



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

“MOVIMENTO SANITÁRIO: O SUS, DEBATES E CRÍTICAS”

Thaís Zenero Tubero

RA 084148 – 4º ANO MÉDICO – 46ª TURMA UNICAMP

RELATÓRIO FINAL DO PROJETO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA
SOB ORIENTAÇÃO DO PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS
DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS / UNICAMP.

CAMPINAS – SP

JULHO DE 2011

Índice

1. Identificação	3
2. Introdução	3
3. Objetivos.....	4
4. Materiais e Métodos	4
5. Discussão	5
O papel do Estado	5
O Papel da Saúde na Sociedade Capitalista.....	6
As Reformas Sanitárias mundo a fora	7
O Movimento de Reforma Sanitária e o SUS	8
6. Conclusão	16
7. Perspectivas de desdobramento do trabalho	17
8. Bibliografia.....	18
9. Agradecimentos.....	19

1. Identificação

O projeto, intitulado, “MOVIMENTO SANITÁRIO: O SUS, DEBATES E CRÍTICAS, foi desenvolvido pela estudante Thaís Zenero Tubero, RA 084148, em conjunto com as orientações do Professor Doutor Gastão Wagner de Sousa Campos, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, do Departamento de Medicina Preventiva e Social. Desenvolvido durante o período de 01/agosto/2010 a 31/julho/2011.

2. Introdução

Quando se estuda as políticas de Saúde Pública brasileira desde o início do século XX, passando pela criação do Sistema Único de Saúde, até a atualidade, deve-se ter em mente que uma série de transformações ocorreu, entretanto, se era de se esperar uma concomitância entre o crescimento das práticas sanitária e o desenvolvimento socioeconômico, isso não se consolidou. Uma vez que cabia ao Poder Executivo criar condições favoráveis ao desenvolvimento econômico a partir da perspectiva da classe política e economicamente dominante, a administração da saúde coletiva era permeada por essa lógica: transformações bem-vindas eram realizadas dentro de limites que facilitassem a legitimação dessa classe frente à sociedade. Nossa tentativa nesse projeto de iniciação é demonstrar que a evolução do sistema de produção de saúde do Brasil não aconteceu de forma crescente linear, mas, sim, como um processo dialético, que superava as contradições daquele momento histórico ao mesmo tempo em que não levava à ruptura do modelo anterior.

Nesse projeto de iniciação centramos nossas análises no período histórico que compreende o movimento de Reforma Sanitária Brasileira (meados da década de 70) até os dias de hoje, para que, entendendo o atual contexto histórico, possamos fazer apontamentos sobre as atuais perspectivas.

Consideramos que a Saúde pública, como os demais serviços prestados pelo Estado brasileiro, obedece aos interesses da classe dominante. Isso torna mais claro para nós que os governos neoliberais que sucederam a criação do SUS e alteraram sua conformação, se configuram mais como um processo de adaptação do sistema público às necessidades de acumulação de Capital daquele momento histórico que a uma ruptura do modelo original e o desmonte do SUS. O que vemos no contexto atual não é uma disputa entre o Estatal e o Privado; os principais projetos políticos em disputa no Brasil hoje, não são antagônicos, longe disso, são modelos que disputam como gerir o Capitalismo para permitir maiores taxas de lucro aos diferentes setores da burguesia.

Ao longo dos anos 80, o Movimento de Reforma Sanitária ganha corpo, passando a englobar os movimentos populares, como o Movimento Popular de Saúde, que ressurgem no final da década de 70, mesmo com a repressão do regime militar, e os secretários de saúde que, com a distensão do regime autoritário, foram pouco a pouco ocupando espaços na burocracia estatal. O auge do embate político foi a VIII Conferência Nacional da Saúde, em 1986, com a presença de 4 mil pessoas, entre intelectuais, gestores, trabalhadores e movimentos populares; marco na definição dos princípios doutrinários para a mudança como universalidade, equidade, integralidade e participação popular que seriam proposta a Constituinte que criaria o SUS, em 1988.

Claramente, podemos analisar que o Movimento de Reforma Sanitária não pode ser entendido como um movimento homogêneo, dadas as forças políticas que o

compunham e suas formas organizativas ou padrões de demanda diferenciados. Na própria VIII Conferência Nacional da Saúde, pode-se notar divergências internas quanto a alguns contornos de sua formação. Enquanto, por um lado, alguns setores defendiam uma saúde pública e universal, outros defendiam uma saúde pública, universal e estatal. Para uns, o setor privado deveria ser suplementar ao setor público e, aos poucos, abolido; para outros, o primeiro deveria ser complementar ao segundo, aceitando sua coexistência pacífica. A proposta do SUS exclusivamente estatal foi suplantada como reflexo da correlação de forças presentes naquele momento histórico.

Ainda, a criação do Sistema Único de Saúde também não pode ser entendida como um passo em direção a uma nova forma de organização social uma vez que o processo de redemocratização brasileira e a reconstrução do Estado se deram através de um pacto de elites, com predomínio da garantia constitucional voltada a propriedade privada em detrimento às demandas sociais.

Por fim, cabe fazermos algumas considerações iniciais:

- O SUS não compete com o setor privado, segundo sua própria criação, é complementar ao público.
- Crítica ao conceito de que o SUS não foi consolidado, propondo a superação dessa análise. Quem disse que o SUS não está “pronto”?
- O SUS não consegue efetivar-se segundo o modelo idealizado por parte do Movimento da Reforma Sanitária, pois o Capitalismo não o permite.
- Devemos superar o debate de defesa do SUS por vias institucionais afinal não vivemos num antagonismo entre Estado e privado, mas numa subordinação do primeiro ao segundo.

3. Objetivos

Os objetivos iniciais do projeto contemplavam os seguintes itens:

- a) Estudar o contexto histórico que envolveu o Movimento de Reforma Sanitária no Brasil.
- b) Entender a criação do SUS como uma síntese da atuação de diversas forças políticas, não sendo, portanto, um processo de construção homogêneo.
- c) Estudar os processos de adaptação do SUS, a partir das reformas neoliberais.
- d) Entender o contexto atual e a situação do SUS como consequência de um processo, para entender as tendências do atual momento histórico.

Entretanto, ao longo do trabalho, pudemos notar, que dada amplitude do tema seria necessário restringir a pesquisa aos objetivos *a)* e *b)*. Os itens seguintes serão analisados em um próximo estudo em andamento, já aprovado pelo PIBIC.

4. Materiais e Métodos.

Esta pesquisa foi realizada a partir de uma revisão bibliográfica que buscou retomar o contexto histórico que envolveu o Movimento de Reforma Sanitária no Brasil e seus atores políticos. A partir daí, procurou-se entender por que o SUS não

cumpriu o papel de ser uma “hegemonia alternativa”, uma vez que sua construção não veio acompanhada de uma mobilização social que buscasse alterar a estrutura da sociedade, mas, sim, deu-se como um pacto de elites que buscou através de vias institucionais do Estado efetivar a transição de poder, sendo a criação do SUS idealizada principalmente por membros da academia.

A hipótese que se buscou responder com a pesquisa ensejam estratégias de investigação como pesquisa histórica, tomando como base textos assinados e entrevistas publicadas de atores formuladores e implementadores da Reforma Sanitária (“intelectuais orgânicos”); publicações técnico-científicas (livros, revistas) e documentos (Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde, Programas de Partidos Políticos).

A conjuntura analisada, que se estende desde o início das movimentações dentro da Academia até o período de transição democrática, mais documentada e estudada, tomou como apoio fundamental algumas pesquisas realizadas (PAIM 2008; GERSCHMAN, 1995; ESCOREL, 1998), exercitando um diálogo crítico com as mesmas. Além dos artigos publicados em revistas e jornais do campo da saúde no período, o estudo concentrou a sua atenção nos textos produzidos para a 8ª Conferência Nacional de Saúde e no seu Relatório Final. Desse modo, pretendeu-se verificar como se deu o Movimento Sanitário e seu desenvolvimento.

5. Discussão

Gostaria, antes de introduzir o tema sobre o Movimento de Reforma Sanitária, apontar alguns aspectos a respeito do método de análise utilizado para realização da pesquisa. Para isso, cabe analisar primeiro simplificada o papel do Estado e como se dá a luta de classes na sociedade; em seguida, discutir o papel da Saúde na sociedade Capitalista, para, depois, iniciarmos a discussão a respeito da Reforma Sanitária Brasileira.

O Papel do Estado.

Antes de iniciarmos a discussão sobre o tema da pesquisa é necessário considerar qual a concepção de Estado com a qual estamos trabalhando, a partir do pacto de poder, as instituições e organizações.

Ao longo de toda história da humanidade, o Estado assume-se como representante do poder da classe dominante – os governos da antiguidade, feudais, absolutistas ou burgueses. Com a finalidade de legitimar e defender os interesses da classe dominante, através da utilização dos aparelhos repressivos/coercitivos e dos aparelhos ideológicos, mantendo a ordem instituída. Atualmente, na sociedade capitalista, a classe dominante é a burguesia, a que controla os meios de produção.

Consideramos que o Estado compreende não somente a burocracia governamental, mas também um aparato que compreende a superestrutura jurídico-política e ideológica, representado pelas leis, pelo sistema educacional, pela polícia e exército.

Dessa forma, os aparatos estatais não se diferenciam em públicos ou privados, pois ambos cumprem a função de reprodução da dominação, seja por meio da geração de consenso, seja por meio do exercício da coerção – regra geral por meio de ambos.

Independente da alternância dos representantes governistas, o Estado capitalista se mantém o mesmo. Ou seja, apesar de diferenças particulares e de maiores ou menores concessões e de uma forma mais ou menos truculenta, o Estado mantém o mesmo papel de manter a hegemonia da classe dominante, no caso, a burguesia. O Estado continua atuando para manutenção da burguesia como classe dominante, ajudando-a em sua tarefa de acumular Capital. (LENIN, 1983)

A partir do que foi previamente desenvolvido por teóricos marxistas, que se utilizam do método materialista histórico dialético para analisar a realidade, podemos conceituar Estado, da seguinte maneira:

“O Estado não é, de forma alguma, uma força imposta, do exterior, à sociedade. (...) É um produto da sociedade numa certa fase do seu desenvolvimento. É a confissão de que essa sociedade se embarçou numa insolúvel contradição interna, se dividiu em antagonismos inconciliáveis de que não pode desvencilhar-se. Mas, para que essas classes antagônicas, com interesses econômicos contrários, não se entre devorassem e não devorassem a sociedade numa luta estéril, sentiu-se a necessidade de uma força que se colocasse aparentemente acima da sociedade, com o fim de atenuar o conflito nos limites da "ordem". Essa força, que sai da sociedade, ficando, porém, por cima dela e dela se afastando cada vez mais, é o Estado”. (ENGELS, 1986)

Para cumprir seu papel, o Estado Burguês tenta revestir-se de uma aparente neutralidade apresentando-se por vezes, até mesmo, como apoiador da classe dominada da sociedade, como seu representante, mediante um complexo processo ideológico. Contudo, nesse processo de dominação de classe, o Estado, em última análise, atua em proveito político das classes dominantes recorrendo a dispositivos e aparelhos ideológicos e coercitivos de diversas ordens.

Durante o período de consolidação do Capitalismo, há momentos em sua história que movimentações populares conseguem arrancar do Estado algumas concessões. As possibilidades de conquistas por parte dos trabalhadores são permitidas na medida em que essas não promovam alterações a fundo na estrutura social vigente. A partir do momento em que há um descenso da luta de massas, tais conquistas são facilmente cooptadas pela burguesia a fim de moldá-las em favor de seus interesses de classe. Reforça-se a reprodução do Capital.

O Papel da Saúde na Sociedade Capitalista

A medicina tende a revestir-se de um caráter de neutralidade, pois diferentemente de outras práticas sociais, existe historicamente, ou seja, não foi instituída no sistema Capitalista, já existindo anteriormente, o que reveste tal prática de uma aparente autonomia como inteiramente independente de articulações econômicas e político-ideológicas.

Ainda, o desenvolvimento do aparato científico e tecnológico relacionados à prática médica e sua imediata função social, a de se aplicar cientificamente ao objetivo da cura constituem algumas das maneiras pelas quais se debate a concepção de neutralidade.

Entendemos, entretanto, que é de extrema importância analisarmos as especificidades assumidas pela medicina na sociedade de classes e que, para isso, precisamos superar essa concepção de neutralidade, buscando identificar as formas pelas quais ela exprime as determinações próprias a essa estrutura social. Ao realizar essa análise não se pretende excluir as formas pelas quais a classe trabalhadora consegue realizar conquistas por melhores condições de vida e acesso aos serviços de saúde.

Assim, a medicina cumpre um papel de manutenção da sociedade em que vivemos. Dessa maneira, a interferência da forma como se organiza a sociedade se refletiria na forma como se organiza a prestação de serviços médicos de diversas maneiras.

“Analisar a especificidade assumida pela prática médica na sociedade de classes implica, primeiro romper com essa concepção de neutralidade, buscando identificar, em todos os aspectos da prática, as formas pelas quais ela exprime as determinações próprias a essa estrutura”. (DONNANGELO, 1975)

As Reformas Sanitárias Mundo afora.

Quando estudamos as reformas sanitárias que ocorreram ao longo do tempo em diversos países, há claramente dois períodos que merecem destaque: o período pós-segunda guerra e os anos 80. É interessante analisar as conjunturas de tais períodos com a finalidade de estabelecer alguns paralelos entre elas.

No período após a Segunda Guerra Mundial, a Europa estava devastada. Além da grande destruição, a Guerra havia causado mais de 40 milhões de mortos e favoreceu a instalação de diversas doenças como resultado das más condições pós-guerra. Acrescenta-se também, nesse período, o desenvolvimento do Bloco Socialista que foi capaz de associar alto desenvolvimento tecnológico com melhores condições de saúde, trabalho e educação para população e que impulsionava a organização dos trabalhadores em diversos países do mundo, inclusive os países da Europa Ocidental. Somadas às condições de assistência a saúde da população e a “ameaça vermelha”, que incitavam o ascenso das massas, em grande parte desempregadas, foi necessário que algumas concessões fossem feitas aos trabalhadores. Nesse contexto, de início de lutas, são implantados os primeiros Sistemas Nacionais de Saúde (Inglaterra, Alemanha, Suécia) e os chamados Estados de Bem-Estar Social, fundamentados no modelo keynesiano. Curiosamente, nesse contexto histórico relatado, a conquista desses direitos não foi conseguida num período de crescimento econômico e fartura de recursos públicos, ao contrário, o resultado da Guerra havia sido o desemprego, a miséria e a destruição. Tal fato reforça nossa concepção de que o fator preponderante na conquista de melhores condições de vida é a organização e luta dos trabalhadores e que mesmo as maiores reformas dentro do sistema capitalista foram conquistadas nos períodos de maior risco de mudança profunda do modelo econômico.

Em um segundo momento, nos anos 60 e 70, a intensa mobilização política e social dos anos estimulou uma crítica contundente e questionadora dos fundamentos básicos dos sistemas de serviços de saúde, sobretudo de assistência médica. Com a

crise fiscal do Estado, a partir de meados dos anos 70, esse arsenal alimentou a formulação de um diagnóstico comum e das prescrições neoconservadoras, configurando uma agenda pós-Estado de Bem-Estar Social também para a saúde, que, na década seguinte, orientou as próximas reformas sanitárias. Ainda que houvesse uma intensa mobilização popular ao redor da causa, as reformas sanitárias tardias são analisadas, nessa pesquisa, como intrínsecas à resposta liberal conservadora (ou neoliberal) à crise econômica dos anos 70.

Em pesquisa realizada por ALMEIDA, são discutidas as reformas dos sistemas de saúde durante a década de 80 (Inglaterra, Alemanha, Suécia) e a criação de sistemas de saúde que aparentemente estariam “remando contra a maré” na Itália e na Espanha, mas nas quais se aplicava a mesma lógica implementada nas demais: reforma de racionalidade dos gastos, administração sob a lógica da privatização e da estimulação da competitividade do mercado, sendo este o balizador da qualidade dos serviços de saúde, assim mantendo a organização social dos serviços de saúde e de uma sociedade que atribui diferentes valores de uso e de troca à vida humana. (JAIRNILSON, 2008)

O Movimento de Reforma Sanitária e o SUS

Caminhando em direção ao tema do trabalho, pode-se observar que alguns autores enfocaram o estudo da Reforma Sanitária na perspectiva de implantação do SUS, dos atores sociais e, da política de saúde ou política social; outros destacam os desafios enfrentados nesses 20 anos de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e das diretrizes constitucionais na área da saúde.

Esse trabalho não centra sua análise nessas perspectivas, não se pretende divagar, de maneira idealista, desamparado de embasamento histórico-científico, a respeito do que deveria ser ou poderia ter sido o SUS. Nesse trabalho, pretendemos analisar a que interesses se subordina, de fato, a criação do SUS e a maneira que foi implementado.

O objeto dessa pesquisa é o Movimento de Reforma Sanitária e a posterior implantação e consolidação do SUS. Ao se fazer uma análise do processo em que se deu a Reforma Sanitária Brasileira, deparamo-nos com algumas divergências referentes ao seu caráter: seria ela fruto de um movimento de transformação radical da sociedade brasileira e, com isso, um primeiro passo na superação do capitalismo? Ou seria resultado de um processo de reformulação do sistema público de saúde no Brasil, que estaria mais voltado para a radicalização e consolidação do modelo construído no período da ditadura do que para encerrá-lo? (CAMPOS, 1988)

Dentre as publicações sobre o tema, merece destaque a pesquisa detalhada realizada por PAIM. Para realizar sua pesquisa utilizou de alguns referenciais gramscianos: *revolução passiva* e *transformismo*. O conceito de *revolução passiva* é definido como um processo de transformação que excluiu a participação das forças democráticas e populares do novo bloco do poder, ou seja, uma transição política entre setores da classe dominante que prefere prescindir da atuação das massas para não correr o risco de que essas deixem sua posição passiva, assumindo a posição de protagonista e correndo o risco de que a transição adote um caráter aprofundado de contestação de toda a ordem social. O *transformismo* trata-se de um fenômeno associado à revolução passiva quando certos partidos (ou agentes) se unificam,

mudando de lado, e reforçando posições conservadoras das forças da ordem estabelecida, ou seja, "cooptação ou assimilação elo bloco de poder das frações rivais das próprias classes dominantes ou até mesmo de setores das classes subalternas".

O autor aponta como hipótese explicativa para o insucesso da Reforma Sanitária Brasileira a natureza da sociedade e do Estado brasileiro, o desenvolvimento do capitalismo via revolução passiva e possíveis deslocamentos das bases políticas e ideológicas no processo de implementação da Reforma Sanitária Brasileira com o transformismo.

No contexto brasileiro, a revolução passiva é a transição democrática ("lenta e gradual"), com o fim do regime militar, e o transformismo se refere aos percalços por que passou o movimento sanitário, que acabou por se limitar às lutas institucionais, o que será abordado com mais detalhes ao longo do trabalho.

Nessa pesquisa optamos pelo modelo de análise segundo o qual o Movimento de Reforma Sanitária teria sido iniciado no governo militar sob a lógica da racionalização dos gastos, do reordenamento administrativo, tudo isso como resposta ao desenvolvimento das forças produtivas na produção de saúde e ao aumento dos gastos, em um período de crise econômica e política, ainda que a população tivesse algum envolvimento no processo.

Não se pode negar que houve uma melhora na qualidade de vida da população com a criação do Sistema Único de Saúde – diante do grau de iniquidade e miséria que se encontrava o Brasil. Entretanto este não se constituiu enquanto uma subversão da ordem burguesa, muito pelo contrário, foi utilizado para manutenção dessa ordem.

Faz-se necessário analisarmos criticamente o Movimento de Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde a fim de entendermos quais são os argumentos que nos levam a fazer tal afirmação que vai à contramão da maioria dos trabalhos já escritos a respeito do tema. Analisar o conteúdo social da massa que adere ao movimento e que papel desempenhava esta massa no equilíbrio de forças que se vai transformando, além disso, avaliar qual o significado político e social das reivindicações. A partir de então se formula a hipótese de que tal movimento necessariamente será desnaturado e servirá a fins diferentes daqueles que a massa de seguidores espera. Nossa pesquisa, portanto, orientou-se para a identificação dos elementos de força, mas também dos elementos de fraqueza que tais movimentos contêm em seu interior.

A instauração do regime militar, em 1964, tinha, a princípio, as tarefas de restaurar a ordem e normalizar a economia, aprimorando essa tarefa no decorrer dos anos de ditadura militar. Para tal, empenhou-se em uma tarefa repressiva e a investiu nos setores industriais em favor da burguesia, sem levar em consideração a classe trabalhadora. A concentração de renda resultante da política econômica do regime militar levou enormes parcelas da população a enfrentar péssimas condições de vida, notadamente evidente no aumento da mortalidade infantil, nas epidemias de meningite, altos níveis de desnutrição, grande expansão da poliomielite e da hanseníase. (SCOREL, 1998)

Nesse mesmo período, nos anos 60 e 70, desenvolveu-se dentro das universidades, mas especificamente no interior dos departamentos de medicina preventiva, um pensamento transformador na área da saúde que utilizando do materialismo histórico dialético como base de sua formulação. As teses *O Dilema Preventivista*, de Sérgio Arouca, e *Medicina e Sociedade*, de Cecília Donnangelo

formam divisores de água que deram início a uma teoria social da medicina no Brasil. O processo saúde-doença que antes era considerado a partir de diversas determinações em níveis biológicos, psicológicos, sociais com mesmo grau de intensidade, agora se entendia que as condições socioeconômicas eram em última instância seu principal determinante.

“a partir da abordagem marxista da problemática da saúde, iria construir uma nova teoria na qual, ao contrário do que ocorre no discurso preventivista, o social não é mitificado, reduzido ou simplificado, e sim investigado, principalmente em seus aspectos econômicos e de processo de trabalho, na procura da determinação dos fenômenos” (SCOREL, 1998)

Foi esse desenvolvimento teórico que deu sustentação ao movimento sanitário. Enquanto as classes trabalhadoras eram oprimidas e silenciadas pelo regime militar, as bases universitárias iniciaram um movimento em busca do seu personagem, a própria classe trabalhadora, precedendo a existência da organização desta. Em um primeiro momento, o movimento não encontra seu sujeito político, que surge somente com a eclosão dos movimentos sociais no período de transição para “democracia”.

Por ser um movimento social e não um partido, o movimento sanitário restringia suas pautas estritamente ao movimento da saúde, deixando de analisar outras pautas sociais e de atuar em outros segmentos da sociedade; é interessante frisar que falando da classe trabalhadora, o discurso médico-social de transformação continha esse ponto de tensão: não contava com a participação direta de grande parte da classe trabalhadora. Isso talvez aponte uma falha dos que se propunham a ser a própria vanguarda do movimento sanitário, uma vez que se limitou a pauta setorial da saúde e não conseguiu avançar em propostas de mudança da sociedade, ou seja, que conseguissem abarcar uma proposta de um novo modelo de sociedade.

“Nesse sentido, a luta pela Reforma Sanitária se insere no quadro mais geral da luta de classes do país. Por outro lado, seria errôneo a partir desta constatação remeter a luta na área de 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, 1989, p.93).”

“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. Todos, portanto, pareciam ser reformistas” (PAIM, 2006)

Ou seja, mantinham suas propostas restritas a institucionalidade burguesa, não apontavam para a necessidade da derrubada do Estado Burguês e a tomada do poder político pela classe proletária.

Um de seus maiores expoentes, Sérgio Arouca, então presidente da FIOCRUZ e membro do Partido Comunista Brasileiro, em um de seus discursos enunciados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, manteve uma posição mais mediadora de manter a ocupação de espaços nos interstícios de governo, que não podiam ser abandonados nesse momento.

No capítulo do livro Reforma sanitária: Itália e Brasil (A Reforma Sanitária Necessária) se faz uma análise em relação a opção pela via institucional e de como a criação do SUS era o resultado de uma política racionalizadora do modelo assistencial iniciada no regime militar.

O autor discute a limitação inerente à forma de luta escolhida pelo movimento de Reforma Sanitária: a via da institucionalidade. Ao invés de uma aliança dos intelectuais com a totalidade da classe trabalhadora, para que pudessem pressionar as transformações para além dos espaços institucionais, decidiu-se lutar pelos trabalhadores (e, posteriormente, em lados opostos a eles).

“[...] 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” (no sentido gramsciano, de reforço do bloco politicamente dominante) e da renúncia, a priori, de qualquer veleidade de trabalhar, junto à sociedade, pela construção de uma nova hegemonia, de um novo bloco político, capaz de dar concretude, apesar dos constrangimentos impostos pela realidade brasileira, a um projeto de socialismo.” (CAMPOS, 1988).

Um aspecto interessante da limitação do potencial transformador está na composição da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), “[...] nove representantes de ministérios do governo federal, dois representantes das secretarias estaduais e um por todas as secretarias municipais de saúde – somando, portanto, 12 técnicos governamentais. O poder legislativo tinha 2 representantes, os trabalhadores três, da CUT, CGT e CONTAG. O patronato também tinha 3 assentos, havendo mais 2 vagas para os prestadores privados de serviços de saúde (uma para a Federação Brasileira de Hospitais e outra para a Confederação das Misericórdias). Os profissionais de saúde estavam representados pelos médicos, através da Federação Nacional dos Médicos. Finalmente, talvez pensando no usuário, foi assegurada uma vaga para o Conselho Nacional das Associações de Moradores. Seja pelo predomínio numérico dos representantes governamentais, seja pelo despreparo e omissão do movimento sindical, o pensamento oficial predominou largamente na produção dessa Comissão.” (CAMPOS, 1988).

Como bem demonstrado pela composição descrita acima, alguns autores advertem a respeito da pequena participação popular como uma das dificuldades encontradas para a consolidação do Sistema Único de Saúde e a transformação da sociedade. Claramente, sob um Estado Burguês, em especial, um governo Militar, a institucionalidade burguesa não permitiria que a composição da comissão fosse diferente e, se o fosse, obviamente, não teria poderes de imprimir maiores transformações. É o que se passa, atualmente, com nos Conselhos de Saúde. Além

disso, os intelectuais do movimento sanitário propunham lutar no lugar do povo ao invés de liderá-lo nas ruas.

Tal aspecto já foi desenvolvido por LENIN em outro momento histórico. Segundo esse grande teórico marxista, é de extrema importância a participação direta da classe proletária na luta pela transformação da sociedade, pois ela não teria nenhum benefício a preservar da sociedade atual e seria capaz de conduzir o processo revolucionário às últimas consequências. Quanto à participação da intelectualidade o alerta deixado por Lênin é incrivelmente aplicável ao que aconteceu com os intelectuais que planejaram a Reforma Sanitária. É o que PAIM denomina *transformismo*.

“A gente instruída, "a intelectualidade" em geral, não pode senão rebelar-se contra o selvagem jugo policial do absolutismo, que persegue o pensamento e o saber, mas os interesses materiais dessa intelectualidade a ligam ao absolutismo, à burguesia, obrigam-na a ser inconsequente, a transigir, a vender seu ardor oposicionista e revolucionário pelos ordenados estatais ou pela participação em lucros e dividendos. [...] Somente o proletariado pode ser - e devido à sua posição de classe não pode deixar de sê-lo - democrata consequente até o fim, inimigo decidido do absolutismo, incapaz de fazer concessão de espécie alguma ou de contrair qualquer compromisso que seja. Somente o proletariado pode ser *o lutador de vanguarda* pela liberdade política e pelas instituições democráticas, porque, em primeiro lugar, a opressão política recai sobre o proletariado com a máxima dureza, nada havendo na situação desta classe que a atenua, uma vez que não tem acesso ao poder supremo, nem à burocracia, nem influencia sobre a opinião pública.”
(LENIN)

No artigo de GALLO, faz-se uma análise sobre as condições materiais que fizeram com que os trabalhadores não aderissem ao movimento com a intensidade esperada pelos intelectuais, ao invés de culpabilizar a população “desorganizada e desinformada”. As opções políticas feitas pelos militares fizeram com que a situação da classe trabalhadora naquele período estivesse extremamente complicada. Problemas em outros setores tais como as questões salariais, de transportes, habitação ou posse da terra, constituíam-se prioridades desses movimentos e seu interesse no setor saúde se tornou relativo. Tal atitude das massas afirma, na ação prática, o conceito de Saúde adotado pelo movimento sanitário. Pois afirma que a Saúde, sendo determinada socialmente, depende mais de como se dá o acesso ao que foi produzido pela sociedade do que de uma organização dos Serviços de Saúde, ou seja, faz-se necessária a luta por mudança na estrutura da sociedade. A baixa aderência dos trabalhadores na luta pela saúde não deve ser entendida como falta de consciência política por parte deles; ao contrário, a falha se deu por parte dos intelectuais do Movimento da Reforma Sanitária que não estavam ao lado dos trabalhadores para lutar junto a eles por uma transformação objetiva e radical das suas condições de vida, alterando o modo como se dá a distribuição dos meios de produção e da riqueza na nossa sociedade.

A luta pelo serviço público de saúde se deu por dentro dos limites do Estado, pretendendo-se uma transformação dentro da institucionalidade, ou seja, aqueles que

se diziam, e se dizem, lutadores do SUS restringiram-se (e restringem-se) a atuar dentro desses limites, instaura-se aí a “dialética do possível”, com as palavras de CAMPOS:

“Escudados em um pensamento de fundo conservador, o da dialética do possível, imaginam que o máximo de inovações já estaria ocorrendo. Não consideram, no entanto, que essa “dialética” pouco tem a ver com a ideia de mudança, estando mais para uma lógica do tipo “pragmatismo responsável” (idealizada pelos burocratas do Itamaraty, mas que cai como uma luva para todos os técnicos que pretendem dar aos seus projetos uma “neutralidade” e um grau tal de racionalidade, que qualquer governo poderia, em tese, adotá-los). Essa razão é essencialmente conservadora, uma vez que não trabalha com a possibilidade de construção de uma nova correlação de forças capaz de estender os limites do possível para além daqueles convenientes às forças dominantes.

Talvez seja ainda mais grave a separação que essa postura defensiva (e às vezes ofensiva) (...) vem estabelecendo entre esses intelectuais e o conjunto de forças potencialmente capaz de impulsionar verdadeiras reformas. Referimo-nos aos sindicatos de trabalhadores, a significativas parcelas dos profissionais de saúde, aos partidos políticos que advogam reformas ou o socialismo, a outras forças organizadas da sociedade brasileira. Todos esses setores têm inúmeras razões para criticar o que até agora foi definido como Reforma Sanitária oficial, e muito mais razões têm para não se submeterem aos limites dados pelas tais “razões de Estado”. Na medida em que parcela do movimento sanitário assume como suas, as razões de Estado, está estabelecendo um conflito entre estes técnicos, nesse momento falando enquanto governo e até mesmo enquanto poder, e o movimento social.” (CAMPOS, 1988)

O trecho de CAMPOS é extremamente atual, já que grande parcela dos intelectuais e parte do conjunto de forças potencialmente revolucionárias, como sindicatos de trabalhadores, profissionais de saúde, partidos políticos que se dizem de esquerda e outras forças organizadas na nossa sociedade, assumiram a bandeira do SUS e do governo e, com isso, apesar de terem inúmeros motivos para criticar e combater as medidas do governo e muito mais razões para não se submeterem as tais “razões de Estado”. Na medida em que o Partido dos trabalhadores (PT) assume como suas as razões de Estado, está se colocando contra esses movimentos sociais organizados e contra transformações maiores em nossa sociedade.

Ao final da análise, se parte do Movimento Sanitário representava a parcela socialista, buscando analisar a realidade brasileira e sua situação de saúde, em particular, parece ter esmaecido com o discurso e com a prática dos seus sujeitos, indivíduos e coletivos. Atualmente, poucos são os partidos que participaram do movimento e ainda hoje se assumem, teórica e praticamente, comunistas.

Ainda, outra parte do projeto identificava-se com a socialdemocracia na luta pelo Estado de Bem-Estar Social. O transformismo que foi muito bem aproveitado pelo neoliberalismo, conduziu o processo de Reforma Sanitária Brasileira se orientar a partir

de um pacote de sanções ditas por órgãos institucionais como o Banco Mundial. O Partido Socialdemocrata do Brasil (PSDB) esteve longe de implementar princípios e diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira de caráter socialista e, seu sucessor, o Partido dos Trabalhadores (PT) se incumbiu de manter a situação precária em que se encontra a saúde pública no país e aprofundar as reformas privatizantes dos serviços públicos, como a saúde e a educação.

Havia também uma diferença de opinião entre os que participaram da 8ª Conferência Nacional de Saúde que reflete parte da dificuldade de organicidade do movimento. Alguns defendiam que o sistema público de saúde deveria ser único, sem interferências privadas. Porém havia parte do movimento que partia da análise equivocada que o Brasil ainda era um país a se consolidar como capitalista e que, portanto, considerava tático evitar uma oposição entre o proletariado e a burguesia naquele momento. Acreditando no fortalecimento da luta, caso essa aliança com alguns setores burgueses fosse estabelecida; defendia, portanto, não ser possível a construção de um sistema de saúde público sem que este estivesse articulado ao sistema privado. Segundo essa concepção, somente a partir da ascensão dos movimentos de massa é que deveria ser definido o caráter de classe e estabelecida a incompatibilidade dos anseios da classe proletária com as transformações limitadas ao caráter burguês das reformas. O ascenso da luta de massas realmente ocorreu, porém boa parte da vanguarda do movimento que até então se dizia revolucionária porém “esperando o momento certo de agir” não assumiu a segunda etapa da tarefa que tinham colocado, optando por aliar-se definitivamente a classe burguesa. É o que PAIM, utilizando a categoria do Gramsci, define como transformismo.

Tal equívoco cometido pelo Movimento Sanitário já havia sido discutido por LENIN com relação às tarefas do Partido no momento em que pretendiam derrubar o regime czarista e conduzir a Rússia ao socialismo. O texto caracteriza as tarefas *socialista* (luta contra a classe dos capitalistas, luta que visa a destruir o regime de classes e organizar a sociedade socialista) e *democrática* (luta contra a ditadura militar, que visa a conquistar para o Brasil a liberdade política e democratizar o regime político e social do país). Muitos setores da esquerda dizem se utilizar desse texto a fim de apontar a importância das tarefas ditas *democráticas* como precedentes e distintas das tarefas *revolucionárias*; entretanto, o que LENIN revela nesse texto é completamente oposto a essa política.

Dessa maneira aconteceu durante a Reforma Sanitária Brasileira. A vanguarda do Movimento Sanitário, com o objetivo de conseguir agregar mais força ao Movimento, acreditou que seria errôneo dar um caráter de confronto aberto entre classes. Assim, desconsiderando o que já havia sido escrito por LENIN, optou por separar o que poderia se chamar de tarefas democráticas das tarefas revolucionárias de fato.

LENIN ao discutir sobre a possibilidade de aliança aos demais setores da sociedade, inclusive os setores pequeno-burgueses progressistas, destaca que essa aliança não deve ser feita a partir de um rebaixamento das propostas dos setores revolucionários, mas que esse apoio deve ser efetivado para acelerar a queda do inimigo comum, desde que nada esperem para si desses aliados temporários nem pressuponha compromisso algum com programas e princípios não revolucionários. Dessa maneira, ainda lutassem pelo objetivo comum da queda do regime militar, a escolha de defender interesses da manutenção da atenção privada à saúde e não

destacar a oposição irreconciliável entre a propriedade privada e o projeto socialista foi uma falha do movimento.

[...]Ao assinalarem a solidariedade de tais ou quais grupos oposicionistas com os operários, os social-democratas¹ porão sempre os operários à parte, explicarão sempre o caráter temporário e condicional dessa solidariedade, acentuarão sempre a independência de classe do proletariado que se pode erguer amanhã contra os seus aliados de hoje. Dir-nos-ão: "Isto *enfraquecerá* todos os que lutam pela liberdade política no momento atual". E nós respondemos: isto *fortalecerá* todos os que lutam pela liberdade política. Só são fortes os lutadores que se apóiam em interesses reais *claramente compreendidos* de determinadas *classes* e todo fator que obscureça esses interesses de classe, os quais já desempenham papel predominante na sociedade moderna, servirá apenas para enfraquecer os lutadores. Isto em primeiro lugar. Em segundo lugar, na luta contra o absolutismo deve a classe operária destacar-se do resto, porque *só* ela é conseqüente até o fim e inimiga incondicional do absolutismo, porque *só* entre ela e o absolutismo são impossíveis as transigências, porque *só* na classe operária pode o democratismo encontrar um partidário sem reservas, sem indecisões, que não olha para trás. Em todas as demais classes, grupos ou setores da população, a hostilidade ao absolutismo *não é incondicional* e seu democratismo está sempre voltado para trás. A burguesia não pode deixar de reconhecer que o absolutismo retarda o desenvolvimento industrial e social, mas teme a democratização completa do regime político e social e pode sempre entrar em aliança com o absolutismo contra o proletariado. (LENIN)

Algumas análises sobre o tema afirmam que a conquista do Sistema Único de Saúde estaria na contramão dos objetivos de lucro das empresas privadas. Segundo esses autores, a criação do SUS não mais permitiria o desenvolvimento do setor privado, sendo um passo em direção ao socialismo. Ainda que possa ter existido um conflito entre empresas, os interesses burgueses sempre estiveram em primeiro plano. Primeiramente, essa afirmação tem contida uma análise muito simplificada do papel da saúde sob o capitalismo, não compreendendo que além da exploração de mais-valia diretamente pelos planos de saúde privados há outras formas que o capital subordina a saúde a seus interesses como descrito no tópico do "papel da saúde sob o capitalismo".

Entretanto é importante observar como se dava o financiamento da atenção à saúde no período ditatorial e em seguida analisar as políticas de implantação do SUS em consonância com o setor privado para que a hipótese de que a Reforma Sanitária Brasileira foi, ainda que com participação popular, um "pacto de elites". (CAMPOS, 1988)

Durante o regime militar, configurou-se um sistema de atenção estatal à saúde, caracterizado pela preponderância da Previdência Social sobre o Ministério da Saúde.

¹ O termo social-democratas utilizado por Lenin, no texto "Tarefa dos Social-Democratas Russos", refere-se ao partido revolucionário russo no período anterior a Revolução Russa. Atualmente, esse termo é utilizado para denominar os agrupamentos políticos que defendem o Estado de Bem-Estar Social que buscam adotar políticas Keynesianas.

No comando dessa instituição financeiramente dominante estava a aliança entre os interesses privados e a burocracia, cujo objetivo era consolidar e preparar as condições para uma crescente privatização dos serviços médicos prestados aos previdenciários.

“Estimulava, portanto, um processo crescente e acelerado de transformação dos serviços de saúde em empresas lucrativas”.(SCOREL, 1998)

Podemos citar o Plano de Pronta Ação (PPA), cuja justificativa de criação era universalizar o atendimento médico, pretendia pagar os atendimentos médicos tanto a rede pública quanto à privada, independente do vínculo do paciente. O PPA foi utilizado para o enriquecimento de empresas médicas, uma vez que grande parte de atendimentos emergências forjados por essas empresas foram pagos pelos governos. Ainda, podemos lembrar que, em 1974, os militares haviam criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que ajudou a remodelar e ampliar a rede privada de hospitais, por meio de empréstimos com juros subsidiados. Toda essa política acabou proporcionando um verdadeiro boom na rede privada. De 1969 a 1984, o número de leitos privados cresceu cerca de 74.543 em 1969 para 348.255 em 1984. Como pode se ver o modelo criado pelo regime militar era financiava a construção de grandes hospitais privados. (SCOREL, 1998).

“ O FAS é, fundamentalmente, um fundo de financiamento à iniciativa privada em perfeita consonância com a política governamental, especialmente a partir do PPA. (...) Com o FAS fecha-se, portanto, o ciclo de apoio financeiro governamental ao setor privado da assistência à saúde – ótimas condições de empréstimos, garantia pela Previdência Social do pagamento dos serviços produzidos (‘demanda canalizada’) fazem da assistência à saúde um negócio altamente lucrativo.” (Braga & Paula, 1981:131-2)

Entretanto, o cenário de favorecimento aos interesses burgueses permaneceu mesmo com Reforma Sanitária Brasileira. Manteve-se a política de financiamento da burguesia que atua no campo da saúde através da utilização de leitos privados pelo SUS, utilizando o dinheiro público para garantir os lucros da iniciativa privada. Abarcaram os interesses das grandes farmacêuticas com a política da Farmácia Popular, segundo a qual, através do subsídio de seus produtos, o Estado garante sua lucratividade, ou seja, da transferência direta de recursos estatais para essas empresas.

Além disso, atualmente defrontamo-nos com uma nova modalidade de transferência de dinheiro público para a iniciativa privada, que consiste na possibilidade do controle da administração dos serviços públicos através de Organizações Sociais (OSs) e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs). Assim, além de buscar mais um maneira de transferir dinheiro público à iniciativa privada, o governo, ainda, assume o direito privado e a lógica produtiva como norteadores da assistência a saúde, privilegiando a propalada “produtividade” do setor privado em relação à demora e ineficiência dos serviços públicos e operando uma intensa precarização dos serviços públicos de saúde.

Somam-se também os Planos de Saúde que atuam como força política, como se pode ver nas últimas eleições. Segundo estudo de Lygia Bahia e Mario Scheffer o

número de empresas doadoras cresceu de 15 em 2002 para 48 em 2010 com um salto de valor repassado de R\$ 839.000,00 para R\$ 11.834.436,69, resultando em apoio financeiro dos planos de saúde contribuiu para eleger 38 deputados federais, 26 deputados estaduais, três senadores, além de quatro governadores e da presidente da República, Dilma Rousseff. Outros 81 candidatos receberam apoio, mas não foram eleitos.

Entretanto, para finalizar o trabalho, há de se reconhecer que o Movimento de Reforma Sanitária obteve suas conquistas e não seria presunçoso dizer que grande parte dessas conquistas se deu a partir de reivindicações por parte do movimento popular, como se vê, por exemplo, na atuação do MOPS (Movimento Popular de Saúde). O caráter “um pouco mais transformador” foi sustentado pela participação popular, ainda que pequena.

Ou seja, a participação popular na Política e nas ações de saúde tem pouca expressão, a não ser em raros locais cuja excepcionalidade confirma a regra: a Reforma Sanitária não tem o esforço da participação popular a não ser em seu próprio discurso, que visa fundamentalmente legitimar a proposta para o setor. (GALLO, 1988)

6. Conclusão.

Como conclusão dessa revisão bibliográfica, é indiscutível ressaltar os avanços obtidos com a implantação do Sistema Único de Saúde, o acesso aos serviços de saúde no Brasil melhorou consideravelmente após a criação do SUS. Apesar dessas limitações, o SUS conseguiu melhorar amplamente o acesso à atenção básica e de emergência, atingir uma cobertura universal de vacinação e assistência pré-natal e investir fortemente na expansão dos recursos humanos e de tecnologia, incluindo grandes esforços para fabricar os produtos farmacêuticos mais essenciais ao país.

Na PNAD² realizada em 1981, antes da criação do SUS, 8% da população (9,2 milhões de pessoas) afirmava ter usado serviço de saúde nos últimos trinta dias, enquanto em 2008, 14,2% da população (26.866.869 pessoas) relatavam uso de serviços de saúde nos últimos quinze dias, o que representa um aumento de 174% no uso de serviços de saúde. (PAIM, 2011)

Entretanto, é importante destacar que o Movimento de Reforma Sanitária alude para um dado problema e ilude quanto à solução, mantendo a organização social dos serviços de saúde e uma sociedade que atribui diferentes valores de uso e de troca à vida humana. No caso do processo da Reforma Sanitária, alude quanto aos problemas de saúde e da organização dos serviços (decorrentes de determinação social) e ilude quanto à solução (reforma parcial), convivendo com iniquidades sociais e um Estado submisso aos interesses da burguesia.

Ao final das análises de grande parte dos autores que buscam estudar a Reforma Sanitária Brasileira e a implantação do SUS, a conclusão a que eles chegam é que o SUS seria um “sistema em construção. Justificam-se argumentando que o SUS ainda enfrenta um conjunto de desafios como a instabilidade e insuficiência do

² O PNAD, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, é realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística a partir dos principais indicadores socioeconômicos, para o Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação, e das séries de indicadores de rendimento.

financiamento, investimentos reduzidos, distribuição desigual dos recursos e da infraestrutura, acesso insuficiente, baixa eficácia, qualidade insatisfatória, ineficiência na gestão dos recursos, humanização deficiente, desrespeito ao cidadão, desatenção e maus-tratos. (PAIM, 2008; GERSCHMANN; 1995). De fato, a busca pela saúde pública estatal gratuita continua na ordem do dia para os movimentos sociais, entretanto compreende-se que as características do atual SUS não são exclusivas desse, mas permeiam toda a sociedade capitalista em suas relações sociais. A luta por uma saúde deve ser parte de uma luta em prol da conquista de uma nova sociedade, a socialista; para tanto não bastam leis e normas.

É preciso a organicidade na luta dos trabalhadores para que esses possam conduzir o processo revolucionário de alteração da estrutura social, onde a pauta da saúde seja abordada não somente através da conquista de um sistema de saúde público, mas também através da garantia ao acesso a tudo que é produzido pela sociedade.

A partir da pesquisa realizada, pôde-se reviver, ainda que debruçada sob papéis, o que foi a conquista do SUS, entender a importância de nós, classe trabalhadora, na construção da história. Buscar compreender os erros do nosso movimento no passado, ainda não muito distante, a fim de evitar repeti-los e tentar definir mais claramente quais as bandeiras de luta que o movimento proletário deve assumir no próximo ciclo de lutas que está se abrindo.

7. Perspectivas de desdobramento do trabalho.

Pretende-se continuar a análise do Sistema Único de Saúde em próxima pesquisa aprovada pelo PIBIC, com apoio do mesmo orientador, Gastão Wagner de Souza Campos.

O próximo trabalho centrará suas forças na análise na aplicação do SUS e de como sua implementação aguçou ainda mais as características que discutimos no presente trabalho acerca do conteúdo da Reforma Sanitária Brasileira, evidenciando seu caráter reformista e mantenedor da ordem burguesa, em sua configuração como *revolução passiva* que se processou no Brasil.

Através da análise da implementação de políticas públicas nos anos que se seguiram a criação do SUS, nota-se um caráter mais ainda de continuidade e aprofundamento, porém em um contexto histórico diferente (de refluxo dos movimentos de massa) do que havia sido a Reforma Sanitária do que uma ruptura e um “desmonte” do SUS. Analisaremos, pormenorizadamente, as políticas que nortearam a implantação e consolidação da Atenção Primária.

8. Bibliografia

1. ALBUQUERQUE, G.S.C. *As determinações do capital sobre a formação do trabalhador na saúde: um estudo sobre reformulações curriculares em dois cursos de medicina do Paraná* / Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque - Curitiba, 2009.
2. ALMEIDA, C. M. *As Reformas Sanitárias dos Anos 80: Crise ou Transição*. Rio de Janeiro, 1995, Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz.
3. ALMEIDA, C.M. *Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica*. Saúde e Sociedade 5(2): 3-57, 1996.
4. AROUCA, A. S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora da Unesp, Editora Fiocruz, 2003.
5. BRAGA, J. C. S. & PAULA, S. G. *Saúde e Previdência: Estudos de Política Social*. 2ª Edição. São Paulo: HUCITEC, 1986.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. *CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986*. Relatório Final.
7. CAMPOS, G.W.S. *A Reforma Sanitária Necessária*. In: BERLINGUER; G. S; TEIXEIRA, S. F.;
8. CAMPOS G.W.S. *Reforma sanitária: Itália e Brasil*, São Paulo, HUCITEC-CEBES, 1988.
9. DONNANGELO, M. C F. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
10. DONNANGELO, Maria C.F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de Trabalho*. Pioneira: São Paulo, 1975.
11. ENGELS, F. *Barbárie e Civilização*. In: *A origem da família da propriedade privada e do Estado*. Rio de Janeiro: Global Editora, 1986.
12. ESCOREL, S. *Reviravolta da Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
13. FLEURY, Sônia. *Saúde e democracia: a luta do CEBES* (org.) São Paulo: Lemos Editorial, 1997
14. GALLO, E.; LUCHESI, G.; MACHADO, N.; RIBEIRO P. T. *Reforma Sanitária: uma análise de viabilidade*, Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 4, núm. 4, pp. 414-419, 1988.

15. GALLO, E., NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: FLEURY, S. M. (Org.) Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989. p.91-118
16. GERSCHMANN, S. *A Democracia Inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
17. LENIN, W.I. *O Estado e a Revolução*. Hucitec, 1983.
18. LENIN, W.I. *Tarefas dos Social-Democratas Russos*.
19. LUCHESI, G. Burocracia e Política de Saúde: Arena ou Ator? In TEIXEIRA, S.F. (org): *Reforma Sanitária - em busca de uma teoria*. S. Paulo: Cortez/Abrasco, 1989.
20. PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. 1. ed. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA / FIOCRUZ, 2008. v. 01. 356 p
21. PAIM, J. et al. *O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios*. The Lancet, Brasília. Volume 377, Maio de 2011. Disponível em: <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>.

9. Agradecimentos

“Em agradecimentos sinceros a orientações do professor doutor Gastão, e a grandes amigos, sem os quais não seria possível a realização desse trabalho”