

da saúde. Por outro lado, na administração pública direta, terceiriza-se a gerência dos serviços de saúde, imprimindo-lhes uma nova filosofia de gestão: a racionalidade privada na produção de serviços que assim é transplantada para o interior da administração direta. Portanto, não se trata mais de uma “privatização da saúde” como aquela dos finais dos anos 60 e que vingaram nas décadas posteriores.

Atualmente o processo de privatização é muito mais sofisticado e complexo, tal como se complexificou o subsistema privado da saúde, e tal como foram esvaziados os princípios do SUS ao longo de sua implantação. O ideário predominante passa então a ser o do custo/efetividade, em nome da qual se privatiza a saúde. O que não mudou, no entanto, foi o fato de o setor privado da saúde continuar na sua lógica histórica, e que segue sendo financiada pelo Estado, de forma direta ou indireta, de crescer e reproduzir seus lucros num mercado sem os riscos do mercado. Haja vista, mais uma vez, a medida recente de favorecer seguros populares de saúde, o que no nosso caso significa falar em seguros de saúde baratos (sic) com baixa cobertura, que certamente sobrecarregarão o subsistema público de saúde.

Assim, há que se investigar, na atual conjuntura, o que vem a ser a natureza pública e a natureza privada dos serviços médicos e de saúde, que estão borrando crescentemente suas fronteiras em decorrência das políticas de saúde recentes. E há que se investigar a razão pela qual a saúde, nesse período recente, foi a política setorial que menos avançou dentre as políticas sociais, o que contrasta com o período imediatamente pós 1988 e anos 1990.

Finalmente, Paim aposta nas forças progressistas da sociedade civil para ressuscitar as propostas originais da reforma sanitária e fazer com que elas sejam assumidas pelo Estado (ele se refere a governos). O problema reside no fato da ausência – ou sendo mais otimista, incapacidade de identificá-las – de forças progressistas organizadas e mobilizadas na sociedade, e que sejam articuladas por um projeto comum, como foi nosso caso dentre os reformistas sanitários dos anos 1970. Havia disputas no interior do movimento, porém existia um projeto maior, no interior do qual se definiam ganhadores e perdedores. O clima hoje talvez seja de que somos todos perdedores, apesar de todos os avanços e conquistas destes últimos 25 anos, com exceção daqueles que caíram no canto sedutor das novas formas de gestão dos serviços públicos de saúde ou no entorno do aparato estatal.

Mas aí estão as utopias para que não abandonemos a luta!

1. O'Donnell G, Schmitter PC, Whithead L. Transitions from authoritarian rule. v. 4. Tentative conclusions about uncertain democracies. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1986.

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-3111XCO021013>

*Sarah Escorel*

*Escola Nacional de Saúde  
Pública Sergio Arouca,  
Fundação Oswaldo Cruz,  
Rio de Janeiro, Brasil.  
sescorel@ensp.fiocruz.br*

## **Efetivar a reforma sanitária por meio da participação social**

Em junho passado, as manifestações que tomaram as ruas do país, eclodindo em torno do aumento da passagem dos transportes públicos, apresentaram como principais reivindicações saúde, educação e, sobretudo, participação; a possibilidade de interferir nas decisões que afetam a vida do dia a dia nas cidades.

Moradores da Rocinha, em protesto na frente da casa do governador fluminense, declararam que não queriam a construção do teleférico previsto no PAC2 enquanto existissem 16 “valões” (esgoto a céu aberto) na comunidade. E, sobretudo, afirmaram que querem participar, ser ouvidos sobre a realidade local, estabelecer as prioridades em conjunto com as autoridades governamentais.

Quantos dos manifestantes têm conhecimento de que há quase 25 anos existem Conselhos e Conferências de Saúde no SUS, um imenso sistema de participação social envolvendo 72 mil conselheiros em todas as esferas governamentais, número maior do que o de vereadores brasileiros, dos quais 36 mil representam os usuários do sistema? E que o processo da última Conferência Nacional de Saúde (14ª; 2011) abarcou centenas de milhares de brasileiros em 4.537 conferências (municipais e estaduais) e 4.500 participantes discutiram seu relatório final? <sup>1</sup>. Quantos pensaram na possibilidade de pressionar, por meio dos Conselhos, ou de se fazerem presentes nas Conferências de Saúde, apresentando suas demandas de melhoria do atendimento e suas críticas à privatização em marcha dos serviços de saúde?

Certamente poucos, pouquíssimos. E mesmo que conhecessem esses espaços, sentir-se-iam representados? Teriam interesse em participar? Ou ao considerar que ali se desenvolve um jogo de cartas marcadas, tão burocratizado quanto o dos partidos políticos, inócuo na diminuição das desigualdades sociais e na efetivação dos direitos, pensariam ser melhor desenvolver algo

paralelo, plural, pela rede, que permitisse a livre organização e manifestação?

Baseando-se nas experiências dos *soviets* e, posteriormente, dos Conselhos de Defesa da Revolução Cubana, os conselhos de saúde idealizados pelo movimento sanitário, formatados no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e estimulados pela NOB-96 (1998) que exigia sua criação e funcionamento para o repasse de recursos, têm também seus quase 25 anos de existência para serem avaliados.

Qual o papel desempenhado por esse imenso sistema de participação institucionalizada da sociedade organizada? Até que ponto conselhos e conferências cumpriram os objetivos iniciais de zelar pelo projeto da Reforma Sanitária? E sendo esse sistema ocupado pelos movimentos sociais organizados em entidades e corporações, o que foi feito para que os mais pobres, os segmentos não organizados da sociedade, para os quais o exercício e usufruto dos direitos formalmente instituídos constituem uma luta diária, estivessem representados nesses espaços, conseguindo apresentar suas necessidades e expressar suas demandas?

Embora Paim, amigo, companheiro de militância e mestre, não se detenha nesses aspectos em seu artigo de análise crítica sobre os 25 anos do SUS, considero-os cruciais para entender as dificuldades de implementação do projeto da Reforma Sanitária. Pois conselhos e conferências talvez sejam os elementos do SUS que permitiriam que a proposta de Reforma Sanitária não perdesse seu rumo, seu eixo, ou nas palavras de Giovanni Berlinguer seu “componente revolucionário”<sup>2</sup>, que é a saúde das pessoas.

O desenho inicial dos conselhos, a amplitude de suas funções, a paridade de representantes de usuários em sua composição, tinham por objetivo permitir que as necessidades e demandas de saúde da população penetrassem o aparelho de Estado e interferissem na direcionalidade das políticas públicas. Dessa forma, conselhos e conferências seriam canais de expressão, de pressão, de influência, de controle para que a burocracia não se limitasse a atender seus próprios interesses e sua autorreprodução. Sobre tudo seriam momentos e espaços nos quais se buscaria o “bem comum”, o “interesse geral”, algo que, transcendendo os interesses particulares, sem ignorá-los, seria uma fonte de propostas de diminuição das iniquidades sociais e de saúde. No entanto, mesmo correndo o risco de generalizações incorretas, dado o tamanho do país e a diversidade de experiências participativas, a literatura identifica vários problemas no funcionamento dos conselhos que tenderiam mais a constituírem “núcleos neocorporativos (...) incor-

*porando demandas por meio da ação dos grupos de interesse, organizações geralmente nucleadas em torno de pleitos particulares, específicos, não gerais*”<sup>3</sup> (p. 46).

Além da indefinição do que sejam os “usuários” e como são representados nas instâncias participativas, fica evidente nos estudos a assimetria de poder que mantém a dominação dos gestores que detêm o poder de agenda, exercem a chantagem da pressão da decisão para evitar o debate ou mascaram os verdadeiros interesses e as consequências das ações sob uma linguagem técnica, apolítica. No entanto, os conselhos (e as conferências) nasceram para serem instâncias essencialmente políticas, para que a deliberação se desenvolvesse em torno de projetos e diretrizes políticas. Mas foram transformados em instâncias gerenciais, de papel indefinido e concorrente, embora sempre subordinadas ao executivo.

A transformação dos conselhos em espaços gerenciais e executivos lhes retira sua característica mais nobre – a deliberação de diretrizes políticas – e, ainda, os submerge em atividades técnicas que ocupantes de cargos e funcionários deveriam desempenhar, prestando contas aos espaços e instâncias participativas.

A literatura também identifica que os pobres não conhecem os Conselhos ou não percebem nessas instâncias canais de obtenção e reconhecimento de direitos<sup>4,5</sup>. Nesse aspecto, as instâncias participativas em saúde até o momento também falharam em não se constituírem um veículo de inclusão na cidadania.

*“Os setores inseridos e organizados deveriam, portanto, representar também os setores desorganizados e sem voz ativa na esfera pública. Porém, é pouco provável que o cidadão incluído e organizado em seu sindicato ou associação de categoria ocupacional consiga representar interesses tão distintos dos seus como os demandados pelos excluídos. Possivelmente, os excluídos integrem apenas a oratória dos incluídos ampliando, dessa forma, a legitimidade desses interesses”*<sup>6</sup> (p. 238).

Conselhos e Conferências de Saúde poderiam ser espaços privilegiados para debater e orientar a problemática, porém necessária, combinação de políticas focalizadas e universais. Por mais que concorde com a crítica de Paim à ênfase individual e quantitativa do ‘alívio da pobreza’ que situa o problema em termos morais e estritamente econômicos ao invés de buscar combater a exclusão e promover a justiça social por meio de direitos universais da cidadania, a existência de pobres e miseráveis não pode ser encarada como aspecto secundário nem utilizada como determinante ideológico (no sentido de falsa consciência) das políticas sociais. Não defendo a

substituição da universalização pela focalização; advogo a necessária complementaridade, sem o quê políticas universais terão grande dificuldade em chegar até os mais necessitados e incidir no acesso e usufruto dos pobres aos direitos constituídos. Não devemos esquecer que a experiência cotidiana dos pobres está constituída por um sem fim de barreiras para conseguir (sobre)viver com dignidade. Assim, a crítica deve também ser direcionada à fragmentação das políticas sociais, mesmo as universais. Apenas políticas interseoriais, abrangentes, conseguirão impactar na qualidade de vida dos cidadãos.

Apesar de todos esses problemas, o sistema participativo brasileiro em saúde é modelar para outros setores nacionais (assistência social, segurança pública, cidades), na instituição de conselhos e/ou conferências, provocando admiração e respeito internacional e sendo usado como exemplo bem sucedido de processo decisório participativo. E efetivamente conjuga problemas e sucessos, impasses e soluções. A participação social é o veículo privilegiado para, como afirma Paim, conferir “*atenção especial para a pluralidade de vozes numa sociedade democrática (o que) permitiria constituir sujeitos políticos individuais e coletivos que questionem a subversão dos direitos sociais, as iniquidades em saúde e as relações de subordinação, desencadeando novas ações políticas*”. Contudo, para dar vazão às demandas da “pluralidade de vozes”, essas instâncias e espaços precisam ser reinventados na sua composição, funcionamento, papel desempenhado.

Atualmente, conselhos e conferências enfrentam desafios que não foram (e nem poderiam ser) previstos no projeto original da Reforma Sanitária. Ao transformismo dos sujeitos políticos, assinalado por Paim, deve-se contrapor a necessária transformação das estruturas e instâncias de participação. Nada nasce pronto, nem gente, nem sistema. Tudo cresce, muda e se transforma. Ou deve crescer, mudar e se transformar. Quando isso não acontece, cristaliza, petrifica, burocratiza e perde o sentido inicial. São nas instâncias de participação social que ainda pulsam a utopia e o desejo de justiça social. É nelas que pode ser formulada, se não um projeto para a Nação, pelo menos, a necessária efetivação do projeto da Reforma Sanitária na sua amplitude e consequência social, como “projeto civilizatório”<sup>7</sup>.

1. 14ª Conferência Nacional de Saúde. Radis 2012; (115):10-33.
2. Escorel S. Saúde: uma questão nacional. In: Teixeira SF. Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez Editora/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1989.

3. Cortes SV, Gugliano A. Entre neocorporativistas e deliberativos: uma interpretação sobre os paradigmas de análise dos fóruns participativos no Brasil. Sociologias 2010; (24):44-75.
4. Cohn A. Cartas ao presidente Lula: Bolsa Família e direitos sociais. Rio de Janeiro: Pensamento Brasileiro; 2012.
5. Alves H. Programa Bolsa Família, Saúde da Família e Processos de exclusão e inclusão social: um estudo de caso no Município de Silva Jardim (RJ) [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
6. Escorel S, Moreira MR. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadoras. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009, p. 229-47.
7. Arouca S. A reforma sanitária brasileira. Tema (proj. Radis) 1988; (11):2-4.

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO031013>

#### Ligia Bahia

Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.  
ligiabahia@terra.com.br

#### O prazo de validade do SUS

O artigo de Paim analisa a gênese do projeto do SUS e a trajetória de sua implementação, elucidando como, quando e quem tornou possível o avanço de incluir o direito à saúde e SUS na *Constituição Federal* de 1988 e assinala as mudanças de rumo e prumo que os desidrataram. Trata-se de um trabalho acadêmico valoroso e corajoso. A crítica, no sentido estrito do termo, é o melhor antídoto contra as tendências de transformar o SUS em peça de museu.

Vinte e cinco depois e muitas mudanças no país, a pergunta não explicitada sobre o prazo de validade daquele projeto de SUS referido por Paim está no ar. Se o Brasil não é o mesmo, será que o SUS não perdeu o prazo de validade? Em 1988, o Muro de Berlim existia, o papel da China na divisão internacional do trabalho era menos proeminente, não havia previsão da atual crise econômica e os muitos dos brasileiros que formularam o capítulo dos direitos sociais da Constituição eram desenvolvimentistas. Naquele contexto, de saída do regime militar, o texto constitucional foi elaborado antes de se organizarem e disseminarem as instituições e práticas que pretendia produzir. A desagregação do bloco de sustentação da ditadura militar e um processo constituinte marcado por uma intensa e influente participação da sociedade civil organizada e disputas de hegemonia permitiram que o proje-