárias devem ser dirigentes antes de ser dominantes.

Essa seria a grande contribuição de Gramsci à teoria da transição ao socialismo, cujos aspectos centrais gostaria de destacar:

- a necessidade de transformação cultural:
"não pode haver uma classe operária autônoma, organizada, sem luta por *uma visão de mundo autônomo* em todos os aspectos da existência... toda revolução é um grande fato *cultural* e não somente econômico e político" (*apud* Buci-Glucksmann, 1980:112);
- a concepção de que todos os homens são intelectuais;
- a identificação dos intelectuais orgânicos como necessários à construção da hegemonia de classe, agindo como "organizador, persuasor permanente";
- o caráter processual e molecular da transição revolucionária, a guerra de posições: "a expansão da hegemonia das classes subalternas implica a conquista *progressiva* de posições através de um processo gradual de agregação de um novo bloco histórico, que inicialmente altera a correlação de forças na sociedade e termina por impor a ascensão de uma nova classe (ou bloco de classes) ao poder de Estado (Coutinho, C. N., 1984:74).

Essa noção de guerra de posições vem a ser retomada e ampliada por Togliatti (*apud* Oliveira, J., 1988), identificando-se à noção de

democracia progressiva, que não se confunde com a mera ocupação do aparelho de Estado da estratégia social-democrata nem com a guerra de movimento (tomada e quebra do Estado restrito), já que a quebra do Estado aqui é pensada na sua concepção ampliada, realizando-se anteriormente à tomada da sociedade política (Oliveira, J., *ibidem*: 87).

Essa concepção ampliada do Estado e suas conseqüências ao nível das estratégias de transição têm informado as discussões mais recentes acerca do processo de democratização da saúde. Alguns autores enfatizam o caráter universal da democracia, bem como o da saúde:

"La salud es un fin en si misma y la gente percebe quien tiene una concepción instrumental de la salud (...)"

"(...) considerar la democracia como un simples instrumento, cuando es — como la salud — un valor universal, aunque pueda expresarse en formas diferentes" (Berlinguer, G., 1987).

Outros autores têm procurado apontar o caráter revolucionário da democracia potencialmente oposta ao capitalismo em geral ou à sua forma dependente.

"Se o liberalismo de participação restrita foi, em dado momento, a forma adequada da dominação burguesa, a democracia de massas que vai se construindo a partir das lutas populares é, a longo prazo, incompatível com a perpetuação do capitalismo" (Coutinho, C. N., 1984: 97).

Já autores, como Falletto (1981), 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.

Os argumentos em favor dessas posições me parecem carecer de base científica e de evidência histórica. Em primeiro lugar, a contradição entre a socialização da política e a apropriação privada do poder não parece ser de caráter antagônico, já que possibilitou um verdadeiro movimento de "transformismo" nos capitalisms desenvolvidos, demonstrando as possibilidades criadoras de sua coexistência (*Welfare State*, sistema partidário competitivo, política keynesiana).

Por outro lado, atribuir à burguesia latino-americana uma qualidade intrínseca de atrasada e reacionária é desconhecer o caráter relacional da constituição das classes, em outros termos, ignorar a

fraqueza dos nossos trabalhadores para impor um outro modelo de relações no qual sejam reconhecidos, mutuamente, como atores coletivos.

"Na história do capitalismo as lutas dos trabalhadores, para serem reconhecidos como sujeito coletivo pelo Estado e pela burguesia, pautaram de modo complexo a extensão dos direitos democráticos no plano da cidadania política e, embora mais incompletamente, no das relações de trabalho e das relações com o Estado. As vitórias e derrotas que marcaram esse caminho fizeram com que a burguesia e os trabalhadores (e o Estado) fossem se constituindo *mutuamente* enquanto sujeitos sociopolíticos" (O'Donnell, 1988).

Hipótese 3

A democracia é o processo de reconhecimento dos trabalhadores como sujeito político a partir de suas lutas, em um processo mútuo de auto e hetero-reconhecimento de identidades sociopolíticas entre diferentes sujeitos.

Se a democracia não é necessariamente anticapitalista, qual seria, do ponto de vista teórico e estratégico, o lugar das lutas que hoje se desenvolvem pela Reforma Sanitária? Para responder a essa questão, temos de considerar, em primeiro lugar, que as lutas pela Reforma Sanitária, por mais óbvio que pareça, estão ocorrendo em países de desenvolvimento retardatário — econômico-político e social — que não alcançaram enquadrar as demandas emergentes no processo de industrialização em um padrão social-democrata de proteção social (*Welfare State*).

Hipótese 4

Os processos de Reforma Sanitária quase sempre emergem em um contexto de democratização (seja ele o da Nicarágua, Brasil, Espanha, Portugal ou Itália) e estão associados à emergência das classes populares como sujeito político (geralmente em aliança com setores médios).

As formas assumidas na luta pela Reforma Sanitária serão necessariamente determinadas pelo processo mais global de transformação da estrutura sociopolítica em cada formação social concreta.

Ademais, essas formas diferenciadas estão correlacionadas não só ao significado político que será atribuído às mudanças no setor saúde, como às possibilidades de reversão do processo de Reforma Sanitária. Se a Reforma Sanitária ocorre em um contexto de profunda alteração da estrutura de poder, por uma via revolucionária, como no caso da Nicarágua, estas condições determinarão as formas e o curso posterior do processo reformador, diferenciando-o daqueles em que a Reforma se processa no bojo de uma transição democrática, seja ela "pactada" ou por "colapso" dos governos autoritários (O'Donnell, 1987).

Hipótese 5

Assim, o caráter político da Reforma Sanitária será dado pela natureza de transição democrática experimentada em cada contexto nacional: transição revolucionária, pactada ou por colapso.

Estabelecidas essas diferenças fundamentais, é preciso pensar nas invariâncias que, identificadas, permitiriam aplicar o conceito de Reforma Sanitária a realidades político-sociais tão distintas. Não se trata de buscar um modelo teórico da Reforma Sanitária, já que não existe a Reforma Sanitária, mas sim múltiplos processos que, embora distintos em sua trajetória e conteúdo político, encontram pontos de convergência que possibilitariam análises comparativas. Em outras palavras, não existe um modelo teórico, mas sim uma teoria em construção.

A meu ver, o conceito Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado.

Hipótese 6

São elementos desse processo:

- a ampliação da consciência sanitária;
- a construção de um paradigma analítico oriundo do campo disciplinar denominado Medicina Social ou Saúde Coletiva, organizado

a partir das noções de determinação social do processo saúde-doença e da organização das práticas;

- o desenvolvimento de uma nova ética profissional;
- a construção de um arco de alianças políticas na luta pelo direito à saúde;
- a criação de instrumentos de gestão democrática e controle social sobre o sistema de saúde.

Essas características invariantes já seriam suficientes para diferenciar os processos de Reforma Sanitária da criação dos mecanismos de proteção social denominados *Welfare State*. Além disso, sabemos que a construção e expansão desses sistemas esteve relacionada ao ciclo ascendente da economia, ao predomínio da ideologia social-democrata e à política econômica keynesiana de intervenção estatal. Já os casos de Reforma Sanitária estão ocorrendo em contexto bastante desfavorável à expansão dos mecanismos de proteção social, encontrando, em cada caso, obstáculos diversos como o predomínio da ideologia liberal e/ou a escassez de recursos financeiros, ou ainda os efeitos recessivos da economia sobre a qualidade de vida.

Considerando todos os fatores acima apontados, podemos formular um conjunto de hipóteses elucidativas das diferenças quanto ao formato e conteúdo político da Reforma Sanitária. Assim, supõe-se que o formato e conteúdo político da Reforma decorrerão da confluência de pelo menos alguns fenômenos, tais como:

Hipótese 7

- o caráter político-ideológico da coalizão impulsionadora do processo de democratização e o curso de seus embates com as forças tradicionais;
- a articulação do processo de Reforma Sanitária com as estratégias de transição à democracia (socialista ou capitalista);
- o "timing" da Reforma em relação ao processo de democratização, isto é, a sua inserção desde ser um precursor das lutas pela democratização (caso Brasil) até ser o resultado do processo de democratização (caso Espanha);
- a capacidade de alterar a cultura política prevalente em direção à universalização dos direitos sociais e à garantia de práticas administrativas participativas;

- a capacidade de promover mudanças efetivas em nível da gestão institucional, de forma a elevar a qualidade dos serviços (maior eficácia/eficiência) e garantir a preservação de apoio social à Reforma;
- a existência de restrições de ordem política e financeira à construção de um sistema abrangente de proteção social;
- o equacionamento dos conflitos gerados com o processo da Reforma e outros atores sociais, tais como o setor privado e os profissionais de saúde;
- a permeabilidade da burocracia às mudanças necessárias à efetivação do processo de Reforma.

Todos esses aspectos confluem na determinação das possibilidades de superar o nível de mera reforma administrativa (imprescindível, porém insuficiente), mantendo vivo o núcleo problematizador que reside na própria temática da saúde, tal como a definimos anteriormente.

Para exemplificar invariâncias e diferenciações tomemos o caso da Nicarágua (Gonzales-Gonzales, G., 1986), cujo processo de reforma institucional teve início com a criação do Sistema Nacional Único de Saúde (decreto-lei de 8-8-1979) regido por um conjunto de princípios encabeçados pelo mais abrangente: "La salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del Estado y el pueblo organizado".

Por um lado, esse princípio orientador do Sistema Único de Saúde pode ser tomado como comum a todas as Reformas e entendido como a garantia dos direitos inerentes à condição de cidadania. Por outro lado, as diferenças entre os vários processos de Reforma estarão no conteúdo político da própria noção de cidadania, e, por conseguinte, na relação entre Estado/cidadão.

Para continuar com o exemplo, o cidadão nicaraguense é o correspondente não ao indivíduo liberal, mas ao brigadista, isto é, ao povo organizado e armado. Na Itália, o cidadão correspondeu ao operariado industrial sindicalizado que se apropria dos instrumentos capazes de regular a sua condição enquanto corpo produtivo.

No caso da Reforma Sanitária espanhola, também há uma nova lei que regulamenta o sistema de saúde, mas sua capacidade de mobilização é baixa já que a lei da Reforma foi uma consequência das lutas pela democracia em geral, não tendo havido uma prévia politização acerca da problemática setorial.

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.

Em todos os casos, no entanto, as inúmeras etapas e percursos dessas mudanças direcionam-se para o fortalecimento da sociedade civil e a alteração dos padrões de política pública, construindo identidades, solidariedades e mecanismos democráticos de representação dos interesses.

Hipótese 8

Exatamente por seu caráter dual, a saúde — que pode ser tomada ao mesmo tempo como valor universal e núcleo subversivo da estrutura social — é um campo especialmente privilegiado para construção de alianças suprapartidárias e policlassistas.

Em outras palavras, trata-se de um meio em que a ambivalência representa a condição de possibilidade de construção de um bloco histórico — e não é por acaso que as lutas sociais da democracia contemporânea têm se dado no campo da saúde. Estas condições seriam, dentre outras:

- o desenvolvimento da consciência sanitária, ao mesmo tempo como consciência de cidadão, que só se explicita ao nível da estrutura de classes. Esta possibilidade tem origem na dualidade representada pela incidência da saúde/doença, enquanto processos coletivos, em individualidades isoladas. Em outras palavras, trata-se da concomitância, no mesmo cidadão, do corpo biológico e do corpo socialmente investido: o corpo produtivo;
- a convergência de interesses policlassistas, envolvendo pelo menos os trabalhadores, a população organizada nos movimentos sociais, os intelectuais, parcela dos profissionais e da burocracia estatal. Essa convergência possibilitaria a criação de amplos arcos de alianças políticas necessárias para a transposição do nível corporativo de organização de cada grupo específico em direção a um projeto globalizante (uma questão nacional). Tal projeto não pode, no entanto, ser descontextualizado da grande polarização na qual tem origem: a luta entre classes dominantes e dominadas.
- a existência de um acervo de conhecimentos necessários não só à explicação dos fenômenos de saúde e doença como à transformação

efetiva do perfil epidemiológico prevalente e da atual organização social da prática médica.

A constatação dessa especificidade do setor saúde na construção da democracia ou de um novo bloco histórico merece ser ressaltada já que há uma tendência atual de, ao incorporar um conjunto de categorias relativas à concepção ampliada do Estado, negar a especificidade da própria saúde como parte na construção das estratégias de transição.

Um outro problema na análise da Reforma Sanitária é a interpretação do seu conteúdo administrativo. É certo que todas as Reformas foram, sob certos aspectos, reformas administrativas, na medida em que implicaram alterações profundas no aparelho institucional. Diferentemente do conceito tradicional de reformas administrativas, no qual o eixo da mudança está dado ao nível dos próprios processos administrativos, no caso das Reformas Sanitárias o núcleo aglutinador é o deslocamento ao nível do poder político.

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

Nesse sentido, os estudos tanto sobre a burocracia sanitária em seus papéis, ora de arena, ora de ator político, começam a ser desenvolvidos e certamente apontarão conhecimentos novos para a compreensão da Reforma Sanitária. Da mesma forma, torna-se necessário desvendar as articulações entre o planejamento — como instrumento privilegiado mas não exclusivo da burocracia — e o processo de transformação social (Giordani, Testa, Yero e Matus, *La planificación posible en la perspectiva socio-política de América Latina*, mimeo.).

Esses aspectos, apenas indicados aqui, deverão ser parte integrante dos futuros estudos sobre Reforma Sanitária.

Em outro momento já apontava (in Berlinguer et al., 1988) algumas das contradições existentes entre a necessidade de a Reforma Sanitária assumir o Estado capitalista como espaço de luta buscando

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

Mesmo sabendo que os deslocamentos de poder deverão ser materializados ao nível institucional, o que traz o Estado para o campo das lutas políticas, há que se reconhecer que essa "arena", embora permeada por interesses contraditórios, preserva a unidade política fundada nos interesses das classes dominantes.

A unidade política da ação estatal está garantida tanto pela ideologia da neutralidade, da qual o pessoal do Estado é seu suporte material, como pela recriação das condições de seletividade estrutural, pela qual os interesses gerais de classe são, a longo prazo, preservados. Hirsch (in Poulantzas, N., 1977:100) enumera alguns elementos dessa prática de seletividade:

1) Preservação de um "limite do sistema" que protege a esfera da produção de uma intervenção do Estado que ponha em risco a propriedade privada e o direito privado. Assim, a ação estatal se dá prioritariamente nas atividades referentes à reprodução, na esfera da distribuição. Mesmo nesta esfera, onde se situam as políticas sociais, o limite da intervenção estatal é a acumulação capitalista, evidentemente mediada pela luta de classes e organização social. Conseqüentemente, as determinações fundamentais do desenvolvimento social não se tornam objeto destas políticas, o que caracteriza um sistema estrutural de não-decisões relativas aos pontos cruciais envolvidos nas questões sociais.

2) A relação acima apontada do Estado com a produção material implica ainda que os recursos materiais à disposição do Estado são estruturalmente restringidos no limite dos lucros do capital. Isto tem como conseqüências a impossibilidade de o Estado aumentar as taxas e/ou planificar sua captação de recursos, dado que esta é subordinada à lucratividade dos capitais individuais. Assim, a captação de recursos por parte do Estado para aplicações em políticas sociais não depende prioritariamente da demanda social, nem exclusivamente do nível em que se apresenta a luta de classes, mas encontra um limite externo que é a lucratividade do capital.

3) A seletividade estrutural do Estado é dada pela sua possibilidade de aliar à integração ideológica um esquema de repressão física capaz de desarticular muitas das formas de organização das classes dominadas, que poderiam vir a transformar as necessidades sentidas em demandas sociais efetivas, que não poderiam ser negligenciadas.

Hipótese 9

As perspectivas da Reforma Sanitária decorrerão da capacidade apresentada pela coalizão reformadora de imprimir mudanças efetivas e no tempo certo nas estruturas institucionais, de forma a evitar que sejam filtrados pelo Estado apenas os aspectos racionalizantes dessa proposta, minando a sua base política.

Hipótese 10

Esse é o dilema reformista, enigma que poderá ser decifrado a partir da afirmação da saúde como núcleo permanentemente subversivo da estrutura social, o que indica uma possibilidade sempre inacabada no processo de construção social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRANCHES, S. H. *The Politics of Social welfare in Latin America*. Rio de Janeiro, IUPERJ, mimeo.
- ANAI DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. *Relatório final*, Brasília, 1987.
- AROUCA, A. S. "Salud en la transición" — Ponencia realizada en el II Seminario Latinoamericano de Medicina Social, Manágua, 1982.
- BERLINGUER, G. "Democracia y salud", in *IV Congreso Latinoamericano e V Congreso Mundial de Medicina Social*, Medellín, Colômbia, agosto de 1987.
- BOBBIO, N. *Qual socialismo? Discussão de uma alternativa*, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1983.
- BUCI-GLUCKSMANN, C. *Gramsci e o Estado*, São Paulo, Paz e Terra, 1980.
- CARDOSO, F. H. *Autoritarismo e democratização*, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1975.
- COIMBRA, M. A. "Será que o marxismo responde à pergunta de como surgem as políticas sociais?" e também "Abordagens teóricas ao estudo das políticas sociais", in ABRANCHES, S. H. (org.). *Política social e combate à pobreza*, Rio de Janeiro, Zahar, 1987.
- COUTINHO, C. N. *A democracia como valor universal*, São Paulo, Ciências Humanas, 1980.
- _____. *A dualidade de poderes*, São Paulo, Brasiliense, 1984.
- ENGELS, F. "Contribución a la crítica de la economía política" in MARX, K. e ENGELS, F. *Obras escogidas*, Moscou, Ed. Progreso, 1973, tomo I, p. 530.

- FALEIROS, V. *A política do estado capitalista — As funções da previdência e da assistência social*, São Paulo, Cortez, 1980.
- FALLETTO, Enzo. *Opciones democráticas en América Latina — Temas y problemas*, Caracas, Venezuela, CEDES, 1981, mimeo.
- GIORDANI, TESTA, YERO e MATUS. *La planificación posible en la perspectiva socio-política de América Latina*, mimeo.
- GONZALES-GONZALES, G. *Planificación regional y la transición: Nicaragua*, Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, ENSP, 1986.
- HIRSCH, J. "Observações teóricas sobre o Estado burguês e sua crise", in POULANTZAS, N. (org.). *O Estado em crise*, Rio de Janeiro, Graal, 1977.
- KOWARICK, L. *Capitalismo e marginalidade na América Latina*, 2ª ed., Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1981.
- MALLOY, J. *Statecraft and Insurance Policy in Latin America and The United States*, University of Pittsburgh, 1983, mimeo.
- MESA-LAGO, C. *Social Security in Latin America — Pressure Groups, Stratification and Inequality*, Pittsburgh, 1978, mimeo.
- MOISÉS, J. Álvaro. *Dilemmas of Democratic Consolidation in Brasil*, 14th Congress of IPSA, 1988, mimeo.
- NAVARRO, Vicente. "Classe social, poder político e o Estado e suas implicações na medicina". *Textos de Apoio — Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, ABRASCO/PEC-ENSP, nº 1, 1983, pp. 88-100.
- O'DONNELL, R. "Hiatos, instituições e perspectivas democráticas", in *A democracia no Brasil, dilemas e perspectivas*, São Paulo, Vértice, 1988.
- . "Tensões no Estado autoritário burocrático e a questão da democracia" in Collier (org.). *O novo autoritarismo na América Latina*, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1982.
- . "Transições democráticas e políticas sociais", in RAP, nº 4, vol. 21, out./dez. 1987.
- O'DONNELL e SCHMITTER. *Possíveis transições dos regimes autoritários — Conclusões sobre democracias incertas*, Rio de Janeiro, IUPERJ, 1987, mimeo.
- OLIVEIRA, Jaime A. *Teoria política e políticas sociais: Uma proposta de trabalho*, Rio de Janeiro, ENSP, 1988, mimeo.
- OLIVEIRA, J. A. e TEIXEIRA, S. M. F. (Im) *Previdência Social — 60 anos de história da previdência no Brasil*, Petrópolis, Vozes, 1986.
- POULANTZAS, N. *O Estado, o poder, o socialismo*, Rio de Janeiro, Graal, 1980.
- SANTOS, W. G. *Cidadania e justiça*, Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1979.
- TEIXEIRA, S. M. F. "O dilema reformista da reforma sanitária brasileira" in BERLINGUER e outros. *Reforma sanitária — Itália e Brasil*, São Paulo, Hucitec/Cebes, 1988.
- TOGLIATTI, apud OLIVEIRA, J. "Para uma teoria da reforma sanitária: Democracia progressiva e políticas sociais". *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, CEBES, nº 20.
- WEFFORT, F. *Por que a democracia?* São Paulo, Brasiliense, 1984.

REPRESENTAÇÃO DE INTERESSES, FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS E HEGEMONIA*

Carlos Nelson Coutinho

O tema que me foi proposto — "Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia" — cobre toda a esfera do pensamento político. Naturalmente, não poderei ir aqui além de algumas formulações preliminares sobre as muitas questões envolvidas.

Quando falamos de política, falamos em grande medida de representação de interesses e, por conseguinte, de formulação das políticas que implementam ou bloqueiam tais interesses. Surgem, então, três questões básicas, em torno das quais gira boa parte da reflexão sobre a política:

- 1) *Como* os interesses são representados?
- 2) *De quem* são os interesses representados?
- 3) Qual é a *justificação* para representar interesses?

Enquanto a terceira questão envolve o problema da legitimidade (e, portanto, da hegemonia), as duas primeiras ligam-se diretamente à estrutura e à natureza do Estado (e, portanto, à formulação de políticas).

* Compilado por Maria Helena Mendonça, a partir da conferência realizada na ENSP, em 2 de junho de 1988. A versão final foi revista pelo autor.