Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Ciências Sociais
Instituto de Estudos Sociais e Políticos

Daniela Tranches de Melo

A influência dos movimentos sociais na normatização e efetivação das políticas públicas: a experiência do Movimento Sanitário e do Sistema Único de Saúde

Rio de Janeiro
2013

Daniela Tranches de Melo

A influência dos movimentos sociais na normatização e efetivação das políticas públicas: a experiência do Movimento Sanitário e do Sistema Único de Saúde

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Política, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciência Política.

Orientador: Prof.º Dr. José Maurício Domingues

Rio de Janeiro

2013

Daniela Tranches de Melo

A influência dos movimentos sociais na normatização e efetivação das políticas públicas: a experiência do Movimento Sanitário e do Sistema Único de Saúde

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora, ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Política, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciência Política.

Aprovada em 29 de novembro de 2013.

Banca Examinadora:

_____
Prof. Dr. José Maurício Domingues (Orientador)
Instituto de Estudos Sociais e Políticos – UERJ

_____
Prof. Dr. Breno Bringel
Instituto de Estudos Sociais e Políticos – UERJ

_____
Prof. Dra. Silvia Gerschman
Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

_____
Prof. Dra. Maria Helena Mendonça
Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2013

AGRADECIMENTOS

A Santa Rita, por possibilitar tantas mudanças.

Agradeço ao CNPQ, pelo indispensável auxílio concedido.

Ao Instituto de Estudos Sociais e Políticos, seus professores e funcionários, pelo aprendizado e convivência.

A José Maurício Domingues, por não apenas ter concordado em me orientar, mas pelo fato de realmente ter me orientado.

A Breno Bringel, Elizabeth Stein, Maria Helena Mendonça e Silvia Gerschman por gentilmente se disporem a ler e debater esse trabalho.

Agradecer a meus pais não fará jus ao quanto me apoiaram, incentivaram e acreditaram em mim desde o início. Ione e Mauro, vocês são os melhores pais que alguém poderia desejar. Aos meus irmãos, dois grandes amigos, devo muito desta tese. Vocês me ajudaram, escutaram, entenderam, respeitaram... Rafael e Régis, obrigada por serem exatamente como são. Aos quatro, meu muito obrigada. Este trabalho não existiria sem o apoio de vocês.

Eu acredito que tenho os melhores amigos do mundo, portanto, fica difícil fazer um agradecimento sem injustiçar alguém, mas tentarei mesmo assim. Michaela, amiga de longa data, quem muito admiro e que sempre teve as palavras certas e os melhores conselhos, exatamente nos momentos em que mais vacilei. Sempre está disponível para mim e é uma excelente companheira. “Pequena”, o que dizer? Qualquer coisa seria pouco. Ao Fred, Mestre da paciência em me ouvir reclamando e em me ajudar com problemas eletrônicos. Ana e Fred, por serem os melhores amigos que alguém pode desejar. Renata Tranches, por ser um exemplo para mim. Helga, por ter acompanhado todo o processo desde o início, em todas as empreitadas, amiga querida que o Rio de Janeiro me deu. Alessandra Maia, grande amiga, mãe e profissional, pessoa em quem, muitas vezes, busco me espelhar. Naiara, “irmãzinha” mais nova e fiel escudeira. Aos amigos do “fazendinha”, agradeço citando Darlan Montenegro, que ainda possamos assistir a muitos filmes e discutir muitos juntos. Amanda Reis, Diogo Lyra, Fernando Cotelo, Nilda Soares. Quatro amigos que eu não poderia deixar de mencionar. Todos vocês, amigos que, independente de como será a jornada de agora em diante, quero tê-los sempre comigo. Obrigada por tudo.

O Brasil não pode continuar sendo uma nação de vários Brasis: um Brasil menor, de cidadãos de primeira classe e abastada classe, e um Brasil imenso, de um povo de segunda e necessitada classe.

Discurso de abertura da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986, redigido por Eleutério Rodrigues Neto e proferido por José Sarney.

RESUMO

MELO, Daniela Tranches. A influência dos movimentos sociais na normatização e efetivação das políticas públicas: a experiência do Movimento Sanitário e das Políticas Públicas de Saúde. 2013. 290 f. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

O trabalho parte da hipótese de que os movimentos sociais potencializam sua capacidade de pautar agendas e normatizar suas demandas quando conseguem convergir para uma agenda única. Busca-se exemplificar essa tese por meio de uma análise do Movimento Sanitário e a subsequente Reforma Sanitária. A partir da atuação deste movimento foi possível incluir uma nova forma de entender a saúde na Constituição de 1988 e sua regulamentação via Lei Orgânica da Saúde – LOS –, responsável pela criação do Sistema Único de Saúde – SUS. O objetivo norteador do trabalho é a compreensão do motivo pelo qual algumas políticas públicas de saúde foram implementadas com sucesso enquanto outras permaneceram no papel. Argumenta-se que o fato de muitas das premissas instituídas na Lei Orgânica ainda não terem sido efetivadas tem relação, entre outros fatores, com a crescente fragmentação e institucionalização dos movimentos pela saúde, ocorrida ao longo da década de 1990. Hoje o que se observa é uma grande heterogeneidade dos atores ligados ao setor, com os novos movimentos sociais pela saúde apresentando-se de forma cada vez mais difusa. No ano em que o Sistema Único completa 25 anos, é necessário repensar suas estratégias, falhas e sucessos. Destarte, o trabalho leva à reflexão de que ao se buscar a efetivação do SUS legal é premente que doravante se retomem os princípios fundantes da Reforma Sanitária.

PALAVRAS-CHAVE: Movimentos sociais. Políticas públicas. Democratização. Direitos. Reforma Sanitária. Participação. Demandas.

ABSTRACT

MELO, Daniela Tranches. The influence of social movements on the standardization and implementation of public policies: the experience of the Sanitary Movement and the Public Health System. 2013. 290 f. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

The study departs from the hypothesis that social movements improve their ability to bring specific themes to the forefront and to introduce new regulations when they converge around a single agenda. It illustrates this thesis through an analysis of the Sanitary Movement and the subsequent Health Reform. Their actions allowed for a new way of understanding health in the 1988 Constitution and its regulation via Health Law - LOS - , responsible for the creation of the Unified Health System - SUS. The guiding purpose of this thesis is to explain why some public policies related to healthcare were successfully implemented while others were not. In other words, the study examines the factors behind the non-effectiveness of the premises established by the LOS, indicating that this occurred in part due to the increasing fragmentation and institutionalization of the healthcare movement throughout the 1990s. Today one can observe an expressive heterogeneity in the healthcare movement with new actors presenting themselves in an ever more diffuse way. In the year that SUS turns 25, we need to rethink its strategies, successes and failures. This thesis leads to the final reflection that in order for SUS to actually work it is pressing that all actors involved in the healthcare movements return to and reclaim the Sanitary Reform founding principles.

Keywords: Social movements. Public policy. Democratization. Rights. Healthcare reform. Participation. Demands.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo da ação coletiva para Doug McAdam	57
Figura 2	A influência do poder instituinte na implementação dos direitos conquistados	133

LISTA DE SIGLAS

ABEM –	Associação Brasileira de Educação Médica
ABI –	Associação Brasileira de Imprensa
ABRAMGE –	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ABRASCO –	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIH –	Autorização de Internação Hospitalar
AIS –	Ações Integradas de Saúde
AMB –	Associação Médica Brasileira
ANC –	Assembleia Nacional Constituinte
CAP –	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CEB –	Comunidades Eclesiais de Base
CEBES –	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CENDES –	Centro de *Estudios del Desarollo*
CIMS –	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIPLAM –	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIB –	Comissão Intergestores Bipartite
CIR –	Comissão Intergestores Regional
CIS –	Comissões Interinstitucionais de Saúde
CIT –	Comissão Intergestores Tripartite
CLATES –	Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional em Saúde
CLIS –	Comissão Local Interinstitucional de Saúde
CNBB –	Confederação Nacional dos Bispos do Brasil
CNS –	Conferência Nacional de Saúde
COAP –	Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde
CONASEMS –	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASP –	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

CONASS –	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONTAG –	Confederação Nacional de Trabalhadores na Agricultura
CRIS –	Conselho Regional Interinstitucional de Saúde
CS –	Conselhos de Saúde
CUT –	Central Única dos Trabalhadores
DATAPREV –	Processamento de Dados da Previdência Social
DMP –	Departamento de Medicina Preventiva
DENERU –	Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNS –	Departamento Nacional de Saúde
DNSP –	Departamento Nacional de Saúde Pública
EC –	Emenda Constitucional
ENSP –	Escola Nacional de Saúde Pública
EOP-	Estrutura de Oportunidades Política
FAS –	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FINEP –	Financiadora de Estudos e Projetos
FIOCRUZ –	Fundação Oswaldo Cruz
GED –	Grupo Especial de Descentralização
IAP –	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IAIA –	Instituto de Assuntos Interamericanos
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMS –	Instituto de Medicina Social
INAMPS –	Instituto de Assistência Médica da Previdência Social
INCA –	Instituto Nacional do Câncer
INPS –	Instituto Nacional de Previdência Social
LBMH –	Liga Brasileira de Higiene Mental
LOAS –	Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS –	Lei Orgânica da Previdência Social

LOS –	Lei Orgânica da Saúde
MEC –	Ministério da Educação e Cultura
MES –	Ministério da Educação e Saúde
MESP –	Ministério da Educação e da Saúde Pública
MPAS –	Ministério da Assistência e da Previdência Social
MS –	Ministério da Saúde
NESC –	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
NOAS –	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB –	Norma Operacional Básica
NUTES –	Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde
OAB –	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS –	Organização Mundial da Saúde
OPAS –	Organização Pan-Americana de Saúde
OS –	Organização Social
OSCIP –	Organização da Sociedade Civil
PAC –	Plano de Aceleração do Crescimento
PAPPE –	Planejamento, Avaliação, Pesquisa e Programas Especiais
PAR –	Programa de Apoio às Residências em Medicina Preventiva e Saúde Pública
PDS –	Partido Democrático Social
PDT –	Partido Democrático Trabalhista
PFL –	Partido da Frente Liberal
PT –	Partido dos Trabalhadores
PTB –	Partido Trabalhista Brasileiro
PC –	Partido Comunista do Brasil
PCI –	Partido Comunista Italiano
PEPPE –	Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas

PESES –	Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde
PIASS –	Programa de Interiorização das Ações e dos Serviços de Saúde
PIB –	Produto Interno Bruto
PMC –	Projeto Montes Claros
PMDB –	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PND –	Plano Nacional de Desenvolvimento
PNDH –	Programa Nacional de Direitos Humanos
PPREPS –	Programa de Preparação Estratégica do Pessoal da Saúde
PREV-SAÚDE –	Programa Nacional da Previdência Social
PUC –	Pontifícia Universidade Católica
REME –	Movimento de Renovação Médica
RIAC –	Regulamento Interno da Assembleia Nacional
RS –	Reforma Sanitária
SBPC –	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SES –	Secretaria Estadual de Saúde
SESAC –	Semana de Saúde Coletiva
SESP –	Serviço Especial de Saúde Pública
SNI –	Serviço Nacional de Informação
SSN –	Serviço Sanitário Nacional
SUDS –	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS –	Sistema Único de Saúde
TMR –	Teoria da Mobilização dos Recursos
TNMS –	Teoria dos Novos Movimentos Sociais
TPP –	Teoria do Processo Político
UERJ –	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ –	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNB –	Universidade de Brasília

UNICAMP –	Universidade de Campinas
UNIRIO –	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
USL –	Unidades Sanitárias Locais
USP –	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	16
1	**PERSPECTIVA HISTÓRICA – A TRAJETÓRIA DO SANITARISMO NO BRASIL**.....	21
1.1	**A Primeira República e a construção da Nação: como a questão da saúde tornou-se um elemento preponderante**.....	21
1.2	**A Era Vargas e o Nacional-Desenvolvimentismo: três décadas de avanço ou paralisia?**.....	30
1.3	**O Regime Militar e a Previdência Social: há males que vêm para o bem?**.....	37
2	**ARENA POLÍTICA E AGENDA PÚBLICA: COMO OS "VENCEDORES" SE TORNAM "VENCEDORES"**.....	47
2.1	**Movimentos Sociais: quais as teorias e os cuidados necessários ao se utilizá-las**.....	48
2.2	**Política Pública – como e para quem? Breves apontamentos teóricos** ...	63
2.2.1	Principais autores e teorias.....	64
2.3	**Qual o papel dos Intelectuais quando se discute ação coletiva, movimentos sociais e políticas públicas?**.....	79
2.4	**A heurística da ação política**.....	84
3	**PERSPECTIVA HISTÓRICA – A TRAJETÓRIA DO MOVIMENTO SANITÁRIO E SEU DESDOBRAMENTO NA REFORMA SANITÁRIA**.....	87
3.1	**Como os intelectuais iniciaram o processo de reformulação do setor saúde**.....	88
3.2	**Da Teoria à Prática: a Reforma é mesmo possível?**.....	98
3.3.	**Breve panorama conjuntural que precedeu à redemocratização**.....	101
3.4	**A 8ª Conferência Nacional de Saúde: ponto de partida ou linha de chegada de uma estratégia para a Reforma Sanitária?**.....	104
3.5	**A expectativa pela formação da Assembleia Nacional Constituinte**.....	110
3.6	**A formação da Assembleia Nacional Constituinte: principais forças e procedimentos**.....	112
3.7	**Constituição Federal de 1988: refundação ou manutenção do status quo?**.....	115

4 **O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS: ENTRAVES E FACILITADORES**..... 121

4.1 **A Influência do Movimento Sanitário Italiano: Giovanni Berlinguer e o Partido Comunista Italiano**..... 123

4.2. **A Lei Orgânica da Saúde – LOS – e as engrenagens políticas da década de 1990**..... 128

4.2.1 Unicidade, racha ou corporativismo?..... 133

A Um "giro fundador"?..... 133

B Ao sabor do momento..... 135

4.2.2 Alternativas e diferenças territoriais..... 136

4.2.3. As Normas Operacionais Básicas – uma nova tentativa ou inconstitucionalidade?..... 137

4.2.4 A Constituição Federal, a Lei Orgânica e o setor privado..... 142

4.3 **Novo século, nova dinâmica?**..... 145

4.4. **Conquistas e derrotas do Sistema Único de Saúde**..... 149

4.4.1 Os Conselhos de Saúde: a sociedade civil em diálogo com o Estado?..... 154

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 162

REFERÊNCIAS..... 171

ANEXOS..... 190

ENTREVISTA GASTÃO WAGNER..... 190
ENTREVISTA JAIRNILSON PAIM..... 202
ENTREVISTA JOSÉ GOMES TEMPORÃO..... 205
ENTREVISTA MARIA HELENA MENDONÇA..... 218
ENTREVISTA MARIA INÊS BRAVO..... 235
ENTREVISTA MARIA LÚCIA TEIXEIRA WERNECK VIANNA..... 253
ENTREVISTA MARIO DAL POZ..... 268
ENTREVISTA SARAH ESCOREL..... 280
ENTREVISTA SONIA FLEURY..... 291

INTRODUÇÃO

> A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em lutas cotidianas.
>
> Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986.

Antes de começar a discorrer sobre o argumento da tese propriamente dito, é mister fazer breve consideração a cerca de acontecimentos recentes, diretamente ligados ao objeto de estudo da mesma. Em junho deste ano, a sociedade brasileira testemunhou levantes populares em praticamente todo o território nacional. A população, de maneira geral, foi às ruas reivindicar melhorias estruturais por parte do Estado. Pavio que foi acesso com uma demanda referente ao transporte público e que se estendeu para praticamente todas as políticas sociais. A temática da saúde está diretamente relacionada à questão do transporte, em especial em cidades de médio e grande porte, e não tardou para que pesquisadores e profissionais vinculados a este setor viessem a se manifestar sobre o assunto. [1] Apesar de percalços, as manifestações populares continuaram ocorrendo, ganhando força, atingindo a mídia internacional e causando constrangimentos ao governo. Foi necessário, portanto, que a presidenta Dilma Rousseff aparecesse em cadeia nacional anunciando um plano de metas.

Entre as propostas por ela anunciadas, encontra-se o programa "Mais Médicos", que tem por objetivo garantir acesso à Atenção Básica às populações desassistidas, concentradas majoritariamente no norte, nordeste e periferias das grandes cidades. Embora atribuísse preferência aos médicos brasileiros, o programa estende a possibilidade de contratação aos profissionais de outras nacionalidades, com o intuito de agilizar a garantia de atendimento a essas populações, uma vez que há enorme resistência por parte dos profissionais do país em se dirigirem para tais regiões. Todavia, a categoria não "viu com bons olhos" tal possibilidade e apresentou uma reação conservadora e contrária ao programa. A reação dos profissionais do setor em relação a esse programa deixou claro o posicionamento adotado pela categoria desde

[1] Exemplo da ligação entre ambos está no fato de que o 33º ponto da 1ª diretriz apontada no Relatório Final da XIV Conferência Nacional de Saúde afirma a necessidade de se "articular e garantir junto ao Ministério dos Transportes a recuperação de rodovias federais para melhorar o acesso ao atendimento de saúde da população".

que o marco legal da saúde foi instituído, em fins da década de 1990. Em outras palavras, a categoria sobrepôs sua posição corporativista aos interesses da população.

Não se está afirmando com isso que não houve médicos que o apoiasse, nem que o programa não tenha seus problemas, pois eles existem. Mas, não obstante, visa atender de modo imediato, angústias primárias de parcela considerável da população que se encontrava totalmente desassistida e recoloca, no centro do debate político nacional, a bandeira do direito à saúde. Talvez o principal problema do programa, de acordo com a perspectiva da pesquisa aqui desenvolvida, seja o de continuar a reproduzir uma política pública de saúde focalizada prioritariamente na Atenção Básica e na ideia do Sistema Único de Saúde para os pobres.

Esta afirmação leva a um questionamento: deve-se pensar o SUS como um sistema universal ou baseado em políticas de equidade? Ou ainda, é possível ter a universalidade e ser equânime ao mesmo tempo? Essa questão é fundamental para a perspectiva desta tese, uma vez que, após um quarto de século, a experiência do SUS tem demonstrado grande dificuldade em garantir os dois princípios, tendo universalizado realmente apenas a atenção primária, enquanto que os serviços de saúde mais complexificados, ainda são de difícil acesso a uma parcela considerável da população. Salvo em casos de patologias específicas, cujos portadores são organizados em fortes agremiações, garantindo o tratamento gratuito e de qualidade, outros procedimentos não são planejados e oferecidos de modo a se considerar as diferenças existentes no corpo social, condição necessária para a garantia de equidade no Sistema. A resposta a tais perguntas, no entanto, levaria à necessidade de que a Reforma Sanitária no Brasil fosse repensada, trabalho esse que deve ser feito coletivamente em parcerias entre movimentos sociais, sindicatos e outros representantes da sociedade civil, a comunidade acadêmica e o Estado. Não se ambiciona, contudo, neste trabalho, respondê-la, mas sim, fazer alguns apontamentos em tal direção.

O projeto desta tese sempre envolveu um questionamento a respeito dos motivos pelos quais algumas políticas de saúde obtiveram resultados satisfatórios, enquanto outras não saíram do papel. Embora diversas explicações possam ser apontadas, a hipótese de que é na pressão cotidiana da sociedade civil organizada que elas encontram facticidade foi a que melhor pareceu se encaixar. Defende-se que o hiato ocasionado pela ausência de movimentos sociais unificados interfere na execução de uma dada

política. O caso específico que será analisado neste trabalho é o exemplo do movimento sanitário e sua ativa participação na consecução de mudanças constitucionais referentes às políticas públicas de saúde. A opção por este movimento não ignora a existência dos movimentos populares pela saúde, existentes no período, mas considera-se que foi esse o grande articulador dos ideais da Reforma Sanitária. Argumenta-se que no momento em que o movimento perde a sua coesão e se institucionaliza, afastando-se das experiências comunitárias, perde também muito de sua força. Tal fato, aliado a condições exógenas da conjuntura nacional, foi um fator importante para as dificuldades encontradas na efetivação do Sistema Único de Saúde. Algumas observações são, contudo, necessárias para a compreensão das escolhas aqui tecidas.

Os dois últimos decênios do século XX no Brasil inauguraram uma nova dinâmica social e, com ela, novas possibilidades de organizações coletivas. Realidade que Domingues (2009) interpreta como um novo estágio da modernidade, sua terceira fase. Esta trouxe consigo a "possibilidade de construção de identidades de caráter muito mais 'eletivo' que anteriormente" (DOMINGUES, 2006), o que pode ser observado pelo grande número e diversidade de movimentos sociais contemporâneos.

> Com efeito, estes novos movimentos sociais estão entrelaçados ao princípio da fragmentação dos movimentos, uma vez que há um distanciamento da luta de classes, própria dos movimentos sociais combativos, ou dos 'velhos' movimentos. Logo, os movimentos começam a se enfraquecer, pois se vinculam a uma condição de interesses específicos e não mais de coletividade, o que vem a deturpar a questão política e a militância, que até então eram questões centrais dos movimentos sociais combativos (GOHN, 1997).

Essa observação é elucidativa por considerar-se na tese que**,** tal fragmentação ocorreu no movimento pela saúde**,** acarretando seu enfraquecimento. Não se está afirmando com isso, que as reivindicações desses novos movimentos não sejam legítimas, mas sim, que se todos estivessem articulados em torno da agenda da Reforma Sanitária, como ocorreu no período anterior à Promulgação da Carta de 1988, suas demandas continuariam a ser contempladas e suas possibilidades de sucesso seriam maiores.

Outra observação que merece destaque é a consciência de que o momento histórico no qual se insere o objeto de estudo foi favorável**,** tanto à dinâmica quanto aos resultados do movimento. Conquanto, a respeito dos motivos pelos quais outros

movimentos que também eram fortes, no período que precedeu à redemocratização, não obtiveram o mesmo sucesso na Constituinte, Sonia Fleury faz a seguinte observação: "Eu não vi nenhum grupo que tivesse essa coesão e a capacidade de se manter durante todos esses anos. Não conheço na história do Brasil. Acho que é uma particularidade muito grande deste movimento". [2]

De qualquer maneira, independentemente da conjuntura de então, acredita-se, em consonância com Bringuel & Echart (2008), que os movimentos sociais não devam ser considerados como propulsores apenas em processos de redemocratização, mas sim, como constantes protagonistas na luta democrática e, em consequência, pelos direitos sociais. Assim, a crítica que se faz ao movimento sanitário é deste ter se esmaecido após a normatização de uma concepção democrática de saúde.

Por fim, é necessário salientar que não obstante as dificuldades enfrentadas na implementação do Sistema Único de Saúde, ele conseguiu se consolidar e se transformar na única forma de assistência à saúde de aproximadamente, dois terços da população nacional. Paim (2008) afirma que o SUS corresponde a uma reforma setorial, derivada da Reforma Sanitária, com origem no interior da sociedade civil. Porém, é cada vez mais importante que essa mesma sociedade continue a olhar para ele, de modo a pressionar o Estado em direção à real efetivação dos direitos instituídos na Lei Orgânica que criou o Sistema Único. No momento em que acaba de completar 25 anos, é crucial que os movimentos pela saúde, em conjunto com a sociedade civil, se organizem em torno das propostas da Reforma Sanitária que, embora normatizadas, ainda não encontraram concretude no cotidiano da população, demonstrando que as forças que se reuniram na luta pela regulamentação da saúde não conseguiram vencer a batalha pela sua concretização.

Explicitada a hipótese e algumas observações indispensáveis, será apontada agora a estrutura da tese. O trabalho é dividido em quatro capítulos seguindo a seguinte proposta: o capítulo 1 trata de como, quando e porque a saúde torna-se um tema público no país. O segundo capítulo é conceitual e apresenta o subsídio teórico utilizado. Na sequência, um capítulo específico sobre a trajetória do movimento sanitário e o processo que levou à Nova Constituição. O quarto e último capítulo aborda o Sistema Único de Saúde – SUS, desde sua regulamentação até os principais resultados. Em seguida, serão

[2] Entrevista em anexo.

apresentadas as considerações finais. A metodologia utilizada contou com revisão bibliográfica e entrevistas com profissionais que participaram ativamente do movimento sanitário. Os entrevistados foram: Gastão Wagner, Jairnilson Paim, José Gomes Temporão, Maria Inês Bravo, Maria Helena Mendonça, Maria Lúcia T. W. Vianna, Mário Dal Poz, Sarah Escorel e Sonia Fleury.

1. **PERSPECTIVA HISTÓRICA – A TRAJETÓRIA DO SANITARISMO NO BRASIL**

A reforma sanitária começou a ser discutida no Brasil muito antes da sua normatização e, consequente, efetivação – mesmo que parcial, como veremos adiante – nas décadas de 1980 e 1990. Desde a Proclamação da República, o Brasil já se preparava para um enfretamento dos padrões sanitários vigentes no país, mas era comum que apenas medidas pontuais de controle fossem adotadas, como em casos de epidemias. Este capítulo caminhará pelo trajeto que o Estado percorreu ao realizar estas profilaxias e buscará mapear as principais influências de cada período. Ele se insere no conjunto da tese porque, ao se pensar no movimento sanitário de fins de 1970 no Brasil, não seria possível dissociá-lo do movimento sanitarista da Primeira República. Dessa forma, seguindo o mesmo raciocínio, não será possível pensar na normatização do Sistema Único de Saúde sem levar em consideração a trajetória que o sanitarismo percorreu no país.

1.1. **A Primeira República e a construção da Nação: como a questão da saúde tornou-se um elemento preponderante.**

A Primeira República chegou acompanhada de uma tentativa de modernização do país e foi dessa época, e em função disso, que as primeiras iniciativas ampliadas do Estado brasileiro foram organizadas no campo da saúde. Assim, as mudanças políticas gerais ocorridas em fins do século XIX, início do século XX, influenciaram a dinâmica dos serviços de saúde. Decisões tomadas de cima para baixo, sem qualquer participação das pessoas a quem essas mudanças eram direcionadas. Momento e atuação que se enquadram no que Sabatier (1986) denominou de modelo *top-down*.

Até 1850, as atividades de saúde pública tinham como interesse primordial o estabelecimento mínimo de um controle sanitário na capital do Império. Nesse contexto, as atribuições sanitárias eram delegadas às juntas municipais, e as atividades de saúde pública, limitavam-se ao controle dos navios e à preocupação com a saúde nos portos.

Além disso, como a carência de profissionais médicos era muito grande e inexistia uma assistência médica estruturada, eram os boticários que prescreviam e manipulavam os medicamentos necessários aos doentes, configurando-se, assim, uma dinâmica meramente curativa. As classes populares não despertavam interesse nem mesmo como objeto significativo da ação médica durante o período imperial. A maior preocupação com o escravo – principal contingente de trabalhadores de então – era em relação ao seu papel negativo para a saúde das famílias brancas de elite, na medida em que transmitia doenças e levava à devassidão. As populações periféricas das grandes cidades despertavam preocupações médicas, apenas enquanto a imundície de suas ruas e seus quintais era considerada como foco de propagação das doenças pestilenciais causadoras de epidemias. Os poucos serviços de saúde que atendiam a classe popular eram as Santas Casas de Misericórdia, organizadas a partir da Igreja Católica com o apoio da elite econômica. Nelas, a assistência médica aos trabalhadores era vista como caridade e não como um direito. A eles, só cabia ter gratidão.

Com a Proclamação da República, iniciou-se uma cruzada para europeizar os costumes e urbanizar os hábitos da elite brasileira, englobando a quase completa prática oficial médica – pautada em um modelo de medicina liberal – preocupada em discutir a organização e a higiene da família dos senhores de terra e dos "cidadãos de bem" dos centros urbanos. Tudo isso se passava em um contexto de construção de um Estado nacional, após a Independência, a partir do alargamento dos papéis da elite econômica (MACHADO, 1978). Analisando-se todo o país, o processo de urbanização foi lento e desigual, tendo prevalecido uma população predominantemente rural. No entanto, no sul e no sudeste – em especial, no Rio de Janeiro e em São Paulo – cresceu muitíssimo. Somando-se ao enorme contingente de homens livres devido a recente abolição, formava-se o cenário de criminalidade, epidemias e outros problemas sociais, com destaque especial para os velhos problemas de moradia, abastecimento de água, saneamento e higiene. O início da década de 1890 registrou o mais dramático surto de epidemias da história da cidade do Rio de Janeiro, chegando ao ponto do governo inglês conceder adicional de insalubridade aos diplomatas que viessem trabalhar na capital fluminense (CARVALHO, 1987).

Desde o início da República, várias medidas de combate foram testadas e ensaiadas, criando-se, aos poucos, um aparato legal e institucional. Todavia, como dito anteriormente, essas campanhas não tinham como ideário o bem da população

marginalizada e sim, os interesses de uma elite econômica que, devido ao café, era então uma fortalecida burguesia agroexportadora. Além da manutenção do fluxo comercial, a ideia também era conter a diminuição dos imigrantes que vinham trabalhar nas lavouras – recurso utilizado em substituição aos escravos, pois o Rio de Janeiro, nas palavras de Svecenko (1993), apresentava uma situação tão grave que havia sido apelidado de "túmulo de estrangeiros".

Como as epidemias eram constantes e não diferenciavam cor ou posição social, uma das vias da modernidade passava pelo sanitarismo. A difusão das epidemias era um dos indicadores a demonstrar o grau de atraso de um país na corrida rumo à civilização. A disseminação da teoria miasmática foi decisiva para a interferência no espaço urbano, através de ações e dos pressupostos ideológicos da higienização. De acordo com Mastromauro (2011), os miasmas eram muito debatidos entre os profissionais porque a palavra traduzia quase tudo que tinha relação com insalubridade, além de ser algo desconhecido: "acreditava-se serem os miasmas emanações nocivas invisíveis que corrompiam o ar e atacavam o corpo humano". Foi assim que os médicos passaram a ocupar um papel de destaque, cada vez maior, no cenário da política nacional: construindo a imagem de que eram um misto de cientistas sociais, planejadores urbanos e analistas de instituições. Dessa forma, o discurso sanitarista na República Velha tanto dizia respeito às doenças, suas causas e estruturas, quanto a propostas práticas de intervenção saneadora e reorganizadora do espaço físico das cidades brasileiras. Para tanto, passaram a ser vistoriados, não só o espaço público da cidade, mas também as áreas privadas, casas, fábricas e escolas. Nesse sentido (MELLO *et all*, 2010), "o discurso sanitarista, tornou-se interlocutor central entre o Estado e a sociedade, contribuindo para instituir no país, a ordem política centralista e socialmente excludente". Nas palavras de Luz (1982: 33)

> A resposta à República e ao capitalismo que se impõem no final do século XIX será do ponto de vista médico, uma multiplicidade de propostas de intervenção sobre o espaço urbano com o propósito de saneá-lo. As novas alianças e estratégias de poder tomam forma de controle médico sanitário e de esquadrinhamento do espaço urbano. (...) vai se tornando clara para a sociedade a ação da saúde como ação política.

Mesmo com uma nova lógica operante, o Brasil que se reconstruiu, mantinha-se baseado na economia agroexportadora de bens primários, não tendo alterado significativamente as estruturas de dominação. As mudanças nas relações sociais e, em

especial, nas relações políticas, resultaram na instituição de um complexo aparelho de estado nacional, tendo a saúde ocupado um papel preponderante. Ainda de acordo com Luz (1982), a medicina não só possibilita que se conheça o corpo social, mas também que se intervenha de forma específica neste corpo. Assim, o movimento sanitarista, bem como a saúde como um todo, tinha como função intervir diretamente no corpo social para integrá-lo à nova sociedade.

As duas principais medidas tomadas na cidade do Rio de janeiro foram as campanhas de "bota abaixo" e de vacinação obrigatória. A primeira foi uma medida tomada por Pereira Passos – então prefeito da cidade – com o intuito de realizar uma reforma urbana e abrir amplas avenidas no centro da cidade. Como o Rio era composto de enorme quantidade de cortiços que, além de se amontoarem por todos os lados, apresentavam péssimas condições de higiene, a campanha concentrou-se em demoli-los. Os habitantes recebiam uma notificação informando-lhes que estes teriam três dias para deixarem o local. A segunda medida, embora concentrada em sua maior parte na capital fluminense, foi uma campanha nacional. Portanto, é possível identificar, como um primeiro exemplo de medidas, visando apenas o controle de epidemias, a vacinação compulsória que foi orquestrada pelo médico sanitarista Oswaldo Cruz (Diretor Geral de Saúde Pública entre os anos 1903-09), no início do século XX. Como dito, o cenário composto por crescimento desordenado, rede de esgoto e coleta de lixo precária ou inexistente, proliferação de inúmeras doenças com o consequente acarretamento de epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola fez com que o governo federal iniciasse uma campanha de vacinação obrigatória. No entanto, é importante destacar que tal campanha visava apenas conter tais epidemias e a revisão dos padrões sanitários nesse momento vinha acompanhada de uma política higienista com um caráter quase eugênico. Até este ponto, já é possível perceber que as primeiras medidas colocadas em prática pelo Estado não só eram impostas de cima para baixo como, muitas vezes, seguiam um padrão autoritário de efetivação.

No Brasil, a eugenia apresentava características próprias, colocando-se na interface de vários movimentos de salvação nacional, da saúde pública à educação, levando à dinâmica do movimento brasileiro, elementos de complexidade e heterogeneidade. Em 1918, foi fundada a Sociedade Eugênica de São Paulo e, falar em eugenia conferia modernidade ao meio acadêmico e intelectual das primeiras décadas

do século XX (KOBAYASHI *et all*, 2009). O saneamento era apontado como o ponto de partida para que a eugenia fosse exequível.

> O Rio de Janeiro como capital, e como grande centro urbano, ocupava lugar de destaque nas políticas sanitaristas, visto que era necessário civilizar o Brasil à luz das ciências e dos modelos europeus, a capital seria o exemplo, o cartão postal deste novo Brasil republicano (MELLO *et all*, 2010).

No entanto, no interior do país, também eram péssimas as condições sanitárias, especialmente após o deslocamento dos centros econômicos do rural para o urbano.

A divulgação dos relatórios da viagem científica, promovida pelo Instituto Oswaldo Cruz, em 1912, e realizada pelos médicos sanitaristas Arthur Neiva e Belisário Penna, ao Norte e Nordeste do país, veio a confirmar tal afirmação. Foi assim que, na década de 1910, o Brasil ficou conhecido como um "grande hospital" e um "vasto sertão". Para Hochman (1998), "sertões que começavam logo ali no final da Avenida Rio Branco, o grande *boulevard* da então capital da República". Nesse contexto, como aponta Lima (1998), várias missões civilizatórias da República ocorreram para o interior do país. Em consonância com o artigo de Hochman, destaca-se a influência do movimento sanitarista entre os "atores sociais informados pelo cientificismo dominante entre a intelectualidade". Assim, começou a campanha pelo saneamento rural, visando à unificação de um enorme e heterogêneo grupo de intelectuais, e o convencimento das elites políticas e a sociedade brasileira da gravidade do problema. O relatório apresentava ainda "um diagnóstico dramático sobre os males do Brasil, associado a uma interpretação persuasiva sobre suas causas. O mais difícil, porque menos consensual, seria a adesão a uma proposta concreta de políticas públicas de saneamento e saúde" (HOCHMAN, 1998). Procurava-se responder ao problema de organização e controle sobre uma população abertamente hostil às medidas de racionalidade e civilidade sanitária e cujos modos e usos higiênicos afrontavam aos projetos defendidos pelos novos donos do poder.

Foi nesta direção que as práticas de saúde se seguiram, extremamente autoritárias, desembocando em revoltas populares. Partia-se do pressuposto de que "ao Estado cabia assegurar bem-estar e segurança para o povo, mesmo que contrariando os interesses individuais, justificando-se assim o controle coercitivo sobre os problemas sanitários como mecanismo de assegurar a defesa pelo Estado dos interesses gerais da

Nação". Havia até distribuição de alguns folhetos denominados "Conselhos ao Povo", mas, como para as autoridades, a população era incapaz de maiores compreensões, esses eram confeccionados muito mais com o intuito de justificar as práticas abusivas e comprovar a teoria preconceituosa das elites, segundo a qual essa parcela da população era irracional (MELLO *et all*, 2010:8). No caso do Rio de Janeiro, a campanha da vacinação compulsória, aliada aos abusos cometidos pelos agentes sanitários, sob a égide do Estado, culminou na Liga Contra a Vacinação Obrigatória e, posteriormente, na Revolta da Vacina. Porém, esta não foi meramente uma revolta popular, por mais que tenha havido grande participação da mesma. Na Liga havia também grande parte da oposição ao governo, líderes da imprensa e das poucas categorias profissionais que já esboçavam algum tipo de organização, comerciantes e até mesmo alguns militares.

Com a expansão das camadas médias urbanas, surgiram também diversos grupos de intelectuais e ativistas, delineando-se um contexto no qual o novo tipo de nacionalismo tinha na questão da saúde um tema central. Para Hochman (1998), o fato de terem surgido tantos retratos do Brasil ajudou muito na conscientização sanitária da década 1910-1920. O movimento sanitarista estabeleceu uma nova fronteira entre o urbano e o rural, entre o litoral e o sertão. Porém, naquele momento, os critérios eram a presença de doenças endêmicas e a ausência de autoridade pública. Desde o relatório de Penna e Neiva, os discursos políticos eram de médicos e higienistas. Em 1918, foi fundada a Liga Pró-Saneamento do Brasil, com uma campanha pelo saneamento dos sertões, e Belisário Penna publicou o livro O Saneamento do Brasil.

> Ao divulgar o diagnóstico de que o Brasil era um grande sertão e um vasto hospital, e reivindicar políticas de saneamento como instrumento de recuperação e integração do país, a Liga Pró-Saneamento do Brasil passou a contar com o apoio de um grande número de intelectuais, que se dedicavam a fazer palestras e demonstrações de ações de prevenção e educação higiênica, apresentar estatísticas sobre o quadro sanitário do país, escrever livros e artigos sobre o tema, fazer propaganda onde quer que encontrassem espaço e acolhida, além de publicar um periódico oficial denominado 'Saúde' (HOCHMAN, 1998).

A vontade de normatização de um código sanitário centralizado que tivesse vigência em todo o território nacional era a principal demanda do sanitarismo brasileiro desse período, entretanto, como se perceberá posteriormente, tal consolidação só ocorreu algumas décadas depois. O primeiro passo nessa direção foi dado pela criação do Serviço de Profilaxia Rural, em 1920. Depois, no final desse mesmo ano, não sem polêmica, foi aprovado o Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP. Para a

construção da nação, impunha-se a busca, no sertão, das raízes da nacionalidade. Contudo, "os sertões" eram muito mais uma categoria política que geográfica. Em suma, os problemas gerados pelas condições sanitárias do país, ao evidenciarem os efeitos da interdependência entre as unidades federativas e as limitações das soluções localizadas, modificaram ao longo do tempo a configuração estabelecida pela Constituição de 1891. Essas mudanças tendiam a fortalecer o Estado em detrimento dos poderes das oligarquias estaduais, aumentando a capacidade de coordenação infraestrutural daquele, constituindo o poder público e tornando o Estado presente em todo o território nacional, pondo-o em contato com toda a população. Castro Santos (1985) afirma ter começado a se formar no país uma teia de regulamentações e ações estatais, principalmente com a instalação de postos sanitários em áreas de periferias das principais cidades, muitas vezes, significando o primeiro contato efetivo da população dessas áreas com o poder público.

Labra (1985) discute a expansão do movimento sanitarista mundial e a rede que denominou de "conexão sanitária internacional" – uma rede de instituições que era comandada pelos Estados Unidos. Tal movimento chegou até a América Latina por meio da "conexão". Sobressaíram-se duas estratégias de atuação: a Oficina Sanitária Pan-Americana e a Fundação Rockefeller, com destaque para a última e sua Comissão Sanitária Internacional. A atuação da Fundação no Brasil divide a opinião dos estudiosos do tema, mas Lina (1994) aponta a existência de uma escassa literatura sociológica sobre o assunto. No entanto, se esse era um período de intensas contradições e reformulações no país, a participação desta agência em solo brasileiro não poderia ser diferente, pois chegou ao Brasil em um momento no qual a classe médica brasileira se inseria na discussão sobre a necessidade premente de sanear o sertão. Quando chegaram aqui, já encontraram uma rica troca de ideias sobre o tema da saúde e um caloroso debate entre os sanitaristas e os donos do poder. Não podendo se furtar a tais ambiguidades, a Fundação Rockefeller também foi fruto da política de negociações no campo das propostas e programas de saúde pública (KOBAYASHI *et all*, 2009). É interessante perceber que quem pautava tais propostas eram os diversos grupos de intelectuais e ativistas vinculados à Liga ou ao periódico "Saúde".

Desde o começo das discussões a respeito da necessidade de instauração de medidas cautelares no que tange à saúde, houve uma enorme preocupação com relação à ancilostomíase. Quando o movimento sanitarista começou a divulgação dos dados "dos

sertões" para outros membros da classe médica e para a intelectualidade da época, e que as campanhas por medidas que envolvessem a autoridade pública foram fortalecidas, a Fundação Rockefeller também apareceu ativamente. Recorrendo-se novamente a Kobayashi *et all* (2009:15),

> desempenhou um papel fundamental na consolidação de um programa de saúde pública, voltada para o saneamento e para o combate de doenças como a ancilostomíase e a febre amarela. A Rockefeller chega ao Brasil não para exterminar 'degenerados' brasileiros, mas para instaurar programas sanitários que ajudassem na recuperação e na transformação do Jeca Tatu.

No âmbito da chamada "efervescência da década de 1920" também surgiu a Liga Brasileira de Higiene Mental, em 1922, com aspirações afins às do movimento sanitarista. Ao se observar a composição da LBHM, percebe-se que os principais membros eram "basicamente os mesmos ativistas do movimento eugênico brasileiro e do movimento sanitarista". Nessa década, a saúde pública podia ser considerada como uma questão social para o Brasil. "Nesse mesmo período, as diretrizes da Fundação Rockefeller, associavam-se ao sanitarismo, ao considerar a enfermidade a origem da miséria". No entanto, Patto (1999: 178-179) afirma que,

> no caso brasileiro, a campanha higienista esteve, sobretudo, a serviço de dois projetos da classe dominante: superar a humilhação frente ao 'atraso' do país em relação aos 'países civilizados', pela realização do sonho provinciano de assemelhar-se à Europa, e salvar a nacionalidade pela regeneração do povo.

Nessa direção, Labra (1985) aponta, que data da gestão de Carlos Chagas como executor da política oficial de saúde (1919-1926), divergências existentes no interior da saúde pública que passavam por uma luta por poder entre frações da classe dominante, que resistiam às mudanças propostas e à atuação da Fundação Rockefeller no país. Coube a esta, entre outras coisas, a formulação do currículo para formar sanitaristas no Brasil. Assim, em 1925, ocorreu o exame da Reforma de Ensino, introduzindo na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a disciplina de medicina tropical e a criação do primeiro curso de Higiene e Saúde Pública para médicos. Em 1926 iniciou-se, portanto, a formação de médicos sanitaristas. Maria Eliana Labra, nesse mesmo trabalho, afirma ser possível perceber a evolução do ensino da saúde pública no Brasil, com um foco no movimento sanitarista brasileiro dos anos 1920 e seu processo de reprodução ideológico. Em especial, a institucionalização do Curso de Saúde Pública.

Desta maneira, é possível observar que as novas possibilidades de intervenção médico-sanitária nos espaços públicos e privados, a partir dos princípios da microbiologia, no final do século XIX, causaram as mais diversas reações. Porém, ao mesmo tempo em que surgiam novos atores econômicos, as duas principais cidades da Primeira República – Rio de Janeiro e São Paulo – viam surgir também muitas instituições cientificas que eram diretamente ligadas às atividades sanitárias. A dinâmica econômica e a política sanitária, cada uma ao seu modo, foram determinantes para se compreender a ação institucionalizada das autoridades públicas com relação às questões sanitárias. Retomando a afirmação anterior, a necessidade de sanitarizar o país criou paralelamente, a noção de que a saúde seria responsável pela regeneração do povo e consolidação de uma nação brasileira.

Concordando-se com Mello *et all* (2010:11)

> a instituição médica mostra-se como a história das propostas de intervenção política de modelos de saber na sociedade, e da luta destes modelos discursivos em torno dos interesses sociais específicos e seus conflitos. Tomando por base o discurso de que a ciência é neutra, sanitaristas e Estado adquiriram o direito de intervir na vida das populações, no sentido de higienizá-las, discipliná-las e organizá-las de acordo com a lógica das novas relações sociais.

Reiterando-se o fato de que as políticas de saúde, na Primeira República, foram fundamentais para a consolidação do Estado Nacional, acredita-se ser possível avançar para a década de 1930, levando-se em consideração algumas ponderações desenvolvidas por Renato Lessa para a apresentação da terceira edição de “A Era do Saneamento". Para ele, “a transformação da saúde em um bem público interage de maneira intensa com a constituição de uma comunidade nacional e com o próprio fortalecimento da esfera pública e estatal”. Segue afirmando que os padrões de complexidade e interdependência social de tal período possibilitaram que o fenômeno da doença transmissível e da insalubridade fosse transformado em um objeto privilegiado no tratamento das relações entre público e privado e entre poder local e poder central. E aqui, pode-se voltar ao esforço de persuasão do movimento sanitarista brasileiro na construção da imagem do Brasil como um imenso hospital, cujo principal responsável teria sido a ausência do poder público. Por fim, e novamente nas palavras de Lessa (2012:14),

> o que se está indicando é, em termos mais diretos, a presença de uma tradição republicana, anterior mesmo a 1930, que associa consciência, valores e

interesses no processo de geração de bens públicos e de políticas de combate à destituição.

1.2. A Era Vargas e o Nacional-Desenvolvimentismo: três décadas de avanço ou paralisia?

Com a chegada da Era Vargas (1930-1945), houve um princípio de estruturação básica do sistema público de saúde brasileiro. Ainda assim, partindo-se de medidas de higienização que foram tomadas, pensando-se principalmente, na profilaxia de algumas doenças e na realização de ações curativas. Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e da Saúde Pública, o MESP, órgão que foi se adaptando mediante a instabilidade da conjuntura política dos quatro anos que envolveram o Governo Provisório. No mesmo ano, Vargas criou o Ministério do Trabalho, e os trabalhadores passaram a usufruir de novos direitos. Foram criados nesse período também os chamados IAP's – Institutos de Aposentadoria e Pensão – que não eram, contudo, universais, servindo apenas para os contribuintes dos institutos de previdência do governo. Representam, assim, um marco da medicina previdenciária no Brasil, pois eles funcionavam mediante desconto salarial compulsório, pelo financiamento das empresas e, ao menos teoricamente, também pelo financiamento estatal via Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Os IAP's foram uma espécie de ampliação do papel das CAP's – Caixas de Aposentadorias e Pensões.

No entanto, mesmo incluindo em um instituto toda uma categoria profissional e iniciando-se um sistema público de previdência social, o sistema ainda excluía os trabalhadores rurais, o profissional liberal e todo trabalhador que desenvolvesse uma função não reconhecida pelo Estado. Era um benefício para poucos e ainda discriminava categorias dentro do sistema. As categorias profissionais mais fortes, organizavam-se e agiam de modo a aumentar suas vantagens, demonstrando como, ao agir coletivamente, eram melhor sucedidas em suas reivindicações, como, por exemplo, mediante a conquista de uma melhor assistência médica e hospitalar. Aos que não se enquadravam em nenhuma categoria, ou seja, não estavam habilitados para serem incluídos em nenhum Instituto, caberiam os recursos do MESP, responsável pela saúde pública. Para Lima (2005:29), essa definição a respeito do conhecimento em direitos sociais implicou,

ao mesmo tempo, a associação entre assistência médica previdenciária e trabalhadores urbanos e a ênfase das ações de saúde pública como políticas e modelos de serviços voltados, predominantemente, para a população rural.

> A bandeira do saneamento, agitada pelos sanitaristas e por intelectuais da Primeira República, foi incorporada e reelaborada sob a égide do MESP, acompanhando o desenvolvimento econômico e burocrático, adaptando novas instituições e agentes ao novo arcabouço institucional de saúde (CASTROS-SANTOS *et all*, 2009).

No entanto, até 1934, quando Gustavo Capanema assumiu a pasta ministerial, três ministros já haviam passado pelo MESP – entre eles, Belisário Penna –, fato que fez com que o MESP chegasse ao final do Governo Provisório sem objetivos definidos. Também não havia linhas de ação definidas, devido às incertezas políticas e às penúrias orçamentárias de então. Hochman (2005:130), analisando este período, afirma que

> no que dizia respeito à saúde pública, o MESP, nos seus primeiros anos, significava, em grande medida, o Departamento Nacional de Saúde Pública criado em fins de 1919 e herdado da República Velha.

Foi somente com Capanema que as mudanças começaram de fato a ocorrer, todavia, sempre uma mudança com conservação. Duas grandes reformas foram formuladas: a Reforma do Ministério e a Reforma Barros Barreto. A primeira, proposta em 1935, e implementada em 1937, sob a Lei nº 378, definiu os rumos da saúde pública, reformulou e consolidou a estrutura administrativa, criando os Conselhos Nacionais de Saúde, e o MESP passou a ser denominado Ministério de Educação e Saúde – MES. A segunda, ocorrida em 1941, criou os Serviços Nacionais que mudaram a estrutura das campanhas de combate às grandes endemias. Esta, também conhecida como Reforma de Barros Barreto, instituiu órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar; à criação de órgãos executivos de ação direta contra as endemias mais importantes; às atividades normativas e executivas, descentralizando-se no país por oito regiões sanitárias – e criando uma Delegacia Federal de Saúde em cada uma delas; o desenvolvimento de programas de abastecimento de água e construção de redes de esgoto; à criação de serviços especializados nacionais para lidar com doenças degenerativas e mentais; e por último, à criação do INCA – Instituto Nacional do Câncer (criado como Serviço Nacional de Câncer, e, somente após três anos, em 1944, o Centro de Cancerologia foi transformado em Instituto). Para Hochman (2005:131),

“com essas reformas a saúde pública passava a espelhar as orientações mais gerais da política varguista de centralização política e administrativa e verticalização das ações estatais”. Percebe-se, assim, a estratégia do Governo Federal de ampliar sua presença em todo o território nacional.

Em 1942, ocorreu a criação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP –, outro importante marco em termos de criação institucional. Resultado de um acordo bilateral com os Estados Unidos, e respaldado em parcerias com a Fundação Rockfeller e o Instituto de Assuntos Interamericanos – o IAIA –, tinha como principal atividade a assistência médica aos trabalhadores sujeitos à malária, na Amazônia e no Vale do Rio Doce. Estes trabalhadores eram auxiliares na produção da borracha e do minério que, por sua vez, eram necessários aos Aliados na Segunda Guerra. Percebe-se, portanto que, mais uma vez, a política pública de saúde do governo estava voltada para os interesses econômicos quando deveria priorizar os interesses da população. Em 1944 foi criada a Divisão de Educação Sanitária do SESP e, na década de 1950, ele foi se tornando, gradualmente, um órgão voltado para a saúde pública do país como um todo. Em 1953, a Sessão de Pesquisa Social foi criada pela Divisão de Educação Sanitária. “A ciência social então praticada enfocava a importância do desenvolvimento de comunidades rurais para o processo de mudança social” (MAIO *et all*, 2010: 513). A despeito de todas as divergências quanto ao IAIA e ao SESP, estes não se restringiram a impor seus procedimentos e normas, interagindo com as realidades locais e tornando necessária a negociação política. E, se for considerado o conceito de arena política, tal qual definido por Reis (2013), é possível afirmar que foi justamente o campo de delimitações, onde estas disputas foram travadas, que possibilitou o argumento de uma interação equilibrada no caso brasileiro, pois aqui, além de um forte nacionalismo político promovido por Vargas, havia um movimento sanitarista consolidado.

Outra marca do nacionalismo político varguista, que veio com a reforma de Capanema, foi a origem das Conferências Nacionais de Saúde. Foi a partir dela a institucionalização de periodicidade de um fórum, no qual delegações de todos os estados deveriam se reunir para discutir oficialmente os principais temas da saúde. Em resumo, nas palavras do próprio Capanema, seriam: “conferências de administradores que terão apenas o objetivo de estudar e assentar providências de ordem administrativa. Por meio delas, poderá ainda a União coordenar a execução dos planos nacionais que forem estabelecidos”. É possível perceber que eram meramente técnicas, não

envolvendo nenhuma parcela da sociedade civil. No entanto, há que se reconhecer que já significavam um avanço, não somente por aproximar o Estado dos municípios, mas por indicar um caminho possível de diálogo, mesmo que apenas em âmbito administrativo. Instituídas em 1937, e com a previsão de ocorrerem, se não anualmente, ao menos a cada dois anos, a primeira Conferência só ocorreu em 1941, na cidade do Rio de Janeiro, ainda com uma concepção meramente curativa, e com um tema central que era a situação sanitária e assistencial dos estados. A segunda CNS só se concretizou no ano de 1950, tendo a legislação referente à higiene e segurança do trabalho como mote central. Sob a presidência de Gaspar Dutra, não há registros formais sobre seu processo e suas consequências imediatas.

Foi novamente durante o governo Vargas que, em 1953, ocorreu à separação entre saúde e educação, com o desmembramento do MES em Ministério da Educação e Cultura – MEC – e Ministério da Saúde – MS. Logo após seu suicídio, em agosto de 1954, foi aprovada a Lei nº 2312, com a definição das "Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde", constituindo um dos pontos fundamentais da política sanitária de então. Porém, só foi regulamentada em janeiro de 1961, instituindo o Código Nacional de Saúde. E, em 1963, ocorreu, a terceira Conferência Nacional de Saúde. Tendo ocorrido dez anos após a criação do Ministério da Saúde e treze anos desde a segunda CNS, foi a última antes do Regime Militar. Nela era possível perceber a gestação de propostas de mudanças na orientação da situação sanitária, bem como a vontade de formulação de um plano nacional de saúde. O Golpe de 1964, no entanto, inviabilizou tais propostas.

Organizado de outra forma, podem-se dividir os anos compreendidos entre a Revolução de 1930 e o Golpe Militar de 1964 em dois grandes períodos. Até 1945, quando a ação do Estado no que tange ao setor saúde, pode ser dividida em duas frentes: uma referente à saúde pública que, como descrito acima, se restringia ao caráter preventivo e às campanhas; outra, de assistência médica, assumindo caráter curativo e atrelado à previdência social. O primeiro caso foi marcado pelo clientelismo, populismo e paternalismo; já o segundo, pelo centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo. O período compreendido entre 1945 e 1964 marcou a crise desse modelo bem como a tentativa de implementação de um projeto de desenvolvimento econômico industrial. Com a queda de Varga em outubro de 1945, a eleição de Dutra e a promulgação de uma nova Constituição em 1946, o Brasil iniciou um período democrático que durou 19

anos. Os movimentos sociais exigiam as melhorias nas condições de vida, saúde e trabalho prometidas pelos governantes; o que fez com que, mesmo com fortes resquícios da política populista de Vargas, a década de 1950 fosse marcada por manifestações nacionalistas, demonstrando novamente o poder de uma ação coletiva. A aglomeração urbana não planejada serviu para dar visibilidade às doenças, levando médicos e leigos a se organizarem em associações e ligas.

Novas relações entre a saúde e a economia foram estabelecidas e a malária, que se configurava como a principal doença tropical da época, era apontada como a "doença econômica". Esses novos significados e interesses presentes na associação entre saúde e desenvolvimento passaram a marcar os espaços institucionais no campo da saúde pública (LIMA, 2005). A proposta desenvolvimentista era estimulada pela crescente entrada de capital estrangeiro no país e tinha como principal representante da modernização econômica e institucional, orquestrada pelo Estado, o presidente Juscelino Kubitscheck (1956-1961) (ACURCIO, s/d). No entanto, em seu Plano de Metas, que era dividido em cinco frentes – energia, transporte, indústria de base, alimentação e educação – a saúde não aparecia e a única meta que o governo de Juscelino incluiu no Plano, e que era relacionado a este setor, foi a de um aumento de 70% dos leitos hospitalares.

> A influência americana na área da saúde, refletiu-se na construção de um modelo semelhante aos padrões americanos, no qual a construção de grandes hospitais e equipamentos concentra o atendimento médico de toda uma região, colocando em segundo plano a rede de postos de saúde, consultórios e ambulatórios, cujos custos são bem menores.

A Política Nacional de Saúde, mesmo esboçada desde 1930, só foi formalizada no segundo quinquênio da década de 1940. Em 1948, com o Plano Salte, a saúde foi posta como principal finalidade. Este envolvia as áreas de saúde, alimentação, transporte e energia, apresentando previsões de investimentos de 1949 a 1953. Entretanto, nunca chegou a ser implementado. Mesmo com a criação de Departamentos, Institutos e Leis, as condições de saúde da população só pioraram entre 1945-1964. Abaixo, algumas leis, órgãos e medidas do período em tela:

- Criação do primeiro Conselho de Saúde – considerado o marco principal da Saúde Pública Moderna – em 1948.

- Instalação de um Centro de Estudos do Instituto Oswaldo Cruz, em Bambuí/MG, com o intuito de desenvolver os primeiros estudos para o controle da Doença de Chagas – também em 1948.

- Em 1953 a Lei n° 1944 que instituía a obrigatoriedade da iodação do sal de cozinha.

- Ainda em 1953, a criação do Ministério da Saúde, com a Lei 1920, o qual fica apenas com um terço do antigo Ministério da Educação e Saúde; determinando um processo gradativo de desfinanciamento das ações tipicamente da Saúde Pública.

- O Departamento Nacional de Endemias Rurais – DENERU – em 1956.

- A Lei Orgânica da Previdência Social – em 1960. Conhecida como LOPS, aumentava as prestações ofertadas; entre elas o auxílio natalidade e a aposentadoria especial.

- Durante os anos de 1961/1962, ocorreu a introdução de novas técnicas de diagnósticos de poliomielite e o início da produção de vacinas contra a varíola; além de campanhas com a vacina oral e a instituição da Campanha Nacional Contra a Varíola.

Entre os anos 1945 e 1964, um grande propósito foi eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias, que teimava em persistir. Entretanto, Lima (2005) chama atenção para o intenso debate sobre os custos econômicos das doenças como obstáculos ao desenvolvimento dos países, particularmente no que se refere à expansão agrícola e à produtividade do trabalho. Como o Brasil continuava a ser predominantemente rural, foi criado o DENERU, com o intuito de combater as endemias rurais e as doenças transmissíveis. O foco hegemônico nas doenças da coletividade foi mantido e, embora houvesse anos em que o gasto com a saúde fosse favorável, tendo como decorrência uma melhoria das condições sanitárias em algumas regiões, tal intento não foi alcançado como um todo.

Houve também o surgimento de empresas de saúde privadas que, por sua vez, eram mais estruturadas, organizadas e lutavam pelo financiamento através do Estado, defendendo a privatização do pouco que existia. Na mesma toada de favorecimento aos interesses privados, deu-se o investimento na assistência médica hospitalar em razão da atenção primária (centros de saúde), pois era um sistema que favorecia o crescente

desenvolvimento industrial de equipamentos médicos e da indústria farmacêutica. Durante esse período, era possível identificar outra divergência entre os sanitaristas, que buscavam uma prática articulada com a realidade nacional, visando uma ampliação dos direitos pela saúde; e o grupo que acreditava que as condições só melhorariam se fossem utilizadas as mesmas técnicas e metodologias que foram adequadas e obtiveram resultados positivos em outros países. Estes últimos influenciaram por muitos anos a prática do governo, tendo no SESP um aliado.

Para Fonseca (2007), as políticas públicas na área da saúde, adotadas pelo governo durante a Primeira República, possibilitaram que o poder estatal, por meio de novas campanhas sanitárias no pós 1930, aprofundasse o procedimento de expansão dos aparelhos de Estado. A resposta para a pergunta sobre o período em questão é que houve alguns avanços institucionais, no entanto, sem estarem atrelados a melhorias das condições de vida da população. Com Gustavo Capanema, muitas mudanças institucionais foram introduzidas e é inegável o fato de que, além de terem ocorrido investimentos na área da saúde, existem resquícios das Reformas de 1937 e 1941 ainda hoje. Entre elas, o inegável legado das Conferências Nacionais de Saúde. Quanto à política nacional desenvolvimentista, essa ficou marcada por forte influência dos acontecimentos do pós-guerra. A saúde foi considerada fator econômico, assim como outras políticas sociais, sendo subordinada ao controle social e ao bom andamento da economia. As ações que visavam o crescimento da força de trabalho e desenvolvimento social continuaram acontecendo, porém, sempre com a ideia de uma população passiva e incapaz, o que aumentava a necessidade de educar a população em saúde. Além disso, com as exigências oriundas do aprofundamento do capitalismo, a Organização Mundial de Saúde – OMS – colaborou com o novo conceito elaborado em 1948, determinando que a saúde era bem mais que ausência de doenças.

Hochman (2005: 137-138) afirma que o Estado Novo não apenas manteve a "herança sanitária" como também a renovou e atualizou. Com o intuito de confirmar sua afirmação, apresenta três exemplos.

- A primeira aproximação entre as práticas assistenciais e curativas individualizadas e a medicina coletiva de corte preventivo, mediante aproximação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão com o campo da saúde pública, devido ao Serviço Nacional de Tuberculose.

- Com o aumento da capilaridade estatal, uma nova dinâmica foi criada no Departamento Nacional de Saúde – DNS, causando uma inédita especialização. “Esse reordenamento da estrutura administrativa da saúde pública, com sua incorporação em novos formatos e conteúdos à agenda oficial do governo, demandou uma nova especialização: o profissional de saúde empregado pelo Estado”. Tal fato criou um programa de capacitação técnica e acabou gerando uma diferenciação entre elites políticas e elites médicas, bem como entre a própria elite médica. “Assim foi se conformando uma comunidade profissional produzida e associada ao poder público, que passa a ser interlocutor dos grupos que tinham interesses vinculados às atividades públicas nas áreas da saúde e do saneamento”.

- Por fim, a participação de instituições e técnicos americanos em serviços de saúde no Brasil – que já existia desde a década de 1910 – foi incrementada, influenciando basicamente o Serviço de Malária do Nordeste, o Serviço de Febre Amarela e o Serviço Nacional de Saúde Pública.

Percebe-se com o exposto, a impossibilidade de se falar em paralisia no período em questão. No entanto, há que se ter em mente que, por mais que a saúde pública tenha sido organizada e profissionalizada, os problemas sanitários nacionais ainda clamavam por soluções. O Golpe de 1964 trouxe mudanças para o sistema sanitário brasileiro, com maior valorização da assistência médica e do setor privado.

1.3. **O Regime Militar e a Previdência Social: há males que vêm para o bem?**

Ao longo do regime militar brasileiro (1964-1985), pouco progresso efetivo aconteceu em torno de discussões para a reforma sanitária no que tange ao governo. No campo da saúde, a pasta ministerial sofreu com a redução das verbas destinadas à saúde pública durante todo o período ditatorial. Seu orçamento caiu de 4,57%, em 1961, para 1,38, em 1980, passando por taxas de até 0,94, como no ano de 1974. O Ministério da Saúde ficou muito limitado, precisando recorrer aos Ministérios da Educação e Agricultura caso esses quisessem desenvolver tarefas sanitárias. Além disso, teve sua esfera de atuação alterada, pois com a priorização dos hospitais particulares em detrimento de investimento em hospitais públicos, a saúde como elemento coletivo

também foi sobreposta à saúde como fenômeno individual. Mesmo com o comprometimento do Ministério, em realizar programas de saúde e saneamento, surtos de malária, dengue e meningite surgiram em todo o Brasil na década de 1970 (CARVALHO, 2010).

Até o início dos anos setenta, de relevante apenas dois fatos ocorreram: a unificação, em 1966, dos Institutos de Aposentadoria e Pensão – IAPs – e o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS – que também passou a ter função de assistência médica e domiciliar de urgência. Neste caso, houve ainda a criação da Superintendência dos serviços de reabilitação da Previdência Social. Assim, todo trabalhador com carteira assinada era contribuinte e beneficiário do novo sistema, criando-se a primeira rede pública de saúde, na prática, no país. Mesmo que pouco eficiente, o sistema já possibilitava o acesso do cidadão, de forma gratuita, a um serviço de saúde disponibilizado pelo governo. No entanto, é importante não perder de vista que só era considerado cidadão aquele trabalhador com carteira assinada. De acordo com Bravo (S/d: 6),

> a unificação da Previdência Social, com a junção dos IAPs em 1966, se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhe reservado apenas o papel de financiadores.

O segundo acontecimento relevante foi a realização da 4ª Conferência Nacional de Saúde, em 1967, curiosamente com o tema recursos humanos para a saúde. Curiosamente porque ela não seguia na direção de relativa abertura da terceira Conferência, ao contrário, retomava o caráter de debate técnico, restringindo a participação apenas aos especialistas e autoridades.

Em 1972, foi criada a Unidade de Planejamento, Avaliação, Pesquisa e Programas Especiais – PAPPE –, ligada ao Ministério da Saúde e à implantação do programa de capacitação dos técnicos. O Golpe Militar favoreceu esse processo devido à subsequente facilidade de entendimento para doações e empréstimos vindos dos Estados Unidos. Programas semelhantes também foram desenvolvidos em outros países da América Latina. No Brasil, a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS – e o Centro de *Estudios del Desarollo*, da Universidade da Venezuela – CENDES –ficaram como responsáveis para elaborarem em conjunto uma metodologia de planejamento,

mas o método, que ficou conhecido como CENDES/OPS, também foi difundido para todos os países da região que contavam com Unidade de Planejamento. Para Fonseca (1984: 85),

> Um método, com sua aparente neutralidade de procedimento racional e técnico, era, na realidade, portador de uma ideologia onde o planejamento, a racionalização dos recursos e a modernização administrativa cumpriram um papel central na tecnificação/despolitização das questões sociais e políticas.

Com o intuito de aprimoramento do sistema previdenciário, em 1974, o governo criou o Ministério da Assistência e Previdência Social – MPAS, um desmembramento do Ministério do Trabalho, que englobou também o Instituto Nacional da Previdência Social – INPS –, e a empresa de Processamento de Dados da Previdência Social – a DATAPREV. No mesmo ano do recém-criado Ministério, com a desintegração do INPS, foi criado o Instituto de Assistência Médica da Previdência Social – o INAMPS: uma autarquia com o intuito de prestar assistência médica aos trabalhadores com carteira assinada. Tudo isso visava contornar a grave crise que assolava a Previdência Social, que enfrentava o pior quadro de insuficiência de recursos de sua história. Mas, mesmo dispondo de estabelecimentos próprios, a maior parte dos atendimentos era efetuada pela iniciativa privada, fortalecendo a concepção individual de tratamento da doença e não da saúde. Neste setor, Bertolli (1996: 55) afirma que

> enquanto o governo reduzia ou atrasava os recursos para a rede conveniada, hospitais e clínicas aumentavam as fraudes para receber aquilo a que tinham direito e muito mais. Guias de internações falsificadas, cirurgias desnecessárias e a prática de cesariana invés de parto normal passaram a ser mecanismos comuns de fraudes.

O processo de capitalização e expansão da rede privada ficava ainda mais claro ao observar o papel desempenhado pelo Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS – criado em 1974 e administrado pela Caixa Econômica Federal, tendo como principal fonte os recursos da Loteria Esportiva, desembolsando cerca de um bilhão e meio de reais (em um cálculo atualizado), até 1979, para hospitais particulares no eixo Rio-São Paulo. As empresas de medicina puderam contar com novas fontes de financiamento, com excelentes condições de pagamento – entre elas, longos prazos de carência, juros subsidiados e correção monetária abaixo da inflação. Foi assim que a saúde transformou-se em um negócio bastante lucrativo (PONTE, 2010).

Em 1975, na tentativa de conter o rombo oriundo de tais práticas, e por não conseguir mais maquiar a situação real das doenças transmissíveis por todo o país, foi lançado o II Plano Nacional de Desenvolvimento – II PND. No entanto, não passou de mais uma fachada com apelo político sem melhoria para a população. Até aqui, o bloco de poder instalado no aparelho estatal em 1964, independente do surto do "milagre econômico", ainda não havia conseguido se consolidar. Afinal, o "milagre" não atingiu a todos da mesma maneira. "Depois de anos e anos e anos de ditadura esperando que as coisas se transformassem. Quer dizer, o bolo já tinha crescido, não tinha sido repartido". O fim do período do milagre coincidiu com (e induziu) o surgimento da crise deste modelo de política de saúde, marcada pelo decréscimo nos recursos destinados ao setor e pelo aparecimento público de manifestações de protesto e insatisfação com o padrão de cuidado à saúde, mesmo que cerceadas pela repressão política ainda vigente (NORONHA e LEVICOVITZ, 1994). A população envolvida com a luta pela universalização do setor soube aproveitar essa janela de oportunidade, fazendo com que fossem necessários novos canais de legitimação, que arcassem com as consequências políticas, econômicas e sociais da dominação burguesa militar que já durava uma década. Esse foi o motivo que mudou o enfrentamento da "questão social" entre os anos 1975 e 1979, proporcionando uma "abertura lenta, gradual e segura", e a distensão. Essa insatisfação foi assumindo múltiplas formas de expressão, induzindo, dentro do próprio INAMPS e do governo federal, a adoção de algumas iniciativas opostas ao modelo hegemônico que, ao menos aparentemente, buscassem solucionar a crise (NORONHA e LEVICOVITZ, 1994).

Duas Conferências Nacionais de Saúde ocorreram nesses quatro anos. Ainda em 1975 foi realizada a 5ª CNS que, mesmo contendo cinco temas programáticos, teve como mote principal a implementação da Lei 6269, recém-criada, que instituía o Sistema Nacional de Saúde e, consequentemente, sua constituição e sua institucionalização. Apenas dois anos depois foi realizada a 6ª CNS, que teve seu temário relacionado à análise de estratégias de programas governamentais. Entre eles, o Programa de Interiorização das Ações e dos Serviços de Saúde – PIASS, que buscava absorver as orientações das proposições de "Atenção Primária à Saúde" e de "Saúde para todos até o Ano 2000", oriundas da Organização Mundial de Saúde, e propiciava expressivo incremento na oferta de serviços ambulatoriais básicos a populações completamente excluídas do acesso a equipamentos sociais, em especial no Nordeste

(NORONHA e LEVICOVITZ, 1994: 79). Mas a grande questão da 6ª Conferência foi que se voltou ao tema da necessidade de uma Política Nacional de Saúde.

Portanto, a partir do segundo quinquênio de 1970, não seria mais possível esconder a crise no setor saúde e veio à tona a incapacidade crescente do Estado brasileiro de garantir o direito à saúde via Previdência. Os anos 1980 já se iniciavam sob a marca da crise financeira previdenciária, explicitada pelo déficit operacional crescente já a partir de 1980, que atingiu seu ápice em 1981, em decorrência da adoção de políticas econômicas fortemente recessivas. Paralelamente, intensificavam-se os movimentos de crítica ao modelo de saúde vigente, por parte dos movimentos populares emergentes, e de aparente tentativa de busca de alternativas pelo poder central. Em 1981, foram os próprios setores governamentais, tanto da área econômica como da Previdência Social, os responsáveis pela grande politização da questão da saúde, ao decretar a falência do sistema e intensificar o debate público, tanto na imprensa quanto no Congresso Nacional, sobre a necessidade premente de mudanças. Noronha e Levcovitz (1994: 80), além do que já foi dito acima, apontam ainda que, foi de singular importância neste período, a marcante produção científica de intelectuais, professores e pesquisadores na crítica do modelo vigente, nas denúncias sobre as condições de saúde da população e na proposição de alternativas para a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática.

Como alternativas à crise, surgiram então a "Medicina Comunitária" e os "Programas de Extensão de Cobertura". Comprometidos com esses, havia as agências internacionais de saúde e financiamento – tais como a Organização Pan-Americana de Saúde e a Fundação *Kellogg* – e profissionais e intelectuais dos Departamentos de Medicina Preventiva das Faculdades de Medicina. Mesmo desconfiando dessas agências, esses profissionais e intelectuais da área da medicina, souberam desenvolver experiências e garantir que alguns de seus projetos fossem financiados pelos organismos internacionais. Entre eles os mais conhecidos são:[3]

- Projeto de atuação médica simplificada para uma área peri-urbana do Estado do Rio de Janeiro: patrocinado pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ, em Nova Iguaçu, RJ;

[3] Muitos dos quais já vinham sendo desenvolvidos, mas não ganhavam notoriedade.

- Programa de Medicina Comunitária de Londrina, Paraná: patrocinado pela Universidade de Londrina, em convênio com a Prefeitura Municipal, 1969;

- Projeto de Saúde Comunitária da UNICAMP (Campinas, SP), conhecido como Projeto Paulínia: financiado pela Fundação *Kellogg* e que teve início entre 1971 e 1972;

- Programa de Saúde Comunitária – Projeto Vitória – realizado pela Universidade Federal de Pernambuco em Vitória de Santo Antão, PE;

- Projeto de área programática para serviços integrados de saúde, patrocinado pela Universidade de São Paulo (USP), através do Departamento de Medicina Preventiva, em convênio com a Secretaria de Saúde de São Paulo. O Projeto desenvolveu-se no Vale do Ribeira, no início da década de 70.

Nesse cenário, aconteceu a 7ª Conferência Nacional de Saúde, última do regime militar, durante o governo do general João Batista Figueiredo, cujo mote foi a expansão das ações de saúde através dos serviços básicos. Para tal, idealizou-se o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – o PREV-SAÚDE – que "propunha a reestruturação e a ampliação dos serviços de saúde à população, com a criação de uma rede básica de saúde com cobertura universal". [4]Devido à falta de recursos, após o debate entre os participantes, houve apenas o encaminhamento da proposta à Câmara dos Deputados.

No âmbito previdenciário surgiu um pacote aumentando a contribuição previdenciária e criando o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP – com o objetivo de racionalizar os gastos em saúde. Sua principal estratégia foi adotar as Ações Integradas de Saúde – AIS – como forma de convênios com os municípios, chegando a cobrir acima de 80% da população brasileira. Além da racionalização dos recursos e do combate às fraudes, as Ações Integradas também primavam pela universalidade no atendimento; pela integralidade e equidade da atenção; pela regionalização e hierarquização dos serviços; pela descentralização das ações e do poder decisório; bem como pela democratização, através da participação da sociedade civil e do controle pelos usuários.

Paim (1985) afirma que o fato de, com a crise, o próprio Estado autoritário ter passado a reagir às críticas formuladas contra o modelo dominante de prestação de

[4] As Conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas. CONASS Documenta, nº 18, 2008. P. 14.

serviços de saúde, por meio de medidas de cunho racionalizador e modernizantes, fez com que fosse criado um falso dilema entre as Ações Integradas de Saúde e o SUS. De fato, esta foi uma questão controversa que dividiu, não apenas os técnicos da área, como também os políticos, os intelectuais e os movimentos da sociedade civil que se mobilizavam pela redemocratização do setor. Noronha e Levcovitz (1994: 84), por exemplo, afirmam que as AIS foram outra proposta que ficou muito mais no plano discursivo, entre outras coisas, em função da enorme resistência dos prestadores privados de serviços médico-hospitalares, e de suas articulações de poder, existentes no seio do aparelho institucional da previdência social, representadas por expressivos segmentos da burocracia previdenciária, além da oposição expressa da Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE – e da Associação Médica Brasileira – AMB.

Para esses autores, foi somente com a Nova República, tendo Waldir Pires, no Ministério da Previdência e Assistência Social, e Hésio Cordeiro, no Instituto Nacional de Medicina da Previdência Social, que as Ações Integradas de Saúde ganharam expressão nacional, no esforço da implementação do paradoxal e conflituoso programa social de transição democrática.

> As AIS transformaram-se em eixo fundamental de política de saúde na primeira fase do governo de transição democrática a partir de 1985, constituindo-se em importante estratégia no processo de descentralização da saúde (MULLER NETO, *Apud* NORONHA e LEVICOVITZ, 1994: 86).

Assim, elas criaram a infraestrutura fundamental de rede física de cuidados básicos de saúde, essencial ao posterior desenvolvimento das políticas de universalização e descentralização, e deram grande impulso político aos níveis subnacionais de governo, que reapareceriam em cena como atores fundamentais na construção de um sistema de saúde descentralizado.

Paim (1986: 172-175) aponta dez motivos pelos quais considera que se deveria apostar nas AIS. São eles:

- Princípios e objetivos consistentes com os do movimento de redemocratização da saúde.

- Planejamento e administração descentralizados. A constituição de comissões nos níveis estadual, regional, municipal e local possibilitariam a descentralização do processo de planejamento e da administração, o que significaria um corte em relação às práticas autoritárias e tecnocráticas que deformaram os trabalhos dos técnicos de saúde no Brasil. "Assim se o entendimento teórico da relação entre saúde e estrutura social, possibilitado pela contribuição da área das ciências sociais para a área da saúde coletiva estimulou o repensar do planejamento de saúde, o campo de experimentação aberto pelas AIS, permite hoje refazê-lo crítico e praticamente".

- Instâncias deliberativas permeáveis à deliberação política. "Tem-se uma colaboração negociada na qual os sujeitos concretos, representantes de interesses distintos, passam a desenvolver um trabalho conjunto e politizável reconhecendo a diversidade e as peculiaridades dos demais".

- A possibilidade concreta de participação popular organizada. No caso das Ações Integradas "esta proposta fica amparada formalmente através dos convênios, termos aditivos e termos de adesão, na medida em que possibilita representação nas CRIS, CIMS e CLIS. Caberá, no entanto, ao movimento popular, pressionar pela sua efetivação, ocupando os espaços contraditórios abertos pelas AIS".

- Percurso para o estabelecimento do Sistema Unificado de Saúde.

- Respeito ao princípio federativo.

- Respaldo de forças sociais atuando no setor.

- Perspectivas mais concretas de viabilidade. Afinal elas surgem da iniciativa do CONASP, organicamente vinculado ao INAMPS, instituição hegemônica na prestação de serviços de saúde no Brasil. "Tratando-se de uma proposta originalmente racionalizadora, com espaços democráticos de reserva, é orgânica a conjuntura de transição e poderá ser aprofundada e ampliada pela ação dos movimentos sociais e dos partidos políticos. (...) Constata-se desse modo que, ao menos no plano do discurso, essa proposta conta com um amplo leque de apoio e de consenso. Não se deve descartar, porém, a possibilidade de que enfrentamentos técnico-burocráticos entre o MPAS e o MS possam sabotar, no plano da prática, as perspectivas vislumbradas de viabilidade".

• Incorporação do planejamento à prática institucional. “O estímulo à elaboração de planos que contemplem uma aproximação à realidade local e sua compatibilização nos níveis regional e estadual representa uma prática inovadora nas instituições de saúde, já cogitado pela técnica CENDES/OPS, embora inviabilizada nos últimos 20 anos pelo centralismo e autoritarismo dos governos latino-americanos”.

• Responsabilidade das universidades na formulação e implementação de políticas de saúde. Tal fato é muito importante nesta trajetória, independentemente da convocação para que o Ministério da Educação e as Universidades compartilhassem de responsabilidades da execução estratégicas no campo da saúde, ter um motivo mais econômico: a captação de recursos para a manutenção dos hospitais universitários. “Espera-se que o potencial crítico existente nas Universidades possa traduzir-se na ocupação de espaços políticos visando ao desenvolvimento de articulação ensino-pesquisa-serviço, no âmbito da saúde, reaproximando o mundo do estudo do mundo ao trabalho, na busca de redefiniçao de formação de recursos humanos em função das necessidades sociais majoritárias”.

De forma sintética, as Ações Integradas de Saúde, apresentaram-se como a principal saída para a universalização do direito à saúde e significaram uma proposta de “integração” e “racionalização” dos serviços públicos de saúde, e de articulação deles com a rede conveniada e contratada, o que formularia um sistema unificado, regionalizado e hierarquizado para o atendimento. A proposta resumia-se em assinaturas de convênios entre o INAMPS e os estados e municípios para o repasse de recursos destinados à construção de unidades da rede com o compromisso dos governos de oferecer assistência gratuita para toda a população e não só para os beneficiários da previdência. Todavia, há que se concordar com Noronha e Levcovitz com o fato de que as mudanças reais só ocorreram com a entrada de um grupo de sanitaristas no INAMPS. Nas palavras de José Gomes Temporão: [5]

> O INAMPS era quem ditava as regras do jogo, quem prestava assistência médica a quem tinha carteira de trabalho assinada. E nós entramos lá exatamente para começar uma polêmica que foi: ‘bom, por que não usar dinheiro da previdência social para financiar assistências à saúde para todos, e não apenas para quem está inserido formalmente no mercado de trabalho?’ Essa sempre foi a questão. Nós conseguimos começar a pegar recursos do orçamento da previdência social do INAMPS e colocar na rede das secretarias municipais e estaduais para atender a todos. Uma das medidas que Waldir Pires como ministro tomou e foi muito importante é que para você ser

[5] Entrevista em anexo.

> atendido nos hospitais do INAMPS aqui no Rio, na época, você tinha que apresentar um documento, comprovando que era da previdência. E a gente baniu isso e abriu os hospitais para atender qualquer pessoa e fomos muito criticados por isso.

Com essa proposta, as AIS recuperavam a estratégia apresentada no PREV-SAÚDE e avançavam significativamente, na conformação de políticas que levariam à reforma do setor saúde, fortalecendo a coordenação de ações entre a União e os estados e a incorporação do planejamento à prática institucional. Elas proporcionaram ainda, o surgimento das Comissões Interinstitucionais de Saúde – CIS –, embriões dos atuais Conselhos de Saúde, que foram a base para a implantação, mais tarde, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS.

De modo a articular melhor o argumento, interromper-se-á a perspectiva histórica com as Ações Integradas e retomar-se-á adiante, com a passagem dessas para o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. No momento, há que se ter em mente que, paralelo ao que foi narrado, dessa última década, foi criada a Fundação Oswaldo Cruz em 1970 e houve uma longa trajetória, envolvendo diversos atores vinculados às universidades e movimentos pela saúde. Aproveitando-se da tradição que o Instituto situado em Manguinhos e federalizado desde o início do século XX mantinha, o governo militar transformou-o em uma Fundação, congregando ali outros órgãos federais e contribuindo para que a FIOCRUZ se tornasse uma referência em saúde pública. Deste ponto em diante, são os profissionais inseridos nessas redes que vão abrindo novos caminhos, para que uma nova proposta de saúde e, com ela, um novo conceito de sociedade seja discutido. Voltar-se-á a este ponto no capítulo três. Antes disso, no entanto, buscar-se-á instrumentais que possam ser úteis à análise dessa trajetória, ou seja, no próximo capítulo será feita uma discussão a respeito dos conceitos de movimentos sociais, políticas públicas e intelectuais.

2. **ARENA POLÍTICA E AGENDA PÚBLICA: COMO OS "VENCEDORES" SE TORNAM "VENCEDORES"?**

Como explicitado no final do capítulo anterior, pretende-se definir instrumentais para que seja possível a realização de análises sobre o processo que culmina na reestruturação do sistema de saúde no Brasil. Com o intuito de melhor compreender as transformações ocorridas nas formas de ação coletiva dos indivíduos; os atores determinantes; a maneira como são organizadas ao reivindicarem suas demandas; e o retorno que o governo disponibiliza via políticas públicas, este capítulo fará apontamentos sobre as teorias dos movimentos sociais e alguns dos seus principais autores, bem como, sobre a forma de configuração de uma política pública e a maneira como "intelectuais" será utilizada enquanto categoria de análise. Defende-se que, quando o movimento social articula-se em torno de uma agenda única, maiores são as possibilidades de conseguir pautar agendas com suas demandas específicas.

> A ideia introduzida por Santos (1979) sobre a complexificação do social refere-se ao processo de diferenciação social e de multiplicação organizacional que se operou nas sociedades nas últimas décadas. Surgem novos grupos com grande heterogeneidade como resultado de novos papéis, ocupações e posições sociais, sendo difícil reconhecer nessa diversidade classes sociais mais homogêneas. Ao mesmo tempo, o processo é acompanhado também pelo aumento de uma multiplicidade de organizações que cumpre o papel de mediatizar a ação desses movimentos e grupos sociais (GERSCHMAN, 2011: 63).

"Processos sociais intrínsecos ao desenvolvimento da modernidade têm vindo a por em xeque alguns de seus pressupostos internos". Compreendendo-se modernidade como processos de modernização, que só podem ser entendidos em sua dimensão histórica e em sua variabilidade, este trabalho se deterá ao que José Maurício Domingues denominou de terceira fase, pois esta seria marcada por um novo entendimento das principais coletividades políticas, introdução de novas instituições e modificações na cultura política. "Com a derrota dos militares na década de 1980, no começo dos anos 1990 a cidadania, agora um aspecto político claro, estabeleceu-se basicamente em todos os países do subcontinente". Cidadania que vinha dissociada da repressão e que se afirmou mediante a mobilização política. (DOMINGUES, 1998: 4; 2009: 35). Novos tipos de alianças e a crescente globalização econômica e cultural também fazem parte da modernidade contemporânea.

> As relações entre autoridade, mercado e solidariedade passam por mudanças profundas (...) e a interação entre autoridade e solidariedade também. Sendo assim, as transformações recentes nas relações entre o Estado e a nação são igualmente dignas de nota: identidades coletivas são redefinidas por toda a parte, cruzando fronteiras e desafiando autoridades nacionais (REIS, 2003:13).

Sociedades mais complexas e plurais, diminuição da utopia homogeneizadora, maior mobilidade física e identitária, e aumento das possibilidades de participação marcam esta fase da modernidade e definem novos horizontes de ação coletiva. Este último ponto é o que torna necessário a revisão da literatura sobre os movimentos sociais, pois mesmo em situações em que o conflito não está abertamente declarado, são elas um dos principais meios de reivindicação e controle do indivíduo moderno. [6]

2.1. **Movimentos Sociais: quais as teorias e os cuidados necessários ao se utilizá-las.**

Assim como ocorreram mudanças nas sociedades ao longo das últimas décadas, os movimentos sociais e as teorias subsequentes também passaram por transformações, fato este que originou o interesse da comunidade acadêmica e gerou grandes vertentes explicativas. Quais sejam: a teoria da mobilização de recursos – TMR; a teoria do processo político – TPP – (ou, teoria da mobilização política); e a teoria dos novos movimentos sociais – TNMS. Alonso (2009) argumenta que o aparecimento de novas bandeiras, acarretando novas mobilizações e criando novas tensões, foi o responsável pelo surgimento de todas as teorias o após o ano de 1960. [7]Bringel (2011) também identifica as décadas de 1960 e 1970 como cruciais ao debate sobre movimentos por serem elas, o momento responsável pela institucionalização deles no meio acadêmico. [8]

A teoria da mobilização dos recursos – primeira grande vertente explicativa – consistiria em um cálculo racional de deliberação individual, visando o melhor resultado custo-benefício. Percebe-se dessa forma, a influência de Olson para quem as ações coletivas são difíceis de ser construídas, porque os incentivos individuais precisam ser

[6]Há que se ressaltar também o fortalecimento do papel do judiciário como mediador entre sociedade e Estado. No entanto, este ponto será aqui apenas mencionado.
[7]Bandeiras como o movimento pelos direitos civis, o direito das mulheres, o pacifismo e a proteção ao meio ambiente passam a ser cada vez mais influentes.
[8]No capítulo subsequente maior atenção será dada ao papel da Academia.

mais altos que os custos. Nesse sentido, a ação coletiva seria mais provável como mantenedora de privilégios – visto que os atores individuais seriam recompensados imediatamente e bem vistos pelos outros atores que dominam a sociedade. A ação coletiva entre grupos dominados seria mais difícil porque os custos seriam extremamente altos se todos os membros não participassem da ação (o dilema dos "caroneiros", ou *free-riders*). Somente seria possível que os benefícios individuais fossem superiores, conjugando recursos materiais, humanos e de organização, se a estrutural comunitária preexistente desse a base dos movimentos. A principal crítica da TMR é a sua semelhança a uma empresa, que apresenta forte racionalização da atividade política e há clara burocratização dos movimentos sociais. Aqui não haveria espaço nem para as ideologias e valores nas mobilizações coletivas, nem para análises de macroestrutura. Alonso (2009: 52) chega a afirmar que "quanto mais longevos, mais burocratizados os movimentos se tornariam".

Quanto à teoria do processo político, um elemento cultural é adicionado: há um enquadramento macro histórico e a política combina-se à cultura na explicação dos movimentos sociais. Aqui, há um investimento na teoria da mobilização política e uma negação da ideia de um sujeito histórico universal, maior atenção ao ambiente e aos atores políticos e institucionais.

Em um esforço conjunto de mapear o debate sobre o confronto político – discussão que será melhor esmiuçada adiante – McAdam, Tarrow e Tilly (2009) utilizam o exemplo dos estudos sobre as 'grandes Revoluções' na tentativa de demonstrar como o fato único isolado é contraproducente ao não considerar os fatores políticos, históricos e sociais nos quais está inserido. Dessa maneira, fica impossibilitada a construção de um arcabouço teórico mais sintético. Ainda segundo os autores acima mencionados, essa síntese não seria uma teoria em si, mas um amplo conjunto de conceitos analíticos. Charles Tilly é o grande nome dessa corrente, mas Sidney Tarrow e Doug McAdam também estão fortemente envolvidos no debate desde o surgimento de tal linha. [9]

Em comum, eles têm o pressuposto de que mesmo que exista a percepção da exploração ou do descontentamento, a ação coletiva deve ser construída, ou seja, ela não

[9]Por meio de seus estudos sobre o movimento de redemocratização da Itália na segunda metade do século XX, no primeiro caso; e sobre o movimento pelos direitos civis nos Estados Unidos, no segundo. (ALONSO, 2009:6)

é uma consequência natural. Seu interesse é exatamente o processo de construção da ação coletiva através da utilização de diferentes estratégias e incentivos à participação. Para alguns, movimentos sociais deveriam ser analisados como organizações da economia e indústria – levando-se em conta, estratégias publicitárias, competição e mobilização de recursos estruturais. Em seu trabalho sobre os movimentos sociais na França, desde o século XVIII, por exemplo, Charles Tilly defende que recursos de status e redes sociais (o que ele chama de CATNET) seriam os responsáveis pelo sucesso de movimentos sociais ao longo do tempo. Para outros, é o "enquadramento" (*framing*) do problema junto à opinião pública, mais do que seu conteúdo substantivo ou ideológico, que determinará o sucesso dos movimentos sociais.

Um novo conceito, portanto, é pelos teóricos da TPP adicionado: a ideia de estrutura de oportunidades políticas – EOP – dando o parâmetro político. Tais estruturas são as dimensões formais e informais do ambiente político e na medida em que se alteram possibilitam a entrada de novos atores sociais de fora do cenário da *polity*, com suas reivindicações. Fator este ignorado pelos teóricos da mobilização de recursos e que será de suma importância para o argumento da tese, fazendo com que esta teoria seja mais relevante aos interesses em questão, do que a anterior.

> Os movimentos sociais se desenvolvem dentro de limites colocados por estruturas prevalecentes de oportunidade política: as organizações formais de governo e de políticas públicas; a facilitação e a repressão das reivindicações dos grupos desafiantes por parte das autoridades e a presença de aliados potenciais, rivais ou inimigos afetam, de forma significativa, qualquer padrão de confronto do sistema político (MCADAM *et all*, 2009: 26).

Percebe-se, desse modo, que o confronto – como define Tarrow – ou o conflito – como define Melucci – fazem parte da própria constituição do movimento social, além de também interferirem na sua propagação e longevidade. Mas isso não é suficiente. Para que haja movimento social é necessário que haja mobilização, pois é através dela que a identificação e a solidariedade são criadas, o que possibilita maior controle sobre a ação coletiva. Alonso argumenta, no entanto, que a priorização de estruturas de incentivos e/ou constrangimentos políticos acarreta a delimitação das possibilidades de escolha dos agentes entre cursos de ação. Sendo a mobilização baseada no conflito entre partes, cujos posicionamentos, muitas vezes são cambiantes. Os atores envolvidos também migram entre elas. Isso pode ser compreendido ainda com a saída de um dos lados do subsolo político, acarretando a submersão do seu oponente (TAPIA, 2003).

Assim, de acordo com a ideia de confronto político, tem-se o movimento social como uma espécie de querela, na qual demandas mútuas são disputadas sob uma "interação contenciosa".

> Por isso, a análise tem de suplantar as barreiras convencionais que definem "Estado" e "sociedade" como duas entidades coesas e monolíticas. Assim, ao invés de definir a equação como movimentos sociais versus Estado, a TPP opõe "detentores do poder" (os membros da *polity*), que tem controle ou acesso ao governo que rege uma população (incluídos os meios de repressão), e "desafiantes", que visam obter influência sobre o governo e acesso aos recursos controlados pela *polity* (ALONSO, 2009: 56).

Esta afirmação permite um paralelo direto com Tapia (2003) para quem o excedente da política, o que não é aproveitado – em função de disputas ideológicas, contextos particulares nacionais, lobbies ou a "simples" alternância oriunda do sistema – seria banido, não apenas da agenda institucional como do mundo público organizado. Movimento que mesmo produzido pela dinâmica da sociedade, não é por ela reconhecido.

Também é possível pensar em disputa política e, consequentemente, sobre a importância de acesso ao governo de uma população específica, à luz da argumentação de Charles Tilly, a respeito da relevância da compreensão histórica ao se tratar dos movimentos sociais. Ela não somente ajuda a identificar mudanças significativas no funcionamento destes, como elucida as condições políticas que, ao serem alteradas, os possibilitam. De acordo com este autor, "a ascensão e a queda dos movimentos sociais marcam a expansão e a contração das oportunidades democráticas" (TILLY, 2010: 136).

Três elementos caracterizariam tais movimentos: a campanha, os repertórios e as demonstrações de VUNC (valor, unidade, números e comprometimento). Estes são definidos, respectivamente, como: formação de reivindicações coletivas, direcionadas a determinadas autoridades; criação de associações e coalizões, visando um fim exclusivo, reuniões públicas e desfiles solenes, comício, panfletagem e declarações para e na mídia; e declarações, slogans ou rótulos (TILLY, 2010).

A noção de repertório em Tilly seria bifurcada: de um lado, a ação direta, com amplo uso da violência no plano local e operando por representação no plano nacional; de outro, mais "modular", pois tendo 1830 como inflexão, novas solidariedades

clamando por direitos e recursos surgiram. Estas que, embora menos violentas, eram mais agressivas, faziam uso das mesmas formas de campanha daquelas, mudando apenas seus atores e suas reivindicações (ALONSO, 2009). Portanto, é um conceito histórico no qual seus atores escolheriam, mediante todas as circunstâncias, a melhor maneira de interação no que tange à obtenção de seus propósitos.

Sidney Tarrow (2009:18) apresenta uma concepção relacional entre os movimentos sociais e as formas de confronto.

> O confronto político é desencadeado quando oportunidades e restrições políticas em mudança criam incentivos para atores sociais que não têm recursos próprios. Eles agem através de repertórios de confronto conhecidos, expandindo-os ao criar inovações marginais. O confronto político conduz a uma interação sustentada por opositores quando é apoiada por densas redes sociais e estimulados por símbolos culturalmente vibrantes e orientados para a ação. O resultado é o movimento social.

Portanto, o confronto pode levar ao movimento social, mas sua existência por si só não implica necessariamente no surgimento deste. Ou seja, nem todas as formas de confronto podem ser classificadas como movimentos sociais – apenas aquelas baseadas em redes sociais de apoio e em esquemas de ação coletiva, capazes de manter o combate sustentado com opositores poderosos (TARROW, 2009).

> A ação coletiva torna-se de confronto quando é empregada por pessoas que não têm acesso regular às instituições, que agem em nome de exigências novas ou não atendidas e que se comportam de maneira que fundamentalmente desafia os outros ou as autoridades (TARROW, 2009: 19).

O confronto pode ser explorado de muitas maneiras. Entre elas: (a) para tirar proveito de oportunidades políticas, (b) para a criação de identidades coletivas, (c) para reunião e mobilização de pessoas comuns – os opositores, que assim não seriam de outra forma – contra os detentores do poder. [10] Tarrow apresenta, assim, uma definição na qual o protesto coletivo, o objetivo comum, a solidariedade social e a interação sustentada dariam um viés mais empirista à teoria. Tais propriedades contribuiriam para a formação de processos contenciosos. Processos estes que, prioritariamente públicos, poderiam aparecer sob a afirmação coletiva de novos valores, o que possibilitaria um novo grupo detentor de poder e com ele novos desafios contenciosos. É importante

[10]"muito da história da interação movimento-Estado pode ser vista como um dueto de estratégia e contra estratégia entre os ativistas e os detentores de poder" (TARROW, 2009).

destacar, contudo, que o confronto não é nem exclusividade dos movimentos, nem os processos contenciosos são sua única forma de ação (mesmo que continuem sendo suas ações mais características).

Também é importante distinguir entre ações de confronto e movimentos sociais. Para que aquelas levem o nome destes, é necessário haver persistência das mesmas no tempo. É a sustentação da ação coletiva que marca a diferença, não apenas entre episódios de confronto e movimentos, como também, entre as antigas formas de protesto e os novos movimentos sociais. [11] As formas de confronto são variadas – habituais, raras, pouco conhecidas, conjuntas ou individuais – mas o comum é que agreguem novos significados a antigos elementos, funcionando, assim, como uma forma de protesto.

No entanto, a tese principal de Tarrow funcionaria quase como uma cadeia: alterações nas EOPs, criando incentivos a novas fases de confronto que, em decorrência, criariam novas possibilidades para os atores sociais envolvidos. Sendo eles, os insurgentes originais e retardatários, assim como os opositores e detentores do poder, seriam suas externalidades e as interações das mesmas com as elites e outros grupos de poder que determinam os resultados de tais ciclos de confronto. O autor defende que, antes de qualquer outra coisa, os confrontos seriam resultados da dinâmica da luta política; ou, em suas próprias palavras, "do fluxo e refluxo da luta política".

Tarrow critica os autores marxistas por ignorarem a conjuntura de condições políticas nas quais as teorias daqueles pudessem ser efetivadas. [12] Argumenta que nem o problema das oportunidades, nem o das restrições políticas, é por eles considerado. Também apresenta uma diferenciação entre o pensamento social europeu, cujo principal expoente é Charles Tilly, e o(s) modelo(s) norte-americano(s). Enquanto o primeiro é eminentemente estruturalista, o segundo é mais permeável à dinâmica do processo político. Na sequência, elogia Doug McAdam por sua sintetização das abordagens dos movimentos sociais em um modelo de "processo político" que, considera bem acabado.

Doug McAdam (2003), que também está interessado nas formas de política contenciosa, é defensor de um programa de investigação de estudo estrutural para movimentos sociais. Divide tais estudos em dois níveis: macro e micro; sendo o

[11] Isto porque se defende que protestos contra os detentores do poder existem desde a Antiguidade.
[12] No entanto, não menciona os nomes de quais autores está criticando.

primeiro associado a uma generalizada ruptura da ordem social e, o segundo, ao que diz respeito às redes pessoais nas quais os indivíduos estão inseridos. Após descrever o que implicaria cada um destes níveis, argumenta em favor de uma definição intermediária.

> Convencido de que a ação verdadeira dos movimentos sociais acontece em algum nível intermediário entre o macro e o micro. É lá na existência das associações de grupos ou nas lesadas redes da comunidade que os primeiros passos são dados tateando em direção a uma ação coletiva. [13]

Assim, defendendo que os primeiros passos da ação coletiva estariam contidos em um nível intermediário entre o micro e o macro, busca identificar e entender melhor quais dinâmicas de interação representariam consistentes achados estruturais. Segue criticando o fato de que muito das pesquisas na área, buscam apenas o antes e o depois da ação coletiva, não se dedicando à ação contínua da mesma e, por consequência, no que faz com que esta se configure em um movimento social. Nesta toada, apresenta críticas aos estudiosos dos laços sociais ligados ao recrutamento para um movimento, em função de sua explicação eminentemente estrutural determinista, e aos teóricos da escolha racional, por desconsiderarem as identidades prévias e os significados compartilhados. "Organização prévia e todos os recursos do mundo, pouco importam se sua utilização não é regida por significados compartilhados e contenção de identidades e legitimação" ("*Prior organization and all there sources in the world matter littleif their use is not governed by shared meanings and identities legitimating contention*". MCADAM, 2003: 290).

McAdam afirma ainda que os estudos que visam compreender o que motiva um indivíduo a aderir a uma ação coletiva não levam em consideração a pressão contrária à adesão. Trabalhando apenas com a hipótese de que o afeto por pessoas próximas favoráveis à causa fosse suficiente, não percebem que estas mesmas pessoas podem ser uma motivação negativa. Neste cenário, fala dos limites do projeto estrutural tal como está configurado – "seus métodos – principalmente estudos de caso e pesquisa de evento – eram essencialmente aqueles de quem está de fora, o que torna impossível para eles,

[13] *"Convinced that the real action in social movements takes place at some level intermediate between the macro and micro. It is there in the existing associational groups or networks of the aggrieved community that the first groping steps toward collective action are taken"*.MCADAM, Doug. *Beyond Structural Analysis: Toward a More Dynamic Understanding of Social Movements. (281- 299)* In: Social Movements and Networks. Relational Approaches to Collective Action.Edited by: MARIO DIANI AND DOUG McADAM, 2003.P.284.

observar as dinâmicas interativas que formam os casos excepcionais" [14]– e defende haver três meios, chaves para um processo pelo qual um grupo social existente mobiliza a ação coletiva. Seriam eles: a) percepção de ameaça ou oportunidade, b) apropriação social, e c) ação inovadora.

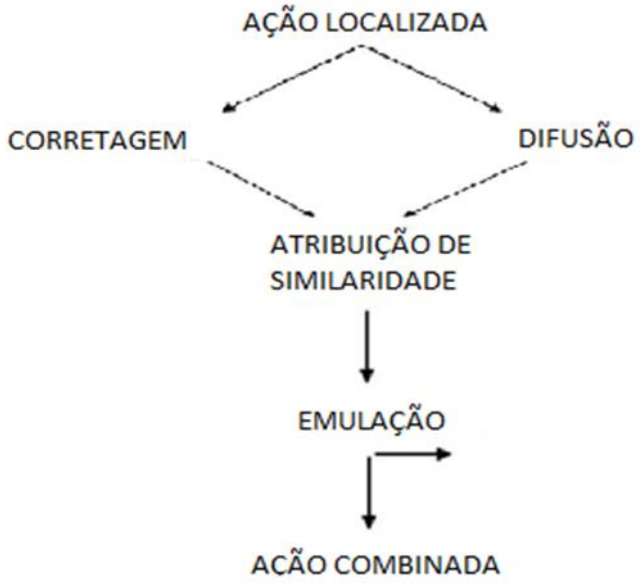
Por considerar a disseminação da discórdia um fenômeno muito complicado, McAdam foge da explicação da teoria da difusão tradicional, na qual inovações ou novos elementos culturais seriam difundidos por linhas já estabelecidas de interação social. Em sua ótica, seria muito mais um conjunto de mecanismos, ligados com probabilidade de condicionarem uma mudança de escala. Tal mudança apresentaria duas vias distintas, mesmo podendo coexistir em um dado movimento. Mas, ao invés de apontar quais seriam estas vias, o autor define os mecanismos para, na sequência, apresentar a forma como entende a ação coletiva e a provável subsequente ação contenciosa.

Os mecanismos seriam a "difusão" – *diffusion* – e a "corretagem" – *brokerage*, e diferenciariam a maneira como a informação a respeito de uma ação inicial se propagaria, geográfica ou institucionalmente, para um grupo distante. Estes mecanismos funcionariam da seguinte maneira: a difusão como transferência de informações ao longo da linha de interações estabelecidas, e a corretagem, apresentando um processo um pouco mais complexo, por demandar a transferência de informações, dependentes da ligação de dois ou mais lugares sociais que não apresentavam conexões a priori. A distinção é feita porque dependendo do mecanismo, tem-se um impacto na escala de mudanças. O primeiro deles, em função do fato de não transcender as linhas segmentadas que caracterizam a vida político/social, quase sempre permaneceria mais estreito em seu lócus geográfico e/ou institucional, que o segundo. Mas, independentemente de qual deles fosse adotado, ambos teriam como "mecanismo adicional" o que o autor denominou de atribuição de semelhança – definida como a identificação dos atores em diferentes locais como sendo suficientes para justificar uma ação comum – e equivalência institucional – tendência de formulação de políticas, dentro de determinados domínios institucionais, visando à identificação com seus iguais, de outros países. O último mecanismo no processo de mudança de escala dos

[14]*Their methods – principally case study and event research – were essentially those of the outsider, making it impossible for them to observe the interactive dynamics that shaped the exceptional cases*. McAdam, 2003, p.291.

movimentos seria a "emulação" – *emulation* – uma ação coletiva que é modelada pela ação dos outros. Neste ponto, McAdam retoma o argumento de que, mesmo uma forte identificação com o ator da ação, não garante a aderência.

Apresentadas tais definições e observando-se a figura abaixo, é possível compreender como a ação coletiva é formada para Doug McAdam.



Por fim, este autor trata de três importantes processos. A saber: o recrutamento individual, o que denominou de mobilização emergente e a mudança de escala. Termina seu texto afirmando que não está abandonando a abordagem estrutural para os métodos culturalmente e racionalmente mais estudados nos movimentos sociais. Afinal, as redes são centralmente implicadas em todos os três processos discutidos por ele. O que McAdam acredita ser seu diferencial é sua escolha pelas dinâmicas interativas que podem animar essa rede baseada nos processos. Processos estes que, ainda segundo ele, praticamente esgotam a dinâmica do movimento.

> Desafios à parte, o que eu sinto confiante é que, quando se juntou com o pluralismo teórico aqui adotado, esta abordagem mais católica aos métodos de pesquisa, promete movimentar-nos bem além dos fatos estruturais essencialmente estáticos e descritivos, que passam atualmente para a teoria no estudo de movimentos sociais e de contenção. [15]

[15] *"Challenges aside, what I feel confident about is that when joined with the theoretical pluralism embraced here, this more catholic approach to research methods promises to move us well beyond the*

McAdam, ao propor uma estratégia misturada entre pesquisa qualitativa e quantitativa no estudo dos movimentos sociais e de contenção, coloca-se ainda mais próximo de Sidney Tarrow, à medida que esse busca uma abordagem que sintetize confronto político e movimentos sociais. Nessa, as dimensões consistentes da luta política – as oportunidades políticas – e os fatores que desencorajam o confronto – as restrições políticas – são elementos fundamentais de análise.

> (...) as pessoas se engajam em confrontos políticos quando mudam os padrões de oportunidade e restrições políticas e, então, empregando estrategicamente um repertório de ação coletiva, criam novas oportunidades que são usadas por outros, em ciclos mais amplos de confronto. Quando suas lutas giram em torno de grandes divisões na sociedade, quando reúnem pessoas em volta de símbolos culturais herdados e quando podem ampliar ou construir densas redes sociais e estruturas conectivas, então esses episódios de confronto resultam em interações sustentadas com opositores – especificamente, em movimentos sociais (TARROW, 2009: 38).

Mas as EOP não são invariáveis. Os recursos externos ao grupo enfatizado por elas sugerem muito mais a possibilidade de confronto, pois, muitas vezes, este processo diminui o custo da ação coletiva e expõe as fraquezas dos detentores de poder, demonstrando identidades coletivas afins e encorajando os cidadãos comuns. É a forma como estas mudanças serão mobilizadas, que definirá a sustentação do confronto e sua caracterização como movimento social.

A TPP é caracterizada, assim, por dois conceitos primordiais: Estrutura de Oportunidades Políticas – EOP – e repertório dos movimentos sociais. Ambos cuidam muito bem da fratura relativa ao papel da cultura na ação coletiva, deixada pelos teóricos da Mobilização dos Recursos, mas ainda não lançam luz sobre a conjuntura dos movimentos envolvidos. É a Teoria dos Novos Movimentos Sociais que vai sanar esta lacuna.

O enquadramento macro histórico, a crítica da ortodoxia marxista e a associação entre mudanças sociais e formas de confronto não são diferencial em relação aos teóricos da teoria do processo político. No entanto, no caso da TNMS, seus autores produzem uma interpretação efetivamente cultural para os movimentos sociais e embora cada qual tenha produzido sua própria teoria da modernidade, todos eles apontam na

---

essentially static and descriptive structural facts that currently pass for theory in the study of social movements and contention". MCADAM, Doug. Beyond Structural Analysis: Toward a More Dynamic Understanding of Social Movements. (281- 299) In: *Social Movements and Networks*. Relational Approaches to Collective Action.Editedby: MARIO DIANI AND DOUG McADAM, 2003. P.298.

direção de mudanças estruturais na sociedade que, ao mudar a natureza do capitalismo e das formas de trabalho, alteraram também temas e agentes para mobilizações coletivas (ALONSO, 2009). Seus principais teóricos são Alain Touraine, Jürgen Habermas e Alberto Melucci. [16]

Em um primeiro momento, o movimento operário teria sido a forma padrão de movimento social, sendo o retrato do enfrentamento da sociedade industrial, e os conflitos produtivos, os predominantes. Com a chegada dos anos 1960, ganha lugar o segundo modelo de sociedade: as sociedades pós-industriais (TOURAINE, 1989).

> As novas mobilizações não teriam uma base social demarcada. Seus atores não se definiriam mais por uma atividade, o trabalho, mas por formas de vida. Os "novos sujeitos" não seriam, então, classes, mas grupos marginais em relação aos padrões de normalidade sociocultural. Isto é, poderiam vir de todas as minorias excluídas e teriam em comum uma atitude de oposição (ALONSO, 2009: 60).

Aqui a questão não seria tomar o Estado, mas sim, exercer pressão no sentido de garantir direitos à sociedade civil. A linha entre mundo público e privado, ficando cada vez mais tênue, fez com que as divergências avançassem do plano econômico ao plano privado e extinguisse a base social delimitada. Os novos atores que surgem em disputa na arena são, portanto, oriundos de qualquer minoria excluída e apresentam como característica comum a atitude oposicionista frente ao status quo dominante. Neste contexto, os Novos Movimentos Sociais apareceriam como:

> o novo ator coletivo, portador de um projeto cultural. Em vez de demandar democratização política ao Estado, demandariam uma democratização social, a ser construída não no plano das leis, mas dos costumes; uma mudança social de longa duração gerida e sediada no âmbito da sociedade civil (ALONSO, 2009: 60).

Touraine conclui que o ator social não age apenas em conformidade com o lugar em que está inserido na sociedade, mas também modifica o meio ambiente material e social. Nesse sentido, os movimentos sociais operam na produção de cultura e apropriação de valores sociais, opondo-se e complementando-se aos adversários aos quais estão ligados por relações de poder. Derivando fundamentalmente do controle dos

[16] Luis Tapia (2003) também apresenta um quadro de fratura social do mundo moderno no qual a forma como a sociedade representa a si mesma é alterada, as totalidades sociais são quebradas e há que se atentar de forma minuciosa aos contextos nacionais.

modelos culturais, os movimentos sociais têm três elementos constitutivos: o ator, o adversário e o conflito. Daqui, sobressaindo outras três dimensões: identidade, oposição e totalidade.

Como este defendia incansavelmente, a necessidade de equilíbrio e complementariedade de força na relação entre a sociedade civil e o Estado, o tema da democracia e da sociedade civil adquire, em seu pensamento, centralidade ímpar. Afinal, estão em questão os processos de democratização da vida política e a garantia de direitos fundamentais; e o equilíbrio de poder no qual o conflito e o consenso são elementos de construção de uma sociedade democrática. Não se trata apenas de identificação de uma nova forma de mobilização, mas também de um diagnóstico de mudança social, um novo registro pós-materialista.

Mesmo com um argumento em direção semelhante, Jürgen Habermas caminha mais para o âmbito burocrático jurídico. Com o crescimento exacerbado do Estado, para mediar e regular as novas demandas da produção e do mercado, ocorrem alterações significativas na relação entre as esferas pública e privada, com crescente avanço da primeira em direção à segunda, considerável aumento da normatização da última e ampliação do nível burocrático para a garantia de efetivação das políticas sociais (HABERMAS, 1984). Entretanto, ao contrário da valorização cultural de Touraine, Habermas via um "empobrecimento cultural", oriundo de uma racionalidade instrumental exacerbada, da expansão da monetarização e do forte aumento da burocracia. Tais elementos seriam responsáveis por uma "colonização do mundo da vida". A razão instrumental, imposta no processo de modernização, racionalização e esclarecimento científico do mundo, só ganharia sentido se acompanhada pela ampliação do conceito de racionalidade. Agora uma racionalidade comunicativa, atestada por uma teoria do agir comunicativo (HABERMAS, 1988).

Posteriormente, ele descreve a atualidade como um constante processo de inovação, sendo a modernidade marcada pela transitoriedade dos acontecimentos históricos e, encontrando-se "completamente abandonada a si mesma, [tendo] de extrair de si mesma sua normatividade" (HABERMAS, 1987: 103). Fundamentalmente, ele sugere uma síntese das vontades democráticas do liberalismo e do republicanismo, reunidas num modelo procedimental, ou seja, como um projeto aberto de inclusão e reinterpretação de conteúdos, tendo no controle de constitucionalidade e oportunidade

de cada época, retomar o diálogo sobre as condições de negociação entre cidadãos livres e iguais. Ou ainda, em outras palavras, como um empreendimento que valoriza, essencialmente, o estabelecimento de procedimentos que permitam a deliberação livre dos cidadãos (HABERMAS, 1997).

A soberania popular seria exercida no âmbito da esfera pública, através de processos comunicativos, fundados nos direitos políticos fundamentais e em um conceito de ação que apresenta, como pano de fundo, a capacidade dos sujeitos sociais de interagir intra e entre grupos. O problema aqui é que esta equação não se dá de forma tão simples e a ação coletiva, muitas vezes, torna-se a principal mediadora entre sociedade e Estado, para a garantia das reivindicações dos cidadãos. Nessa arena, luta-se por definições e, novamente, recorrendo-se ao próprio autor, "trata-se da identidade e da autonomia de estilos de vida" (HABERMAS, 1987: 113). Uma "nova zona de conflito" é então formada e os movimentos sociais desempenham papel fundamental neste contexto. Os conflitos agora se manifestam com forma de protesto subinstitucionais e extraparlamentar. A questão não é mais as compensações que possam ser obtidas por meio do Estado de bem-estar social, mas a defesa de estilos de vida. "Em suma, os novos conflitos não são desencadeados por problemas de distribuição, mas dizem respeito à gramática das formas de vida". ("*In short, the new conflicts are not sparked by problems of distribution, but concern the grammar of forms of life*"). Os antigos movimentos não fornecem mais um modelo para este tipo de protesto, ao mesmo tempo, as rápidas mudanças nas cenas, grupos e tópicos dificultam a classificação do atual potencial de mobilização. Novos movimentos significariam uma forma de resistência à colonização do mundo da vida (HABERMAS, 1981: 33).

Entretanto, ele desconsidera a questão dos valores, do sentimento ou da solidariedade, capazes de agir como elementos norteadores na atuação dos indivíduos na esfera pública. Se os novos movimentos sociais com sua defesa da autogestão e a busca de "contra instituições" na direção de um modelo realmente deliberativo, com partidos, cultura e mídia, de fato, possibilitassem uma comunicação livre, então os atores envolvidos – no caso, os próprios cidadãos – estariam automaticamente dispostos a fazer parte deste modelo? Ou, ao contrário, seria necessário que atores mais politicamente engajados tomassem a frente e atuassem como catalisadores das interações? Habermas parece considerar que o "simples" medo da colonização do mundo da vida seria suficiente para a primeira resposta ser positiva e a segunda,

negativa em função do medo de que algum desses atores acabasse por reivindicar cargos políticos, usurpando novamente a autonomia das formas de vida.

O terceiro, entre os principais autores desta corrente e que também tem como ponto de partida a complexidade da sociedade contemporânea e sua caracterização como pós-industrial, é Alberto Melucci. Este concentra sua atenção no plano micro social das relações entre atores cujo significado possibilitaria condições para que outras mediações conceituais fossem feitas. Seu principal foco é o conflito. Mas um conflito que também aparece de maneira deslocada com a ideia anterior, pois sai do mundo do trabalho e caminha na direção de movimentos que redefinem a relação com o corpo e que apresentam um forte componente religioso. Dois novos tópicos principais que funcionariam como uma espécie de "formas particularistas de resistência" (ALONSO, 2009).

Este autor, ao afirmar que elementos diversos e multifacetados são combinados quando se trata de fenômenos contemporâneos, argumenta que, articular as novas categorias acima mencionadas – ação social coletiva e movimentos sociais – e ser capaz de moldar e ultrapassar as diferentes subjetividades e ações individuais é o principal desafio das sociedades complexas. Nas palavras do próprio Melucci (2001:22),

> As sociedades complexas não possuem mais bases econômicas, mas uma integração crescente de estruturas culturais, políticas e econômicas. (...) Os espaços sociais dos movimentos se constituem como arena distinta do sistema e não coincide mais com as formas tradicionais da organização social da solidariedade e da representação política.

Nesse tipo de sociedade, o conflito não teria um espaço delimitado de ação. O conflito social e político faria parte da vida cotidiana e, ao se questionar quanto ao que pudesse formar um ator coletivo, ou, em outras palavras, quanto ao que pudesse fazer com que um ator individual se mobilizasse coletivamente, aproxima-se, de certa forma, de Habermas, pois defende que tais atores, ao se comunicarem, produziriam e negociariam significados, construindo, assim, a ação coletiva.

Dessa forma, é possível afirmar que existe, em sua interpretação dos movimentos sociais, uma rede complexa de relações nas quais a ação coletiva dos atores sociais, dá-se com níveis e significados diversos. A identidade coletiva não seria,

portanto, um dado, mas, o produto de trocas, negociações, decisões e conflitos entre atores.

> Esse senso de "nós" depende da permanente negociação e redefinição de orientações comuns acerca dos fins, dos meios e do ambiente da ação. Liderança e organização surgiriam como forma de manter estáveis essas orientações (ALONSO, 2009: 66).

Melucci amplia a noção de sociedade, identidade coletiva e de Estado. Faz isso sem ignorar a multidimensionalidade de tal tríade, num campo aberto de pluralismo político e tomada de decisões culturais autônomas de atores sociais.

> Seria ilusório pensar que a democracia se esgota na competição pelo controle do governo. A democracia, na sociedade complexa, pode significar somente a criação de espaços de reconhecimento, as liberdades de representação que permite os atores sociais reconhecerem-se e serem reconhecidos por aquilo que são e querem ser (MELUCCI, 2001: 137).

Com tal visão, ele se aproxima da sociedade civil gramsciana e se afasta de Touraine e Habermas, em função do grande destaque da noção de rede social e do fato de que as solidariedades – por mais que pudessem ser negociadas – guardavam um elemento paroquial muito forte, oriundo das redes ligadas à vida cotidiana. A forma como Gramsci compreendia a sociedade civil também se assemelha a isso, no conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e difusão das ideologias – composta pelas organizações escolares, as organizações profissionais, as organizações culturais, a Igreja e os Partidos Políticos. E, ao se falar em ideologia, talvez novamente ambos concordem com o fato de que ela é um dos espaços sociais de confronto e negociação e, em consequência, uma potencialidade na esteira dos movimentos sociais. Porém, Melucci quer sua superação para que uma ação coletiva mais científica, em que os movimentos sociais possam ser construídos, seja possível. Sobremaneira, é a dimensão cultural que atrela valores simbólicos à sociedade, a principal semelhança entre estes dois autores e a maior distância entre Melucci e o restante dos estudiosos da TNMS.

Trabalhando com a ideia de movimentos sociais como forma de ação coletiva, que também surgem de EOP e que apresentam organizações, lideranças, estratégias, além de uma rede de relacionamentos, a concepção sintética deste autor fica agora elucidada. Uma das principais contribuições de Melucci para o debate é a incorporação

do “sentimento bem compreendido” [17]como elemento norteador da atuação dos indivíduos na esfera pública. Além disso, apresentando um novo ator, que é difuso e com tendência a assumir uma identidade coletiva, ele apresenta a política com outra abordagem: uma abordagem mais sociológica.

Mesmo com diferenças entre suas concepções de movimentos sociais, os três principais autores da TNMS confluem no diagnóstico de uma sociedade complexificada e da politização da vida privada. Há também o reconhecimento do papel do conflito nas negociações que envolvem as ações coletivas na direção do movimento e/ou contrárias a ele. Mesmo não sendo prerrogativa desta última vertente, o conflito ganha destaque – como acima mencionado – com Alberto Melucci.

Todos os autores aqui trabalhados, sem exceção, ao falar em movimento social, falam em conflito. Mas esse processo não pode ser simplesmente inventado por uma pessoa ou um grupo. Ele é germinado aos poucos, está “culturalmente inscrito e é socialmente comunicado”. Fator este definido por Tarrow como parte de uma cultura pública da sociedade. Voltar-se-á a esta discussão de forma mais específica no capítulo seguinte. Antes, entretanto, será feita uma discussão sobre o processo de formulação das políticas públicas.

2.2. **Política Pública – como e para quem? Breves Apontamentos Teóricos.**

Longe de ser uma unanimidade entre os estudiosos do assunto, a definição do significado de políticas públicas não é tarefa fácil. Um breve inventário será feito a seguir com o intuito de se chegar a uma definição mais geral que sirva às investigações deste trabalho.

Arretche (2003: 2) salienta a impossibilidade de se fechar os olhos para a institucionalização e expansão das políticas públicas enquanto subdisciplina no Brasil. Afirma ser este fato resultado direto de mudanças como o

> intenso processo de inovação e experimentação em programas governamentais, resultado, em grande parte, da competição eleitoral, da

[17]Expressão utilizada por Rubem Barboza Filho em referência ao “interesse bem compreendido” de Tocqueville. In: BARBOZA, FILHO, Rubem. (2003) “O Sentimento da Democracia”. Lua Nova, n 59, p 5-49.

> autonomia dos governos locais, bem como dos programas de reforma do Estado, assim como as oportunidades abertas à participação nas mais diversas políticas setoriais.

Percebe-se, assim, que as medidas são todas oriundas do Estado. Concepção que casa com o estudo seminal de Jobert y Muller, o livro "O Estado em Ação" (*L'État em action*), publicado em 1987.

> A análise do 'Estado em ação' tem como objetivo específico o estudo de programas governamentais, suas condições de emergência, mecanismos de operação e prováveis impactos sobre a ordem social e econômica (TREVISAN & BELLEN, 2008: 533).

Na verdade, a ação pública é caracterizada por incoerências, ambiguidades e incertezas em todos os estágios e em todos os momentos. Qualquer política pública é, em grande parte, um esforço de coordenação de forças centrífugas que operam no interior da própria máquina estatal e na sociedade. A formulação de políticas é, com muita frequência, marcada pelo fato de que os decisores não sabem exatamente o que eles querem, nem os resultados possíveis das políticas formuladas, bem como pelo fato de que as políticas adotadas são o resultado de um processo de negociação no qual o desenho original de um programa é substancialmente modificado (JOBERT& MULLER, 1987, *Apud* ARRETCHE, 1998).

Assim, é importante que se tenha em mente o fato de que quando se trata de políticas públicas, o que está implícito é uma visão dos governos, *lócus* por excelência de suas formulações e dos embates ocorridos entre os interesses envolvidos. Para Souza (2006), as definições de políticas públicas assumem, em geral, uma visão integrada do tema. Indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses contam, mesmo existindo diferenças na importância relativa de cada um desses fatores.

2.2.1. Principais autores e teorias.

Alguns autores podem ser apontados como os "pais" fundadores da área de políticas públicas. Quais sejam:

- Laswell (1936), na tentativa de conciliação entre o conhecimento científico-acadêmico e a produção empírica dos governos, desenvolve a ideia de análise de política pública (*policy analysis*);

- Simon (1957) defende a ideia de que o conhecimento racional minimiza os problemas de limitação dos *policymakers*.

- Lindblom (1959; 1979) critica as teorias anteriores pela ausência de outros elementos que não a racionalidade. Atribui, portanto, papel às eleições, às burocracias, aos partidos e aos grupos de interesse.

- David Easton (1965) introduz a ideia de políticas públicas como um sistema: produto de um processo político que transforma *inputs* em *outputs*. [18]

- Theodore J. Lowi (1972) responsável por uma reviravolta na relação causal das políticas públicas: a política pública faz a política (*policies determine politics*).

Independentemente das divergências existentes quanto às definições, as teorias são convergentes no que diz respeito à necessidade das políticas públicas serem analisadas. Dessa forma tipologias diferenciadas foram feitas e, é possível que a partir delas, chegue-se a uma definição do que se esteja dizendo ao discorrer sobre o tema. De forma resumida, os principais autores e suas tipologias são:

- Lowi (1964; 1972) apresenta uma tipologia baseada no critério de impacto esperado na sociedade. São quatro os tipos de políticas públicas possíveis: política regulatória, política distributiva, política redistributiva e política constitutiva.

- Wilson (1974; 1983), com uma tipologia muito próxima a de Lowi, difere deste ao basear a classificação da política pública na percepção ou interpretação dos próprios *policytakers*. Também são quatro os tipos possíveis: políticas clientelistas, política de grupo de interesses, políticas empreendedoras e políticas majoritárias.

- Gormley (1986) tem em mente a interseção entre o nível de saliência e o de complexidade das políticas. São elas: política da sala operatória, política de audiência, política da sala de reuniões e política de baixo escalão (*street level policy*). [19]

[18]SECCHI (2011) data de 1953 a teoria de David Easton; e SOUZA (2006) a coloca na mesma chave que a teoria de Lindblom.

- Gustafsson (1980) apresenta como critério de definição o conhecimento e a intenção do *policymaker*. Aqui as políticas públicas podem ser reais, simbólicas, pseudopolíticas ou políticas sem sentido.

- Bozeman e Pandey (2004), com uma distinção entre conteúdo técnico e conteúdo político, apresentam uma tipologia de políticas públicas que só podem ser de dois tipos: de conteúdo essencialmente político e de conteúdo técnico.

Até aqui, já é possível verificar o fato de que cada autor prioriza uma coisa ao se analisar políticas públicas. O elemento escolhido diz muito sobre o que se pretende com elas e com o resultado de sua análise. Reflete também a origem da política. No entanto, independentemente de tudo isso, todas elas passam por vários estágios e esquemas de visualização e interpretação que as organizam: os ciclos de políticas públicas (*policy cicle ou policy making process*). Composto por várias fases sequenciais e interdependentes que vão da identificação do problema à extinção da política (caso esta apresente o resultado esperado). De maneira mais clara, as etapas são: formação da agenda, identificação de alternativas, avaliação das opções, tomada de decisão, implementação, avaliação e (para alguns casos) extinção. Secchi (2011) faz questão de ressaltar que este caminho não é único e há inclusive quem sustente o "inverso": a partir da avaliação de uma política chegar-se-ia a uma agenda relacionada.

De acordo com Secchi (2011: 44) "um problema é a discrepância entre o status quo e uma situação ideal possível. Um problema público é a diferença entre o que é e aquilo que se gostaria que fosse a realidade pública". O problema pode estar presente há muito tempo e não receber a atenção devida, tanto dos governantes quanto da população, por estes já terem se habituado a ele; pode não ser oriundo simplesmente de uma piora de um setor, mas da melhora de outro; ou pode, simplesmente, ser ignorado na agenda política. Ele se sustenta em Sjoblom (1984) para afirmar que a identificação do problema público envolve a percepção do problema, a definição ou delimitação do mesmo e a avaliação de uma possibilidade de solução. Ainda na trilha de Secchi (2011: 45),

> se um problema é identificado por algum ator político, e esse ator tem interesse na sua resolução, este poderá então lutar para que tal problema entre

[19]Quanto maior o número de pessoas afetadas pela política mais saliente ela é; e quanto mais questões fatuais ela responda, sem que estas pudessem ser respondidas de maneira geral ou por leigos, mais complexa.

> na lista de prioridades de atuação. Essa lista de prioridades é conhecida como agenda.

Assim, pode-se afirmar que agenda é um conjunto de temas e questões considerados relevantes, tanto política como social e economicamente. A "definição de agenda" (*agenda setting*) traz implícitos os motivos que fazem com que alguns temas entrem na agenda enquanto outros sejam preteridos. Souza (2006), na tentativa de responder à pergunta de como os governantes definem suas agendas, aponta três possíveis respostas. A primeira diz respeito a quando se assume que se deve fazer alguma coisa sobre os problemas latentes; a segunda é relativa à consciência coletiva quanto à necessidade de se enfrentar um problema; e, por fim, uma resposta que, ao focalizar os participantes visíveis e invisíveis da agenda, afirma que os políticos, mídias e grupos de pressão – ou seja, os visíveis – definiriam as agendas, enquanto os acadêmicos e burocráticos – os invisíveis – apontariam as alternativas.

Cobb e Elder (1983) definem dois tipos de agenda: a política ou sistêmica e a formal ou institucional. O primeiro caso diz respeito às questões que a comunidade política considera relevante; o segundo, aos problemas que o poder público já colocou em pauta. Há ainda a agenda da mídia que não apenas elenca temas relevantes para a comunidade política como também prioriza problemas que receberão mais atenção. Desta maneira, exerce grande influência na opinião pública e consegue, muitas vezes, atropelar agendas de acordo com seus próprios interesses. Também por essa razão é que, às vezes, a mídia é compreendida como um 4º poder. Por fim, há que se destacar que em abordagens multicêntricas de políticas públicas é possível a existência de múltiplas agendas dos *policymakers*.

> A limitação de recursos humanos, financeiros, materiais, a falta de tempo, a falta de vontade política ou a falta de pressão popular podem fazer com que alguns problemas não permaneçam por muito tempo, ou nem consigam entrar nas agendas (SUBIRATS, 1989, *Apud* SECCHI, 2011).

Muitas teorias foram desenvolvidas, visando uma melhor compreensão a respeito do que faz com que uma problemática entre na agenda pública. [20] Entre elas, a desenvolvida por Cobb e Elder, já mencionados anteriormente. Para estes, as três condições que fazem um problema entrar na agenda pública são: a atenção que o

[20]Cobb e Elder (1983); Peters e Hogwood (1985); Subirats (1989); Baumgartner e Jones (1993).

problema recebe dos diferentes atores, que devem ser diversificados; as ações que são reivindicadas como necessárias, que devem ser realizáveis – "resolutividade" –; e o problema que deve dizer respeito a responsabilidades públicas – nas palavras dos autores, esta condição diz respeito à "competência". Surel (2008: 52) afirma que

> a emergência ou registro na agenda constitui, com efeito, uma etapa na qual os atores conscientes dispõem de definições contrastantes do problema a ser tratado e, portanto, formulam soluções e opções que são incompatíveis. ("*la emergencia o inscripción em la agenda constituye, em efecto, una etapa em la que los actores concernidos disponem de definiciones contrastadas del problema por tratar y, por lo tanto, formulan soluciones y opciones que son incompatibles*").

A ideia aqui não é fazer um inventário dessas teorias, mas sim, destacar alguns pontos que podem ser úteis mais à frente. Nessa direção, Baumgartner e Jones (1993) podem contribuir com sua "teoria do equilíbrio" (*punctuated equilibium*). De acordo com esta teoria, a agenda revezaria períodos de estabilidade e tensão, que refletiriam pressões políticas pela manutenção do status quo e períodos de ruptura, respectivamente. No primeiro caso, tais pressões e as restrições institucionais coibiriam mudanças na agenda; enquanto no segundo é uma mudança da compreensão da essência do problema, o surgimento de novos apelos emotivos em torno de alguma problemática ou ainda, a atuação de "empreendedores de políticas públicas capazes de inserir ou inflar certos problemas na agenda" (CAPELLA, 2007, *Apud* SECCHI, 2011). "Fundamental nesse modelo é a construção de uma imagem sobre determinada decisão ou política pública (*policy image*), e a mídia teria papel preponderante nessa construção" (SOUZA, 2006: 6).

O próximo passo do ciclo político é a identificação de alternativas para que seja possível avaliar as opções de resolução do problema e formular caminhos tangíveis. Para isso é importante ter em mente quais os objetivos que se busca atingir. É aqui que métodos, programas e estratégias são elaborados e projeções, predições e conjecturas são feitas. Frey (2000: 227-228) aponta a dificuldade de consenso nesta etapa e é bem pessimista quanto ao seu desfecho. Afirma que

> normalmente precedem ao ato de decisão propriamente dito processos de conflito e de acordo envolvendo pelo menos os atores mais influentes na política e na administração. Em geral, a instância responsável decide sobre um 'programa de compromisso' negociado já antecipadamente entre os atores políticos mais relevantes. Decisões 'verdadeiras', isto é, escolhas entre várias alternativas de ação, são raras exceções nesta fase do ciclo político.

Trevisan e Bellen (2008: 543) apresentam uma concepção sequencial de formulação, que é mais pragmática e foge ao pessimismo de Frey. "O desenho de um programa público pode ser sintetizado em uma sequência de definições correspondentes a graus sucessivos de agregação de objetivos". Para Oliveira, (2006) é a dissociação entre este período de elaboração e o momento de implementação que faz com que a política pública, muitas vezes, não seja bem sucedida. Mas antes de tal etapa, ainda será necessário escolher entre as possibilidades que se tem em mãos.

Esse momento do *policy cicle* é o de tomada de decisão: momento em que os interesses já estão expostos, a intenção de resolvê-los já está clara e é necessário que se escolha entre as opções existentes para o enfrentamento do problema público explicitado. Nessa etapa, também é possível, para efeito de análise, a divisão em três caminhos ou dinâmicas: a) autores que, influenciados por modelos de racionalidade, defendem que os problemas buscam soluções – é um modelo de tomada de decisão ad hoc – e pode ser subdividido em racionalidade absoluta e racionalidade limitada; b) autores que defendem a necessidade de comparações sucessivas limitadas; e c) os autores que invertem a relação do primeiro caminho. Nesse caso, são as soluções que buscam os problemas. O primeiro modelo parte do pressuposto de que, uma vez que as decisões fossem tomadas de acordo com o padrão ideal – os caminhos do ciclo político – os resultados sairiam como programado. No entanto, parecem ignorar que o *policy making process* é um tipo ideal. Em contraposição, o segundo, parte de métodos mais corriqueiros. Seu principal idealizador é Charles E. Lindblom (1979) que desenvolveu um modelo denominado incrementalismo. Por fim, o terceiro caminho, no qual se encontram Cohen, March e Olsen (1972) com o modelo "*garbage can*" e Jonh Kingdon (1984), e o modelo dos fluxos múltiplos.

Os dois principais nomes da vertente racionalista são Jan Tinbergen e Herbert Simon, um matemático e um economista, respectivamente. O primeiro é defensor da racionalidade absoluta que levaria ao *the one best way*; o segundo reconhece as limitações dos atores e defende que as escolhas desses são satisfatórias, não ótimas. Secchi (2011) aponta essa corrente como um modelo didático e frustrante ao mesmo tempo, pois mesmo sendo tomadas todas as precauções para obedecer à lógica do processo, frequentemente, as políticas públicas não se concretizam como idealizadas. Para piorar, isso ocorre pelos motivos mais diversos, não sendo possível prevê-los.

O modelo incremental apresenta como principais características:

- A constante definição, revisão e redefinição dos problemas e soluções durante o processo de tomada de decisão;

- As decisões tomadas no passado influenciam as novas políticas públicas e restringem a livre tomada de decisão por parte do *policymaker* devido aos limites impostos por instituições formais e informais.

- "As decisões são consideradas dependentes dos interesses dos atores envolvidos no processo de elaboração da política pública e, por isso, muitas vezes a solução escolhida não é a melhor opção, mas sim aquela que foi politicamente lapidada em um processo de construção de consensos e de ajuste de interesses".

Caiden e Wildavsky (1980) e Wildavsky (1992), cuja visão política também é incremental, argumentam, baseados em pesquisas empíricas, que as políticas públicas não partem do zero e sim, "de decisões marginais e incrementais que desconsideram mudanças políticas ou mudanças substantivas nos programas públicos. Assim, as decisões do governo seriam apenas incrementais e pouco substantivas". Nesse modelo o elemento políticosobrepõe-se ao elemento técnico (SOUZA, 2006: 4).

A terceira dinâmica pode ser exemplificada com Cohen, March e Olsen (1972) e seu modelo "*garbage can*". Para estes, devido a um grande número de problemas e a um reduzido grupo de soluções, as decisões funcionariam como mero acaso, dependendo das opções que o *policymaker* tem no momento. Os problemas e soluções seriam testados e descartados, como em uma "lata de lixo", sendo possível que em outro momento, sejam resgatados por outros participantes. "A compreensão do problema é limitada, e as organizações operam em um sistema de tentativa e erro" (SOUZA, 2006: 4). Observa-se, desse modo, a tese de que primeiro os *policymakers* criam as soluções para depois encaixa-las em futuros problemas em que sejam aplicáveis.

A ideia da necessidade de junção entre problema, solução e condições políticas favoráveis, que John Kingdon (1984) descreve em seu modelo de fluxos múltiplos, seria uma aplicação do modelo de Cohen, March e Olsen. O modelo de fluxos múltiplos realiza, no entanto, uma interpretação e adaptação do *garbage can*. Kingdon acrescenta a ideia de fluxo de problemas, fluxo de soluções, fluxo da política (*politics*) e janela de oportunidades (*policy window*). Um problema aparece para a opinião pública que passa

a demandar soluções; os diversos atores envolvidos (empreendedores de políticas públicas) buscam maneiras de verem suas respostas sendo efetivadas; no entanto, isso varia de acordo com acontecimentos alheios a sua vontade. Quando o problema ganha a atenção do público, o empreendedor consegue elaborar uma solução e o clima político é favorável, tem-se uma janela de oportunidade que possibilita uma política pública bem sucedida. Assim, ela é a confluência dos três fluxos, é rara e permanece aberta por pouco tempo.

A fase de implementação é um momento crucial na vida das políticas públicas, pois é nela que todas as etapas anteriores são convertidas em ações. É aqui que o Estado entra em ação (como configura Jobert y Muller) e executa as políticas. Oliveira (2006) considera quatro visões típicas de planejamento e implementação de políticas públicas. A primeira delas é bem próxima do racionalismo ilimitado, e a implementação funcionaria de forma análoga a um plano que é colocado em prática: se o desenho da política for bom, seus resultados necessariamente, também serão. A segunda, também diferencia entre bons e maus planos, no entanto, já reconhece que falhas na implementação – e, em decorrência, nos resultados esperados – podem se dar pela ação dos técnicos responsáveis (incompetência, preguiça ou até mesmo falta de vontade). A terceira versão, que Oliveira considera inclusive um pouco mais moderna, adiciona a ideia de gestão à implementação. A ideia é garantir que o plano seja implementado como foi confeccionado, portanto, são inseridos mecanismos de fiscalização, tais como auditorias e reuniões técnicas de acompanhamento. A última diz respeito a uma visão "politicamente correta" na qual a ênfase encontra-se na participação da sociedade civil. Neste caso, é necessária a participação da população-beneficiários da política para ajudar a monitorar o projeto, denunciar e participar das assembleias ou conselhos populares.

> Na realidade, o estudo de implementação requer um entendimento de sua complexidade e de sua interação com o processo de planejamento. O resultado de um processo de planejamento, incluindo sua implementação, tem que ser visto como uma série de eventos aparentemente simples, mas que dependem de uma cadeia complexa de interações recíprocas para que obtenham o resultado esperado, e muitas vezes esta cadeia não pode ser prevista ou controlada (OLIVEIRA, 2006: 3).

Foram os esforços teóricos de Pressman e Wildavsky (1973) que inauguraram a literatura a respeito da importância de se estudar a implementação das políticas

públicas. Eles foram os primeiros a buscar respostas para as *implementation gaps*. Como também não existe consenso em torno da definição de implementação, estes autores, em síntese, defendem que há mais do que problemas técnicos e administrativos na implementação de uma política: há uma grande teia de elementos políticos que podem inutilizar os melhores planejamentos.

A partir do livro de Pressman e Wildavsky houve, cada vez mais, trabalhos sobre o assunto, os quais podem ser divididos em três gerações: a primeira, que destacava a falta de debate sobre o tema e buscava a criação de uma agenda para sua compreensão; outra, que tentava construir teorias, usando um grande número de casos empíricos, com o intuito de determinar quais eram as variáveis relevantes e as relações de causalidade. Esta geração não consegue criar seu modelo, mas leva para a terceira que combina trabalhos teóricos e empíricos na busca de variáveis-chaves para se explicar o sucesso ou fracasso das políticas públicas.

Estudando-se a implementação, é possível que se identifique os obstáculos e facilitadores mais frequentes; as escolhas equivocadas das fases anteriores à implementação e os erros, relacionados a outras políticas, que foram cometidos no passado. Não se pode perder de vista a diversidade de pessoas, organizações, recursos financeiros, materiais e políticos, interesses e comportamentos envolvidos em tal processo.

Secchi (2013: 57-58) afirma que a fase da implementação

> é aquela em que a administração pública reveste-se de sua função precípua: executar políticas públicas. Para tanto, o *policymaker* necessita de instrumentos de políticas públicas, ou seja, meios disponíveis para transformar as intenções em ações políticas.

Alguns destes instrumentos são: regulamentação; desregulamentação e legalização; aplicação da lei (*enforcement*); impostos e taxas; subsídio e incentivo fiscal; prestação direta de serviço público; terceirização de serviço público; prestação pública de serviço de mercado; prestação privada de serviço de mercado; informação ao público; campanhas/mobilização; seguros governamentais; transferência de renda; discriminação seletiva positiva; prêmios e concursos; certificados e selos. Ainda existem os instrumentos mistos e gradações diversificadas da coerção e apelo ao senso moral, sem contar a otimização ocorrida pelo acréscimo da variante tecnológica.

Destaca-se também que a engenhosidade do *policymaker* é fundamental para o desenvolvimento de novos instrumentos, bem como para discernir qual deles é mais adequado às necessidades de um determinado público.

Dois modelos de implementação são descritos por Sabatier (1986): o modelo *top-down* e o modelo *bottow-up*. No primeiro caso, a decisão é tomada de cima para baixo e há uma clara separação entre o momento da formulação e a implementação de uma dada política. Tomar decisões caberia aos *policymakers*, enquanto efetivá-las, aos técnicos. Os políticos, uma vez tendo apontado qual medida a ser aplicada, "lavariam as mãos", cabendo aos administradores e aos técnicos toda a culpa por qualquer problema. A má implementação seria a responsável pelas falhas, o que deixa claro que a culpa, então, é do agente. Processo esse que ficou conhecido como *blame shiffing* (ou deslocamento de culpa). Em contrapartida, o modelo *bottow-up* caracteriza-se por uma tomada de decisão mais democrática, na qual os burocratas e as redes de atores têm mais liberdade de auto-organização e de influência no processo de implementação de uma dada política. Além disso, há discricionariedade por parte daquelas que a efetivam no cotidiano. Nesse modelo, uma vez implementada, a política não é estática, podendo ser modificada à medida que questões, não identificáveis a priori, forem surgindo.

Percebe-se, assim, que ambas as visões são praticamente antagônicas. Enquanto os primeiros são descrentes na possibilidade de ajuda vinda "de baixo para cima", defendendo que esses não teriam informação suficiente para opinar, os segundos atribuem aos *street-level-bureaucrats* grande importância, pois, por estarem mais próximos às ações resultantes das políticas, poderiam influenciar de forma mais clara a formulação das políticas públicas. Oliveira (2006) afirma, entretanto, ter havido, por fim, um consenso quanto à importância dos dois fluxos (*top down* e *bottow-up*) no entendimento da implementação e avaliação das políticas públicas.

Como pode ser percebido até aqui, existem muitas divergências quando o assunto é política pública. No entanto, em uma coisa a literatura converge: a necessidade da avaliação dessas políticas, mesmo apresentando variações quanto à sua definição, quanto ao seu tipo e ao seu destino. Sem contar a existência de ressalvas, como o fato de que alguns governantes podem entendê-la como um "problema", caso o resultado não tenha surtido o efeito esperado ou ainda, porque represente um universo de muitas promessas e poucas concretizações.

Outros obstáculos, também diagnosticados, são a existência de crenças e interesses conflitantes na organização que gerencia o programa; a ocorrência de conflitos de interesses entre as distintas unidades do programa; mudanças no pessoal encarregado, quando, por exemplo, os novatos têm prioridades diferentes daquelas vigentes na época do início da avaliação; eventual inflexibilidade das regras e dos padrões operacionais da organização encarregada, que pode impedir a adoção das recomendações feitas por ocasião da avaliação; e mudanças nas condições externas, tais como: cortes orçamentários e alterações no ambiente político, que podem tornar impossível para a organização, responder à necessidade de mudança revelada pelos avaliadores. Faria, na trilha de Carol Weiss (1998), ainda argumenta que, uma vez superadas as forças contrárias ao processo avaliativo, é possível atribuir quatro tipos de uso à avaliação: instrumental; conceitual; como instrumento de persuasão; e para o "esclarecimento". No primeiro caso, as divulgações adequadas dos resultados, bem como o fato das recomendações serem inteligíveis e aplicáveis, contribuem junto com a qualidade da avaliação. O tipo conceitual parte das descobertas da avaliação para mudar o entendimento dos técnicos quanto à natureza e ao impacto do programa por eles implementado. Quando os *policymakers* já têm uma posição sobre as mudanças a serem efetuadas, utilizam-na como instrumento de persuasão para mobilizar o apoio no sentido que desejam (FARIA 2005: 102).

> Por fim, há o uso para o 'esclarecimento', que nem sempre é propositado, mas que acarreta, pela via do acúmulo de conhecimento oriundo de diversas avaliações, impacto sobre as redes de profissionais, sobre os formadores de opinião e sobre as *advocacy coalitions*, bem como alterações nas crenças e na forma de ação das instituições, pautando, assim, a agenda governamental (FARIA, 2005: 103).

Cotta (2001: 91-94) classifica a avaliação de acordo com o momento da implementação de uma política pública - podendo, assim, serem divididas em avaliação *ex ante*, *in itinere* ou *ex post*, sendo realizadas antes, durante ou posteriormente à implementação, respectivamente –; de acordo com a posição de quem avalia – interna, externa ou semi-independente –; e de acordo com o tipo de objeto avaliado – contexto, processos, resultados. A autora acrescenta ainda que as condições para o aproveitamento dos resultados de uma avaliação devem ser "intencional e meticulosamente criadas, sob pena de comprometer todo o esforço despendido". Arretche (1998) e Secchi (2013) argumentam que para se avaliar políticas públicas são

necessárias definições de critérios, indicadores e padrões: *performance standards*. A autora foca-se na efetividade, eficácia e eficiência como recursos analíticos, enquanto Secchi aponta como principais critérios os níveis de *inputs* (economicidade) e *outputs* (produtividade), a relação entre eles (eficiência econômica), a eficiência administrativa, a eficácia e a equidade. Reis (1976: 51) afirma que "os *outputs* são mais suscetíveis de avaliação racional do que as lutas e fortes interações das 'demandas' e 'apoios' que compõem os inputs do sistema político".

O que é, então, uma avaliação de política pública? Ela apresenta definições que vão do "simples" de Ala-Harja e Helgason (2000), que a definem como a compreensão dos resultados de um programa, se comparado com os objetivos propostos; até a percepção de Subirats (1989), que percebia na avaliação, aspectos que transcendiam os limites técnico-administrativos, apresentando também sustentáculos jurídicos ou legais. Já Garcia (2001) vê a avaliação como um julgamento de valor de uma iniciativa governamental, mas que também deve passar por um referencial ou padrão comparativo definido antecipadamente. Para este, a avaliação ainda pode ser utilizada de maneira a se mensurar quantidade de valor. [21]

Apresentada como a última fase do *policy cicle*, a avaliação é o momento de se examinar o formato da política e visar melhor entendimento do problema que a originou, bem como perceber possíveis reduções do mesmo. Dernier (2001) distingue a avaliação em informação, realocação e legitimação, suas funções básicas, para traçar um panorama histórico-temporal iniciado nos anos 1960, modificado no decênio de 1990 e ressignificado após esta década. Faria (2005), ao analisar a institucionalização da atividade avaliativa na América Latina, aponta entre outros fatores, a necessidade de se fornecer elementos para novas políticas e o aprimoramento das existentes; e o crescente uso de *accountability* como elemento central na relação com os agentes estatais.

No Brasil, a década de 1980 vivenciou um boom nas análises de políticas públicas (MELO, 1999; FARIA, 2005) e três motivos podem ser apontados para justificar tal amplificação (MELO, 1999): a) um deslocamento na agenda pública brasileira; b) a dificuldade de efetivação de políticas sociais mesmo com a mudança do cenário político, o que causa frustração com o Estado e maior interesse quanto às

[21]"Pode ser considerada, também, como a operação de constatar a presença ou a quantidade de um valor desejado nos resultados de uma ação empreendida para obtê-lo, tendo como base um quadro referencial ou critérios de aceitabilidade pretendidos" GARCIA (2001:31).

possibilidades de se efetivar uma ação pública; e c) o fato de que a difusão internacional da ideia de reforma do Estado e do aparelho do Estado passa a nortear a agenda pública nos anos 1980/1990, ocasionando inúmeros estudos sobre políticas públicas. No contexto brasileiro, comumente tem-se estruturado os compromissos de um programa público de forma sequencial hierarquizada: propósito > objetivo > meta > atividade. E a avaliação também segue tal escala de importância (COSTA e CASTANHAR, 2003). No entanto, nos últimos anos, tem ocorrido mais acuro no tratamento dado à metodologia de estruturação de políticas públicas. A metodologia da matriz lógica (COSTA e CASTANHAR, 2003)/marco conceitual (MOKATE, 2002)

> parte da concepção de políticas públicas como processos articulados e estabelece os recursos que configuram a política pública, seus programas e projetos, e encadeiam as etapas de um mesmo programa, desde o diagnóstico da população-alvo até a definição de critérios para intervenção (CARVALHO, 2003, *Apud* TREVISAN e BELLEN, 2008: 544).

Logrou-se esboçar até aqui as principais tipologias e métodos utilizados no estudo de políticas públicas. A escolha por uma ou outra metodologia e a forma de divulgação dos resultados diz muito sobre o que se pretende com as policies. Em função disso, a avaliação também pode ser caracterizada segundo os objetivos das políticas. A avaliação de Metas – *ex post facto* – diz respeito aos resultados mais imediatos que elas alcançam; a Avaliação de Processos – *in itinere* – acompanha todo o percurso da política: do diagnóstico à efetivação; e a Avaliação de Impactos – também *ex post facto* – define os efeitos sobre a sociedade como um todo e não apenas os efeitos sobre o público alvo. Para Carvalho (2003), esse tipo de avaliação mede a efetividade social de uma dada política, detectando se as mudanças ocorreram na direção programada. No entanto, mesmo tomando todas as medidas cabíveis, não é possível evitar que erros sejam cometidos, o que faz com que Henry (2002) aponte a necessidade de transparência ideológica e dos resultados obtidos. Ele defende que essa se faz necessária como troca de experiência, possibilitando o aprendizado, substantiva e metodologicamente e como possibilidade de se demonstrar, de forma mais sistemática, os resultados de cada processo específico. No entanto, em direção contrária a Henry, Arretche (1998:1) assevera não existir neutralidade nas avaliações.

> É certo que qualquer forma de avaliação envolve um julgamento, vale dizer, trata-se precipuamente de atribuir um valor, uma medida de aprovação ou desaprovação a uma política ou programa público particular, de analisá-la a partir de certa concepção de justiça (explícita ou implícita).

Elas correspondem, assim, a opções valorativas, por isso, a escolha adequada do instrumento de análise é tão importante – ela dificulta a confusão entre as opções pessoais e os resultados de pesquisa.

De forma resumida, amparando-se em Souza (2006: 3), pode-se dizer que o

> campo de conhecimento da política pública busca, ao mesmo tempo, "colocar o governo em ação" e/ou analisá-la (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados no mundo real.

Volta-se, portanto, à afirmação feita acima de que o governo é o lócus das políticas públicas; o que faz com que seja necessário, no intuito de uma melhor compreensão acerca da dinâmica política, dos comportamentos dos atores e dos efeitos acarretados por tais políticas, que se reflita sobre suas instituições.

De acordo com a escola institucionalista tradicional, instituições são regras formais que, de alguma forma, condicionam o comportamento dos indivíduos. Aplicando esse conceito à área de políticas públicas, as instituições são as regras constitucionais, os estatutos e códigos legais, as políticas públicas passadas e os regimentos internos das arenas onde as políticas públicas são construídas. Instituições nessa acepção são: jurisdições (leis), competências (funções) e as delimitações territoriais (SECCHI, 2013: 82). Porém, na década de 1980, uma nova abordagem se destaca: partindo da defesa de que o comportamento dos atores não era apenas o molde das instituições, mas também o grau de consolidação do aparato institucional e das regras informais. Esta visão, que ficou conhecida como neoinstitucionalista, credita variáveis culturais no desenvolvimento das relações pessoais, influenciando, por conseguinte, as dinâmicas políticas. Para os neoinstitucionalistas, as instituições são um

> conjunto de práticas sociais que, com alguma persistência, moldam e constroem as interações entre indivíduos e coletividade. Essas práticas sociais são tipicamente disciplinadas por organizações e regras formais (constituições, leis e regulamentos), mas sempre se apoiam sobre específicos pressupostos cognitivos e normativos (FERRERA, 1998, *Apud* SECCHI, 2013).

Percebe-se, desse modo, que as instituições influenciam o processo político, alteram a percepção dos agentes no enfrentamento e disputa de interesses; condicionam pressões e coalizões e, consequentemente, moldam os atores e *issues* que terão acesso à agenda pública. Novamente, recorrendo-se a Souza (2006:7), há que se ressaltar:

> a contribuição do neoinstitucionalismo porque a luta pelo poder e por recursos entre grupos sociais é o cerne da formulação de políticas públicas. Essa luta é mediada por instituições políticas e econômicas que levam as políticas públicas para certa direção e privilegiam alguns grupos em detrimento de outros, embora as instituições sozinhas não façam todos os papéis – há também interesses, como nos diz a teoria da escolha racional, ideias, como enfatizam o institucionalismo histórico e o estrutural, e a história, como afirma o institucionalismo histórico. (BEYME, 1985, Apud FREY, 2000).
>
> A análise de políticas públicas não dispõe de uma teoria uniforme. No entanto, com a combinação moderna de métodos e um foco novo e peculiar, ela está contribuindo permanentemente para a formação teórica, que também modifica nosso conhecimento sobre a política processual tradicional (BEYME, 1985, *Apud* FREY, 2000).

Constantemente novas forças e atores emergem no cenário político, enquanto outros perdem força ou até mesmo, são definitivamente excluídos do campo de ação. Alternância que pode ser vista como fator positivo, muitas vezes, acaba implicando descontinuidade de políticas e/ou rupturas repentinas. Afirmação esta que reverbera o contexto brasileiro,

> não apenas a definição de prioridades técnicas e materiais, mas frequentemente também as formas de cooperação e de participação como também à maneira de colaboração e de regulação de conflitos entre executivo, legislativos e sociedade civil (FREY, 2000: 246).

O reflexo desta configuração na implementação das políticas deve ser medido também pelo grau de consolidação democrática e do tipo de cultura política específica do país, mas ambos serão aqui apenas mencionados em função dos propósitos deste trabalho. Analisar as políticas públicas a partir da realidade brasileira condiz com os pressupostos do novo institucionalismo ao olhar, não apenas para as instituições em si, mas também para os atores políticos.

> O neoinstitucionalismo busca contribuir para o aumento da capacidade dos atores políticos de compreender o funcionamento das instituições políticas e, desta maneira, saber conduzi-las de forma mais eficiente. A criação e suporte de uma cultura de direito, de identidades, preferências e recursos, assim como de um sistema de significados e de compreensão da história ganham destaque, justamente por serem considerados fundamentais para o bom

> funcionamento das instituições formais (MARCH/SIMON, 1995, *Apud* FREY, 2000: 251).

O principal foco analítico da política pública está na identificação do tipo de problema que a política visa corrigir, na chegada desse problema ao sistema político (*politics*) e à sociedade política (*polity*), e nas instituições/regras que irão modelar a decisão e a implementação da política pública (SOUZA, 2006: 8). Ou ainda, como definido por Carvalho (2003: 186), a abordagem que melhor expressa o quadro real das políticas públicas é a que a considera um processo contínuo de decisões que, se de um lado pode contribuir para ajustar e melhor adequar as ações ao seu objeto, de outro, pode alterar substancialmente uma política pública.

2.3. **Qual o papel dos Intelectuais quando se discute ação coletiva, movimentos sociais e políticas públicas?**

Gramsci pode ser uma boa ponte para se começar tal discussão, por meio da maneira como define os intelectuais. Para ele, estes não seriam predestinados, mas sim, certo tipo de agente capaz de fazer a ligação entre a superestrutura e a infraestrutura. Sua ação social é independente de escolaridades específicas, mas diretamente relacionada com o lugar que ocupa nas relações materiais/sociais de uma dada produção social. Desenvolve, assim, um alargamento do conceito de intelectual, atribuindo ao seu posicionamento político um elemento decisivo na construção da hegemonia dos grupos em disputa no interior das relações sociais de força.

> Todo grupo social, nascendo sobre o terreno originário de uma função essencial no mundo da produção econômica, cria para si, ao mesmo tempo, organicamente, uma ou mais camadas de intelectuais que lhe dão homogeneidade e consciência da própria função, no campo econômico (GRAMSCI, 2004: 15-16).

Sendo a principal diferença entre o tipo tradicional e o orgânico, o compromisso de classe e, em decorrência, a posição assumida em relação à nova formação social por parte dos intelectuais orgânicos. A construção do sujeito social, que se relaciona com os outros por meio de elementos que busquem questionar a realidade no sentido de

construção de uma visão crítica do mundo, pressupõe pensar a formação dos profissionais além da habilitação técnica. Faz-se necessário introduzir elementos filosóficos, ideológicos, políticos e de vida (OLIVEIRA & NASCIMENTO, 2008). Percebe-se que esta definição não pode ser encontrada nas qualidades intrínsecas às atividades intelectuais, mas no conjunto do sistema das relações no qual estas atividades, e seus respectivos grupos, se encontram, ou seja, no conjunto geral das relações sociais.

Outra característica daí decorrente é o fato de que todos os homens são intelectuais. Gramsci procura destruir o preconceito do senso comum no qual existiria uma separação de natureza entre os intelectuais e os comuns (ou simples). O que separa um grupo do outro, não é a forma de conhecimento em si mesmo, mas um tipo de logicidade do pensamento, a coerência sistemática, a possibilidade de usar a própria história do pensamento, o seu sentido e também o seu desenvolvimento nas ações e tentativas de explicações do mundo. Ele apresenta o homem simples da massa como um indivíduo racional, intelectualmente apto à filosofia crítica, mas que ainda se encontra imerso em concepções acríticas herdadas do passado, sobretudo da religião e do senso comum. Por isso, a elite de intelectuais não deixa de ser necessária, pelo contrário, apresenta-se como fundamental para a superação da passividade das massas. Serão precisamente os intelectuais, como organizadores e dirigentes políticos de classe, o elemento teórico que, ao se unirem organicamente, ao elemento prático das massas, tornarão possível a formação do bloco histórico capaz de alterar as relações sociais e originar novas possibilidades teóricas e práticas. Assim, tal elite se define pela relação orgânica que assume com as massas. Por isso sua função hegemônica é crucial na luta pela elaboração de uma nova cultura.

> É preciso destruir o julgamento de que a filosofia é algo sumamente difícil por ser a atividade intelectual própria de uma determinada categoria de cientistas especializados ou de filósofos profissionais e sistemáticos. É preciso, portanto, demonstrar que todos os homens são ‘filósofos’, e definir os limites e as características desta ‘filosofia espontânea’ própria de todos, isto é, a filosofia que nela está contida (GRAMSCI, 1981: 15).

A definição de sociologia pública orgânica de Burawoy (2006: 15) se aproxima bastante dos intelectuais gramscianos. Ela estaria bem próxima ao público que é visível, numeroso, ativo e local, sendo muitas vezes também, nas palavras do próprio autor, um “contra público”. Ou seja, um projeto que transforme em visível o invisível. "Entre o

sociólogo público orgânico e um público está um diálogo, um processo de mútua educação". Estes públicos são cambiantes e o líder, seja ele uma pessoa ou um grupo, está lidando com fluxos e pode interferir, tanto no momento de formação como no de transformação dos mesmos.

Segundo Tapia (2003), por meio da ideia de igualdade e de direitos – *gran abstracción* – a história conferiria um valor político a cada indivíduo. Mas também é dele a afirmação de que todo valor e todo poder são relacionais, podendo resultar em moedas políticas. Fato este, responsável pelas grandes abstrações dos ideais e por relacionar condições de cidadania e direitos sociais a negociações políticas.

Talvez, em função disso, a enorme importância que tal autor atribui aos momentos constitutivos, pois estes seriam grandes momentos de "edificação social". Momento também em que as grandes divisões são formadas e, em decorrência, seus espaços de cooperação e mobilização. Por ser o momento da configuração da experiência social, está completamente relacionado aos contextos nacionais.

> Às vezes a política consegue articular o conjunto de um horizonte cultural, ligando de forma complementar e correspondente crenças, instituições sociais e políticas. O que Gramsci chamou de hegemonia seria um caso deste tipo de sociedade dividida em classes sociais. [22]

Assim, retomando Burawoy e a sociologia, tem-se a afirmação de uma mudança no foco da sociologia política, do trabalho e do desenvolvimento. Nos três casos, na busca de maior compreensão dos movimentos e das desigualdades sociais - mesmo existindo contra movimentos que vão em direção de reiterar a ordem de dominação já prevalecente no sistema.

> Dessa forma, a sociologia política deixou de focar as virtudes da democracia eleitoral americana e passou a estudar o Estado e sua relação com as classes, os movimentos sociais como processos político e o aprofundamento da participação democrática. A sociologia do trabalho transladou dos processos de adaptação para estudar a dominação e os movimentos trabalhistas. A estratificação mudou o foco de estudo da mobilidade social dentro de uma hierarquia de prestígio ocupacional para examinar as mudanças de estruturas das desigualdades econômica e social - classe, raça e gênero. A sociologia do desenvolvimento abandonou a teoria da modernização pela do subdesenvolvimento, análise dos sistemas mundiais, e o crescimento

[22]"*A veces la política logra articular el conjunto de un horizonte cultural, vinculado de manera complementaria y correspondiente creeencias, instituciones sociales y políticas. Lo que Gramsci llamaba hegemonia sería un caso de este tipo en sociedades divididas em clases sociales*".TAPIA, Luis. Politica Salvage. Clacso/Muela del Diablo, 2003. P. 113.

> orquestrado do estado. A teoria das raças passou das teorias de assimilação da economia política para o estudo das formações raciais. [...] Ainda que a retórica da liberdade e da igualdade se intensifique, os sociólogos têm documentado um aprofundamento contínuo da desigualdade e dominação (BURAWOY, 2006: 13).

O que se pretende com esta longa citação é demonstrar que a mudança nos focos de estudo de determinados grupos intelectuais também reflete (podendo ainda ser refletidas por) mudanças infraestruturais e podem influenciar em direção a mudanças superestruturais. Quando determinados autores referem-se à necessidade de que não se ignore o contexto sócio-político de uma dada sociedade, também é possível pensar esse processo como resultado de uma cultura política na qual o indivíduo encontra-se inserido – afinal, ao estar inserido em um país, inevitavelmente, participa do contexto cultural do mesmo.

Assim, a partir do momento em que os teóricos perceberam que o capitalismo não era necessariamente associado à democracia, e que os processos de industrialização não eram suficientes para explicar a variação dos resultados políticos, passaram a examinar outras variáveis para explicar a existência de regimes democráticos. Parsons foi quem sugeriu uma perspectiva mais normativa, na qual enfatizar-se-ia a intervenção de orientações culturais no processo de democratização. Pois, para ele, processos políticos, como o movimento de democratização, envolveriam, de maneira inevitável, os sistemas sociais e culturais: envolveriam tanto a macro política com seus fenômenos sistêmicos, como as ações sociais a que os indivíduos atribuem significados (SOMMERS, 1995). Cultura política era então compreendida como sentimentos subjetivos, atitudes e comportamentos consequentes para caracterizar orientações políticas individuais e coletivas. Valores esses, mobilizados através do sistema político, para explicar o "sucesso", ou não, da ordem política como um todo.

O uso de tal categoria aqui se encaixa porque, o que se percebe na discussão sobre cultura política, é que falar nesse conceito é falar em orientações de valores e atitudes e falar na relação que essas orientações podem ter com a economia e a política de um dado país. É trabalhar com uma ideia específica de cultura, e buscar a relação que esta tem, ou pode ter, com as instituições nacionais. E, principalmente, é buscar quantificar o quanto esta cultura política pode afetar a ordem democrática de um país e influenciar a mudança política. Por conseguinte, ao se falar em cultura política, bem

como em movimentos sociais, é necessário levar em consideração o elemento motivador que transforma ações individuais em coletivas – ou ainda, o que motiva os cidadãos a agirem coletivamente. Neste cenário, Tarrow apresenta termos utilizados por teóricos dos movimentos sociais, mas que também são utilizados por estudiosos da cultura política – como quadros interpretativos, pacotes ideológicos e discursos culturais – frisando o "trabalho do enquadramento interpretativo", que definiria o "nós" e o "eles" no que tange ao confronto no movimento.

Pateman (1971), por meio da relação cultura e estrutura política, trabalha participação e apatia, buscando o senso de eficácia política ou competência. Considera que os estudos existentes sobre participação e apatia política implicam em uma visão unilateral da relação cultura/estrutura política. Unilateral porque ao aceitar que o cidadão comum não pode tornar-se mais atuante em assuntos políticos do que já é, tomam-se os atuais padrões sociais como imutáveis. [23]

> Um aspecto que deve ser considerado é a influência do impacto sobre o indivíduo da própria estrutura política, uma estrutura política vista em termos de estrutura de poder e autoridade que é, ao menos algumas vezes, exercida não consensualmente e que coloca uma restrição externa sobre o indivíduo e influencia o seu comportamento e atitudes, o que ajuda a 'formar' a cultura política. [24]

Assim, tal impacto não pode ser negligenciado na busca por compreensão a respeito do que desperta o interesse do homem comum para a política e, de como esse homem lida com as formas de restrições e autoridade. É nesse ponto que as lideranças podem ser determinantes, pois podem agir de maneira a estimular que uma dada insatisfação seja convertida em uma demanda direcionada. Na perspectiva gramsciana, essa operação funcionaria com o surgimento das elites intelectuais como líderes, para jogar luz ao senso comum na tentativa de possibilitar o rompimento da passividade e estimular a associação coletiva direcionada a objetivos comuns.

---

[23] Embora a autora esteja trabalhando a relação entre cultura política e democracia e, este não seja o tema aqui em questão, acredita-se que as conclusões a que chega, no que tange às motivações que levam ou não um indivíduo a agir como o cidadão racional interessado, que as teorias democráticas tanto defendem, também podem ser aplicadas às motivações para a ação coletiva.

[24] *"One aspect which must be considered is the influence of the impact upon the individual of the political structure itself, a political structure seen in terms of a structure of power and authority that is, at least sometimes, exercised non-consensually and which places an external constraint on the individual and influences his behavior and attitudes, which helps 'shape' the political culture".* PATEMAN, Carole. P.296.

Compreendendo um grupo de intelectuais de origens sociais diferentes que começa a articular ideias e propor reflexões que, tanto denunciavam as contradições da realidade como propunham uma nova organização da sociedade civil, essa parte procurou traçar um panorama dessa categoria. Trabalha-se com a ideia de que são os intelectuais, na acepção gramsciana, que podem ser identificados como os líderes dos movimentos sociais.

2.4. **A heurística da ação política.**

Para as questões que serão analisadas neste trabalho, a teoria dos processos políticos é a que melhor se adequa. Isto porque coloca em tela o conceito de estruturas de oportunidades políticas e repertórios. Como as EOPs não são invariáveis, elas possibilitam que os movimentos sociais consigam penetrar as instituições e influenciar o curso de algumas de suas políticas mediante seus próprios interesses. À medida que possibilitam a entrada de novos atores sociais no cenário da *polity*, alteram os padrões de confronto do sistema político. Mister, no entanto, ressaltar que, muitas vezes, são as atitudes dos movimentos sociais ou de atores específicos que pressionam a estrutura social e/ou o sistema político de modo a criar tais oportunidades. Afirmação que possibilita, inclusive, uma reinterpretação da teoria em si, pois a pressão desses atores, à medida que cria fraturas entre a classe e a estrutura dominante, funcionaria como um mecanismo de retroalimentação desses processos. É justamente a exposição da vulnerabilidade dos detentores de poder – desvelada com oscilações em tais estruturas – que desvenda interesses coletivos e encoraja o homem simples a agir coletivamente, levando, assim, à maior possibilidade de confronto.

A luta política, marcada pelas oportunidades políticas, não pode ser dissociada dos mecanismos de confronto, ou seja, dos repertórios da ação coletiva. Como explicitado acima, esses repertórios vão desde a formação de coalizões até declarações para e na mídia. E, embora podendo ser divididos em dois tipos, é a noção mais "modular" que será utilizada, devido ao enfoque dado às novas solidariedades, clamando pelo surgimento de direitos e recursos.

> Do ponto de vista do repertório de política popular, os grandes eventos são frequentemente a culminação de mudanças estruturais que estavam germinando discretamente no corpo político. (...) Essas mudanças tornam possível o surgimento do movimento social nacional (TARROW, 2009: 65).

Adotando-se o modelo *bottow-up* de implementação, os repertórios de atuação dos movimentos podem ser ampliados, realocando muitas das interações contenciosas. A importância deste modelo, para este trabalho, está na discricionariedade dos que aplicavam as políticas, vivenciando-as cotidianamente. É possível, inclusive, afirmar que os agentes responsáveis por aplicá-las, façam parte de um grupo orgânico de intelectuais. Ou ainda, pensar na definição dialógica e de educação mútua, idealizada por Burawoy. Afinal a ação dos movimentos dá-se em direção a se obter determinadas políticas que julgam necessárias, logo, no sentido de jogar luz em algum problema até então "invisível".

A contribuição do modelo de fluxos múltiplos de Kingdon, decorrente de sua definição de fluxo de problemas, fluxo de soluções, fluxo da política (*politics*) e da ideia de janela de oportunidades (*policy window*), será útil para a análise da conjuntura política favorável ao movimento aqui trabalhado. Outrossim, os momentos de "edificação social", como compreendido por Tapia, por atribuir papel preponderante à experiência social dos contextos nacionais.

Por fim, resgatando-se a ideia de terceira fase da modernidade, tal como definida por DOMINGUES (2007), há que se reconhecer o fato de que os movimentos sociais acompanharam as mudanças macro históricas e, como apontado por Gohn (2011: 333), a "problemática dos antagonismos entre as classes sociais, deu lugar a outras problemáticas sociais, enquanto eixos centralizadores das lutas sociais". Ao se concordar com a afirmação de que houve uma mudança nas articulações que originam os movimentos, fica a questão dos motivos pelos quais as pessoas decidem participar de algum movimento social. Este trabalho busca compreender como determinadas *issues* ganham a disputa na arena política e pautam a agenda pública, particularmente busca analisar, por meio do exemplo concreto do movimento sanitário, como esse processo foi construído. Considerando a ação política como um conjunto de regras ou métodos que visam à resolução de problemas e a interferência dos movimentos sociais no processo de construção da *agenda setting*, e entendendo movimentos sociais como (TARROW, 2009: 21) "desafios coletivos baseados em objetivos comuns e solidariedade social

numa interação sustentada com as elites, opositores e autoridade", mas sem perder de vista que eles são

> fluidos, fragmentados, perpassados por outros processos sociais. Como numa teia de aranha eles tecem redes que se quebram facilmente, dada sua fragilidade; como as ondas do mar que vão e voltam eles constroem ciclos na história, ora delineando fenômenos bem configurados, ora saindo do cenário e permanecendo nas sombras e penumbras, como névoa esvoaçante. Mas sempre presentes (GOHN, 2011: 343).

Dito isso, o capítulo que se segue tratará do movimento sanitário e do processo de construção de uma nova concepção de saúde. Dará sequência à perspectiva histórica, mas buscando incorporar em sua narrativa, os principais elementos acima discutidos.

3. **PERSPECTIVA HISTÓRICA – A TRAJETÓRIA DO MOVIMENTO SANITÁRIO ESEU DESDOBRAMENTO NA REFORMA SANITÁRIA** [25]

Como observado no primeiro capítulo, a reforma sanitária começou a ser discutida no Brasil desde a Primeira República, e é possível perceber que desde antes dos anos da ditadura, o Brasil já se preparava para uma revisão dos padrões sanitários vigentes no país. No entanto, como também pode ser percebida, tal revisão não foi recebida com a mesma expectativa entre os diferentes estratos da população. Assim, mesmo engatinhando por uma trilha de modificações, o que se viu, foi apenas a adoção de medidas de controle, como em casos de epidemias. Fato esse, comum por ter sido herança da maneira como o Estado conduzia as políticas de saúde – quando existiam – desde a época do Império. Entrementes, a narrativa que envolve a saúde no período que compreende a Proclamação da República até a ditadura foi apresentada acima.

Retomar-se-á com a influência da Fundação Oswaldo Cruz e o papel que os profissionais inseridos institucionalmente desenvolveram deste momento em diante. Como afirmado ao final do capítulo um, com a criação da FIOCRUZ, que data de 1970, essa se tornou uma referência em saúde pública, porque o regime militar congregou na Fundação os órgãos federais e institutos vinculados à saúde, ao saneamento e aos estudos epidemiológicos. Desde então, foram os profissionais inseridos nessas redes que foram abrindo novos caminhos para que uma nova proposta de saúde e, com ela, um novo conceito de sociedade fosse discutido.

Esses profissionais, contudo, não se concentravam apenas na FIOCRUZ, e a vanguarda do movimento pode ser atribuída ao grupo localizado entre as faculdades de medicina de Campinas e de São Paulo. Embora também houvesse um grupo na Bahia e outro em Belo Horizonte, foi com a dispersão do grupo do eixo Campinas-São Paulo que muitas das questões foram difundidas para outras Universidades e núcleos de pesquisa. Esses profissionais atuaram como os sociólogos públicos de Burawoy, pois levavam o conhecimento de volta a sua fonte por meio de projetos de saúde, ou seja, ao construírem questões públicas a partir dos problemas dos próprios endereçados às

[25] O presente trabalho não ignora a existência de outros movimentos na trajetória de luta pela reforma da saúde no país, no entanto, optou-se por trabalhar de maneira mais detalhada apenas com o Movimento Sanitário.

questões, de certa maneira, traduziam a ciência em medidas vinculadas aos processos políticos, às classes sociais e ao próprio movimento democrático. O paralelo com a sociologia também pode ser percebido pelo grande número de sociólogos entre os sanitaristas. Novamente citando Burawoy (2006: 14),

> na sociologia pública tradicional os públicos a quem se dirigem são geralmente invisíveis, pois eles não podem ser vistos; pequenos, pois não geram muita interação interna; passivos, pois não constituem um movimento ou organização; e são usualmente típicos – convencionais.

Afirmação essa que pode ser estendida aos excluídos do sistema de saúde pública, afinal, estes não eram levados em consideração pelo governo e suas políticas assistenciais relacionadas ao setor, a menos que, a ausência de cuidado com algum estrato entre essa camada, representasse consequências econômicas negativas. Ou ainda, em função de algum interesse clientelista e eleitoreiro.

3.1. **Como os intelectuais iniciaram o processo de reformulação do setor saúde.**

A revisão teórica crítica, que começou do ponto de vista epidemiológico, sofreu uma inflexão em meados da década de 1970, em direção a uma ênfase crescente no social como um campo de estudo, no qual a relação saúde/doença era analisada. Dessa forma, o social deixou de ser o lugar de mera variável explicativa. Tal inflexão pode ser notada, inclusive, pela utilização de novos recursos para se trabalhar com a nova perspectiva. José Gomes Temporão conta, em entrevista para este trabalho, sua experiência no vale do Jequitinhonha.

> Era interessante porque eles aliavam esse trabalho de saúde pública, já que um deles fazia um mestrado em esquistossomose, o outro era clínico, então eles aliavam esse trabalho à utilização do teatro como estratégia de educação e saúde, de organização da população em relação às demandas sobre saúde.

Todavia, por mais que os sanitaristas, sejam eles médicos ou não, fossem para as comunidades com o intuito de colocarem em prática o que estava sendo idealizado, desde o começo, o movimento pela saúde, pela democratização da saúde, esteve atrelado à Academia. De forma mais direta, foi uma via de mão dupla: ele surgiu

vinculado a ela, que ao mesmo tempo, alimentou-se das experiências dos profissionais que iam para as comunidades. Seu braço acadêmico – ou seja, os departamentos de medicina preventiva e social e as escolas de saúde pública – desenvolveram papel fundamental no movimento reformista. Somada a isso, houve a influência da Reforma Sanitária Italiana, tendo em Giovanni Berlinguer um constante interlocutor. Berlinguer, após sua primeira vinda ao Brasil, promovida pelo CEBES em 1978, passa a ser uma referência para os sanitaristas brasileiros na relação entre saúde e democracia. A seguir, quando a discussão sobre o Sistema Único de Saúde for realizada, voltar-se-á ao papel da RSI.

Na América Latina, foi a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS – que, muitas vezes, mediou o intercâmbio de experiências, referências bibliográficas e intelectuais que ocorreram. O grupo de intelectuais com maior diálogo era formado pela Asa Cristina Laurell, Catalina Eibenschutz, Jaime Breilh, Juan César García, entre outros, sem falar dos intelectuais brasileiros, como Sérgio Arouca, que exerciam forte influência. Foi Eleutério Rodrigues Neto que desenvolveu múltiplas consultorias para a OPAS e a OMS. "E o Brasil, digamos assim, nessa conjuntura, assume uma liderança importante, pelo tamanho do Brasil, pela expressão do Brasil". [26] Mas foi Juan García, sociólogo argentino, o maior articulador do movimento de medicina social na região. Como fazia parte da OPAS, ele possibilitava maior trânsito na organização de eventos. Assim, em 1971, um longo seminário, visando formar quadros em Recursos Humanos de Saúde, é promovido em Washington pela Organização Pan-Americana de Saúde. O qual representou um

> momento de síntese bibliográfica, um momento em que o grupo se fortaleceu teoricamente. (...) A partir daquele material se começa a repensar o ensino das ciências sociais e a se montar uma rede de pessoas na América Latina que tem uma perspectiva diferente das ciências sociais. Do Brasil participaram dessa rede o IMS, a Preventiva da USP e da UNICAMP e o Dr. Domingos Gandra de Belo Horizonte. (...) Essa rede latino-americana foi consolidada no encontro de Cuenca (1972) também promovido por García. (...) Até aí a gente vinha procurando por onde, e a partir desse período temos uma linha bibliográfica, pontos de referência de pesquisa e de como imaginar um curso (AROUCA, 1987, *Apud* Escorel, 1999: 113).

Os estudos buscavam maior racionalização da prática sanitária. Em julho de 1975, como parte de um processo de reprodução do conhecimento teórico acumulado

[26] Entrevista José Gomes Temporão, em anexo.

que visava à descentralização dos cursos de saúde pública e residências em medicina preventiva e social, tem início no Rio de Janeiro o I Curso Básico de Saúde Pública – "considerado como a 1ª etapa do processo de formação sanitarista".

> Neles se concentraram as discussões renovadoras das propostas de recursos humanos na área de saúde coletiva; neles foram introduzidos as ciências sociais e o posicionamento político como elementos de uma 'ética sanitarista'. Também romperam com a visão tradicional de saúde pública ao incorporar a análise da política de saúde e da assistência médica previdenciária (ESCOREL, 1999: 128).

Com o desmembramento do Departamento de Medicina Preventiva – DMP – da UNICAMP, em 1975, ocorreu grande repercussão na dinâmica dos profissionais ligados ao debate teórico da Medicina Social e, em decorrência, na dinâmica do próprio movimento sanitário. Um dos principais lócus de produção e divulgação das mudanças na concepção de saúde de então, tal departamento sofreu três baques consecutivos. O primeiro, em 1974, quando enfrentou o reitor Zeferino Vaz, ao defendera democratização da universidade por meio de eleições para os departamentos e institutos. Fato que culminou com a demissão ou exoneração dos diretores ligados ao "protesto". O segundo foi a denúncia que um dos assessores da Fundação *Kellogg* fez ao reitor sobre o Projeto Paulínia, afirmando ter o reitor, um cunho político e não apenas técnico como deveria ser. [27]A consequência foi a interferência direta de Zeferino Vaz ao projeto e a limitação das atividades dos membros do DMP. Por fim, além das limitações internas, em 1975, o departamento sofreu com a repressão dos órgãos de segurança do Estado de São Paulo, que havia desencadeado uma verdadeira "caça às bruxas" visando prender os comunistas. Além de alguns presos, houve o desmembramento do Departamento, sendo este último fator, o golpe fatal ao grupo da UNICAMP. A partir de então tiveram que procurar emprego em lugares que não exigissem "ficha limpa" no Serviço Nacional de Informação – SNI.

[27]A Conferência dos 21, realizada em 1960 em Bogotá inaugurou uma nova fase da relação entre os Estados Unidos e a América Latina. Após a Revolução Cubana, o apoio militar dos países latino-americanos seria a moeda de troca para a obtenção da ajuda material para o desenvolvimento econômico e social. A partir da "Ata de Bogotá" inúmeros estudos foram desenvolvidos a respeito dos problemas de saúde, habitação e do papel das Universidades na educação desses países (sempre com representantes do Departamento do Estado Norte-Americano e de instituições internacionais como a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS –, e a Fundação *Kellogg*, entre outras). Após um ano é realizada a Conferência de *Punta del Este*, criando a "Aliança para o Progresso". Entre os compromissos da Aliança, na área social, estão a habitação, saneamento básico, educação e saúde.

Gastão Wagner, comentando sobre as consequências que ocorreram de tal desmembramento, faz a seguinte análise: [28]

> Ele trouxe malefícios, porque o David Capistrano foi preso, o Sergio Arouca foi preso, a Ana Tambellini foi demitida, quatro ou cinco professores são demitidos, houve uma desestruturação de um centro de produção de projetos de interação com sindicatos, com a população, com partidos políticos. Tudo isso era muito importante.

Muitos foram para o Programa de Preparação Estratégica do Pessoal da Saúde – PPREPS – em Brasília. Os estudantes ou residentes foram para o Mestrado do DMP da Universidade de São Paulo ou para as Secretarias Estaduais de Saúde (também em SP), especialmente as da zona leste que continham maior número de projetos; outros foram para o Rio de Janeiro, onde encontraram inserção no curso básico da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP – e/ou no Mestrado do Instituto de Medicina Social da UERJ – IMS/UERJ. Quanto aos profissionais, os que não foram para o PPREPS, também foram para o Rio de Janeiro, encontrando asilo no PESES – Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde – e na ENSP; esta, com um projeto de Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas, o PEPPE. Tanto o PESES como o PEPPE eram desenvolvidos na ENSP – que também passava por um processo de reformulação interna com o projeto Soerguimento de Manguinhos. [29]

Havia também, funcionando na Universidade Federal do Rio de Janeiro, desde 1974, o Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional em Saúde – CLATES. Resultado de uma cooperação técnica entre o Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde – NUTES – da mesma instituição e da OPAS, tinha como um de seus principais nomes Eleutério Rodrigues Neto. "No CLATES, Eleutério desenvolveu a atividade de consultor de recursos humanos, influenciando tanto os programas de pós-graduação da UFRJ, como muitos outros projetos de reforma de ensino da saúde no Brasil e em vários países da América Latina". [30]

---

[28] Entrevista em anexo.

[29] A Escola buscava se livrar do estigma de "centro do oficialismo" obtido durante a ditadura militar e o pequeno grupo de resistentes percebeu neste projeto a possibilidade de renovação da ENSP, pois "incluía a descentralização do Curso de Saúde Pública, o desenvolvimento do Treinamento Avançado em Serviço e o aumento do número de professores mediante a realização de concursos para os departamentos". ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. RJ: Editora FIOCRUZ, 1999. P.117.

[30] Informações retiradas do site do Ministério da Saúde. www.saude.gov.br

Tem-se a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES – em 1976, por um grupo de estudantes de medicina da faculdade de Saúde Pública da USP, sob influência de David Capistrano Filho, Sergio Arouca e Anamaria Tambellini que estavam na UNICAMP nessa época. [31] Sarah Escorel, em uma entrevista concedida ao Programa de Pós-Graduação em Memória Social da UNIRIO (2005), conta que após uma reunião da Sociedade Brasileira para Progresso da Ciência – SBPC – em Brasília, no ano de 1976, em que os inúmeros trabalhos levados pelos médicos não encontraram uma categoria – não entravam em medicina típica nem em ciências sociais e acabaram sendo distribuídos em vários grupos diferentes –, Então perceberam a necessidade de um espaço que congregasse essas novas discussões. Daí o surgimento do CEBES com a proposta de criação da Revista Saúde em Debate, tendo como principal objetivo a publicização da nova perspectiva de análise em saúde, agora, considerando os processos histórico-sociais.

Essa reconstituição é necessária para uma melhor compreensão do cenário que se formou e de como o movimento conseguiu levar adiante seus projetos e suas propostas em um contexto de forte restrição política e repressão ditatorial. Nesse momento, um movimento que ainda estava por se consolidar, mas que soube aproveitar as oportunidades decorrentes do aparecimento de fraturas na ditadura nacional. Foi assim que, valendo-se da oportunidade política que surgia e da *Revista Saúde em Debate*, o CEBES agregou em torno de si os maiores nomes do movimento sanitário.

---

[31] David Capistrano Filho foi um político, médico sanitarista e membro da executiva estadual do PC no Rio de Janeiro, onde se graduou na UFRJ. Sua relação com o partido acaba fazendo com que mude para São Paulo. "David foi líder estudantil e político de expressão nacional. A proposta de uma entidade que formulasse um projeto contra hegemônico na área da saúde e que construísse meios para promovê-lo e implantá-lo foi uma das ideias mais importantes e oportunas que David teve em 1976, ano em que a ditadura militar mostrava sinais de deterioração e os movimentos democráticos começavam a redefinir o projeto político nacional". In: http://www.cebes.org.br/david.asp?idSubcategoria=22
Antônio Sergio da Silva Arouca foi médico sanitarista, consultor da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) atuando em diversos países, professor da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, presidente da FIOCRUZ, militante do Partido Comunista Brasileiro, deputado federal por 8 anos e secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde. "Arouca um dos grandes pensadores e líderes da Reforma Sanitária brasileira. Professor, pesquisador, político, homem de múltiplas funções e atividades, era como sanitarista que Arouca preferia ser conhecido". In: http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1452&sid=10
Anamaria Testa Tambellini é doutora em Medicina Preventiva e Social pela UNICAMP, foi professora titular da ENSP/FIOCRUZ e da Faculdade de Medicina e do Núcleo de Estudos da Saúde Coletiva da UFRJ. Foi coordenadora geral de Vigilância em Saúde Ambiental da Secretaria de Vigilância em Saúde e atualmente é chefe do Departamento de Medicina Preventiva e do NESC da UFRJ.

"O trabalho no CEBES significou [assim] a criação e manutenção de um órgão de difusão, de representação na sociedade, de estudo e de articulação com outros movimentos sociais" (ESCOREL, 1999: 69), com diferentes núcleos e atuações diversificadas, dependendo de cada um deles e de sua região. No sul, está mais ligado à história da medicina comunitária e em Santa Catarina, através de alianças com os setores populares, em particular com a igreja – pela Pastoral da Saúde –, divulga a linguagem da Medicina Social à população, estimulando a reflexão nas comunidades Eclesiais de Base. [32]

O movimento estudantil setorial também exerce um papel muito importante no desenrolar do processo de consolidação de uma nova ótica no setor, talvez por não se enquadrar no modelo padrão contestatório, foi menos vigiado que o movimento nacional, e, citando Escorel: [33]

> quando eu pego e analiso os estudantes, é evidente que a UNE não pode se reunir, mas a SESAC, que são as semanas de saúde comunitária, que estão discutindo, assim pra valer, do imperialismo à ditadura, passando por todas as questões de saúde, elas podem ocorrer livremente. Quer dizer que a repressão não percebe que aquele era um movimento subversivo também que estava gestando.

Esse movimento torna-se, dessa maneira, o responsável, ao lado do CEBES, pela difusão da teoria social da medicina, contendo propostas transformadoras. Enquanto o movimento estudantil setorial liderava o debate em torno de temas como saúde comunitária, o CEBES funcionava como uma ponte entre tais temas e a sociedade como um todo. O Centro de Estudos se "espalhou" com unidades por várias regiões e, ainda em 1976, Jairnilson Paim organizou o CEBES na Bahia. [34]

> Nesse mesmo ano apresentei a minha dissertação na Reunião da SBPC em Brasília, discutindo-a com Paul Singer, Anamaria Tambelini, Sergio Arouca, entre outros. Foi justamente nesta reunião que sanitaristas paulistas trouxeram a ideia do CEBES e da Revista Saúde em Debate, considerados marcos do movimento sanitário. Daí em diante não parei mais a minha militância pela democratização da saúde. Organizei o CEBES na Bahia e fui o primeiro coordenador do Núcleo Baiano. Como diria o poeta Gonzaguinha, 'começaria tudo outra vez, se preciso fosse' ...

[32] Para maiores informações sobre as diferenças apresentadas na forma como tais núcleos atuavam e suas composições ver DA ROS, 1991.
[33] Entrevista em anexo.
[34] Entrevista em anexo.

Além disso, como o movimento sanitário não foi um movimento isolado, o CEBES promoveu debates e seminários, possibilitando intercâmbios com intelectuais de outras nacionalidades, em especial, da América Latina. O exemplo de seminários com Giovanni Berlinguer, acima, mencionado, demonstra isso.

Outra instituição que também contribuiu para o desenvolvimento da Academia e, como consequência naquele momento, para a luta pela reforma sanitária, foi a Financiadora de Estudos e Projetos – FINEP. As mudanças na área social eram obtidas por meio de ideias, que burlavam a burocracia do regime através do desenvolvimento de projetos para obtenção de recursos. Mesmo formado por um quadro, contendo pessoas que contestavam duramente o governo, a FINEP conseguiu garantir a existência da permanência pacífica desses membros, desde que se ocupassem da área teórica mantendo-se longe de questões de financiamento. Assim, nesse período ocorre a consolidação do Mestrado em Medicina Social do IMS-UERJ e o financiamento do Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde – PESES. Sobre este último, embora alocado na ENSP em função da pressão exercida pela FINEP, à Presidência da FIOCRUZ, nem o Projeto, nem os que dele faziam parte eram considerados pelos integrantes da Escola como parte deles; sendo, inclusive, muitas vezes, criticados pelo departamento de ciências sociais da ENSP. Percebe-se, então, que embora no mesmo espaço físico, havia um conflito acadêmico.

As ciências sociais foram incorporadas na análise e iniciou-se a ação política na busca pela transformação do setor saúde, o que também de acordo com Escorel (1999) seria o principal papel do CEBES: o de ter sido a pedra originária da ação política do movimento pela saúde. A "reviravolta da saúde" envolveria essa transformação que foi construída pelos departamentos de Medicina Preventiva e envolveria, não apenas uma nova abordagem do setor, como também do conceito de saúde, fazendo com que o objeto fosse transformado em prática política. [35]

> O espaço problemático que se oferece a medicina preventiva é o desdobramento do conhecimento em áreas, especialidades, disciplinas e subdisciplinas, conhecimento que, livre de classificação, vive um desdobrar contínuo em sua própria historicidade (AROUCA, 2007: 16).

[35] Sobre os departamentos de Medicina Preventiva, além da tese de doutorado de Arouca ("*O Dilema Preventivista*", UNICAMP, 1974) ver PAIM, Jairnilson. *O Processo saúde-doença e a organização da atenção à saúde*. (2007)

A medicina também estava se reformulando: sindicato, renovação médica, movimento de renovação dos conselhos de medicina, academia, incorporando novos quadros e pesquisando novos objetos. Solidificava-se o campo disciplinar que ficou conhecido como Saúde Coletiva.

Em 1979, foi fundada a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO; onde os intelectuais mais inseridos na discussão da reforma sanitária, congregavam-se e apresentavam propostas, sendo também um importante catalisador na aceleração da formulação de propostas efetivas para o setor.

Houve ainda as residências em Medicina Preventiva e Social, outro importante celeiro de sanitaristas e muitos outros projetos "menores" surgiram nessa época com o intuito de dar fôlego e concluir o projeto maior que era a democratização da saúde. Os sanitaristas foram se intercalando, trocando apoio entre si nas diferentes regiões e frentes onde haviam conseguido se instalar; atitudes que também se estenderam ao movimento estudantil e aos médicos residentes. Exemplo desses últimos pode ser encontrado no Programa de Apoio às Residências em Medicina Preventiva e Saúde Pública – PAR – a partir de 1980. Oriundo de um acordo entre o INAMPS, a ABEM e a FIOCRUZ, tal projeto é representativo por ser o momento em que a Previdência Social entra na pós-graduação em Saúde Coletiva. Aliança, no entanto, que durou muito pouco, porque após um ano, ficou claro que o INAMPS não podia conviver com a proposta de Medicina Social defendida pela ENSP, Bahia e Minas Gerais. Visando a sobrevivência do PAR, seus idealizadores vão buscar apoio na ABRASCO.

A determinação e articulação dos sanitaristas eram tamanhas que conseguiram lograr a ditadura e regulamentar, em 1979, a residência em Medicina Preventiva e Social, fazendo com que o Estado reconhecesse uma proposta que até então era considerada marginal. Mesmo tendo sido regulamentado como um grande "guarda-chuva" sob o qual havia representantes, desde a perspectiva liberal até a corrente médico-social, tal resolução foi uma conquista. Dois anos depois, com a Resolução 16/81, por meio da luta da ABRASCO, é que a regulamentação distinguiu os programas de Medicina Geral e Comunitária e os de Saúde Coletiva, cada qual com uma resolução específica.

Noronha e Levcovitz (1994) apontam que os intelectuais, professores e pesquisadores tiveram grande impacto nesse momento, através da produção de críticas

ao sistema e da apresentação de propostas para melhorá-lo. As propostas que se transformaram, contudo, em projetos de lei, foram rejeitadas com larga diferença de votos. A única aceita, com ressalvas e via decreto (nº 86.329, em 1981), foi a criação do Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária – CONASP –, cujo maior mérito era não excluir nenhum grupo de interesse a ele vinculado.

Do trabalho apresentado até este momento, é perceptível que os intelectuais vinculados ao movimento sanitário se enquadram na perspectiva mais abrangente da categoria, tal qual compreendida por Gramsci e discutida no capítulo anterior. Esses médicos, sociólogos, professores e profissionais do setor saúde buscavam, de alguma maneira, interferir em direção a uma nova formação social, no caso, a redemocratização e universalização da saúde. Muitos foram para o meio da sociedade com esse intuito, outros preferiram a via institucional. No entanto, independentemente da forma de ação escolhida, o objetivo a ser atingido era o mesmo: mudar a concepção de saúde de modo a normatizá-la como um direito inalienável do cidadão.

A organização social da prática médica foi o conceito articulador entre teoria e prática social que possibilitava a orientação de análises conjunturais, bem como definições de estratégias de lutas. Destarte tal conceito situava-se no nível político, mesmo que por meio de sua materialização institucional. Fleury (1997: 25) sustenta que, partindo-se dessa afirmação, duas consequências são verificáveis: "centralidade da atuação do Estado como campo privilegiado de intervenção e desenvolvimento das lutas políticas" e a estruturação de um movimento social tão importante como o movimento sanitário (e sua institucionalização através do CEBES).

A questão da centralidade do Estado como campo privilegiado de intervenção, entretanto, significou muitas discussões internas no movimento: alguns achavam que somente pela via institucional, chegar-se-ia em algum resultado efetivo, outros, que assim estariam se igualando aos que lá estavam. Debates públicos, via artigos acadêmicos publicados na *Revista Saúde em Debate*, são um marco desta polêmica, sendo mais conhecida a discussão entre Sonia Fleury e Gastão Wagner, no início dos anos 1980. Além disso, outro ponto de divergência pode ser encontrado ao se conversar com integrantes do movimento sanitário: a denominação. Movimento Sanitário ou Partido Sanitário? Mesmo em se tratando de um movimento social gerado

gradualmente, o fato de existir entre os integrantes do CEBES, grande contingente de militantes do PC fez com que recebessem a alcunha de partido.

Quanto a isso, Sonia Fleury defende que o grande ator capaz de garantir a sobrevivência do movimento durante o período ditatorial foi realmente o partido. [36]

> Nós mantivemos as pessoas aqui trabalhando como consultores num projeto aqui, outro ali, durante anos e ninguém se exilou. Deste grupo não houve exílio. Isso foi muito importante pra manter a inteligência desse setor. Então uma primeira coisa é isso: esse grupo, por essa experiência partidária – isso não era porque era intelectual não, era porque era partido, se não fosse o partido e a experiência de partido, você não faria esse tipo de organização.

Em contrapartida, Sarah Escorel afirma o contrário. [37]

> O que eu consegui estudar, visualizar, perceber, pesquisar, foi que é um movimento especialmente da Academia. Então se tem uma vanguarda no movimento sanitário ela vem da Academia. E ela vem dos departamentos de medicina preventiva e social. E depois vão se vincular, quer dizer, as pessoas da Academia são fundamentais na transformação do pensamento. Na análise do processo de saúde e doença são elas que vão pensar a determinação social da doença, que vão incorporar o marxismo, o materialismo histórico e dialético na análise dos problemas de saúde, que vão trazer para dentro das faculdades pensar o sistema nacional de saúde, os serviços, o planejamento. São também os que vão incorporar as ciências sociais de uma maneira sistemática e, pensando a saúde no contexto da sociedade e não pensando a saúde como uma questão biológica que diz respeito ao corpo individual exclusivamente, e vão se vincular aos profissionais de saúde por meio dos sindicatos. Então vai trazer aí um componente, vai ter uma transformação do conhecimento e vai trazer também um componente da luta política. Então eu acho que o papel dos intelectuais foi o papel de maior destaque no processo, ainda que você possa ver vários outros integrantes.

Há ainda pessoas, como Temporão, que nem defendem fervorosamente, nem veem problema. [38]

> Sim, a gente chamava assim afetivamente de partido sanitário.
>
> Não são excludentes. Na verdade eu participei por dentro disso, não como pensador, mas participando nas reuniões. Sempre que havia uma crise e que havia alguma coisa que inquietava, o pessoal falava: 'Olha, vamos chamar a reunião do partido Sanitário'. Era um pouco assim, mas o que era o tal Partido Sanitário? Eram todas as forças, não havia nenhuma postura excludente. Tinha gente de vários partidos, de sindicatos, entidades.

[36] Entrevista em anexo.
[37] Entrevista em anexo.
[38] Entrevista em anexo.

Foi assim que uma intelectualidade orgânica em defesa da democratização da saúde foi constituída no Brasil. Não sem divergências, não sem embates, mas sempre convergente no ponto que realmente importava: a consolidação da saúde como um direito amplo, universal e inalienável.

É possível afirmar que em momentos de crise e, em se tratando de temas universais os movimentos pela saúde – entre eles o movimento sanitário –, bem como suas próprias correntes internas, conseguiram deixar de lado as diferenças e agir coletivamente. O problema é que, uma vez tendo-se superadas as crises pontuais, e a discussão direcionada para questões mais específicas, voltava-se às fraturas. Para efeito de exemplo tem-se, no caso de convergência, a luta pela democratização da saúde, e, no caso de divergências, questões envolvendo os interesses de categorias profissionais (GERSCHMAN, 2004).

3.2. **Da Teoria à Prática: a Reforma é mesmo possível?**

A década de 1970, mesmo reforçando o modelo privatizante de Previdência Social, abriu espaços institucionais, nos quais foi possível a elaboração de projetos e ações governamentais de saúde, que foram na direção das propostas do Movimento Sanitário. Como afirmado acima, a questão referente ao fato de, se os sanitaristas deveriam ou não agir institucionalmente foi, no entanto, um tema de discordância entre eles. Para alguns, isso seria corromper seus ideais e pactuar com o regime; mas, para outros, seria a única forma de conseguirem tirar a reforma do papel, passando da teoria à prática.

No que tange às disputas internas sobre a atuação ou não de membros do movimento nas instituições do Estado, a discussão ocorre desde a I SESAC (realizada em Belo Horizonte em julho de 1974):

> já começa até uma briga pesada que aconteceu muitos anos depois a tensão em torno de quem era reformista, quem não era, "quem estava no aparelho de Estado é reformismo" – essa briga começa a surgir já daí. [39]

[39] Francisco Campos em entrevista ao Programa de Memória Social da UNIRIO, 2005.

A diferença é que, à medida que vai ganhando força, aumenta-se a possibilidade real de inserção destes membros em aparelhos estatais e, como consequência, as divergências.

O grupo, a começar pelos coordenadores, era bastante heterogêneo, contando com diferentes tendências de cunho ideológico e político. Até mesmo entre os partidos de esquerda, havia diferenças consideráveis – os seculares e os religiosos –, isso sem levar em consideração as lideranças de profissionais da classe média. Somando-se, ainda, as divergências entre os mais progressistas e os mais moderados, no interior de cada uma dessas vertentes, tem-se o panorama do que pode ser denominando como crise interna do movimento.

Heterogeneidade que também pode ser observada na divisão da opinião existente entre os próprios sanitaristas sobre como se denominariam, partido ou movimento, e que também já foi apontada antes. Acrescentam-se apenas duas coisas, uma de cada lado da disputa. Os mais próximos ao PCB, ou Partidão como denominavam, eram mais amenos à ideia de um Partido Sanitário, pois o movimento atuava em várias frentes, entre elas, a política. Quanto aos que não o viam com bons olhos, consideravam que o fato de o movimento pela saúde ter surgido como um movimento apartidário pela redemocratização foi o que trouxe o apoio de diversos segmentos da sociedade – muitos dos quais temiam não somente a ditadura como a ideia de comunismo.

A questão em torno de ser ou não um partido também foi tema de discussão entre os que, posteriormente, analisaram o processo da Reforma Sanitária. De acordo com Cohn (1989: 13) as divergências internas fragilizavam o processo de enraizamento social fazendo com que os projetos institucionais alternativos e as propostas de reformulação dos serviços ficassem a mercê do poder central, e, em decorrência, da conjuntura política. Por isso, seria melhor falar em Partido Sanitário com o intuito de não colocar em risco o próprio movimento – o que, segundo ela, ocorreria em casos de conflito. O "partido sanitário [funcionaria] como um grupo em que a homogeneidade se sobrepõe à sua diferenciação interna". Oliveira (1987: 6) é um pouco mais duro na crítica ao afirmar que o que foi proclamado como Reforma Sanitária entre nós é a reunião de diferentes técnicos com um passado de preocupações progressistas em comum e que

> vêm a si mesmos como componentes de um autoproclamado e informal "partido sanitário", e que ocupam hoje, com frequência, postos e posições significativas ao interior do aparelho do Estado na área.

No entanto – quer se defenda ou não a inserção de membros do movimento nos aparelhos do Estado, quer se atribua a isso mais uma forma de cooptação por parte dos interesses hegemônicos, ou ainda, quer seja denominado movimento ou partido – foi de dentro das instituições que começaram algumas mudanças estruturais e a tentativa de efetivação de projetos que contribuíram para a proposta do movimento. De acordo com Santos (1995), encontram-se entre as principais características de tais projetos a introdução da perspectiva da cogestão entre os órgãos públicos e a introdução de mecanismos de planejamento na administração dos serviços; a participação dos profissionais e da população no controle da gestão dos serviços; e a utilização da rede pública para uma atenção integral.

Mesmo que gradualmente e, a princípio, em escalas locais, foi assim que aproveitaram a janela de oportunidades que se abriu.

> Muitos que não aceitaram a proposta de entrarem no aparelho de estado vão fazer atendimento direto à população em comunidade. Foram morar lá e foram se transmutar quase em operários, médicos operários ou médicas operárias de macacão trabalhando junto com as bases. Enquanto este outro grupo, que é o grupo reformista, via a possibilidade não de uma revolução, mas de uma transformação paulatina entrando no aparelho de estado. [40]

Entre os movimentos locais é possível destacar o Projeto Paulínia (já mencionado neste trabalho) e o Projeto Montes Claros. Estes funcionaram como um laboratório no qual as propostas da Reforma Sanitária encontraram alguma efetividade. Para Fleury (1995), o Projeto Montes Claros, mesmo quase três décadas após sua execução, deixa na lembrança o fato de ter funcionado como a "Meca da Saúde Pública". Em um espaço de construção democrática de significados e de lutas contra hegemônicas, seus atores coletivos e suas estratégias apontam propostas de superação das estruturas estabelecidas, as quais tanto criticavam. Além disso, o PMC representa

[40] Entrevista Sarah Escorel, em anexo.

uma inflexão na história da Reforma Sanitária, sendo possível apontar quatro dimensões no mesmo: a histórica, a sociológica, a política e a gerencial. [41]

É possível observar que movimentos em direção a uma mudança no setor estavam ocorrendo, mesmo que de forma embrionária e incompleta. O movimento sanitário utilizou em seu repertório, a mobilização das solidariedades decorrentes da nova forma de organização social e agregou forças para a manutenção de sua luta.

3.3. **Breve panorama conjuntural que precedeu à redemocratização.**

Como o processo de redemocratização já se mostrava eminente, buscava-se uma transição com o mínimo de perdas possíveis. O que não implica dizer que as disputas ideológicas e de poder entre as posições privatistas, estatizantes e reformistas eram inexistentes. Desde que João Batista Figueiredo assumiu a Presidência da República, em março de 1979, houve um discurso de abertura política progressiva.

> Figueiredo disse que vinha para democratizar o país. Chamava para si a herança do pai, que o pai era um democrata, que tinha lutado pela democracia, enfim, você tem uma crise de legitimidade e na previdência, você tem uma crise financeira brutal. [42]

No mesmo ano de sua posse, Figueiredo acelerou o processo de liberalização política com a Lei da Anistia e reestabeleceu o pluripartidarismo. “A reforma partidária representou importante avanço no processo de liberalização, mas foi também estratégia do governo para dividir a oposição e, assim manter a transição sob controle” (KINZO, 2001: 6).

---

[41] No primeiro caso estão entre os fatores: o contexto institucional do surgimento das propostas de medicina simplificada, a modernização administrativa da SES/MG e a participação das esquerdas na formulação e implementação das políticas de saúde. No segundo, a “concepção do coletivo ali implantada, onde a participação comunitária foi assumida como o caminho da transformação social na saúde” e “a valorização do conhecimento e das práticas populares, o rompimento das cadeias hierárquicas e engajamento das ações de saúde, na compreensão da realidade socioeconômica a ser transformada”. A dimensão política diz respeito às “estruturas e relações de poder existentes, bem como aos atores políticos, suas alianças e estratégias de transformação daquele contexto social”. E, por fim, a gerencial que “aponta para a inovação alcançada nas formas de organização e na adoção do planejamento estratégico como base para o processo de tomada de decisões".

[42] Entrevista Sarah Escorel, em anexo.

Mas o choque do petróleo, que desencadeou uma crise mundial e aumentou as taxas de juros internacionais, fez com que a inflação disparasse e, com isso, que tais medidas não fossem suficientes para conter os ânimos da população. Este foi o momento do auge da dívida externa brasileira, que fez com que o governo solicitasse ajuda ao Fundo Monetário Internacional, em 1982, e lançasse o III Plano Nacional de Desenvolvimento. Ambos sem êxito, devido à crise econômica interna e externa. Também é de Kinzo (2001: 6), a afirmação de que

> apesar dos percalços o processo de liberalização teve continuidade, iniciando uma nova fase com as eleições de 1982. Novos partidos políticos haviam sido criados e participado das eleições. Políticos que nos anos 60 tinham perdido seus direitos voltaram à vida pública e, pela primeira vez desde 1965, governadores estaduais foram eleitos pelo voto popular.

No plano social, como havia divergências entre os próprios militares quanto à transição, os militares que eram contrários à abertura, que eram mais "linha dura", não estavam satisfeitos com o processo de democratização em curso no país. Começaram, então, uma tentativa de espalhar o pânico, promovendo ataques contra manifestações públicas, entre outras coisas. Caso, por exemplo, do atentado ao Riocentro. Esse foi o cenário que contribuiu para que a população aderisse à campanha pelas Diretas, iniciada pelos partidos de oposição em 1984.

Em meio a tantos acontecimentos, houve um fortalecimento da sociedade civil, que viu suas associações e movimentos se multiplicarem. Faziam parte ativamente desse processo as entidades civis e religiosas e a esquerda política. Quais sejam: o Partido dos Trabalhadores – PT – surgido em 1980; a Central Única dos Trabalhadores – CUT – de 1981; a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura – Contag – que, embora seja de 1963 teve suas atividades interrompidas durante o período militar, só voltando à ativa em 1980; as Comunidades Eclesiais de Base – CEB – surgidas em 1975; a enorme expansão dos movimentos sociais urbanos e de associações de profissionais de classe média; um posicionamento mais efetivo da Ordem dos Advogados do Brasil – OAB – após a V Conferência Anual da Ordem, em 1974; a Associação Brasileira de Imprensa – ABI –, sempre firme na resistência contra a ditadura militar; a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência – SBPC – que, em 1977, após uma tentativa frustrada do governo em sabotar o Encontro, reuniu seis mil pessoas na Pontifícia Universidade Católica – PUC – de São Paulo, em clima de

confronto político; e, por fim, os artistas e intelectuais, que embora mais desarticulados, atingiram um enorme contingente por sua popularidade. O auge dessas mobilizações veio com o apoio popular pelas eleições diretas, sob o grito reivindicatório de "Diretas Já".

> Os comícios transformaram-se em grandes festas cívicas. Compareciam os líderes dos partidos de oposição, os presidentes de associações influentes como a ABI e a OAB e, sobretudo, os mais populares jogadores de futebol, cantores e artistas de televisão (CARVALHO, 2011: 189).

> O resultado da campanha das "Diretas" Já foi uma impressionante mobilização popular com milhões de pessoas participando de comícios em todo o país. Observando-se aquela mobilização, a impressão era de que a sociedade civil – que havia mostrado sua existência nos movimentos sociais surgidos em 1978 – tinha decididamente despertado e, finalmente, alteraria o curso da liberalização. Essa foi, na verdade, a percepção de alguns setores da oposição democrática, mas a emenda foi derrotada no Congresso, uma vez que a pressão popular não foi eficaz o suficiente para fazer frente a todas as manobras usadas pelo governo para evitar sua aprovação (KINZO, 2001: 6).

O governo conseguiu barrar a Emenda Dante de Oliveira, responsável pela proposição das eleições diretas, fazendo com que as eleições para presidência fossem realizadas de forma indireta via Colégio Eleitoral. Assim, em janeiro de 1985 foi eleito Tancredo Neves e a nova república foi instaurada. No entanto, Tancredo adoeceu e morreu pouco tempo depois, levando seu vice José Sarney a assumir a presidência do Brasil, tornando-se o primeiro Presidente civil desde 1964 e inaugurando a República Nova. Após um ano de mandato e, vivendo um momento em que a sociedade civil já se organizava e o empresariado da saúde passou a demandar espaço nas determinações quanto à política setorial, o governo convoca a 8ª CNS. O processo de redemocratização estava praticamente concluído e a reivindicação do papel do Estado como garantidor dos direitos sociais era crescente. De acordo com Luz (1997: 135):

> Todos os grupos sociais envolvidos no debate das políticas da saúde dos anos 80 estiveram de acordo quanto ao papel do Estado como coordenador e gestor dos planos, programas e serviços de saúde.

O clima de mobilização dos profissionais na área da saúde, dos agentes comunitários e de outros segmentos ligados ao movimento acabou sensibilizando uma importante parcela da população para o tema. A seguir, será analisado um passo

determinante para a história do movimento sanitário moderno: a organização dessas forças em um único espaço para interlocução e encaminhamento das propostas.

3.4. **A 8ª Conferência Nacional de Saúde: ponto de partida ou linha de chegada de uma estratégia para a Reforma Sanitária?**

> A Nova República, que está realizando as promessas postergadas de dar ao homem brasileiro a condição de plena cidadania, tem compromissos inadiáveis com a criação de iguais oportunidades para todos. E nenhuma oportunidade é mais cara, mais necessária, mais valiosa do que a oportunidade da vida. [43]

Convocada em um contexto bastante peculiar da história política nacional e circundada pelas mais diversas expectativas, a 8ª CNS ocorreu em Brasília, entre os dias 17 e 21 de março de 1986. O cenário que a precedeu, como visto anteriormente, foi o da redemocratização, com o florescimento de associações e movimentos oriundos da sociedade civil. Estes incluíram desde profissionais liberais até grupos de intelectuais. Como exemplo, é possível citar a Ordem de Advogados do Brasil – OAB – e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, respectivamente. Além disso, nesse momento, as forças sociais e políticas comprometidas com o processo de mudança já reconheciam o projeto de redemocratização da saúde. Assim, começou uma disputa interministerial pela "posse da interlocução no setor saúde". Como resultado, a Comissão do Plano de Ação Governamental propôs uma unificação do sistema por decreto, "com uma transferência pura e simples de órgãos, configurando novo rearranjo institucional". No entanto, houve reações à proposta de reformulação do sistema de saúde via decreto e, em 1985, o Ministro Waldir Pires, da Previdência e Assistência Social, convocou os trabalhadores "para a discussão e para a defesa de seus direitos, afirmando que essa mudança deveria passar pela Assembleia Nacional Constituinte". Carlos Santana, Ministro da Saúde, empunhou a bandeira da unificação e anunciou a realização da conferência. [44]

---

[43] Discurso proferido pelo Presidente da República José Sarney na abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

[44] NASCIMENTO, Álvaro. História da Oitava Conferência Nacional de Saúde. In: http://www.universidadesaudavel.com.br/wp-content/uploads/leitura/Relatorio-VIII%20CNS.pdf, Acessado em abril de 2013.

O clima de mobilização dos profissionais na área da saúde, dos agentes comunitários e de outros segmentos ligados ao movimento acabou sensibilizando uma importante parcela da população para o tema. E foi nesse ambiente que ela aconteceu, tendo havido estímulos, inclusive, para que pré-conferências estaduais fossem realizadas, tornando-se um marco na luta do Movimento Sanitário que se ampliou e agregou capital humano nas mais diferentes localidades.

> As plenárias da 8ª CNS contaram com a participação efetiva de quase todas as instituições que atuam no setor, assim como daquelas representativas da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos. [45]

É nela que pela primeira vez a população pode, de fato, participar no que diz respeito a medidas que deveriam ser tomadas em relação à saúde no Brasil.

O discurso de Roberto Figueira Santos, Ministro da Saúde na época da realização da Conferência, foi um discurso que frisou o momento decisivo pelo qual o país passava, a proximidade da Constituinte e, portanto, a suma importância que ela representava para os rumos do setor saúde. É interessante notar também que Figueira fez em seu discurso, uma defesa inflamada de todos os pontos que o movimento sanitário defendia a respeito da constituição de um sistema único de saúde. Mas, o que mais chama a atenção é o reconhecimento, já ali, da necessidade de uma mudança na própria concepção de saúde.

> É muito mais barato preservar a saúde – qualquer que seja a fonte de recursos – de que curar a doença, ou seja, do que restabelecer a saúde já abalada por falta de meios de preservá-la. [46]

Embora toda a fala do Ministro tenha sido marcada por passagens que caminharam na mesma direção da citada acima, e convergido com o discurso do próprio Presidente da República, José Sarney, o que se verificou *a posteriori* foi que toda essa disposição às mudanças, deu-se muito mais, no plano retórico do que no prático. Ao menos quanto aos políticos que estavam encabeçando este processo.

Entrementes, a Conferência superou todas as expectativas e, conforme apontado na introdução de seu relatório final, culminou com a participação de mais de quatro mil

[45] Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, p. 9.
[46] Discurso do então Ministro da Saúde Roberto Figueira Santos na aberta da VIII Conferência Nacional de Saúde.

pessoas, entre elas, mil eram delegados representando as mais diversas instituições e entidades. Destes, metade era dividida entre representantes das instituições e da sociedade civil, em um percentual de 50%. Como foram discutidos temas referentes a todas as classes e grupos sociais, e os temas eram tão diversos quanto os presentes, o processo de discussão foi materializado em debates, mesas-redondas e trabalhos de grupos, que produziam relatórios preliminares a serem debatidos na plenária final.

> O documento apresentado para aprovação em plenária final [foi] um relato consolidado das discussões realizadas durante os três dias, nos 135 grupos de trabalho (38 de delegados e 97 de participantes), onde foram discutidos os temas: Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. [47]

Cada um desses temas abrangia inúmeros subitens, possibilitando uma discussão pormenorizada e um aprofundamento das questões mais polêmicas.

> Estabeleceram-se, portanto, dois níveis de discussão: um que ocorreu durante os trabalhos de grupo, subsidiados pelas apresentações e mesas-redondas sobre os temas e outro que se concretizou na assembleia final. O processo altamente participativo, democrático e representativo que permeou todo o debate na 8ª CNS permitiu um alto grau de consenso, caracterizando uma unidade quanto ao encaminhamento das grandes questões, apesar da diversidade de propostas quanto às formas de implementação. [48]

Nascimento afirma que foi justamente essa forma de organização que deu a tônica diferencial da 8ª CNS, pois ao possibilitar que representantes da sociedade civil organizada sentassem à mesma mesa de discussão que técnicos, profissionais da saúde, intelectuais e políticos, garantiu que a proposta do debate democrático fosse concretizada. Nesse caso, não houve um pré-documento a ser discutido e aprovado na conferência, mas vários documentos que serviram de subsídio para as discussões. A comissão relatora observou que o relatório final espelhou fielmente o momento político materializado nessa Conferência, "sendo, mais que nada, o resultado coerente desse momento e devendo constituir-se em objeto de reflexão, visando, sobretudo, à continuidade do processo de reformulação setorial". [49]

---

[47] O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, bem como de todas as outras, pode ser encontrado no site do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br).
[48] Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, p. 1.
[49] Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, p. 3.

Como o objetivo principal era dar acesso à assistência e direito à participação às pessoas excluídas do sistema de saúde no país, o temário da Conferência encontrou-se em completa consonância e ganhou legitimidade política inconteste ao contar com o comparecimento, além do Ministro da Saúde, do Presidente José Sarney, bem como de muitas outras personalidades políticas, como o Ministro da Previdência, Ministro do Trabalho e Ulysses Guimarães (Presidente do PMDB e, depois, da própria Constituinte). Em seu discurso de abertura, inclusive, José Sarney destaca o papel de sua presença:

> o Governo, que colocou o bem-estar da sociedade acima de quaisquer outros interesses, tem o dever de zelar pelas condições de saúde física da população. Esse o sentimento da minha presença nesse encontro. [50]

Essa conferência também foi importante para a história das políticas sanitárias brasileiras ao conseguir formular um programa de propostas – muitas das quais já vinham sendo discutidas em conferências regionais, que, por sua vez, enviaram seus representantes, encaminhando-os para discussão durante o processo constituinte. Tal programa era o projeto da Reforma Sanitária, cujos principais pontos foram: uma reformulação mais profunda que transcendesse os limites de uma reforma administrativa e financeira; um novo sistema nacional de saúde de forma imediata ou progressiva; a separação da "saúde" da "previdência" com a criação de um órgão único para a primeira, em nível federal; a descentralização da gestão do setor; uma ampliação do conceito de saúde.

Importante ressaltar que muita polêmica foi gerada em torno de cada um desses pontos e, embora tenha havido um alto grau de consenso quanto às grandes questões relacionadas aos direitos, houve enorme diversidade de propostas quanto a sua implementação, e muita divergência com relação ao financiamento necessário e quanto ao papel do setor privado. "Na 8ª Conferência que eles nem foram, foram convidados a participar e não foram". [51] Então os setores privados, mesmo sendo convidados a participarem da 8ª CNS, não compareceram e resolveram sabotá-la na semana anterior a sua realização. Dessa forma, a questão sobre como efetivar tais modificações e com qual financiamento, ou seja, os pontos mais polêmicos apareceram no relatório final

[50] Discurso proferido pelo Presidente José Sarney na abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Pode ser encontrado no Documento I da Comissão Nacional da Reforma Sanitária.
[51] Entrevista Sonia Fleury, em anexo.

muito mais com apontamentos do que com conclusões. Foi formada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que viria a elaborar o texto apresentado como proposta na Constituinte, em 1987. A comissão tinha o objetivo de identificar os problemas da rede de saúde no país e apontar mecanismos que viessem a pluralizar o seu funcionamento, aperfeiçoando as formas com que a população tinha acesso ao setor. O Documento I, produzido pela Comissão, além do objetivo apontado acima, contou com anexos dos discursos do Presidente da República e dos Ministros da Previdência e Assistência Social e da Educação, do Relatório Final da 8ª CNS e da Portaria Interministerial que instituiu a própria Comissão. Percebe-se pela sua leitura, assim como pela leitura do segundo tema – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde –, no relatório final da Conferência, a aposta feita em torno das Ações Integradas de Saúde. As AIS deveriam ser reformuladas de imediato, "possibilitando o amplo e eficaz controle da sociedade organizada em suas atuais instâncias de coordenação (CIS, CRIS, CLIS e/ou CLIMS)". No entanto, em ambos os textos salienta-se que elas, sob nenhuma hipótese, poderiam protelar a implantação do SUS, devendo funcionar como um fermento para as modificações.

> O momento exige reforçar as Ações Integradas de Saúde, o que irá permitir, nos curto e médio prazos, a superação da atual forma de organização plural e desintegrada por uma outra que, respeitando as identidades organizacionais, coloque, sob gestão pública, todas as instituições relacionadas com o setor público, integrando-as, em todas as suas atividades e com todos os seus recursos, de modo que possam responder às necessidades prioritárias da população (SANTOS, 1986: 27).

Foi também na discussão referente à reformulação do sistema que a defesa pela constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde, dessa vez, contendo representantes das entidades civis de caráter nacional, ocorreu. Essa discussão veio acompanha da defesa por Conselhos de Saúde em nível local, no qual representantes eleitos pela comunidade poderiam participar, de forma plena, do planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde.

Sendo o projeto da Reforma Sanitária, ao visar, sobretudo, descentralização e universalização da saúde no país, considerado a maior conquista dessa conferência, a Comissão formada com o intuito de apresentar as proposta à Constituinte de modo a levá-las à efetivação, procurou reunir os mais diversos defensores da proposta. Os intelectuais, profissionais da área, estudantes, políticos progressistas, movimentos

sociais, assim como parcela significativa da população agiram coletivamente com tal intento. O Movimento Sanitário ganhava assim sua primeira batalha, no entanto, ainda havia a Constituinte e sua posterior conjuntura político-social. Os trabalhos para a formulação do documento a ser apresentado ganharam força.

Neste ponto, faz-se necessário um rápido resgate ao que foi exposto no final do primeiro capítulo, pois, no contexto da Nova República, com o advento das Ações Integradas de Saúde, e em decorrência, da abertura do acesso à saúde previdenciária aos não contribuintes, abriu-se um caminho para que fosse possível a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS –, considerado como o embrião do SUS. Mesmo que, de forma a dar sequência ao processo de mudança gradual, a criação do SUDS, em 1987, apontava em direção a um sistema em que estavam presentes vários traços que fariam parte do SUS, como a universalização e equidade de serviços prestados à população, políticas de recursos humanos, entre outros. Foi o início também da ampliação das ações integradas de saúde, que passaram a atingir várias regiões e municípios anteriormente ignorados. Em um documento elaborado por técnicos do Ministério da Saúde e do INAMPS, e, posteriormente encaminhado aos Ministros da Saúde, da Previdência e Assistência Social e à CIPLAN, é possível encontrar, não apenas a defesa do aperfeiçoamento das AIS como estratégia para a Reforma, como também, um reconhecimento de que a saúde é muito mais do que intervenções médicas curativas. "É, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida". [52]

Compreende-se, portanto, que os debates travados no decorrer da 8ª Conferência trouxeram à tona, as políticas de saúde como questões a serem debatidas pelo coletivo e para o coletivo, o que marcou profunda e contundentemente a história da saúde no Brasil, uma vez que definiu um Programa para a Reforma Sanitária. Dito isto, é possível afirmar que ela funcionou como um ponto de partida na disputa em direção às modificações que se almejava alcançar. Mesmo que em análises feitas a posteriori, alguns autores considerem que estas não atingiram o resultado esperado.

[52] Bases para o Aperfeiçoamento das Ações Integradas de Saúde como Estratégia para a Reforma Sanitária Brasileira. Brasília, julho/agosto de 1986.

3.5. **A expectativa pela formação da Assembleia Nacional Constituinte.**

O processo de discussão pela necessidade de uma nova Constituição Federal foi incitado desde o começo da década de 1980 por uma crescente nos movimentos sociais em busca de ampliação de cidadania. Talvez até anteriormente, pois com a deterioração das condições de saúde da população, do aumento da miséria nas cidades, da mudança de ênfase dos investimentos em saúde oriundos da ditadura, e do aparecimento das fissuras deste modelo, houve uma crise de legitimidade do sistema político.

As obras faraônicas, as fraudes, os financiamentos a fundos perdidos concedidos aos hospitais particulares, etc. vieram à tona, fazendo com que o governo adotasse algumas medidas que acenassem em direção a mudanças no setor. A principal delas foi a criação das Ações Integradas de Saúde – AIS, que apareceram como uma ação de ampliação da assistência. Como esta já foi repetidamente discutida acima, a única coisa a se acrescentar agora é que, mesmo sendo apresentada como uma estratégia de expansão da rede de saúde para a população não contribuinte, o que estava embutido era novamente a tentativa de permanência no poder. Fato este que causou tanta relutância entre alguns dos sanitaristas quanto a aderir ou não a elas.

A Autorização de Internação Hospitalar – AIH – mudou a forma pela qual são remunerados os prestadores de serviços da saúde; representando uma evolução do conceito de controle de custos no setor. Médici (2004) afirma que a ideia básica seria fazer com que os serviços fossem remunerados segundo seus custos de produção. Para Cohn (1989: 6) enquanto as AIH desagradaram o setor privado e os profissionais médicos, foram vistas, em conjunto com as AIS, como estratégia central dos "reformistas" para a constituição do SUS. No entanto, ambas só avançaram no arcabouço institucional, pouco significando para uma "descentralização efetiva das competências das esferas de poder na gestão de saúde". Ao menos, em um primeiro momento.

Foi tal panorama que aumentou, a partir do início de 1985, o forte apelo popular reivindicativo pela Nova Constituição – a fase "pré-constituinte", marcada por intensa participação da sociedade civil.

A Comissão Nacional pela Reforma Sanitária marcou presença também nessas reinvindicações, afinal foi criada com o intuito de levar à constituinte as reivindicações dos movimentos populares em saúde e as demais conclusões consequentes da 8ª CNS. E, como essas discussões passavam muito por um sistema único e descentralizado no setor, sua agenda ficou muito ligada à ideia de redemocratização como um todo.

> Todo o trabalho era em cima de direito dos pobres, direitos dos trabalhadores. A gente ia lá e pensava: 'Putz, esse pessoal sabe mais das coisas do que o pessoal lá na universidade'. Eles sabiam perfeitamente; tinham aquela noção de direito. [...] Porque é gente que veio das lutas, das greves de 77-78-79. E que viu que pela correlação de forças, tinham tido algumas vitórias, mas não conseguira tudo. [...] Querem ver outro slogan que havia e que era dos mais fortes? "A luta faz a lei". E por que a lei é importante? A lei é importante porque ela vai definir os seus direitos. [53]

É perceptível, dessa maneira, que mesmo havendo perdas, houve avanço não apenas em mobilidade como em espaços de reivindicação. Fato que configurou um processo marcado por conflitos e desavenças desde antes de ser instaurado. De um lado, havia os defensores da necessidade de criação de uma Assembleia Constituinte, formada exclusivamente, para tal intuito – a Assembleia Constituinte Autônoma –, que seria dissolvida logo após a Constituição promulgada e cuja proposta era originária em ações dos movimentos sociais; de outro, os defensores de uma Constituinte Congressual, proposta favorável à tese de que a feitura fosse garantida pelos próprios deputados federais e senadores eleitos até a data de 15 de novembro de 1986, permitindo que a Câmara e o Senado permanecessem os mesmos, depois de encerrados os trabalhos e ainda dando poder de acumulação das duplas funções legislativo-ordinária e constituinte. A emenda constitucional promulgada em novembro de 1985, que anunciava a escolha pela Constituinte Unicameral, pode ser entendida como a primeira vitória dos conservadores no processo que se iniciava: ao total foram 559 membros. Entre eles, 487 deputados federais e 72 senadores (o que incluía não apenas os parlamentares eleitos em 1985, mas ainda os senadores cujos mandatos não haviam expirado). [54]

---

[53]Entrevista de Maria Vitória Benevides ao projeto "Em Busca do Processo Constituinte: 1985-1988". Apud BRANDÃO, Lucas C. (2011). P.54.
Cabe ressaltar o fato de que no caso do movimento sanitário "esse pessoal" era majoritariamente oriundo das universidades.

[54] BARROSO, L. R. Vinte anos da Constituição brasileira de 1988: o Estado a que chegamos. Disponível em: http://www.migalhas.com.br/arquivo_artigo/art20081127-03.pdf Acesso em 18 de junho de 2013.

Tal derrota não significou esmorecimento por parte da população, e duas organizações sociais foram formadas com o intuito de garantir um processo constituinte soberano e livre das influências das distorções eleitorais típicas da representabilidade de cada estado. Eram elas: o Movimento Nacional pela Constituinte, lançado em ato público no Rio de Janeiro, ainda em janeiro de 1985, e o Plenário Pró-Participação Popular na Constituinte, criado em São Paulo em fevereiro do mesmo ano. [55]

> O poder constituinte é um fato político, consistindo na capacidade de elaborar e fazer valer uma Constituição. Situa-se ele na confluência entre o Direito e a Política, e sua legitimidade repousa na soberania popular. Nas sociedades democráticas, costuma vir associado a um momento cívico especial, caracterizado pela mobilização ampla do povo em torno de novos valores e de uma nova ideia de Direito. É fora de dúvida que todos esses elementos estavam presentes nas diferentes manifestações do conjunto da sociedade brasileira, que se densificaram nos anos de 1984 e 1985, exigindo o fim do regime militar, eleições diretas e uma nova ordem constitucional (BARROSO, 2008: 11).

O ano de 1986 também foi marcado por intensas mobilizações: desde conferências e encontros regionalizados, até greves e conferências nacionais. Como os dois principais exemplos, tem-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Greve Geral Nacional, deflagrada pela CUT. [56] Nesse turbilhão foi instaurada em 1º de fevereiro de 1987 a Assembleia Nacional Constituinte – ANC – sendo eleito no dia seguinte o Deputado Ulysses Guimarães (principal líder parlamentar de oposição aos militares) como seu Presidente.

3.6. **A formação da Assembleia Nacional Constituinte: principais forças e procedimentos.**

Como a chapa de Tancredo Neves e de José Sarney, mesmo sendo de oposição era uma chapa mista, sendo o último ligado a antigas forças militares. Com a morte de Tancredo, Sarney não tinha nas circunstâncias, força política para não dar continuidade às propostas de campanha de Tancredo. A principal delas era formar uma comissão com pessoas que atuassem em diversas áreas, visando elaborar um anteprojeto que atendesse

[55] Para maiores informações sobre cada uma dessas organizações, ver BRANDÃO (2011).
[56] Neste trabalho, no entanto, não será explorada a Greve Geral Nacional.

aos principais anseios da população e que seria encaminhado à Assembleia Constituinte. A Comissão Afonso Arinos, como ficou conhecida, mesmo apresentando muitos aspectos positivos, enfrentou diversas resistências: não foi, em função disso, encaminhado como um projeto do Governo e quando chegou aos constituintes, foi quase totalmente ignorado. Assim, é iniciado o processo constitucional sem um documento base que funcionasse como um ponto de partida das discussões na ANC.

Lopes (2008), em um trabalho minucioso, descreve as etapas do processo: o início dos trabalhos em 24 subcomissões temáticas, responsáveis por elaborar um documento que seria enviado a oito comissões. Essas, por sua vez, seriam responsáveis pelo processo de sistematização de forma a organizar um projeto de Constituição que seria votado em conjunto pelos constituintes no plenário. Esse longo processo, somando um total de quase 20 meses, foi suficiente para que artimanhas políticas, lobbies corporativistas e empresariais interviessem na direção pretendida ao texto constitucional. Tal processo, no entender de Pilatti (2006: 11), com seus conflitos e mobilizações caracteriza-se por uma intensidade e extensão inéditas na história das Constituintes brasileiras.

> Processo decisório caracterizado pelo dissenso, pela intensa e permanente mobilização de atores parlamentares e extraparlamentares, por votações altamente polarizadas e, ao mesmo tempo – sobretudo em sua fase final –, por uma atividade igualmente intensa e incessante de busca de acordos entre as lideranças das diferentes forças em choque.

Como bem aponta Pilatti, é possível perceber extensas mobilizações extraparlamentares durante esse período, forçando os constituintes a uma prévia elaboração – endógena ou exógena – de um projeto inicial mais globalizante. Tal projeto ficou conhecido como RIAC – Regulamento Interno da Assembleia Nacional Constituinte – e, após serem divididos em dois regimentos provisórios (PR-1/87 e PR-2/87), foi aprovado na sessão de 24 de março. Obviamente, com esse ritmo de morosidade todos os cronogramas estabelecidos foram descumpridos e um quadro que caminhava em direção a uma “paralisia decisória” instaurada.

Perlatto (2009) chama a atenção para o fato de que, mesmo perpassando todas as subcomissões uma tendência descentralizante do Estado e outra antidiscriminatória dos cidadãos, é somente com a etapa da sistematização que esse quadro começa a se alterar. Com uma relatoria que coube a Bernardo Cabral, inicia-se a tentativa de combinar a

tendência de divergências – ainda preponderante – com uma tendência de articulações entre lideranças partidárias. Momento que, sob influência do Deputado Mário Covas (ala mais progressista do PMDB), foi produzido um texto que garantia ampla proteção aos trabalhadores e forte presença do Estado na Economia.

Neste ponto é possível refletir a respeito da participação de camadas da população nas discussões políticas: 122 emendas foram propostas pela iniciativa popular à Mesa Diretora, acompanhadas de milhões de assinaturas para a inclusão de emendas populares. Destas, o fato de, após a verificação, a Mesa ter admitido 83 – mesmo que apenas para cumprir com exigências regimentais da Constituinte – demonstrou a mobilização popular que marcou a cultura política desse momento, um momento em que, cada vez mais, a sociedade brasileira entendia a política como interesse de todos, como tarefa de todos os cidadãos brasileiros. O ritual da coleta de assinaturas possibilitou intensa mobilização e no total foram 12.265.854 em prol das emendas populares. Além disso, os segmentos organizados marcaram presença nas galerias e corredores durante todo o processo da constituinte. Aliás, segmentos não apenas populares, mas também corporativos e conservadores, transformando esse espaço em um verdadeiro caldeirão no qual diferentes forças e estratégias eram mobilizadas, visando pressionar a ANC. [57]

O "Centrão", como era apelidado o "Centro Democrático", era o principal grupo com uma formação liberal-conservadora que tinha, em suas fileiras, políticos de partidos do PMDB, PFL, PDS e PTB; havendo ainda o grupo mais à esquerda formado por políticos do PT e do PDT. É curioso, entretanto, observar que não havia um grupo mais à direita, mesmo existindo um número considerável de conservadores – contrários inclusive à própria ideia da constituinte. Pode-se atribuir a isso a permanência de vários deles diluídos em partidos do grupo principal e atuando nas 'políticas de bastidores'. Essas eram realizadas por muitos com o intuito de eliminar o Centrão, afinal, como bem disse Werneck Vianna (1989: 97), "sem o lugar político do centro, a disputa de interesses move-se para as extremidades e o arbítrio entre os direitos cabe à força". De qualquer forma, entre os constituintes há predominância do centro e fuga das extremidades, em especial, quando se autodenominavam. Nesse contexto, ser visto como 'de direita' era pejorativo para a imensa maioria da população.

[57] Dado extraído de HERKENHOFF, João Baptista. História dos Direitos Humanos no Brasil. Vol. I. Versão digital.

Em Plenário a "guerra" entre conservadores e "progressistas" era cada vez mais acirrada, intensificando a cada ganho de um ou outro. Quando a Comissão de Sistematização encaminhou o projeto para "à esquerda do Plenário" para ser votado, é perceptível a reação das forças liberais conservadoras, que conseguiram impor mudanças substantivas no texto final aprovado (BARROSO, 2008). Enfim, após idas e vindas do Projeto Constitucional formulado pela Comissão, e com dezoito exaustivos meses desde o início da ANC, em 5 de outubro de 1988 é aprovada a Nova Constituição Federal do Brasil.

> A Constituinte passou a ser vista como uma oportunidade por todos os setores da sociedade de imprimirem suas concepções e visões de mundo, definindo os rumos que a nação assumiria a partir de então. Motivados pela mobilização da sociedade civil e pelo surgimento de novos movimentos sociais, a esquerda vislumbrava na Constituinte a possibilidade de uma espécie de 'refundação' do país, ao passo que a direita desejava, se não a permanência total das coisas, ao menos o mínimo de mudanças possíveis, que implicasse na conservação do status quo sob uma roupagem mais moderna (PERLATTO, 2009: 8).

3.7. **Constituição Federal Brasileira de 1988: refundação ou manutenção do *status quo*?**

Até aqui, buscou-se demonstrar os conflitos entre os diversos atores e interesses envolvidos no processo. Voltar-se-á agora, um conciso olhar para os avanços que a Nova Carta Constitucional representou. Faz-se necessário, todavia, manter-se em tela o fato de que os dissensos não ficaram para trás com a Promulgação da Constituição de 1988. Exemplo está no fato de que, no dia seguinte à sua Promulgação, o Presidente José Sarney afirmou a impossibilidade de se governar.

> As contingências foi o fato de que a Constituição, o próprio Presidente Sarney disse no dia seguinte que o país estava ingovernável com aquela Constituição. Eles querem governar. E o sujeito falou assim... Agora o que era ingovernável? O que era ingovernável era o direito social. A ordem social tem o mesmo valor que a ordem econômica, coisa que nunca tinha acontecido em Constituição nenhuma, não tinha nem capítulo de ordem social. Então isso que era não governar. [58]

[58] Entrevista Sonia Fleury, em anexo.

Dividida em nove Títulos – que tratavam dos Princípios Fundamentais, dos Direitos e Garantias Fundamentais, da Organização do Estado, da Organização dos Poderes, da Defesa do Estado e das Instituições Democráticas, da Tributação e Orçamento, da Ordem Econômica e Financeira, da Ordem Social e das Disposições Constitucionais gerais – a Carta Magna teve, antes de tudo, o papel simbólico de garantir a vitória do Estado Democrático de Direito sobre um Estado autoritário.

Por incorporar os direitos sociais e trabalhistas, favorecendo as diversas pautas dos movimentos e possibilitando uma concepção mais igualitária entre os atores sociais, ficou conhecida como Carta Cidadã. Peluso (2011: 2) afirma que ela foi muito mais que uma promessa de regime democrático. Foi a esperança de mudanças sócio estruturais, tendo como marca a

> garantia de direitos sociais próprios a um Estado que tem objetivos declarados de transformação social, redução das desigualdades de renda e de oportunidades, bem como a eliminação das assimetrias regionais que ainda distanciam as unidades da federação.

A aprovação da Constituição, como já analisado, está inserida em um contexto de abertura política, de redemocratização e de inserção de novos substratos da população nas discussões a respeito das necessidades do país. Werneck Vianna (2008) afirma ser este o momento de formulação de um novo espaço de participação, que não apenas extrapola a arena clássica da democracia representativa, como vem associada a um pendor de intervenção nos assuntos de políticas públicas. Forma-se, assim, um cenário no qual as políticas sociais fazem parte de uma agenda reformista. Para Sônia Draibe (2000), a superação da ditadura com o consequente acerto de contas com o autoritarismo implicava reordenar as políticas sociais de modo a atender aos anseios pela ampliação da democracia social, objetivo atingido com a Nova Carta Magna. Vianna (1991: 150) defende que a Constituição de 1988, em especial a parte relativa aos direitos sociais e à seguridade social, é marcada por uma concepção *robin-hoodiana* da política social, pois a aposta quanto à forma de se conter as desigualdades não se dava mais no nível da produção, mas sim, da distribuição. Os "agentes consumidores de bens e serviços públicos – 'clientelas' – seriam, assim, alçados à condição equânime de cidadãos". Sadek (2004) destaca o longo processo de elaboração da Carta de 1988 e aponta que somente assim seria mesmo possível que se costurasse o amplo espectro de demandas dos atores recém-incorporados na cena política.

> A Constituição Brasileira de 1988 levou ao extremo as potencialidades do constitucionalismo característico dos processos de redemocratização, incorporando ao máximo o paradigma normativo. Efetivamente, além de garantir os direitos individuais, típicos do liberalismo, consagrou uma ampla gama de direitos sociais e coletivos e definiu metas. Trata-se de texto essencialmente programático, com os direitos e deveres individuais e coletivos aparecendo antes mesmo da organização do Estado. (...) Somente um texto detalhista poderia sacramentar tantas demandas e garantir formalmente a reconstrução da sociedade e do Estado, tendo por metas o desenvolvimento e a igualdade social. (SADEK, 2004: 80)

No que tange às conquistas do setor saúde, propriamente dito, suas questões ficaram locadas no Título VIII – da Ordem Social –, que englobava temas, desde os direitos indígenas até educação e família. O primeiro Capítulo trata da Disposição Geral e com um único artigo (nº193) afirma que "a ordem social tem como base o primado do trabalho e, como objetivo o bem-estar e a justiça sociais". [59]Coube à saúde uma subcomissão conjunta com a seguridade e o meio ambiente. Seus resultados foram definidos e normatizados no Capítulo II, que tratava da Seguridade Social. O art. 194 define que "a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social". E, em parágrafo único, segue definindo os objetivos que devem servir de base para que o Poder Público pudesse organizar a seguridade social. Bastante interessante é observar como tais objetivos coincidem com as principais bandeiras dos movimentos desde a década de 1970 – entre eles, universalidade e equivalência dos serviços entre os trabalhadores urbanos e rurais – constituindo um marco normativo no que tange aos direitos sociais. [60]

Em uma II Sessão, trata especificamente da saúde por meio de dois dispositivos constitucionais, que se destacam por seguirem em direção às reivindicações dos movimentos pela democratização da área, e por confirmarem a inflexão no entender da relação saúde/doença e cidadão/Estado. São eles: o art. 196 e 198, nos quais estabelece quem – o Estado – e como – por meio da organização de ações e serviços públicos da saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada – esses novos direitos seriam

[59]http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

[60] Observando-se a Constituição como se encontra atualmente, o inciso VII aparece substituído por Emenda Constitucional (nº 20 de 1998), na qual a participação ativa da comunidade é alterada para a versão mais "branda" de organização quadripartite. A menção é válida por ilustrar a tentativa de desmonte, ocorrida ao longo da década de 1990, das conquistas sociais.

efetivados. Traz ainda consigo a possibilidade de efetivação para o sonho de criação do Sistema Único de Saúde, tão almejado pelos militantes do setor.

A Constituição garantiu a descentralização, com direção única em cada esfera do governo; um atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem excluir as assistenciais; e a participação da comunidade. Conquistas que atendem as principais demandas da Reforma Sanitária e que, por isso, fazem com que muitos autores afirmem ter sido a Reforma contemplada pela Carta de 1988. No entanto, na queda de braço por tais direitos, a mão também pendeu na direção dos contrários a eles e foi necessária uma flexibilização em alguns pontos. Todavia, o movimento pela Reforma Sanitária saiu vitorioso. Sonia Fleury afirma terem obtido, inclusive, um ganho maior do que suas próprias forças. [61]

> O que que a gente perdeu ali que não entrou, definitivamente que a gente perdeu: a parte de medicamentos, porque, claro, eram multinacionais, aí o próprio Governo recuou diante da força delas. Tem sido até hoje, um problema, esse domínio das multinacionais pra produção de insumos, não é isso? E a saúde do trabalhador. Essas duas áreas foram eliminadas do projeto original. Essas foram perdas importantes, onde estava a burguesia industrial de um lado e o capital internacional do outro. [62]

Uma característica importante em todo o processo é o fato de que os sanitaristas atuaram em várias frentes, inclusive, em alguns casos, gerando divergências entre si. Novamente Sonia Fleury pode ser um exemplo, pois participou do processo constituinte de 1987 na plenária da seguridade social, o que gerou um atrito com Eleutério, importante nome do movimento sanitário e constituinte, que muito contribuiu para a causa da saúde e para a criação do SUS.

> Porque eu não fui assessorar a Assembleia Nacional Constituinte na área da saúde, eu fui na área de seguridade. A Previdência, esse modelo da Assembleia Nacional Constituinte, de comissões e subcomissões, depois tinha e saiu no relatório final, eles focaram a ideia da seguridade social, mas com dois pilares só, que era saúde e previdência. Eu entrei assessorando o Senador Almir Gabriel, comecei na previdência e saúde, depois passei pra área de seguridade, e aí eu me distanciei dos meus companheiros da saúde por uma questão técnica, ou seja, eu passei a ser defensora da seguridade social, enquanto eles achavam que a seguridade social era uma maneira do pessoal do Ministério da Previdência dar um golpe pra colocar tudo num grande ministériozão que eles fariam. E era. Hoje eu reconheço, que pra

[61] Observando-se a Constituição como se encontra atualmente, o inciso VII aparece substituído por Emenda Constitucional (nº 20 de 1998), na qual a participação ativa da comunidade é alterada para a versão mais "branda" de organização quadripartite. A menção é válida por ilustrar a tentativa de desmonte, ocorrida ao longo da década de 1990, das conquistas sociais.

[62] Entrevista em anexo.

> quem estava na luta, como o Eleutério, que tinha razão, mas tecnicamente não tinha. Então eu briguei rigorosamente com todo mundo, mas publicamente nos debates, e defendendo a seguridade. [63]

Os direitos sociais são universais e presididos pela seguridade social, como o próprio texto constitucional pode comprovar, o que faz com que, de fato, a luta por sua concretização fosse muito mais ampla que defesas setoriais. Porém, foi por meio delas que o grupo de militantes pela saúde configurou-se agindo, muitas vezes, como um polo gravitacional em torno do qual outros movimentos circundaram. Alguns autores, como Maria Lúcia T. W. Vianna, no entanto, defendem que a setorialização subtraiu mais que agregou. [64]

> Então, o que aconteceu com esses intelectuais na verdade? Eu acho que houve uma segmentação que não havia um consenso, na verdade não havia. A ideia da seguridade foi uma ideia, assim, costurada de uma forma muito fraca, porque na verdade o pessoal da saúde queria fortalecer a área de saúde, o pessoal da assistência social queria fortalecer a área da assistência social. Enfim, e o grupo que tinha mais afinidade com a questão da previdência, que estava no ministério da previdência, é que ficou um pouco segurando essas pontas da seguridade.

De qualquer forma, o conceito de seguridade social, obtido na Constituição de 1988, representa um avanço expressivo. E a agenda reformista apresenta uma chave dupla na qual, de um lado, aparece a democratização e, de outro, a melhoria de eficácia e efetividade das políticas de saúde. Tais demandas encontram sua concretização na ampliação dos programas já existentes e na universalização das políticas sociais – mesmo que, muitas vezes, apenas no plano normativo – com o novo texto constitucional.

Mesmo que, por várias vezes, não tenha saído do papel, a Carta Constitucional causa uma importante inflexão no que tange às perspectivas de parcela significativa da população. De acordo com Vianna (1998:11), consegue sagrar temas progressistas e democraticamente construídos mesmo sem dar conteúdo à dimensão simbólica da seguridade social, "ficando o dito pelo não dito". É possível afirmar que a Constituição de 1988 significou uma espécie de refundação do Estado Brasileiro, muito em função da *gran abstracción* (grande abstração) e sua relação com os momentos de "edificação

[63] Entrevista Sonia Fleury, em anexo.
[64] Entrevista em anexo.

social”. *Gran abstracción* compreendida como postulada por Tapia (2003), ou seja, como a ideia de igualdade e de direitos. No entanto, ainda como na teoria desse autor, o valor e o poder daí decorrente também pode resultar em intercâmbio político e, com isso, os anos 1990 chegam e, com eles, a busca pela manutenção do antigo *status quo*.

4. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS: ENTRAVES E FACILITADORES

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Assim ficou definido no artigo 196 da Constituição Federal de 1988. O capítulo anterior apontou para as modificações ocorridas na letra constitucional, demonstrando que as transformações alcançaram a própria concepção do sistema de proteção social no país. Redefinindo o campo de atuação do Estado na área social, a Carta Magna incorporou o conceito de seguridade, o que possibilitou avanços quanto à extensão e regulamentação dos direitos assistenciais, trabalhistas e previdenciários. Porém, como também demonstrado, apesar dos muitos avanços em direção às políticas sociais e das bases de um sistema único já estarem ali garantidas, a sua estrutura não estava. A saúde, a assistência e a previdência social – agora direitos de cidadania – passaram a ser asseguradas no âmbito da Seguridade Social. Essa é a inflexão que normatizou uma refundação do Estado brasileiro como um Estado Democrático de Direito, embora, como será visto, esse processo foi interrompido por aqueles que desejavam um retorno ao histórico *status quo* dominante.

O último ano do governo Sarney foi marcado por uma deteriorização no setor da saúde, fazendo com que ele aproveitasse para demitir quadros ligados ao movimento sanitário e bloquear, enquanto fosse possível, os recursos que deveriam ser repassados ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS. Somada à eleição de Fernando Collor, que não tardou a iniciar o desmonte neoliberal das políticas sociais, formou-se o cenário que marcou o início da década de 1990. Para Gerschman (2004: 180) é possível

> afirmar que, à revelia da lei inscrita na Constituição, os avatares políticos do Governo Collor e do seu Ministro da Saúde marcaram fortemente o setor, afetando o andamento político-sanitário sem deixar nenhuma dúvida quanto à existência da profunda relação entre Reforma Sanitária e democracia.

A Reforma Sanitária que foi uma resposta à crise da saúde, mas que também foi um movimento ideológico e social, trazia consigo a bandeira da democratização do

setor e tinha como lema *saúde é democracia, democracia é saúde*. Configurou-se, desse modo, como uma proposta, um projeto e um processo que, "ao incidir sobre as relações de poder, transformar-se-ia em um movimento político" (PAIM, 2008: 626). Esse movimento foi, em alguma medida, freado com a eleição de Fernando Collor em dezembro de 1989.

O contexto político mundial também representou um entrave à consolidação dos direitos consagrados, pois foi o momento do fim da Guerra Fria e o subsequente redirecionamento das políticas internacionais com clara supremacia do pensamento neoliberal, da defesa do mercado e desmonte das políticas de bem-estar social. Mesmo "remando contra a maré", novamente os movimentos articularam-se e, concentrados nas Plenárias das Entidades de Saúde, as forças em prol da Reforma conseguiram a aprovação da Lei nº 8080, em 23 de setembro de 1990. A Lei Orgânica da Saúde (LOS), como ficou denominada, criava e regulamentava o Sistema Único, com o intuito de consolidar o processo de evolução do sistema público de saúde.

Paim (2008: 626) afirma ser o Sistema Único de Saúde derivado da Reforma Sanitária, correspondendo a uma reforma setorial cuja origem encontra-se "no interior da sociedade civil, a partir de movimentos sociais que combateram o autoritarismo desde os anos de 1970, defendendo a democratização da saúde". Ele segue seu argumento destacando, entre outros elementos, a influência resultante da leitura da experiência de outros países e cita o caso da Itália. A comparação entre a Reforma Sanitária Brasileira e a Italiana é muito comum, embora não seja unânime. Por exemplo, de acordo com Temporão: [65]

> Na verdade a reforma sanitária se alimentou de muitos modelos e muitas influências. Teve a reforma psiquiátrica Italiana, de Bazaglia, teve o modelo inglês, teve o modelo canadense, teve a experiência cubana, teve os médicos de pés descalços da China.

Mas, em contrapartida, Maria Lúcia afirma: [66]

> O caso brasileiro, quer dizer, a grande figura, o grande modelo, assim, foi a reforma no sistema italiano, porque o Berlinguer veio aqui várias vezes. O cara que foi... o Giovanni... Eram dois irmãos, um que era liderança do partido comunista, que era secretário do partido comunista, e o outro era o

[65] Entrevista em anexo.
[66] Entrevista em anexo.

médico que era o mentor da reforma sanitária italiana, que é de 78? Por aí, nos anos 70, que eles fizeram a reforma unificando o sistema.

Sem negar a influência de outros países e movimentos, este trabalho, no entanto, concorda com a predominância do modelo italiano. Acredita-se que ele tenha sido influenciado pelo relatório *Dawnson* e que, posteriormente, adequando-o à realidade da Itália, aquele movimento sanitário desenvolveu o projeto da Reforma Sanitária Italiana que repercutiu na Lei do Serviço Sanitário Nacional. E que essa, por sua vez, foi a influência direta para o Sistema Único de Saúde, bem como aquele movimento para o movimento sanitário brasileiro. Com o intuito de justificar essa afirmação, será feito abaixo, um rápido paralelo. [67]

4.1. **A Influência do Movimento Sanitário Italiano: Giovanni Berlinguer e o Partido Comunista.**

Segundo Possas (1988), enquanto a Itália foi o último dos países centrais a realizar uma reforma sanitária ampla, o Brasil é, por vezes, considerado "o primeiro país do terceiro mundo"; e a importância do modelo italiano para este, reside no fato de ter sido fonte de inspiração para a reforma sanitária brasileira. Na Itália a principal conquista da luta política pela reforma sanitária foi a Lei 833/1978, que deu início à reforma e que começou, na prática, na década de 1960. Fruto de muitas reivindicações do Partido Comunista Italiano (PCI), a Lei da Instituição do Serviço Sanitário Nacional reproduz boa parte da proposta de lei apresentada pelo próprio partido em 1965; esta, por sua vez, já refletia as principais reivindicações da crescente mobilização popular e dos trabalhadores. Mas, ao se falar da aprovação da Lei do SSN, é importante ter a consciência do caminho que ainda estava por vir, bem como do tortuoso itinerário até 23 de dezembro de 1978, data de sua promulgação.

[67] O "Relatório *Dawson*", estudo surgido na Inglaterra em 1920, é considerado um marco na história da organização dos sistemas de saúde. Com uma proposta de implantação de um sistema integrado de medicina preventiva e curativa, coordenado por ações primárias, secundárias e terciárias, transformou-se na base do sistema nacional de saúde britânico e orientou a reorganização dos sistemas de saúde em vários países. Não se desconsidera neste trabalho a influência do mesmo para o caso brasileiro, mas acredita-se que o modelo italiano foi o que repercutiu diretamente, mesmo em função do diálogo existente entre os intelectuais dos dois países.

Havia os grupos de estudo-trabalho dos estudantes de medicina, e, entre uma parte deles, forte negativa quanto à presença do Partido Comunista. O "Coletivo de Medicina" chega até mesmo a adotar uma postura fascista contrária ao PC e à reforma sanitária, proferindo o slogan "Sim à autodeterminação da doença". Era uma espécie de "contrarreforma". Já os profissionais do setor da saúde – ao contrário de países como a Inglaterra, os EUA e o Chile – não se opuseram à reforma de forma ampla e frontal, preferindo a adoção de uma postura de "nem aderir, nem sabotar". A Lei, talvez mesmo em função disso, não faz nenhuma escolha definitiva quanto à obrigatoriedade de que os sanitaristas passassem a depender do Serviço, podendo manter suas atividades de tipo liberal.

Ao analisar a nova lei, Berlinguer (1988: 54) argumenta, reproduzindo o artigo 32 da constituição italiana, que ela já especificava a saúde como responsabilidade da República. "A República tutela a saúde como fundamental direito do indivíduo e interesse da coletividade". O que a reforma sanitária fez foi oferecer o instrumento para tal efetivação mediante o SSN. Sua proposta pode ser resumida em cinco pontos: a ampliação das lutas pela saúde; o estabelecimento democrático dos poderes; a prioridade real à prevenção; a capacidade de programar os serviços e a qualificação técnico-científica.

Embora seja possível pensar que o ideal fosse adequar o plano sanitário ao plano econômico, a empiria demonstrou que os resultados foram mais positivos quando adequados às exigências da saúde. Com uma relação inversamente proporcional no que tange à saúde e à despesa, a realidade italiana foi um exemplo disso: quanto mais crescia a despesa, mais decrescia a saúde. Tal relação contraria, desse modo, o dueto que compreende o aumento da despesa como implicando, automaticamente, em aumento da saúde. A lógica da organização sanitária existente sobressaltava as desigualdades sociais e adulterava as relações humanas e ambientais, ao mesmo tempo em que as mascarava. "Ofuscava-se, assim, no cidadão, a consciência de tais distorções e impedia-se a mudança social, mesmo estando ela historicamente madura". Era o contraste entre o lucro privado e a saúde pública que estava latente no período que antecedeu a reforma (BERLINGUER, 1988: 35).

A moderna indústria sanitária com a pressão capitalista do consumo vinculado à indústria farmacêutica, às consultas médicas e aos exames, é responsável pelos gastos

sanitários. Mas, como dito acima, estes, cada vez mais rentáveis, não rendem saúde à população. Berlinguer (1988) afirma haver então a necessidade de se cultivar a saúde na sociedade; cultivá-la, ao invés de consumi-la, como qualquer outro produto. É mais cultural do que mercadológico, o que não significa afirmar a ausência da necessidade de novas e melhores tecnologias.

Este quadro fez com que, no começo das lutas pela saúde na Itália, as reivindicações populares – até mesmo do PCI – estivessem voltadas para as ampliações dos direitos assistenciais existentes, a todas as categorias, em especial, às classes menos favorecidas. Novamente o Partido Comunista foi vanguarda na discussão e em uma das reuniões de seu VIII Congresso, em 1956, defendeu um sistema geral de seguro social estendido a toda a população, custeado pelo Estado e garantido na Constituição. No começo da década de 1960, o movimento operário italiano, conscientizou-se acerca da relação entre as exigências de saúde e a organização produtiva, e de como a política sanitária poderia melhorar suas condições de vida e de trabalho. Foi a partir daí que o processo da reforma sanitária iniciou-se na Itália.

Outro grupo que sempre esteve atento a estas questões e sua importância para a vida democrática e a transformação das instituições foram os intelectuais. Alguns de dentro dos partidos, outros dos sindicatos, na Academia, ou ocupando mais de um lugar de debate e reivindicações. Sempre que Giovanni Berlinguer referia-se às lutas pela saúde, atribuía importante papel às pesquisas, aos especialistas e aos intelectuais. Os institutos de pesquisa estão sempre em voga, colaborando para a elaboração de um plano sanitário com bases nas exigências da saúde. Em 1976, a

> Academia Internacional para as Ciências Econômicas e Sociais apresentou um estudo sobre a reforma sanitária, fruto de pesquisas e debates conduzidos por nomes conceituados na matéria específica ou no mundo do trabalho. [...] Academia e seus estudos [...] tem dado, porém, junto com os movimentos de massa e as ideias reformadoras, a maior contribuição ao Serviço Sanitário Nacional (BERLINGUER, 1988: 38).

Na Itália, o início da mudança na consciência dos trabalhadores da tríade indenização-terapia-ressarcimento para a ideia de uma política de prevenção, iniciou-se com as experiências de luta pela saúde e por duas reuniões muito importantes no plano sindical e político; a primeira referente à promovida pelo PCI, entre 28 de fevereiro e 2 de março de 1963, e a segunda, ao INCA-GGIL, entre os dias 17 e 19 de abril de 1964.

Após três anos deste último evento, o movimento pela reforma ganhou força, sendo sempre apoiado pelos intelectuais.

Assim, ao contrário do que quis fazer parecer o governo, não foram eles os responsáveis pelo estopim da reforma. E, como já mencionado, a Lei, antes de encerrar a reforma, conduziu as discussões necessárias ao apresentar os obstáculos e armadilhas de forma mais contundente do que no passado. A reforma sanitária dependeria para seu sucesso de uma renovação da direção política, afinal, os que lá estavam, foram contrários aos ideais da reforma, somente aceitando-os quando já consolidados culturalmente e organizados na forma de funcionamento. O risco de que os partidos conservadores tomassem a frente da efetivação da reforma, poderia alterar sua configuração em pontos fundamentais. Berlinguer salienta que, mesmo com a participação de alguns incentivadores da reforma entre os democratas-cristãos e com a participação e contribuição de outros partidos, foram o Partido Comunista Italiano e o Partido Socialista Italiano que promoveram, sustentaram e afirmaram a tese do SSN.

De forma mais precisa, foi feita a opção para que a assistência de base, acompanhada de delegação de funções administrativas às regiões, fosse o ponto de partida da reforma. A cargo das prefeituras ficaram todas as funções sanitárias que não estivessem incumbidas ao Estado ou às regiões. E foram elas, as Unidades Sanitárias Locais – USL – que promoveram muito da passagem do papel à realidade.

Seus princípios baseavam-se na totalidade das intervenções em matéria de prevenção, cura e reabilitação; paridade dos cidadãos em relação ao Serviço; característica unitária de intervenções entre instituições públicas e privadas que exercessem atividades que tivessem, contudo, repercussões sobre o estado de saúde dos cidadãos; implicação dos cidadãos na realização do Serviço, graças a formas de participação, para garantir um controle não institucional sobre o seu funcionamento e sobre a sua eficácia aos diferentes níveis de intervenção.

> O Serviço Sanitário Nacional assim se chama por motivos precisos: é um serviço, não uma entidade ou um instituto separado do corpo estatal; é sanitário, não apenas médico-terapêutico, mas preventivo-ambiental; é nacional, isto é, tendencialmente unificador, mesmo se administrativamente descentralizado. A reforma pode ser, então, um terreno de ação privilegiado, não apenas para melhor assistir aos italianos (o que já será muito longo e difícil), mas para uni-los em uma obra de renovação (BERLINGUER, 1988: 3).

Essas ideias reverberaram para além da Itália e extrapolaram o tema sanitário. Mesmo sendo necessário que não se perca de vista as diferenças contextuais que envolvem os dois países – em especial, as diferenças relacionadas aos momentos histórico-políticos de cada um deles – a Reforma Sanitária Italiana quando comparada à trajetória da Reforma Sanitária Brasileira, apresenta vários elementos em comum. Entre eles, a participação dos estudantes de medicina no processo de consolidação do movimento, a influência do Partido Comunista – mesmo que, no caso do Brasil, estivesse na clandestinidade, foi um dos principais mobilizadores dos movimentos sociais –, a manutenção de atividades do tipo liberal por parte dos profissionais da saúde, o contraste entre o lucro privado e a saúde pública, a postura dos profissionais. Quanto a esse último ponto, é necessária uma observação, pois ao contrário do que ocorreu na Itália em que os profissionais não se manifestaram, aqui eles participaram ativamente na luta pela saúde. Porém, quando a Constituição foi promulgada, divergências que anteriormente foram colocadas de lado em prol da redemocratização, vieram à tona e muitos desses profissionais passaram a agir corporativamente.

Os cinco princípios do Sistema Sanitário Nacional, apontados acima, muito se assemelham às principais diretrizes do Sistema Único de Saúde. Além disso, no Brasil também foi feita a opção para que o começo da redemocratização da saúde fosse determinada pela ampliação dos direitos assistenciais e, quanto ao SUS, também houve uma aposta na regionalização como possibilidade de efetivação da reforma sanitária.

Por fim, o artigo 32 da Constituição Italiana – "A República tutela a saúde como fundamental direito do indivíduo e interesse da coletividade" – determina o mesmo que o artigo 196 da Constituição Brasileira – "A Saúde é direito de todos e dever do Estado". Em ambos os casos, todavia, o sucesso ou não da Reforma estava condicionado a uma renovação da direção política, fato que não ocorreu.

4.2. **A Lei Orgânica da Saúde – LOS – e as engrenagens políticas da década de 1990.**

> O movimento sanitário havia conseguido inscrever na Constituição um modelo complexo de efetivação do poder da base, desdobrado na Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). [68]

Collor, entretanto, vetou temas caros aos interesses da Reforma Sanitária. Entre eles, a participação da comunidade, demarcando claramente a posição contra hegemônica ao processo de democracia participativa que estava sendo construído desde meados da década de 1970 e que se cristalizou na Carta de 1988, demonstrando sua assimilação à política neoliberal. Ao vetar a lei da saúde, Collor contribuiu, no entanto, para colocar o "bloco na rua", fazendo com que o movimento sanitário fosse rearticulado e pressionasse o legislativo para que este tomasse uma posição. O resultado foi a aprovação da Lei 8142, em 28 de dezembro do mesmo ano. Esta "dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde – SUS – e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde". Além disso, definiu diretrizes para o Fundo Nacional de Saúde e regulamentou duas instâncias colegiadas, garantindo o sistema participativo de baixo para cima: as conferências e os conselhos de saúde. [69]As Conferências Nacionais de Saúde deveriam ocorrer a cada quatro anos e os Conselhos de Saúde seriam organizados em cada esfera do governo, sendo a representação dos usuários paritária ao conjunto dos demais segmentos.

Destarte, com a regulamentação do SUS, os temas previstos na Constituição Federal ganharam maior enfoque. São eles: a universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, integralidade dos cuidados assistenciais, regionalização e integração dos serviços de saúde, implementação de distritos sanitários, desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e desenvolvimento de uma política de recursos humanos. A LOS garantia também em seu artigo 43, a gratuidade dos serviços prestados, visando impedir que a igualdade de assistência fosse dificultada por "uma barreira econômica além das já existentes, como a distância dos serviços, o tempo de

---

[68] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. P. 112.

[69] www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/|8142.htm

espera, o horário de funcionamento, a expectativa negativa quanto ao acolhimento, além dos fatores educacionais e culturais" (MERCADANTE, 2002: 15).

Na tentativa de efetivação dos pressupostos da lei orgânica, os responsáveis pela elaboração do novo sistema consideraram necessária uma redefinição da relação entre os três níveis de governo: União, estados e municípios. Ao Ministério da Saúde coube uma ênfase na prestação de serviços mais direta de caráter supletivo, a responsabilidade pela estratégia nacional do SUS – do planejamento à auditoria, bem como sua regionalização –, a coordenação dos serviços assistenciais de alta complexidade e, por fim, a regulamentação da relação com o setor privado. Aos estados, coube a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços. Mas o principal foco da LOS era a ideia de municipalização, cabendo às Secretarias Municipais não apenas a gestão e execução das ações dos serviços públicos de saúde, mas também seu planejamento, controle e avaliação (MERCADANTE, 2002).

Esse arranjo institucional permite que as políticas públicas de saúde sejam planejadas de acordo com o que Oliveira (2006) definiu como a terceira visão de planejamento e implementação de políticas públicas. Esse modelo prioriza mecanismos de gestão como monitoramento, auditorias e reuniões técnicas de acompanhamento das políticas.

Nessa época, Fernando Collor já estava bastante enfraquecido politicamente e sem aliados, o que somado às manifestações populares ao longo de todo o país, levou ao processo que desembocou em seu *impeachment* em 1992. Seu vice, Itamar Franco, assumiu a presidência, permanecendo no cargo até janeiro de 1995. Itamar manteve a linha hegemônica da política neoliberal e Jamil Haddad – Ministro da Saúde no período Collor – permaneceu na pasta ministerial, mas avançou-se no processo de descentralização da saúde.

A descentralização deveria ocorrer, não apenas como transferências de atribuições de um poder central hierarquizado – a União – aos outros de forma mecânica, mas também deveria ultrapassar o limite do texto, efetivando-se de maneira concreta. A ideia era uma transferência real do poder político decisório no âmbito gestor. Essa descentralização, além de mais democrática, seria ainda mais eficiente. Nesse processo, os municípios ganharam muita força, uma vez que, além do respaldo legal obtido em 1990, em 1993 foi aprovada a Norma Operacional Básica – NOB/93 –,

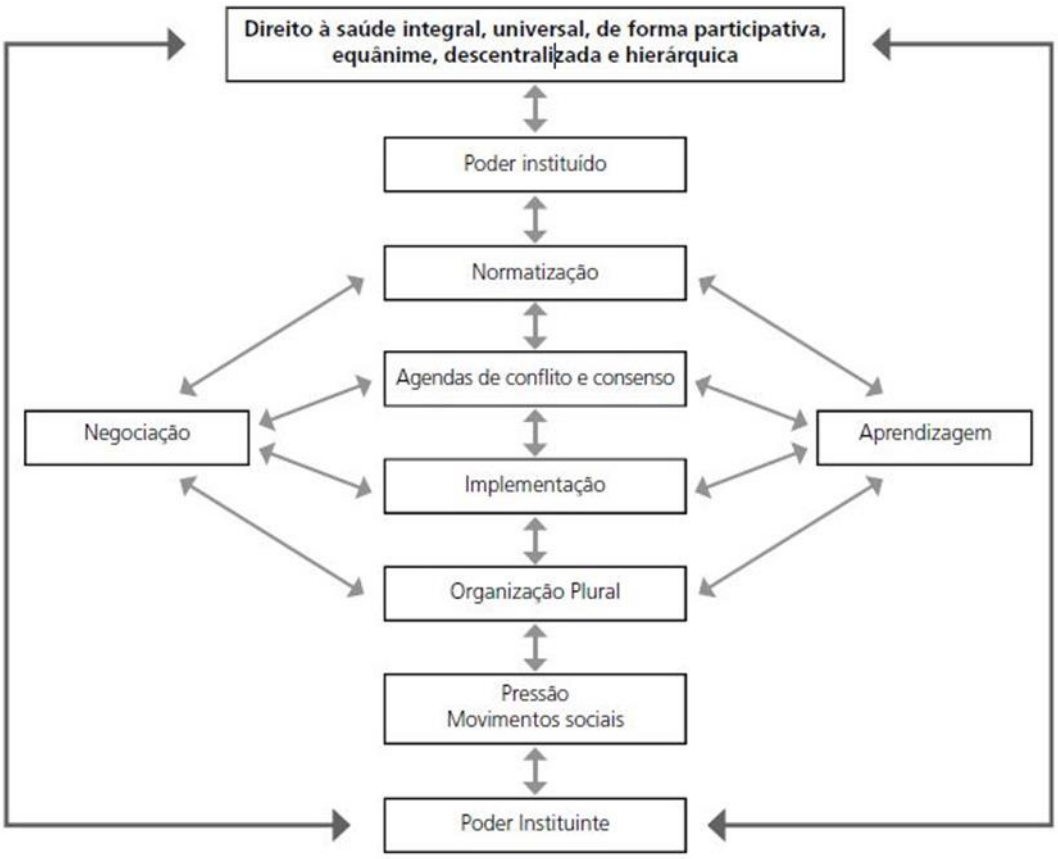
determinando que os repasses fossem realizados diretamente entre eles e a União, sem o intermédio dos estados, o que fortaleceu a relação entre governo federal e municípios. [70] Ocorreu, portanto, uma espécie de redistribuição de forças políticas no cenário nacional.

É importante ressaltar, entretanto, que nem sempre a municipalização e descentralização resultaram em casos de sucesso. A "redistribuição" de forças também gerou muitos conflitos e desentendimentos tanto com as responsabilidades de cada um dos entes, como em relação aos repasses de verbas e sua administração (NORONHA e LEVICOVITZ, 1994). Apesar de o artigo 47 da Lei Orgânica ter estabelecido a real competência entre eles, estipulando-se um prazo para a efetivação dos novos direitos consubstanciados no SUS, foi necessária a Lei 8142 para regular as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, visando acabar com o "jogo de empurra-empurra" entre as três esferas do governo.

Até aqui é possível representar o percurso traçado neste capítulo com o fluxograma abaixo:

[70] As NOBs – Normas Operacionais Básicas – têm sua primeira edição durante a gestão de Jamil Haddad no Ministério da Saúde. Elas surgem com o intuito de regulamentar e disciplinar o processo de descentralização das ações e serviços do Sistema Único de Saúde – SUS.

A influência do poder instituinte na implementação dos direitos conquistados.



Observa-se, desse modo, que a ideia de uma sociedade política capaz de, por meio da pressão dos movimentos sociais, intervir em uma via de mão dupla de negociação e aprendizagem com o poder instituído é fundamental para a efetivação dos direitos normatizados.

Porém, a despeito da ascensão das lutas democráticas e dos movimentos sociais, que conferiam forte legitimidade para a realização de reformas efetivas, muitas adversidades fizeram-se presentes, dando início a um projeto de contrarreforma, no qual os interesses hegemônicos neoliberais impuseram-se em detrimento dos direitos sociais. Bravo (2006) salienta que, enquanto política social, a possibilidade de avanço do SUS ficava extremamente comprometida com esse contexto, pois imperava o desrespeito no princípio da equidade da alocação dos recursos públicos, o afastamento do princípio da integralidade e uma priorização da assistência médico-hospitalar em detrimento de ações preventivas. De acordo com Gerschman (2004: 181), cria-se uma "situação *sui*

generis como a de ter apenas conseguido contemplar na Constituição o modelo de saúde a ser aplicado no País, sem as condições necessárias para efetivá-lo".

Assim, Paim (2008: 630) afirma que:

> Compreendendo a questão saúde como objeto de ação política das classes dirigentes que controlam o Estado e seus aparelhos, caberia observar no processo político como se enfrentam as forças sociais diante dessa questão, sejam classes, frações de classe, grupos de interesse, corporações ou movimentos em duas conjunturas: a da transição democrática (da fundação do CEBES à Constituição de 1988) e a pós-constituinte (1989 a 2008).

Na conjuntura da transição, as lutas populares foram capazes de se expressar na saúde e fazer alianças com setores da classe média como apontado no capítulo três. Ainda segundo Paim (2008: 231), a saúde teria um "caráter dual – valor universal e 'núcleo subversivo da estrutura social', possibilitando a construção de alianças suprapartidárias e policlassistas, de um lado, e demandas sanitárias, de outro". Entretanto, como demonstrado até aqui, após a Promulgação da Nova Constituição, os arranjos e alianças que haviam sustentado a luta pela Reforma Sanitária ficaram enfraquecidos, havendo rupturas e a institucionalização de movimentos e intelectuais vinculados à reforma. Gastão Wagner, ao comentar sobre algumas lideranças do movimento sanitário e as eleições estaduais ocorridas em 1988, afirma que muitos desses quadros foram institucionalizados. [71]

> Eu brinquei muito com o David lá e ele até botou o nome no livro Remando Contra a Maré, lá em Santos, né? Esta expressão remando contra a maré que eu comecei a brincar era porque era um projeto de socialização, de ampliação do estado, do servidor público, no auge do liberalismo, no auge do discurso neoliberal e no auge do desmonte e cooptação dos movimentos sociais. Depois com a chegada do PT ao governo, eu acho no final de 90, porque o PT era liderança preocupada com o movimento sindical e esse povo vira gestor, vira... Então é uma época de esvaziamento, de descrédito da representação.

Ao ser questionada sobre a afirmação de que o movimento pela saúde esteja esvaziado, Sonia Fleury traça um panorama que vai até o governo Lula. [72]

> Talvez hoje a gente tenha muita gente dentro das instituições e pouca gente mais vinculada aos movimentos. Então, por exemplo, quando eu refiz a refundação do CEBES foi nesse sentido de fortalecer a sociedade civil, porque eu falei já chega de institucionalidade. Aí dentro o limite está muito

[71] Entrevista em anexo.
[72] Entrevista em anexo.

> gasto. Ou a gente vai pra luta na sociedade de novo... E aí a gente rearticulou, como todos os outros grupos na área de seguridade social, nós conseguimos fazer uma luta importante contra o projeto do Lula de reforma tributária, porque acabava com as vinculações pela seguridade social. E a gente expôs no Congresso, a gente fez audiência pública, eu falei, briguei com as economistas lá, ou seja, eu falei em nome da sociedade civil, pela CNBB, pelos vários movimentos. A gente teve uma articulação completamente diferente, não está na área de saúde, está na área já da seguridade social, tentando defender a seguridade que está sendo constantemente ameaçada.
>
> Então tem a luta da saúde, tem essas outras articulações, tem o pessoal do movimento popular na área de saúde, que é uma outra linha mais política, mas que está dentro do CEBES também, tem lugar no CEBES.

Ao analisar o mesmo tema, Maria Inês Bravo considera que a divisão do Partido Comunista, em 1993, contribuiu para a intensificação das divergências do movimento sanitário, e critica a forte institucionalização do movimento que, para ela, foi responsável pela desmobilização social. [73]

> Enfim, mas eu vejo que nós tivemos vitórias, e eu acho que um erro que foi cometido pelo movimento da Reforma Sanitária foi de que na transição, principalmente no primeiro momento da transição, de 85 a 87, mais ou menos, a priorização do movimento da reforma sanitária foi ocupar o Estado. Eu acho que, na minha leitura gramsciana, eu acho que é fundamental você ocupar o Estado também, nas contradições, etc, mas você não pode deixar a sociedade civil, ou seja, você não pode abrir mão da articulação que a gente tinha com os movimentos sociais. E aí a maioria dos sujeitos sociais envolvidos na Reforma Sanitária foi para dentro do aparelho do Estado. E o CEBES ficou inclusive fragilizado, porque você não tinha gente para continuar o trabalho com os movimentos sociais.
>
> O espaço de articulação do movimento social tem que ser independente da institucionalização, ou seja, eu defendo o espaço institucional, mas acho que tem que ter um espaço diferente.

A forte mobilização que precedeu ao processo constituinte foi seguida de sedição, divergências e refluxos dos movimentos sociais.

4.2.1. Unicidade, racha ou corporativismo?

A. Um "giro fundador"?

[73] Entrevista em anexo.

Desde a implantação das grandes empresas estatais na década de 1950, existem políticas de benefícios, diferenciadas para esses trabalhadores, entre elas, esquemas próprios de assistência médico-hospitalar. A partir daí surgiram, nos anos 1960, empresas médicas – como cooperativas e medicina de grupo – voltadas para o atendimento de segmentos de trabalhadores da indústria de transformação e metalurgia. No decênio de 1970, ocorreu a intensificação do processo de construção do ideário da Reforma Sanitária, contando com apoio maciço de movimentos populares, sindicatos e partidos de esquerda. Porém, Temporão destaca um marco crucial no que tange ao setor privado: [74]

> no mesmo momento em que você tem esse gigantesco consenso em cima de uma agenda estratégica de mudança, um dos setores de vanguarda desse movimento que era os trabalhadores organizados de São Paulo, acenavam que apoiavam a estruturação de um sistema universal, mas ao mesmo tempo negociavam com os trabalhadores o seguro saúde, a medicina de grupo. A medicina de grupo começa em São Paulo nos anos 50. (...) E essa contradição, que naquele momento não aparecia, porque era uma questão muito específica, era basicamente São Paulo, quase que só, e para um setor, os metalúrgicos. Era um pessoal que trabalhava na indústria automobilística. Mas na verdade essa contradição foi se mantendo e ela se expressa hoje, igualzinho. Se você chegar para qualquer um, para a CUT: "Claro, a gente apoia o SUS", mas para os seus trabalhadores, segurados e familiares, planos e seguros.

O crescente número de planos de saúde e assegurados na sociedade brasileira é frequentemente apontado por analistas do assunto. É ainda Temporão que afirma o fato de que

> essa contradição está na raiz do movimento. Naquele momento era uma coisa, digamos assim, de muito menor expressão do que hoje. O último número que eu tenho é que 33% da população já usa plano seguro saúde.

Dados como esse, demonstram que o SUS não conseguiu ser o sistema único dos brasileiros, tendo ocorrido uma evasão das camadas com maior poder aquisitivo.

> A inserção de categorias privilegiadas de trabalhadores em formas privadas de assistência não favoreceu a constituição de uma coletiva e de valores solidaristas. Por estarem incluídos previamente em formas privadas de atenção vinculadas ao contrato de trabalho, esses segmentos, na prática, deram sustentação à assistência privada e constituíram um veto implícito à universalização da assistência pública (MENICUCCI, 2009: 1621).

[74] Entrevista em anexo.

Mas os sindicatos do ABC não foram os únicos a agirem corporativamente. A categoria médica também se articulou de modo a priorizar seus próprios interesses.

B. Ao sabor do momento.

O papel corporativo desenvolvido pelos médicos nas duas conjunturas destacadas por Paim (2008) pode ser um dos elementos explicativos para a não completude da Reforma e, mais ainda, pela presença tão intensa de elementos privados no sistema. A princípio, no momento em que se constituía o processo de luta e mobilização pela reforma na saúde, o movimento médico, que estava achatado enquanto categoria trabalhista em função da ditadura, atuou como um agente mobilizador e foi capaz de influenciar a classe média brasileira.

> O período compreendido entre 1976 e 1986 foi marcado pela presença política do movimento médico tanto nas lutas específicas da categoria pelos direitos trabalhistas quanto nas críticas ao Sistema Nacional de Saúde vigente à época, e também pela participação dos médicos no processo de democratização do país (GERSCHMAN, 2004: 149).

Essa foi a época do Movimento de Renovação Médica (Reme) que chegou mesmo a se constituir como um braço do Movimento Sanitário. Uma vez vencido o regime militar, identifica-se um segundo momento, no qual os médicos mudaram sua atuação, visando atender seus interesses corporativos. Como eram mais organizados e atuavam corporativamente, eles conseguiram refletir melhor suas demandas e, em decorrência disso, detinham maior poder de barganha. Conseguiram dessa forma barrar, na prática, algumas das principais mudanças previstas na Reforma.

Não se pretende, porém, atribuir à categoria, todas as mazelas do processo de implementação, nem afirmar que não houve médicos que continuassem defendendo os ideais do movimento pela saúde. O Movimento Médico, seus sindicatos e cooperativas seriam compreendidos como um pêndulo nesse período, movimentando-se de acordo com os interesses da categoria ou da Reforma, a depender da conjuntura política.

Esta sim foi a grande vilã, pois como bem apontado por Berlinguer (1988) o sucesso da reforma sanitária depende de uma renovação de direção política, de quem está na cúpula do país, pois os que lá estavam, já foram veementemente contrários a

essas modificações e só pactuaram com elas, em um plano abstrato, para se manterem no poder. Caso explícito do que ocorreu, no período, no Brasil: com a eleição de Fernando Collor de Mello, ficou nítida a tentativa de impedir que as mudanças conquistadas com a Nova Constituição fossem consolidadas e uma nova crise no setor da saúde, instaurou-se – antes mesmo que se pudesse usufruir das recentes vitórias.

4.2.2. Alternativas e diferenças territoriais.

A Carta de 1988 inaugurou diversos mecanismos de articulação entre as esferas de governo e entre estas e a comunidade. Entre esses mecanismos, encontra-se o advento de um processo participativo com a criação de novos órgãos de representação, que abriam a possibilidade para que as comunidades exercessem um controle social ativo sobre as instâncias decisórias. A participação da sociedade na organização do sistema público de saúde é um avanço que permite o controle social das políticas públicas e, em decorrência, a possibilidade de interlocução. Foram criados os fóruns setoriais, as Conferências nacionais, estaduais e municipais com periodicidade pré-definidas e os Conselhos de Saúde. Tais instâncias correspondem à visão "politicamente correta" do quarto modelo de implementação proposto por Oliveira (2006). Neste, a ideia de planejamento e execução de políticas públicas apresenta forte ênfase na participação da sociedade civil. Entretanto,

> os projetos societários compartilhados com o Estado, expressos na letra Constitucional em diversos campos de política social de seguridade, saúde, educação, habitação, e que caracterizaram o início da democracia, se tornaram "confluência perversa entre um projeto participatório construído, a partir dos anos 80, ao redor da extensão da cidadania e do aprofundamento da democracia, e o projeto de estado mínimo que se isenta progressivamente do seu papel de garantidor de direitos sociais" (GERSCHMAN, 2004: 1673).

Tal diagnóstico não implica em dizer que avanços inexistiram, sendo possível identificar casos de mudanças positivas e propositivas. Campos (1997) ressalta a experimentação bem sucedida de vários municípios, em que se demonstrou a potencialidade dos modelos de atenção "recém-inventados" – cidades nas quais o sistema de saúde avançou muito. Lamenta, por outro lado, não serem estas a maioria e, comentando sobre o descaso enfrentado por grande parte das localidades, defende a

composição de um bloco coeso na divulgação de tais experiências e na ininterrupta tarefa de se analisar e criticar os modos de fazer saúde.

Como o Sistema Único de Saúde foi planejado, visando o protagonismo dos municípios, os sucessos e insucessos de sua efetivação também poderiam ser vistos regionalmente; e, se houve casos claros em que as prefeituras tudo fizeram para impedi-la, houve outros em que os processos foram respeitados e os programas deram certo. Exemplo de experiência bem sucedida é a cidade de Santos, litoral paulista. Em 1989, Telma de Souza assumiu a prefeitura e David Capistrano Filho, um dos principais nomes do movimento sanitário, assumiu a secretaria da saúde, reformulando toda a estrutura do setor e inovando em projetos de assistência universal, como o pioneiro programa para os soropositivos e seus familiares.

> Neste sentido, as diretrizes ético-políticas do SUS, transcritas no texto constitucional, tomaram distintas feições ao se transformarem em projetos operativos de sistemas locais específicos. É possível identificar-se certo padrão dominante de modelo técnico-assistencial implantado na maioria dos municípios (CAMPOS, 1997: 116).

É perceptível como os progressos em consonância com a nova legislação vigente estão muito relacionados às políticas públicas, desenvolvidas em cada uma das esferas federais. Desse modo, à medida que os gestores desenvolvem projetos mais equânimes e possibilitam maior participação social, maiores são as chances de se obterem resultados satisfatórios. Gerschman e Viana (2005) argumentam que, do perfil de financiamento fiscal e setorial decorrentes da descentralização na saúde, verifica-se dois SUS, um mais dependente dos recursos da União e outro mais autônomo. O primeiro caso seria mais frequente nas regiões norte e nordeste e em municípios menores e o segundo, no sul, sudeste e grandes centros. Em função da conjuntura política regional e da diferença quanto a aplicabilidade da lei entre as regiões e municípios é que se verifica as diferenças entre avanço, estagnação e mesmo, retrocesso das políticas de saúde.

4.2.3. As Normas Operacionais Básicas, uma nova tentativa ou inconstitucionalidade?

A Norma Operacional Básica 01/91, ou portarias inampianas como eram denominadas pelo Ministério da Saúde, foi uma sequência de medidas que fugiram aos preceitos legais da Lei Orgânica e consolidaram as práticas que eram implementadas desde o começo do governo Collor. Essa norma foi editada três vezes por ter sido contestada, devido a sua origem no INAMPS, depois foi reeditada pelo MS e, após seis meses, revisada. Logo na sequência, foi editada a NOB 01/92, que apenas deu continuidade a anterior, sem trazer grandes modificações. Ambas, na gestão de Alceni Guerra à frente do Ministério da Saúde. "Foi solicitada a contribuição de várias pessoas no sentido de aprimorá-la. Mas os óbices e ilegalidades maiores, continuariam como continuaram intocáveis" (CARVALHO, 2001: 439). Levcovitz *et all* (2001: 274), apesar de reconhecerem nessas duas Normas Operacionais, uma tentativa por parte da União para voltar a centralizar a receita tributária e apontarem as críticas que frequentemente são endereçadas a ambas, defendem-nas, afirmando que

> provavelmente, a ampliação do envolvimento municipal na construção do novo sistema de saúde tenha sido o principal avanço proporcionado pelas portarias do MS e pelas NOB SUS 01/91 e NOB SUS 01/92. Assinale-se ainda que os secretários estaduais de saúde não foram capazes, técnica e politicamente, de promover uma articulação apropriada para propor outro modelo de relacionamento e financiamento.

Após a derrocada do governo Collor, o Ministério da Saúde saiu fortalecido, possibilitando o retorno dos principais atores, vinculados ao movimento sanitário a essa instância. No curto período de Itamar Franco à frente da Presidência, houve uma desaceleração do ímpeto reformista, mesmo que a orientação liberal-conservadora tenha sido mantida. Apesar da crise de financiamento no SUS persistir, o sistema único de saúde fortaleceu-se do ponto de vista institucional. O regresso destes atores, motivado pelo diagnóstico de que não se avançou na construção do marco institucional necessário à organização do sistema descentralizado, revelou o papel central da descentralização na estratégia de continuidade da Reforma Sanitária.

Mantendo essa conjuntura em tela, ocorreu a IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992, cujo tema "Sistema Único de Saúde: a municipalização é o caminho" promoveu uma ampla discussão sobre as dificuldades encontradas até ali e apontou para a construção de estratégias de repasse de verbas aos estados e municípios. Suas discussões fomentaram também a criação de um Grupo Especial de Descentralização – GED – composto por membros do MS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde –

CONASS – e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, responsável pela elaboração do documento "Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de fazer cumprir a lei" que deu origem à Norma Operacional Básica – NOB 01/93, instituída pela portaria nº 545/93, que regulamentava o processo de descentralização da gestão das ações e serviços públicos de saúde. [75] Carvalho (2001) salienta que, embora tal documento tenha sido uma declaração de princípios que embasou a portaria, estes não faziam parte dela. Grupos-tarefas para discutir e propor saídas para questões como financiamento, desenvolvimento científico e tecnológico, recursos humanos, planejamento e orçamento, informação, qualidade da assistência, incentivo à participação, controle social, entre outros, foram criados.

> Para operacionalizar a pactuação, negociação, articulação e integração foi colocada em prática e incentivada a Comissão Intergestores Tripartite criada no ano anterior por pressão dos estados e municípios, mas que de parte do Ministério da Saúde nunca funcionou. A NOB 93, além de tripartite e nos mesmos moldes, orientou a criação, em cada estado, da Comissão Intergestores Bipartite com representação do Estado e do conjunto de municípios através dos Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde (CARVALHO, 2001: 440).

A institucionalização do pacto foi uma conquista que permaneceu.

> A CIT e a CIBs foram a afirmação positiva de que entre um processo descentralizatório irresponsável seguido de furores recentralizadores aconteceu também um movimento de descentralização compartilhada e corresponsável. A persistência desse movimento, previsto na instituição do SUS, talvez seja uma demonstração do acerto (CARVALHO, 2001: 440).

No entanto, o ímpeto transformador vinha acompanhado de uma percepção de que mudanças bruscas deveriam ser evitadas para não comprometer a operacionalização do sistema. Em função de tal compreensão, a NOB 93 trouxe embutida a estratégia de um período de transição para que suas determinações fossem colocadas em prática. Essa opção justificava-se pelo entendimento da diversidade dos entes subnacionais quanto à capacidade e disposição em assumir responsabilidades na gestão das ações e serviços. O modelo de descentralização compreendia, portanto, modalidades de gestão variadas, com graus de responsabilidades administrativas e financeiras crescentes, podendo-se configurar em gestões incipientes, semiplenas ou plenas.

> Para isso regulamenta e estipula condicionalidades à execução descentralizada do SUS, através da criação de níveis transicionais crescentes

[75] Informações disponíveis em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/legislacao/legislacao.php, Acessado em setembro de 2013.

> e coexistentes de gestão municipal e estadual, com competências e capacidades administrativas distintas. (...) A imagem objetivo final para o sistema de saúde expressa pela NOB permanece sendo a assunção plena das responsabilidades gestoras pelas instâncias subnacionais de governo (LEVCOVTZ *et all*, 2001: 276).

Reafirmando os princípios básicos do SUS e fruto de um processo de negociação e formulação nos fóruns do Conselho Nacional de Saúde e CIT, em 5 de novembro de 1996, com a portaria nº 2202, foi publicada a NOB 01/96. Essa foi última medida tomada por Adib Jatene à frente do Ministério, pois no dia 6, José Carlos Seixas assumiu a pasta ministerial. Essa norma operacional, no entanto, só foi efetivada no início de 1998, tendo passado por uma série de portarias publicadas pelo MS em 1997, com o conteúdo original consideravelmente alterado. As alterações ocorreram principalmente nas formas e instrumentos de financiamento específicos da NOB 96, que eram as questões mais importantes da mesma.

Levcovitz *et all* (2001) destacam as imprecisões dessa norma operacional, as quais deram margem a interpretações ambíguas e, por conseguinte, produziram arranjos diferenciados de gestão entre estados e municípios em todas as unidades federativas, com pactos de gestão variáveis quanto ao grau de responsabilidade e atribuições na atenção à saúde na esfera municipal. A dubiedade emergiu porque enquanto, de um lado, explicitou-se as responsabilidades do gestor estadual e municipal em cada modalidade de gestão, de outro, estabeleceu o recorte dicotômico de habilitação e ressaltou o papel da CIB na decisão do modelo de gestão. Inúmeras críticas foram feitas a NOB 96 e Carvalho (2001: 442) cita o "pessoal da UNICAMP" ao fazer a seguinte afirmação:

> Dois equívocos estão impedindo um maior avanço na consolidação do SUS: indução (pelo financiamento) ao modelo epidemiológico penalizando o município que não adotar o programa e o risco do cartão SUS como forma de barrar o acesso dos cidadãos aos serviços de sua escolha.

Na sequência Carvalho (2001: 443) afirma que a junção entre a impossibilidade de se continuar operando na NOB antiga e a de se habilitar uma nova, em função do enorme contingente de indefinições, é a causa da "nati-mortalidade" da NOB 96. Desta vez, tendo Fernando Henrique Cardoso à frente da Presidência da República e Carlos César de Albuquerque à frente do Ministério da Saúde. Tantas indefinições e

impossibilidades de adequação, por parte dos municípios, deram "asas e pernas ao maior processo recentralizatório do sistema de saúde brasileiro. Nunca se tinha avançado tanto e nunca se conseguiu regredir tão rapidamente com a NOB-98, chegando aos absurdos na NOAS-2001". [76]

Com José Serra à frente da pasta ministerial desde março de 1998, novas portarias continuaram a ser publicadas, mas agora com o nome de Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS. Essa parece ter sido a maneira encontrada de se desvencilhar dos repetidos erros das NOBs de gestões anteriores. Entretanto, mesmo apresentando modificações, não alterou o principal: a tendência recentralizadora que havia se instaurado com a NOB-96. O governo de Fernando Henrique foi responsável também, pelo maior movimento privatista da história do país, sob o pretexto de melhorar a eficiência das instituições privatizadas e com a promessa de que as verbas seriam revertidas para políticas sociais. Entretanto, não foi o que aconteceu.

Partindo-se do princípio de que a consolidação do SUS demandava mecanismos de regulamentação nos anos 1990, é possível entender as normas operacionais como "instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios" (LEVCOVITZ *et all*, 2001: 273). Tais normas deveriam regulamentar e operacionalizar as relações que não estivessem previstas, entre as esferas do governo, na Carta de 1988 ou nas leis 8080 e 8142, de 1990. Defendeu-se ainda o argumento de que, devido ao seu caráter transitório, a NOB seria mais útil por acompanhar os diferentes estágios de implementação do SUS. Contudo, em um rápido giro empírico, é notório que as mudanças decorrentes das normas operacionais não foram tão positivas assim. Toda NOB publicada descumpriu as leis pétreas da saúde e não se revestiu do caráter operacional que a legitimava.

> Lamentavelmente as NOBs têm incorrido em dois erros crassos e maléficos ao Sistema Único de Saúde: 1) tentam inovar e criar normas além e acima do que está na CF e nas LOS (Lei Orgânica de Saúde) e, geralmente, de caráter restritivo às leis maiores; 2) utilizam tempo e espaço para repetir o desnecessário, pois já está suficientemente claro ou não precisariam estar escritos em termos de normatização, mas em simples comentários não normativos à CF e LOS (CARVALHO, 2001:437).

[76] O autor afirma que a NOB-98 nunca aconteceu, mas que ele utiliza a nomenclatura como "força de expressão" devido aos acontecimentos que foram sucedendo-se e fizeram com que a NOB-96 só fosse efetivada, de fato, em 1998 com outra roupagem e repleta de "erros de conteúdo".

Viana *et all* (2002: 141) também chamam a atenção para as contradições das normas operacionais.

> Quando analisamos todas as NOBs dos anos 1990, em conjunto, percebe-se que formam um conjunto contínuo, visto que cada norma criou uma série de contradições que passaram a ser resolvidas pela Norma subsequente.

Dessa forma, mesmo que no plano discursivo as normas operacionais apareçam como uma nova tentativa de efetivação do Sistema Único, elas estão repletas de inconstitucionalidades e se houvesse maior acuro à Constituição poderiam ser impugnadas devido a ilegalidades em inúmeros itens nelas contidos.

4.2.4. A Constituição Federal, a Lei Orgânica e o setor privado.

Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde que o setor privado vinha tentando sabotar a Reforma Sanitária, mas não possuía o nível de articulação do movimento sanitário, como aponta Sonia Fleury. [77]

> Agora, o nosso inimigo imediato, que era o setor privado de saúde, ele era muito dependente da política pública, mas ele não conseguiu propor um projeto alternativo. Ele cresceu foi depois mais fortemente, mas ele tinha crescido na época do governo militar, na previdência social. Mas era extremamente depende da própria política pública, então era um inimigo mais frágil, que a gente com um projeto, tipo com um *briefing* assim, né? Chegou com um projeto mais pronto e articulou aquilo de uma tal forma que no fim... Eu não me lembro mais, um dia alguém estava lembrando disso que o relator disse... 'mas como que é isso que no fundo todo mundo falou a mesma coisa? Todo mundo só fala isso? Onde é que vocês decoraram isso?', entendeu? Porque é diferente, todo mundo chegava e falava.

No entanto, com a regulamentação da Lei Orgânica,

> o setor privado percebe claramente que o SUS veio para ficar, então melhor que o recurso do SUS vá para eles. Então, em vez de combater o SUS como eles fizeram na Constituição, na 8ª Conferência que eles nem foram, foram convidados a participar e não foram, a partir daí eles passam a disputar por dentro do SUS. [78]

[77] Entrevista em anexo.
[78] Entrevista Sonia Fleury, em anexo.

Arretche (2005) e Bahia (2005) argumentam que o fato da proposta da gradual estatização dos serviços de saúde ter sido derrotada durante a Constituinte, significou uma vitória do setor privado, que deu provas de sua capacidade de articulação e auto defesa por intermédio de suas bancadas. O *lobby* dos prestadores de serviços médico-hospitalares conseguiu vetar um ponto nevrálgico da Reforma e, com isso, prevaleceu no texto constitucional a predominância dos serviços públicos e o caráter suplementar dos serviços privados.

> Assim, no embate de interesses e forças políticas que o representa, o setor privado da saúde consegue incorporar no texto constitucional que o SUS estará formado pelo setor público da saúde e pelo setor privado, cujas instituições (...) estarão juridicamente integradas ao SUS através de contratos de caráter público. Esta cláusula não faz mais do que legitimar o setor privado no interior do sistema público de saúde, situação que se observa na *constituency* e na trajetória histórica do sistema de saúde no país. Assim, o que no passado se expressava como um convívio 'promíscuo' onde, por vezes, se tornava difícil distinguir o que é público do privado, agora é juridicamente separado o que não significa que as práticas se correspondam com a legislação sobre elas (GERSCHMAN & VIANA, 2005: 318).

A Constituição Federal de 1988 deixou uma fratura ao permitir a livre iniciativa privada. O artigo 199, responsável por tratar do tema, possibilita a participação das instituições privadas, desde que seja de forma complementar ao sistema único e que siga suas diretrizes. O mesmo artigo veda a participação direta ou indireta de empresa ou capital estrangeiro nas políticas de saúde do país e estipula a prioridade às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. Estabelece também, que a participação seria feita por meio de contrato de direito público ou convênios.

Bahia (2001a) apresenta uma classificação segundo a qual, a expressão "assistência médica suplementar" derivaria: alternativo, complementar e suplementar. O primeiro permitiria ao cidadão escolher entre um seguro público ou privado; o segundo reconheceria a existência e limitação do sistema público, por isso o sistema de saúde privado complementaria a cobertura de determinados serviços; e, por fim, o seguro suplementar reconheceria a existência de um serviço público de caráter obrigatório e permitiria a opção de pagar um seguro privado a despeito da manutenção da obrigatoriedade da contribuição para o seguro social. No entanto, as empresas de assistência suplementar comercializam planos bastante heterogêneos e claramente

associados a uma hierarquização de demandas que se caracteriza via status socioeconômico.

> Portanto, demanda e oferta conformam, teoricamente, duas pirâmides opostas entre si. A dos clientes tem como base mais de 50% de beneficiários de planos básicos e no topo menos de 10% dos vinculados aos planos mais abrangentes. A dos provedores está assentada em uma grande quantidade de serviços disponíveis para uma parcela reduzida de clientes e tem como vértice um menor número de médicos, hospitais e laboratórios para os beneficiários dos planos básicos. A conjugação das características da oferta às demandas das empresas de planos e seguros saúde produz pautas de consumo de serviço bastante diferenciadas bem como um uso complementar dos serviços sob gestão do SUS mais ou menos intenso (BAHIA, 2001b: 334).

É perceptível, dessa maneira, uma inversão na dinâmica da complementariedade, com o sistema público, muitas vezes, funcionando de forma a oferecer os serviços que determinados seguros privados não cobrem, ou não oferecem os mesmos benefícios. Faveret Filho & Oliveira (1990) chegam a afirmar que o aumento do setor supletivo de saúde foi desencadeado por uma "universalização excludente", pois à medida que o acesso aos serviços de saúde foi ampliado, ocorreu maior racionamento dos recursos e, consequentemente, uma queda na qualidade dos serviços prestados. Com isso, as classes com maior poder aquisitivo foram "expulsas" para os serviços privados, demonstrando que a universalização da assistência médica ter-se-ia dado, na realidade, de forma exclusiva, não inclusiva.

Mesmo considerando exagerado o argumento de Faveret Filho & Oliveira, o SUS, com o passar dos anos, realmente ficou sendo considerado um sistema para os pobres. O último ou único recurso de uma imensa parcela da população. De acordo com Maria Lúcia, não houve investimento capaz de fazer com que o sistema único fosse competitivo com o setor privado, por isso, o "autoexílio" das camadas médias. Acrescentando-se ainda o sucateamento do setor e uma cultura cada vez mais individualista, todas as pessoas querem ter o seu próprio seguro e a ideia de uma saúde coletiva, de um sistema universal, é colocado em segundo plano. [79]

> Isso está ali nas camadas mais pobres. (...) Quer dizer, tem uma pasteurização generalizada aí desse comportamento individualista. Isso acaba fazendo com que todo mundo quer ter plano de saúde. O número de plano de saúde que não é registrado da ANS é muito grande, porque são planos que, enfim, de fundo de quintal, sem registro. A ANS não consegue realizar a regulação integral dos planos de saúde.

[79] Entrevista em anexo.

Há que se ter em mente também o fato de uma constante desvalorização do público, com reiteradas propagandas negativas e frequente construção de um ideário liberal e privatista de saúde. Temporão, ao discutir a respeito dos motivos que influenciam a consciência política da população no que tange à saúde, argumenta que prevalece uma visão "medicalizante". [80]

> O brasileiro médio vê a saúde numa dimensão assistencial: máquina, ressonância, cirurgia. Claro que isso é fortemente influenciado pelas estratégias mercadológicas das indústrias, que colocam essa questão de maneira muito clara. Eu nunca vi propaganda de plano de saúde, falando de promoção de saúde. Não existe. Aparece CTI, centro cirúrgico, helicóptero, levando as pessoas de um lado para o outro. Então, na verdade, o que está mais preocupante é: o consumo do conteúdo ideológico na mensagem publicitária, porque está exposto à mídia.

Não obstante, isso não significa dizer que experiências bem sucedidas não ocorreram e continuam a não existir, mas sim, que a não divulgação das mesmas contribui para o descrédito que envolve o sistema público e estimula a construção do ideário de infalibilidade que envolve o sistema privado.

4.3. **Novo século, nova dinâmica?**

A década de 1990 foi marcada pela tentativa de se colocar em prática os dispositivos da Nova Constituição e por fatores exógenos que tracionaram em direção contrária. Esse fato fez com que o processo de implementação do SUS fosse marcado por uma série de ambiguidades e contradições. Os dois mandatos do presidente Fernando Henrique Cardoso foram caracterizados pela liberalização das forças do mercado e a acumulação produtiva e financeira que favoreceu o mercado de capitais. O reflexo nas políticas sociais foi o incentivo às parcerias público-privadas, criação de Organizações Sociais, estímulo ao controle social e ações focalizadas para regiões e populações mais pobres, utilizando-se como estratégia a descentralização. No campo da saúde, especificamente, a descentralização foi acompanhada de uma ênfase na atenção primária (ACIOLI, 2006). Assim, o principal avanço referente aos preceitos do Sistema

[80] Entrevista em anexo.

Único foi relativo ao processo de descentralização, pois é o único que não colide com os ideais do neoliberalismo, difundidos ao longo do último decênio do século XX.

Em setembro do ano 2000, a Emenda Constitucional nº 29 foi promulgada, visando definir a forma de financiamento da política pública de saúde de maneira vinculada à receita tributária. De acordo com Santos (2009: 2010), a aprovação da EC-29 é marcada

> pela esperteza e imposição federal (...) de controlar a sua contrapartida com base na variação nominal do PIB (menor que o crescimento populacional e da inflação), pressionando a aplicação de percentual sobre a arrecadação somente para os estados, DF e municípios.

Para viabilização da EC-29, foi fixado um período de transição até 2004, com o governo Federal corrigindo, anualmente, o orçamento da saúde com base na variação do produto interno bruto – PIB – do ano anterior. Quanto aos estados, estes deveriam até 2004, já estar aplicando pelo menos 12% da base vinculável. Para os municípios, a regra é semelhante, mas com percentuais de pelo menos 15% a partir de 2004. [81] Mesmo estipulando regras com o intuito de conter os problemas de financiamento do setor, as discussões sobre a sua operacionalização, bem como os debates conceituais de despesas com saúde, têm como objetivo, a desvinculação de receitas e a fuga às determinações constitucionais de 1988 e da Lei Orgânica, acarretando claras consequências para o SUS.

Os dois últimos anos de Fernando Henrique à frente da presidência do país, também foram marcados pela instituição de duas Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS. A NOAS 2001 definiu o processo de regionalização da assistência e ampliou a responsabilidade dos municípios na atenção básica, criando ainda, mecanismos para a capacidade de gestão. A NOAS 2002 surgiu com um discurso de maior equidade na alocação de recursos e no acesso à população às ações de saúde. Criou, com essa finalidade, mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, atualizando critérios de habilitação dos estados e municípios. Entretanto, tal objetivo não foi atingido e suas edições seguiram direção semelhante às das NOBs por ilustrarem o quanto a disputa entre os interesses públicos e privados foi travada e

[81] Informações disponíveis em:
http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm

permeou o aparato burocrático do estado, ora inclinando-se mais em uma, ora mais em outra direção.

O primeiro mandato do presidente Luis Inácio da Silva foi marcado pela continuidade da política econômica. Mesmo refletindo um esgotamento das políticas do período liberal, ainda não tinha força suficiente para a emergência de um novo referencial de política pública. Viana (2011) afirma que foram criadas algumas normas e iniciativas de política, mas que só foram efetivadas no período seguinte. De qualquer maneira, pela primeira vez, o Brasil apresentou saldos positivos tanto em sua balança comercial, quanto na de pagamentos.

No que tange à política de saúde, Lula continuou a incentivar a atenção primária, mas com direcionamento para as regiões sul e sudeste e ampliando aos municípios maiores. Foram implantadas também, metas de acompanhamento e avaliação da Atenção Básica. O esgotamento e os limites da estratégia de descentralização levaram ainda ao Pacto Pela Saúde, introduzindo fortemente a estratégia de regionalização por meio das Comissões Intergestores Regional – CIR. Instituído mediante a Portaria 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, o Pacto Pela Saúde era composto por três dimensões – os Pactos Pela Vida, Pactos em Defesa do SUS e Pactos de Gestão. O primeiro diz respeito a um conjunto de compromissos sanitários definidos pelos três entes e com execução focada em resultados. O Pacto em Defesa do SUS traz o compromisso das três esferas de governo "em reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) e prevê como principal estratégia, um projeto permanente de mobilização social em defesa da política de saúde como formulada na Constituição Federal e na LOS. Este Pacto também explicita questões quanto ao financiamento. O Pacto de Gestão formaliza os termos de compromisso das mesmas, buscando definir, de forma inequívoca, as responsabilidades sanitárias e os compromissos de cada instância gestora do SUS. Embora na prática não tenham trazido grandes mudanças, na estrutura de funcionamento na rede de assistência do SUS, apresentaram novos componentes como, por exemplo, o processo de pactuação entre gestores que extinguiu o processo de habilitação para estados e municípios.

Bravo (s/d), ao afirmar a existência da expectativa de que o governo Lula fortalecesse o projeto da Reforma Sanitária, argumenta que a despeito de ter apontado como desafio a incorporação da agenda ético-política da reforma, as suas ações ficaram

polarizadas entre essa agenda e o projeto de saúde articulado ao mercado, ou privatista. Entre os exemplos positivos podem-se destacar: priorização de quadros comprometidos com a luta do movimento sanitário; alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde; convocação extraordinária da XII Conferência Nacional de Saúde e sua realização em dezembro de 2003; participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde e a escolha de um representante da CUT para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde. E entre os exemplos que penderam ao projeto liberal: a ênfase na focalização, precarização e terceirização dos recursos humanos e o desfinancimento e falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social.

O segundo mandato do presidente Lula vem acompanhado de características neodesenvolvimentistas com maior sinergia entre estado e mercado e, ao mesmo tempo, pelo combate aos índices de desigualdade social, tendo como estratégias-chaves as políticas regionais, urbanas e metropolitanas, bem como maciços investimentos públicos em saneamento, habitação e saúde (federal e estadual), mas sem deixar de lado as parcerias público-privadas. O Plano de Aceleração de Crescimento – PAC – da Saúde concentrou investimentos no complexo industrial, visando a expansão da capacidade física e o estímulo ao desenvolvimento tecnológico, com destaque para a produção pública e privada de medicamentos, fármacos, antirretrovirais, vacinas e equipamentos (VIANA, 2011).

> O contexto nacional foi favorável e induziu a estratégia da regionalização, porém o protagonismo do processo ficou a encargo das unidades da federação, em parte pela capacidade de formulação de novos incentivos pelo MS e pela insistência de planejar a questão saúde em torno do complexo industrial e da inovação tecnológica, sem atentar para os aspectos territoriais e assistenciais (MACHADO, 2012: 103).

Mesmo com sérias continuidades, os anos 2000 trouxeram consigo importantes inovações e, ao menos em parte, um resgate dos ideais da Reforma Sanitária. Em 28 de junho de 2011, foi publicado um Decreto de Lei que regulamentou a Lei 8080/90 para "dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa", instituindo mecanismos de controle mais eficazes e instrumentos para que o Ministério da Saúde possa atuar na

pactuação e no monitoramento das ações realizadas na rede pública. [82] Machado (2012) menciona a criação do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde – COAP –, com o intuito de definir as atribuições e responsabilidades, incluindo as financeiras, dos municípios, dos estados e do Governo Federal na prestação dos serviços de saúde, o financiamento e as metas para cada ação, de forma a dar mais autonomia e responsabilidade para cada gestor, como uma mudança positiva do decreto. Não obstante ter conseguido avanços, o SUS real ainda está muito longe do SUS constitucional, havendo uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema de saúde público vigente.

4.4. **Conquistas e derrotas do Sistema Único de Saúde.**

A Estratégia de Saúde da Família, financiada pelo Ministério da Saúde, foi implantada no segundo quinquênio de 1990, em uma tentativa de ruptura com o modelo hegemônico das políticas públicas de saúde. Essa estratégia trouxe consigo investimentos na rede básica e novas questões para debate em nível nacional. A imagem piramidal para a atenção à saúde que organiza e hierarquiza as redes assistenciais em uma crescente, que parte da atenção básica, como porta de entrada do sistema, e caminha em direção ao topo à medida que a assistência é complexificada, é o referencial.

Como na prática, tal estratégia implica em uma postura prescritiva e presa a uma racionalidade formal, ignorando as necessidades e os fluxos reais das pessoas dentro do sistema, com os serviços funcionando com lógicas muito diferentes e sem articulação, as resoluções dos problemas não são asseguradas e seu ideário nunca se concretiza. Entre os fatores responsáveis por esse diagnóstico, está a desvalorização da atenção básica. Por ser "de baixa complexidade" seus serviços foram entendidos como simplificados e, portanto, admitem-se profissionais com menor qualificação e remuneração. Além disso, mesmo sendo ampliada a cobertura da atenção básica, o mesmo não ocorreu com a estrutura necessária para sua efetivação, fazendo com que

[82] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm, Acessado em setembro de 2013.

casos que necessitam de maiores aportes estruturais não encontrem o devido acolhimento. Tudo isso desmoraliza o programa e aumenta o gargalo dos hospitais, mesmo que estes estejam organizados em torno de uma concepção restrita de saúde, que desconhece a subjetividade e o contexto social da população.

> Por exemplo, PSF, se nós tivéssemos 100% de cobertura, no Brasil inteiro, de um programa de saúde da família, de alta qualidade, porque as pessoas confundem às vezes baixa complexidade tecnológica, com baixa complexidade. Eu sempre dou esse exemplo nas minhas aulas: por que o cidadão comum, o senso comum, diz que o neurocirurgião, ou o cirurgião que faz transplante de fígado, são de alta complexidade, enquanto um clínico, atuando em uma favela da periferia é de baixa complexidade? É tão complexo quanto, são complexidades distintas. Mas o senso comum diz 'isso é muito complexo! Ih, trabalha com células tronco, microscópio, complexíssimo!' Eu sou médico clínico. Esse cara que trabalha com transplante de célula tronco tem que ganhar muito dinheiro, isso é muito complicado. Agora, o clínico que trabalha em um bairro pobre, atendendo famílias em situação de violência, isso não, isso é atenção básica. Isso é muito mais complexo às vezes do que trabalhar com tecnologia de ponta. [83]

É observável que ao mesmo tempo em que existe uma priorização nas políticas focalizadas e na regionalização, há uma desvalorização dos profissionais que atuam nesses programas e uma rejeição por parte de grande número de trabalhadores do setor em migrarem para as regiões mais remotas e pauperizadas. De acordo com Silva Júnior e Alves (2007), mesmo com a atenção básica à saúde desempenhando um papel estratégico no SUS, por ser o principal elo entre o sistema de saúde e a população,

> não pode ser entendida apenas como porta de entrada do sistema, porque essa ideia caracteriza baixa capacidade de resolver problemas e implica desqualificação e isolamento. Não pode ser a única porta de entrada, porque as necessidades das pessoas se manifestam de maneira variável e precisam ser acolhidas. Nem pode ser porta obrigatória porque isso burocratiza a relação das pessoas com o sistema. E não pode ser o único lugar de acolhimento, porque todas as partes precisam se responsabilizar pelos resultados das ações de saúde e pela vida das pessoas.

Tal como está organizado, o sistema não universaliza nem integra, não cumpre a promessa de democratização e humanização da saúde, estando mais para um sistema burocratizado e despersonalizado de encaminhamentos. É necessário repensar a pirâmide, buscando-se um conjunto solidário, não hierarquizado e melhor articulado de serviços. Para isso, há que se realizar avaliações em que a perspectiva do usuário é

[83] Entrevista José Gomes Temporão, em anexo.

considerada e estimular as organizações cotidianas que fazem dos movimentos sociais um forte potencial de modificação das políticas públicas.

> Penso que tem uma característica que eu botaria pelo menos na mesa para discutir que é se desligar um pouco da sociedade, do contexto social, para a questão mais técnica e gerencial. E isto me incomoda muito porque eu fico achando que as pessoas – a gerência é claro que é importante, fazerem as coisas funcionarem, tem que fazerem as coisas funcionarem, não estou discutindo isto – mas é como se perdesse um pouco a perspectiva de onde a gente quer chegar quando a gente fica só neste miolo e esquece do cidadão, das famílias, das pessoas, das condições sociais onde eles moram. Então, por exemplo, o Plano Brasil Sem Miséria, que é uma grande política social, quando você vai ver a parte de saúde dele parece, quer dizer o próprio plano, o desenho é quase uma aranha com múltiplas patas, sei lá, 8-10 patas, nem sei se aranha tem tantas assim. A própria saúde é um conjunto de patas, 4 ou 5 patas perdendo a característica essencial que seria da integralidade política se saúde. [84]

Outro problema relaciona-se à Emenda 29 e à regionalização, pois ao ter estipulado que o aporte de recursos para estados e municípios passasse a depender da sua capacidade fiscal, incidiu diretamente no caráter redistributivo que o princípio da equidade traz embutido. Isso porque os estados que menos arrecadam são também os que mais necessitam de política públicas assistenciais e a EC-29 inverteu essa relação, fazendo com que os estados mais ricos obtivessem maiores recursos vinculados ao Sistema Único de Saúde. O censo do ano 2000 apontou a existência de mais de 3.000.000.000 de domicílios sem instalação sanitária no país, com mais de 2.000.000 concentrados na região nordeste (DATASUS, 2004). Estes dados confirmam o fundamental papel do Estado nas questões estruturais de melhorias da saúde da população. Os indivíduos menos favorecidos têm mais necessidade de recursos públicos e não o inverso. Políticas públicas bem definidas e comprometidas com a busca pela qualidade de vida são, portanto, determinantes na eliminação da perversa e histórica desigualdade social que assola o Brasil.

No entanto, ao invés disso, o que se verificou foi a participação do orçamento federal no financiamento indireto das empresas privadas de planos e seguros de saúde que, segundo (SANTOS, 2009), entre deduções de IR, co-financiamentos de planos privados dos servidores públicos, não ressarcimento ao SUS pelas empresas, isenções tributárias, entre outros, totaliza mais de 20% do faturamento do conjunto dessas empresas. Bahia (2012: 2879) argumenta que, como a maior parcela dos subsídios e

[84] Entrevista Sarah Escorel, em anexo.

deduções fiscais é direcionada às unidades de saúde, cujo acesso é totalmente vedado à grande maioria da população, quem acessa os melhores serviços e com maior agilidade não são sempre aqueles que mais precisam, ou que se encontram em situações mais graves. “Assim, a privatização não é um pano de fundo e sim o principal vetor de restrição de acesso, incluindo, paradoxalmente, parcelas consideráveis de indivíduos vinculados a planos menos abrangentes”. A análise dessa autora permite a constatação de que o privado integra o SUS e que o processo de democratização não reduziu as desigualdades sociais e seus consequentes reflexos no setor: a discriminação e os privilégios na saúde.

Além disso, a transferência de responsabilidades do Estado a instâncias privadas específicas, como as fundações privadas de apoio, as organizações sociais – OS – as organizações da sociedade civil de interesse público – OSCIP, caminha em direção contrária ao texto constitucional.

A precarização ocorrida nas relações de trabalho nos órgãos federais de saúde, com terceirização dos recursos humanos e rebaixamento das carreiras, condições de trabalho e salários foi outro fator negativo que refletiu no desempenho dos profissionais do setor e nos resultados para os usuários dos serviços de saúde.

Santos (2009: 2011) aponta ainda outros fatores de empecilhos ao projeto constitucional de saúde. São eles: a) desregulamentação da produção de bens de saúde, b) inibição na prática das recomendações e iniciativas no âmbito de políticas intersetoriais com matriciamento das estratégias setoriais, c) manutenção de “vários Ministérios da Saúde” dentro do Ministério da Saúde, d) estabelecimento dos tetos financeiros enquanto guias para os repasses federais e respectivos gastos, e) manutenção da modalidade do pagamento por produção dos procedimentos de média e alta complexidade por meio de tabela, f) fragmentação dos repasses federais aos estados, DF e municípios, g) permanência do centralismo e hermetismo no processo de planejamento e orçamentação, h) lentidão e imobilidade na articulação e implementação regionalizada das redes de cuidados integrais, i) priorização da estratégia de ampliação dos programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Equipes de Saúde de Família focalizados nos estratos sociais mais pobres, j) desmesurada produção de portarias normativas ministeriais, k) reflexos inibidores no desempenho da Tripartite e Bipartites. Esse afirma ainda que, se a adesão das camadas médias e dos servidores públicos fosse

ao SUS, e não aos seguros privados, agregaria forças sociais e políticas capazes de vencer os problemas de financiamento, precarização das relações de trabalho entre outros.

Contudo, nem só de problemas é composta a experiência acumulada desde a criação do sistema único e avanços podem ser observados. A despeito das melhorias que precisam ser implementadas e dos fatores acima mencionados, houve um maciço processo de inclusão de assistência médica e sanitária, com expressiva expansão da atenção básica. Fato acompanhado de considerável redução nos índices de mortalidade infantil e de doenças, cujas mortes são evitáveis como infecções perinatais, crises asmáticas, desidratações agudas e desnutrição proteica calórica, para ficar apenas nos exemplos pediátricos. Na região Nordeste, em 1985, 45% das mortes de crianças eram mal definidas, pois não havia atenção médica; esse número caiu para 9%, em 2005. [85] Os serviços de uso mais frequente estão disponíveis na maior parte do território nacional, alcançando quase todos os municípios do país. Em 2000, os municípios com hospital conveniado ao SUS concentravam 91% da população total do Brasil, com cerca de 75% das internações, tendo ocorrido no município de residência do paciente (OLIVEIRA *et all*, 2004).

Santos (2009: 2010) apresenta números para a população atual que contrastam, marcantemente, com o percentual de praticamente metade da população que era excluída antes dos anos 1980, em que havia somente uma pequena parcela que era atendida pelas Santa Casas de Misericórdia. Só em 2007 foram 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultrassons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de sessões de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de sessões de radioquimioterapia e 9,7 milhões de sessões de hemodiálise. Dessa forma, "o SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas".

Ademais, consolidou-se um programa pioneiro em políticas de prevenção, apoio e tratamento para os casos de HIV/AIDS no país, com campanhas de prevenção à

[85] Dados retirados da Revista RADIS, nº 72, agosto de 2008.

doença e contra a discriminação aos soropositivos. Em 2006, a Lei nº 9313 dispôs sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. O inciso 2º do primeiro artigo afirmava que "a padronização de terapias deverá ser revista e republicada anualmente, ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento cientifico atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos no mercado". [86]Nesse mesmo ano, o Decreto nº 1904 instituiu o Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH.

Houve ainda a ampliação do INCA em todos os sentidos. O Brasil já possuía uma política de assistência aos pacientes com câncer desde a década de 1940, como apontado no primeiro capítulo, mas após as leis orgânicas da saúde em 1990, foi aprovado pelo Decreto Presidencial nº 2 de maio de 1991, um Regimento do Ministério da Saúde que dava competência ao Instituto Nacional do Câncer para assistir ao Ministro da Saúde na coordenação das ações nacionais de controle do câncer e como agente preferencial na prestação dos serviços oncológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde. "Desde então, a Política Nacional de Controle do Câncer vem seguindo diretrizes que contemplam as áreas-meio (Informação, Educação, Pesquisa e Gestão e Desenvolvimento Organizacional) e as áreas-fim essenciais a esse controle". [87]O Plano Global de Controle do Tabagismo e o Programa Viva Mulher somam-se ao cenário dos avanços nas políticas públicas de saúde.

Por fim, uma enorme conquista do Movimento Sanitário e, consequentemente do marco legal da saúde expressos pela Carta de 1988 e as Leis 8080 e 8142 de 1990, é a consciência de que a saúde é um direito que engloba todos os cidadãos brasileiros, sem exceção, e as possibilidades de participação da sociedade civil no processo de decisão das formulações de políticas públicas, bem como de exercerem um controle social. Tais possibilidades foram possíveis devido aos Conselhos Nacionais, Regionais e Municipais de Saúde.

4.4.1. Os Conselhos de Saúde: a sociedade civil em diálogo com o Estado?

[86]http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm, Acessado em setembro de 2013.
[87]http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/acoes_cap4.pdf, Acessado em setembro de 2013.

Uma das grandes conquistas introduzidas pela Constituição Federal de 1988 e incorporada pelo Sistema Único de Saúde foi a participação popular nas deliberações das políticas públicas de saúde no Brasil, por meio dos conselhos de saúde. A lei nº 8142/90 estabeleceu a representação de diferentes segmentos da sociedade civil nas conferências e conselhos de saúde, nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal, sendo compostos por representantes dos usuários (50%), trabalhadores da saúde e gestores (25% cada). [88] Entretanto, alguns estudos têm demonstrado entraves para a efetiva participação da sociedade civil nos conselhos de saúde. Apesar de terem se tornado uma realidade no dia-a-dia de diversos municípios brasileiros, os conselhos ainda aparecem de maneira muito heterogênea pelo país. Há uma disparidade enorme entre as regiões, com o sul e o sudeste tendendo a apresentar um número mais elevado de conselhos do que as regiões norte e nordeste (AVRITZER). Além disso, convém ressaltar que, sobretudo nestas duas últimas localidades não existem marcos legais claros que regulamentem esses espaços, abrindo a possibilidade para que os gestores definam suas regras livremente, esvaziando, muitas vezes, esses potenciais lócus de democratização da política. Outro fator importante é a coação exercida, muitas vezes, por membros pertencentes à elite política local, visando tolher a livre expressão dos demais conselheiros. O caráter democrático ou não, assumido pelos conselhos, depende principalmente do resultado da disputa travada nos diferentes contextos que os abrigam (DAGNINO, 2002). Locais onde existem movimentos e entidades mais mobilizadas e organizadas, assim como municípios governados por gestores progressistas tendem a possuir conselhos mais democráticos e eficientes do ponto de vista participativo.

Como os conselhos de saúde foram instituídos por força de legislação nacional, possuindo caráter deliberativo, o que lhes conferiu mais força e legitimidade, possuem um funcionamento regular e contínuo (e não simplesmente quando convocados). Em 2001, os conselhos de saúde já estavam presentes em 98% dos municípios brasileiros (AVRITZER). Estatística que pode ser atribuída ao fato de que os repasses nacionais para as prefeituras são condicionados à existência dos conselhos municipais. Martins *et all* (2008: 110) apresentam as seguintes estatísticas, oriundas de pesquisa do IBGE, relativas ao ano de 2001, 97,6% dos municípios brasileiros contavam com conselhos de saúde instituídos, destes, 98,7% realizaram reuniões naquele ano e 69,7% afirmaram que as reuniões do conselho eram "muito frequentes". No entanto, 10,3% informaram a

[88] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

irregularidade na frequência de reuniões, sendo a maioria em municípios de pequeno porte. Para os autores, esses dados demonstram que, mesmo havendo efetivo funcionamento dos conselhos municipais de saúde, alguns ainda parecem constituídos apenas para cumprir um dispositivo legal.

Desde a criação dos conselhos no Brasil, sempre houve, por parte dos movimentos envolvidos no processo, a preocupação em relação à garantia de uma participação que fosse ao menos igualitária entre representantes do Estado e da sociedade civil. A paridade garantiria, em tese, que as disputas que porventura ocorressem, fossem determinadas de maneira mais democrática, na medida em que houvesse o mesmo número de conselheiros de cada esfera. Porém, a bibliografia dedicada ao estudo dos conselhos no Brasil, vem apontando sistematicamente, uma série de problemas concernentes à questão da paridade nos conselhos. Em diversos municípios esse princípio não é respeitado, sobretudo em locais onde não há uma sociedade civil organizada de maneira a coibir esse tipo de prática. Labra e Figueiredo (2002) apontam também a questão da idoneidade dos representantes como um problema referente ao tema da representação.

Além disso, convém ressaltar que a igualdade numérica nem sempre se traduz no equilíbrio do processo decisório (TATAGIBA, 2002). Diversos instrumentos permitem que os conselheiros governamentais saiam em vantagem nas disputas travadas no conselho, desequilibrando o jogo que em teoria, havia começado de maneira igual. Isso tem consequências diretas para o funcionamento democrático desse espaço, na medida em que impossibilita que ocorra uma disputa real de hegemonia no seu interior. A possibilidade legal de que o representante setorial do Poder Executivo possa formular e decidir em seu campo de atuação, bem como a autoridade de presidir os conselhos, contribui para que o gestor imponha suas propostas e desacate as decisões deliberadas no colegiado (LABRA E FIGUEIREDO, 2002). Assim, “em muitos casos, mesmo que a presença quantitativa dos representantes da população seja assegurada pelo requisito jurídico da paridade, não se observa correspondência direta da capacidade de intervenção desse grupo” (MARTINS *et all*, 2008: 112). Ou ainda,

> Como consequência, os conselhos acabam sendo interpretados como instâncias meramente homologatórias das decisões do gestor, atendendo muito mais a uma formalidade legal do sistema do que propondo formas de alterações nas relações de poder entre sociedade e Estado (OLIVEIRA & GUSMÃO, 2004, *Apud* MARTINS *et all*, 2008: 113).

Outro problema relaciona-se à composição dos conselhos. É necessário que estes espaços sejam ocupados por conselheiros que representem diferentes projetos e opiniões, de modo que os interesses dos diversos setores e movimentos da sociedade estejam ali representados. Porém, geralmente, não é isso que acontece e critérios arbitrários são utilizados para a escolha dos componentes dos conselhos.

Um agravante decorre da não publicização das decisões ocorridas nesses espaços. Nesse caso, ocorre uma privatização dos assuntos públicos, visto que o conteúdo debatido naquele espaço público deveria ser divulgado à comunidade. A consequência principal dessa prática é a baixa visibilidade social dos conselhos, que, sem capilaridade social, são levados ao insulamento e à fragilidade de suas reais funções, entre elas a de controle social. Diversas iniciativas têm-se desenvolvido por movimentos e entidades, visando tornarem públicas as atas das reuniões dos conselhos, com o intuito de aproximar e envolver seus participantes no processo, assim como para evitar que seus representantes assumam posições pessoais, que contrariem àquelas, anteriormente, deliberadas pela coletividade (TATAGIBA, 2002). Contudo Martins *et all* (2002: 113) destacam que essa falta de conhecimento, dá-se, inclusive, entre os próprios conselheiros. "Nota-se que os próprios gestores e membros dos conselhos apresentam um conhecimento insatisfatório sobre o papel e a importância do mesmo".

Em relação à não-prioridade concedida por muitos governos e entidades aos conselhos em suas práticas cotidianas, é mister destacar a existência de outros problemas decorrentes desse fato. Diversas práticas como ausência nas reuniões dos conselhos, boicote e esvaziamento fazem parte do dia-a-dia dos conselhos no país. Além disso, a complexidade dos assuntos discutidos é apontada por diversos autores como limitador da participação social e por ser, muitas vezes, responsável pelos desvios dos próprios conselhos. Situação que em diversos momentos tem-se utilizado como pretexto para que gestores e autoridades públicas reforcem o caráter de despreparo por parte dos conselheiros não-governamentais para o exercício de suas funções. As estratégias de capacitação dos conselheiros são originadas pela tentativa de sanar esse problema. Ocorreu então:

> uma espécie de 'profissionalização' dos representantes dos usuários, possibilitada pela sucessiva eleição ou indicação dos mesmos indivíduos, [que] têm adquiram alguma familiaridade com as matérias relativas a

> políticas, programas, ações e serviços de saúde (LABRA & FIGUEIREDO, 2002: 542).
>
> A mudança na compreensão das funções dos conselheiros após a capacitação comprova uma provável mudança de atitude na prática, demonstrando a importância do curso de capacitação para que os conselheiros possam exercer suas funções (SALIBA *et all*, 2009: 1376).

A discussão quanto à representação traz ainda a questão da mudança dos conselheiros. Quando ocorre grande rotatividade dos conselheiros por parte dos representantes do governo, tende-se a perpetuar a prática do não-cumprimento dos compromissos outrora estabelecidos pelo outro conselheiro que se encontrava na reunião anterior. Quando isso se dá com os representantes não-governamentais, os problemas vinculam-se às questões de legitimidade de interlocução com os demais atores daquele espaço enfrentados por aquele novo conselheiro, bem como à dificuldade de se obter a experiência e o conhecimento dos mecanismos relacionados àquela prática.

Os representantes governamentais tendem a levar vantagem neste aspecto, à medida que detêm o conhecimento da máquina administrativa, assim como das informações e dados pertinentes àquela discussão em pauta. Neste sentido, vale destacar a utilização por parte desses conselheiros do argumento de uma autoridade pretensamente científica, com o intuito de intimidar os representantes da sociedade civil, que não possuem os mesmos instrumentos para disputa. Ainda referente a este ponto, os representantes governamentais têm a vantagem – na maioria dos casos, estudados pela bibliografia referente ao tema – de definir a pauta das reuniões, estabelecendo quais serão os assuntos pertinentes e relevantes a serem tratados. Na disputa entre Estado e sociedade civil em torno da definição desses assuntos, tende a predominar o interesse do primeiro.

De acordo com Ribeiro (1997: 84), "como consequência desta institucionalização dos conflitos, o Estado ocupa o centro do processo de formulação e decisões para as diferentes políticas". Desta forma, a questão do controle social, que foi o principal objetivo e inovação política do SUS, assim como seu conceito básico de pactuação política entre grupos de interesses, tem sido difícil de alcançar. Apesar de ser o pano de fundo de toda a concepção e estruturação dos conselhos de saúde, o controle social não é uma realidade na prática. Mesmo que os conselhos tenham criado "uma oferta institucional de oportunidades sem precedentes na história política do país"

(CARVALHO, 1997) e que a própria existência de tais instâncias já seja um grande avanço, pois criou "trincheiras", na sociedade civil, difíceis de serem modificadas, através das quais sujeitos historicamente alijados do processo político têm a possibilidade de participar, eles ainda não conseguiram lograr seu real objetivo. Qual seja o de fiscalizar as decisões dos gestores. "O exercício do controle social sobre a gestão da res publica foi o objetivo primordial que se teve em mente ao idealizar os CS" (LABRA & FIGUEIREDO, 2002: 542).

Talvez um dos grandes méritos da experiência conselhista seja o de permitir que diversos setores da sociedade tenham a possibilidade de conhecer o funcionamento da máquina administrativa e se apropriar do conhecimento do Estado. Labra e Figueiredo (2002) demonstram que participar dos CS acarretou mudanças percebidas na vida dos conselheiros, tanto no plano pessoal – cultural, profissional, familiar e escolar – quanto em outros planos – social e comunitário, e político. Também foi responsável por um aumento no interesse em se conhecer ou entender o funcionamento do governo, do Poder Legislativo e da relação entre os três poderes. Este fato coloca a disputa política existente na sociedade em outro patamar – pois oferece possibilidades equânimes de disputa de projetos e pontos de vista –, além de contribuir para superação da visão dicotômica que isola, em dois polos opostos, o Estado e a sociedade civil.

Os conselhos de saúde detêm assim um enorme potencial de criação de um círculo virtuoso e, mesmo que, muitas vezes, não consiga vencer as barreiras do vicioso, têm demonstrado avanços consideráveis nas possibilidades de interação propositiva entre a sociedade e o Estado (LABRA & FIGUEIREDO, 2002). Mesmo que o controle social não se efetive da maneira como idealizado, também apresentou avanços em função dos conselhos. As demandas sociais da população referentes às políticas públicas de saúde encontraram assim um espaço institucionalizado de reivindicação. Argumenta-se, contudo, que é necessária uma participação ativa das associações e movimentos sociais, junto às comunidades, a fim de se fortalecer esse espaço. Afinal, ao implicarem uma organicidade por parte da população como um todo e dos conselheiros não-governamentais, os conselhos são um importante elemento em direção a

possibilidade de que se utilize o modelo *bottow-up* na implementação das políticas públicas. [89]

[89] Este modelo caracteriza-se por maior liberdade da rede de atores em auto organizar e modelar a implementação de políticas públicas, reconhecendo-se a limitação da decisão tecnológica e atribuindo maior participação aos implementadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Postulou-se que este trabalho concentrar-se-ia nas dinâmicas sociais e políticas existentes da terceira fase da modernidade. No entanto, o projeto da Reforma Sanitária é um projeto homogeneizador e, como tal, poderia ser pensado, inserido na segunda fase, caracterizada, entre outras coisas, por um projeto estatalmente organizado de homogeneização social. Porém, a explicação para sua não concretude, encontra-se justamente na dificuldade de se efetivar políticas universais de cunho homogeneizantes em uma sociedade cada vez mais plural e complexa. Características estas, próprias da terceira fase. Emergiram nesse momento temas relativos a demandas muito específicas e, com eles, não apenas a necessidade crescente de setorialização, mas também de políticas cada vez mais focalizadas. Domingues (2013b), inspirando-se nas categorias "serialidades abertas" e "fechadas" de Anderson (1998), assinala que é perceptível um novo desenho político-social no qual há uma mistura de individualismo e "particularismos identitários" e sociais, o que coloca em evidência a necessidade de políticas específicas para cada grupo social. Dinâmica denominada por ele como "Social Liberalismo", pois combinaria elementos do neoliberalismo com ampla intervenção nas políticas sociais.

> Nesses esquemas de dominação, muitas vezes suaves, ou aparentemente suaves, serialidades fechadas, que segmentam as coletividades que tecem a vida social, assumem preeminência em oposição às serialidades abertas, que em geral incorporam todos os membros de uma nação a partir de uma perspectiva que enfatiza uma cidadania comum, traduzida por vezes em políticas públicas e sociais universalistas (DOMINGUES, 2013a).

Com isso, o enfoque hegemônico permanece o mesmo, cujo pano de fundo ainda é a política neoliberal, mas agora com a busca por maior coesão social por meio da ampliação das políticas sociais focalizadas. O processo de implementação do Sistema Único de Saúde, à medida que não consegue se fazer universal, coloca a questão da equidade horizontal e vertical como compreendida por Neri & Soares (2002) e pode funcionar como um espelho que reflete as questões abordadas por Domingues. [90]

[90] O conceito de equidade horizontal defende que indivíduos iguais devem ser tratados de igual maneira, enquanto que o conceito de equidade vertical postula o tratamento diversificado a indivíduos com necessidades diferenciadas (NERI & SOARES, 2002).

Ao mesmo tempo, contudo, Domingues (2009; 2013a; 2013b) aponta a necessidade de que movimentos homogeneizadores existam e afirma serem eles possíveis. Para tal, considera necessária a aposta em uma nova configuração de cidadania que leve em consideração os laços de solidariedade social. Todavia, esses laços não estariam mais baseados nos indivíduos ou no Estado, por meio do conceito abstrato de cidadania, como postulado na primeira e segunda fase, respectivamente. A terceira fase da modernidade demanda laços mais complexos de solidariedade social, que combinem as serialidades abertas e fechadas em direção a políticas sociais homogeneizadoras. Tal interpretação pode ser transposta para se pensar políticas de universalização que extrapolem as atuais políticas focalizadas do SUS, funcionando como a possibilidade de se pensar uma inflexão na agenda da saúde pública e ser uma alternativa capaz de compensar a lacuna originada pelas políticas focais.

Ao longo deste trabalho, buscou-se demonstrar, por meio do exemplo do movimento sanitário, que quando os movimentos sociais conseguem se unir em torno de uma agenda única de reivindicações, mantendo-se coesos, potencializam as chances de que suas demandas sejam atendidas e que, uma vez normatizadas, ultrapassem o plano legal e consigam atingir facticidade.

Foi traçado um panorama que se iniciou na Primeira República e envolveu desde o primeiro momento em que a preocupação sanitária surgiu no Brasil. Fez-se necessária essa reconstrução histórica com o intuito de se diferenciar entre movimento sanitarista – originado com o intuito de modernização da sociedade brasileira em fins do século XIX, início do século XX – e o movimento sanitário – decorrente da ação coletiva de atores que lutavam pela democratização do acesso à saúde, bem como pela redemocratização política do país, a partir de meados da década de 1970.

Dessa maneira, o primeiro capítulo procurou dar uma visão geral de como a "questão da saúde" tornou-se um elemento preponderante na construção da Nação, demonstrando como foi capaz de fortalecer o Estado e atribuir aos médicos um papel de crescente destaque na política nacional. Percebe-se também, a existência de intelectuais orgânicos desde aquele período, que buscavam conscientizar o governo e a sociedade quanto à necessidade da melhoria das condições sanitárias do país. Nesta direção, seguiu-se apresentando as redes que foram formadas para se atingir tal objetivo, apontou-se a formação dos novos atores político-econômicos, assim como a criação de

instituições científicas diretamente vinculadas às atividades sanitárias. Este capítulo acompanhou, ainda, o período compreendido como "Era Vargas" e o nacional desenvolvimentismo a fim de verificar como o tema da assistência à saúde foi tratado nos diferentes governos, tendo passado, inclusive, pelo período autoritário do Estado Novo. Foi constatada a ocorrência de mudanças, apenas durante a gestão de Gustavo Capanema à frente do Ministério da Educação e Saúde Pública – MESP. As Conferências Nacionais de Saúde foram consequência da Reforma Ministerial promovida por ele, embora, naquele momento, não apresentassem apelo popular. Por fim, este capítulo tratou do período militar e da forma como, em meio à ditadura, germinou um movimento capaz de questionar, não somente a sociedade de então, como o próprio modelo da estrutura da sociedade nacional.

Na sequência, foi apresentado o aporte teórico que serviu de instrumental analítico para a tese. Três referências conceituais foram de suma importância: concepção de movimento social, definição de política pública e ideia de intelectual orgânico. Com relação à primeira, o conceito de estruturas de oportunidades políticas, a ideia de confronto político e a noção de repertórios são fundamentais. Mesmo reconhecendo que a própria definição de movimento social é fluida e plural, a hipótese foi pensada em consonância com a definição de Tarrow (2009), segundo a qual, movimentos sociais existem quando desafios coletivos baseados em objetivos comuns e solidariedade social estão presentes. Também é possível pensar movimentos sociais e, em decorrência, a ação coletiva, a partir dos mecanismos de difusão, corretagem e emulação, como definidos por McAdam (2003).

Dito isto, defende-se que o movimento sanitário aproveitou-se de um momento em que as estruturas formais da conjuntura política ditatorial e os resultados dela decorrentes começaram a ser questionados, como uma possibilidade de ocuparem espaços institucionais capazes de alterar a dinâmica do setor saúde. Assim, como apontado ao longo da trajetória das políticas de saúde no país, os sanitaristas foram ocupando secretarias municipais de saúde, cargos no INAMPS e conseguindo apoio de fundações federais e internacionais para desenvolverem seus projetos. Pode-se pensar, inclusive, em que medida houve alteração na estrutura de oportunidades políticas vigentes ou se foi o movimento que, ao perceber fraturas na ordem político-social, aproveitou-se do repertório disponível para criá-las. Assim, o movimento foi capaz de fazer com que as oportunidades políticas surgissem, forçando o processo de

democratização setorial e colaborando com a redemocratização política do país. Experiências pontuais foram realizadas em diferentes localidades e funcionaram, assim, como um mecanismo de difusão e corretagem. Aos poucos, algum profissional do setor, envolvido em algum desses projetos, influenciara outro profissional, propagando a iniciativa e aumentando o quadro do movimento. Temporão corrobora essa compreensão ao contar a seguinte passagem:[91]

> Nessa época havia um estudante de medicina chamado Emílio Mira y López, filho do famoso psicólogo uruguaio Mira y López, que conhecia dois médicos que faziam um trabalho muito interessante no interior de Minas Gerais, no vale do Jequitinhonha, em Padre Paraíso. Naquela época era uma das áreas mais pobres do Brasil, ainda é hoje uma região muito pobre. Eu estive lá vendo esse trabalho.

Ademais, de acordo com McAdam (2003), essa identificação dos atores seria suficiente para justificar uma ação em comum, "mecanismo adicional" que denominou como "atribuição de similaridade". A maneira como a participação dos estudantes de medicina contribuiu, ao lado do CEBES, para a articulação das propostas do movimento, driblando a ditadura, pode ser interpretada segundo esse mecanismo. Entretanto, o mecanismo de emulação tal qual definido pelo autor, não se enquadra no exemplo do movimento sanitário, pois nesse caso, não é uma ação coletiva modelada pela ação dos outros, a responsável pela ação combinada, mas sim, a crença em outra forma de organização social e política.

A segunda referência conceitual apresentada no capítulo dois, diz respeito às políticas públicas. Ao se pensar nas etapas do *policy cicle* é possível afirmar que a *Revista Saúde em Debate* e, por conseguinte, o CEBES, foi fundamental para a formação da agenda e identificação das alternativas da luta pela saúde. O movimento sanitário encontrou nesse espaço, assim como nos Departamentos de Medicina Preventiva das Universidades, um lócus de avaliação das opções existentes e de tomada de decisões. A unicidade do movimento durante essas etapas conquistou o apoio de diversas categorias, sindicatos e outros movimentos sociais, que demonstraram sua força e articulação durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. No entanto, argumenta-se que a implementação das políticas ficou comprometida com a proliferação das demandas e o enfraquecimento dos vínculos entre o movimento sanitário e a

[91] Entrevista em anexo.

sociedade civil. Para melhor compreender cada uma das fases aqui estudadas, foram utilizados os modelos *top-down* e *bottow-up* de implementação descritos por Sabatier (1986), os modelos de planejamento e implementação de Oliveira (2006) e o modelo de fluxos múltiplos de Kingdon (1984).

Os modelos de Sabatier foram utilizados ao pontuar as diferentes perspectivas entre o movimento sanitarista e o movimento sanitário. No primeiro, a utilização do modelo *top-down* demonstra a falta de diálogo entre os propositores das políticas e seu público alvo. Uma vez que o *policymaker* tenha se decidido por uma determinada política pública, compreender-se-ia que suas obrigações encerraram-se e "lavar-se-ia as mãos" quanto as suas aplicações e resultados. De maneira oposta e utilizado na análise do movimento sanitário, o modelo *bottow-up*, por permitir discricionariedade aos que participam do processo de implementação das políticas, é mais democrático e atribui mais liberdade de auto-organização às redes de atores. Oliveira descreve quatro visões de planejamento e implementação de políticas públicas, e a utilização dos dois últimos modelos descritos por ele foi útil, por demarcar os arranjos institucionais dos marcos legais relativos à saúde. O modelo de fluxos múltiplos desenvolvido por Kingdon perpassa a conquista da mudança constitucional na concepção de saúde. Isso porque se defende que a partir do momento em que o movimento sanitário publiciza a saúde como uma questão social, os problemas a ela pertinentes ganham a opinião pública e passam a demandar soluções. Assim, os diversos atores militantes do movimento pela saúde, ao buscarem maneiras de efetivarem suas respostas aos problemas, agiram como empreendedores de políticas públicas. Dessa maneira, quando perceberam o momento político favorável, aproveitaram a janela de oportunidade e conseguiram normatizar os principais pontos da Reforma Sanitária.

A definição de intelectual orgânico encerra o conjunto teórico do segundo capítulo. A definição gramsciana na qual todo grupo social cria para si, de modo orgânico, uma ou mais camadas de intelectuais que, além de os homogeneizarem, possibilitam a consciência de sua própria função, pode ser aplicada não apenas aos médicos sanitaristas, mas a todos os militantes envolvidos na luta pela redemocratização da saúde.

> Portanto, foram vindo pessoas de várias, digamos assim, de origens e de formações diferentes. Tinha gente da medicina e só, gente com outras

> formações profissionais, e gente que, mesmo com semelhantes formações profissionais, tinham diferente inserção. [92]

Ao colocar os intelectuais no proscênio da ação política, Gramsci atribuiu a essa categoria um papel condutor na construção de uma nova hegemonia. Foi esse papel que o movimento sanitário encarnou à medida que buscava, não apenas universalizar o acesso à saúde, como também alterar a estrutura social de modo que fosse construída uma sociedade mais equânime e com ideais de solidariedade e justiça social.

O capítulo três descreveu a formação e atuação do movimento sanitário perpassando, desde sua constituição até a Promulgação da Carta de 1988. Nele, foi possível observar as estratégias do movimento para driblar a ditadura, a dinâmica que mobilizou cada vez mais aliados e os percalços enfrentados. Foi apresentada também a conjuntura político-econômica que precedeu a redemocratização e, como consequência, a tentativa de abertura gradativa e sem maiores perdas por parte dos detentores do poder. Nesse cenário, a VIII Conferência Nacional de Saúde, como demonstrado, ocorreu fortalecendo ainda mais o setor. Este capítulo ainda buscou esmiuçar o processo constituinte com o intuito de demonstrar o papel crucial do movimento para a nova concepção de saúde que foi inaugurada com a Constituição de 1988. Por fim, expôs as principais vitórias da Reforma Sanitária no novo marco legal.

O último capítulo trouxe a realidade prática da reforma e das leis. Demonstrou-se que após a euforia da redemocratização e da intensa mobilização da década de 1980, o país enfrentou uma devastadora abertura política ao capital estrangeiro e aos ideais neoliberais. Com isso, as políticas sociais conquistadas em 1988 foram postas de lado, sendo necessária nova mobilização para que se regulamentassem os direitos já garantidos. Assim foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde, que criou o Sistema Único de Saúde – SUS. O capítulo analisou, portanto, esse processo, suas dificuldades, sua estrutura, suas influências e conquistas.

O trabalho reconhece que a janela de oportunidade criada pela conjuntura da redemocratização foi única, até o momento, na história política do país. Todavia, o que foi apontado no segundo capítulo como terceira fase da modernidade, tem contribuído para que seja cada vez mais difícil a confluência em uma agenda setorial única. Acima,

[92] Entrevista com Maria Helena Mendonça, em anexo.

buscou-se demonstrar como essa agenda plural interveio negativamente na construção da nova hegemonia idealizada pelo movimento. A despeito das vitórias conquistadas, a forte particularização das demandas afastou do horizonte reivindicatório articulações conjuntas em direção à justiça social, ao fortalecimento democrático e à solidariedade social. Não se pretende, de todo modo, afirmar que esses intentos não sejam legítimos, mas, que os resultados seriam mais auspiciosos se as políticas sociais fossem pensadas de forma integrada. Abaixo, uma breve passagem em que Maria Lúcia comenta essa multiplicação temática. [93]

> Mas existe uma grande diversidade de temas e essa diversidade veio se diversificando cada vez mais. Então o que era antes uma coisa mais redondinha, em torno da universalidade do sistema, aqueles princípios lá, hoje em dia, não é mais só isso. São programas, médico da família, e se deve haver atendimento da mulher negra diferente da mulher indígena. Olha, é uma diversidade de temática muito grande. Eu acho que isso também dificulta um pouco um consenso, uma coesão maior. Mesmo entre os que pensam de uma forma mais geral, mais abrangente, eles têm umas diferenças.

Para completar, o retorno que o governo oferece mediante as políticas públicas, incentiva ainda mais essa fragmentação. Afinal, por mais que o marco legal da saúde tenha instituído que as políticas deveriam ser desenvolvidas de maneira integrada, muito pouco se avançou nessa direção. Em contrapartida, José Gomes Temporão argumenta: [94]

> A 13ª, quando eu era ministro, foi a conferência que teve maior grau de participação de delegados. Foram 4 mil e 400 pessoas em Brasília. Então ali aparece de tudo, é uma coisa inclusive angustiante, porque é uma explosão de demandas e de propostas. E que, depois conversando com a Sarah, disse que ali o que você sente falta é que, por exemplo, que a 8ª conferência foi uma conferência de tese. Ela teve um documento final, que era uma tese política dos rumos do sistema de saúde. E você perdeu isso. Então você tem agora é que os relatórios aprovam 600 resoluções. Então são documentos desse tamanho que vão para as gavetas da burocracia. Quer dizer, é difícil, depois, transformar isso em uma agenda política de mobilização.

Reafirma-se, assim, a defesa de que, quando um movimento social consegue agir de maneira unificada, amplia suas possibilidades de êxito. Para o exemplo aqui utilizado, argumenta-se que, uma vez tendo conseguindo reformular, constitucionalmente, o direito à saúde e garantido no plano legal, a existência do Sistema Único, o movimento sanitário institucionalizou-se, perdendo o vínculo com as

[93] Entrevista em anexo.
[94] Entrevista em anexo.

bases e a coesão enquanto um movimento social. Em função desse fato, perdeu-se muito da força necessária para que a Reforma passasse do plano legal à facticidade.

Dito isto, é necessário também salientar que, mesmo sem funcionar como idealizado, o SUS abriu uma miríade de possibilidades a, aproximadamente, dois terços da população brasileira. Avanços foram obtidos, como também foi demonstrado no capítulo quatro, e horizontes apontados. Um dos grandes avanços diz respeito à possibilidade de participação formal da sociedade civil junto às instâncias deliberativas das políticas de saúde. Os conselhos existem em, praticamente, todo o território brasileiro e as Conferências Nacionais de Saúde reúnem, cada vez mais, delegados e participantes civis. A determinação de que conferências preliminares envolvendo etapas municipais e estaduais sejam realizadas, também tem sido cumprida.

A 14ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília entre os dias 30 de novembro e 4 de dezembro de 2011, cujo temário foi "Todos usam o SUS! SUS na seguridade social, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro", reforçou as diretrizes originais do Sistema Único e defendeu o fortalecimento da seguridade social. Entre as principais diretivas aprovadas aparece, repetidamente, a necessidade de transparência por meio da publicização das atas das reuniões dos conselhos, das decisões orçamentárias, dos serviços prestados, das pactuações das instâncias de controle social, das experiências bem sucedidas e dos desafios futuros. Além disso, a necessidade de estimular a educação cívica em direção ao sistema público de saúde foi muito frisada, aprovando-se propostas como parcerias entre o Ministério da Saúde e da Educação para que fossem aprovadas disciplinas curriculares, referentes às políticas públicas, ao SUS, à cidadania, à participação da comunidade e à educação em saúde, nos currículos escolares do ensino fundamental e médio e na grade curricular dos cursos de graduação das universidades públicas e privadas. A ideia que está embutida nessa proposta é do papel fundamental de se conscientizar toda a população brasileira quanto à importância do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, também foram aprovadas propostas de educação popular e de implementação de um Plano Nacional de Educação Permanente para os conselheiros de saúde e líderes comunitários. Reiterou-se a importância da participação social ao propor que fosse garantida a realização de plenárias anuais de saúde com a participação da educação, assistência social, comunidade, movimentos sociais e Conselhos. Nessa direção, chegou-se a aprovar diretriz pela tentativa de instituição do orçamento participativo na saúde, com a

garantida de fóruns para a avaliação, discussão e divulgação dos custos da Saúde Pública. A questão que tem causado muita polêmica e reinvindicação e que também foi discutida é a referente aos recursos humanos. Dessa forma, foi firmada a garantia de que a gestão do SUS, em todas as esferas de gestão e em todos os serviços, seja 100% pública e estatal, e submetida ao Controle Social. Bem como a aprovação de um plano de carreira e efetiva profissionalização da gestão do SUS em todos os níveis. Aprovou-se ainda a busca incessante pela integralidade do sistema. De maneira geral, a carta aprovada nessa última conferência buscou reforçar os vínculos da sociedade civil com o Estado, seja por meio dos conselhos, dos movimentos sociais – que ela conclama a atuarem junto ao SUS – ou exercendo sua cidadania, com o intuito de fazer valer a Letra Constitucional.

No momento em que completa 25 anos, o Sistema Único necessita de um olhar mais generoso em sua direção, demandando que a Reforma Sanitária seja repensada e que novas forças sejam somadas, de maneira convergente, para que ele possa se fortalecer e transformar-se, enfim, no SUS tão sonhado. É crucial, no entanto, que, assim como figura na Constituição e foi reforçado na 14ª Conferência, a sociedade civil assuma sua corresponsabilidade nesse papel. Afinal, como apontado por Eleutério Rodrigues Neto (1994),

> O SUS, no entanto, não pode ser implantado da 'noite para o dia', pois as mudanças que ele propõe são muitas e complexas; assim como os interesses que ele questiona. Dessa forma, o SUS, como parte da Reforma Sanitária é um processo que estará sempre em aperfeiçoamento e adaptação.

Há que se aproveitar o momento histórico-político que se abriu, ou ainda, nos termos utilizados nesta tese, a janela de oportunidades que as manifestações de junho e as discussões que o "Programa Mais Médicos" possibilitou para se fortalecer o debate em torno das questões originárias da Reforma Sanitária.

> Precisamos que os Conselhos de Saúde, Movimentos Sociais do campo e da cidade, Sindicatos, trabalhadores e trabalhadoras da saúde, sanitaristas, fóruns e Frentes de luta pela saúde e o Movimento Sanitário se unam numa única agenda. E esta agenda deve contemplar a formação de novos lutadores no campo da saúde e disputar ideias na sociedade, construir força para incidir na conjuntura de maneira qualificada (a partir das lutas concretas) e manter um mínimo de organização de uma frente ampla com agenda unitária. [95]

[95] SILVA, Thiago H. S. O direito à saúde retorna ao palco da política. Disponível em: http://www.cebes.org.br/, Acessado em outubro de 2013.

REFERÊNCIAS

A Saúde no Brasil e na América Latina. Programa de Estudos do Futuro – PROFUTURO e Fundação Instituto de Administração. – FIA. James T. C. Wright (coordenador). São Paulo, maio de 2008.

ACIOLI, G.G. *A Saúde no Brasil*: cartografias do público e do privado. São Paulo: HUCITEC, 2006.

ACURCIO, Francisco de Assis. *Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil*. S/d.

ALA-HARJA, M; HELGASON, S. em Direção às Melhores Políticas de Avaliação. *Revista do Serviço Público*, vol. 51, nº 4, 2000.

ALEXANDER, Jeffrey C. Ação Coletiva, Cultura e Sociedade Civil: secularização, atualização, inversão e deslocamento do modelo clássico dos movimentos sociais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 13, nº 37. São Paulo, 1998.

ALMEIDA, Marta de. São Paulo na Virada do Século XX: um laboratório de saúde pública para o Brasil. UFF: *Revista Tempo*, vol. 10, nº 19, 2005.

ALONSO, Ângela. As Teorias dos Movimentos Sociais: um balanço do debate. *Lua Nova*, São Paulo, 76: 49-86, 2009.

ALVARENGA, Augusta T. de. Para Viver e Pensar Além das Margens: perspectivas, agenciamentos e desencaixes no campo da saúde pública. *Saúde e Sociedade*. Vol. 20, nº1. São Paulo, 2011.

ARAUJO, Cícero. Representação, Soberania e a Questão Democrática. *Revista Brasileira de Ciência Política*, pp. 47-61, 2009.

_____. A Política da Constituinte e o Retorno à Democracia. In: TAVARES, André Ramos (org.). *1988-2008: vinte anos da Constituição Cidadã*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo: 2008.

AROUCA, Sérgio. A História Natural das Doenças. In: *Fundamentos da Reforma Sanitária*. Org.: Sonia Fleury, Ligia Bahia e Paulo Amarante. CEBES, Rio de Janeiro, 2007. 1ªed.

_____. *O Dilema Preventivista*: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

ARRETCHE, Marta T.S. Dossiê Agenda de Pesquisas em Políticas Públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 18, nº 51. São Paulo, fev. 2003.

_____. Tendências no Estudo sobre Avaliação. In: Elizabeth Melo Rico (org.). *Avaliação de Políticas Sociais*: uma questão em debate. São Paulo: Cortez, 1998, p. 29-39.

_____; MARQUES, Eduardo. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. In: HOCHMAN, G; ARRETCHE, M; MARQUES, E. (Org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. P. 173-204.

AVRITZER, Leonardo. *Sociedade Civil e Participação Social no Brasil*. Disponível em: http://democraciaejustica.org/cienciapolitica3/search/node/avritzer, Acessado em agosto de 2012.

BAHIA, Ligia. Entradas e Bandeiras e o SUS no século XXI. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 17, n° 11: 2876-2880, 2012.

_____. O Mercado de Planos e Seguros de Saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: Barjas Negri e Geraldo Giovanni (Org.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2001a, p. 325-361.

_____. Planos Privados de Saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 6, nº 2, 2001b.

BARBOZA, FILHO, Rubem. O Sentimento da Democracia. *Lua Nova*, nº 59: 5-49, 2003.

BARROS, E. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.1, nº 1: 5-17, 1996.

BARROSO, Luís Roberto. *Da Falta de Efetividade à Judicialização Excessiva*: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. In: http://www.lrbarroso.com.br/pt/noticias/medicamentos.pdf, 2008.

BENCHIMOL, Jaime Larry. A Instituição da Microbiologia e a História da Saúde Pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 5, nº 2, 2000.

BERCOVICI, Gilberto. Democracia, Inclusão Social e Igualdade. In: SANTOS, Gustavo Ferreira (org.). *Constituição e Constitucionalismo*. Curitiba: Juruá, 2010, pp. 95-109.

_____. Instabilidade Constitucional e Direitos Sociais na Era Vargas. In: BITTAR, Eduardo C. B. (org.). *História do Direito Brasileiro*: leituras de ordem jurídica nacional. 2ªed. São Paulo: Atlas, 2010, pp. 241-265.

BERTOLLI FILHO, C. *História da Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 1996.

BRAVO, Maria Inês S. Desafios Atuais do Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS). *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, nº 88, 2006.

_____. Política de Saúde no Brasil. *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. S.d.

BRESCIANI, M. Stella (Org.). *Imagens da Cidade*: séculos XIX e XX. São Paulo: ANPUH/Marco Zero/FAPESP, 1994.

BRINGEL, Breno. A Busca de uma Nova Agenda de Pesquisa sobre os Movimentos Sociais e o Confronto Político: diálogos com Sidney Tarrow. *Política & Sociedade*. Vol. 10, nº 18, 2011.

_____. Com, Contra e Para Além de Charles Tilly: mudanças teóricas no estudo das ações coletivas e dos movimentos sociais. *Sociologia & Antropologia*. Vol. 2, nº 3, 2012.

_____; ECHART, Enara. Movimentos Sociais e Democracia: os dois lados da "fronteira". *Cadernos CRH*, Salvador. Vol. 21, nº 54, 2008.

BURAWOY, Michael. Por Uma Sociologia Pública. In: *Política e Trabalho,Revista de Ciências Sociais*. N°25 Outubro de 2006.

CAMPOS, Francisco Eduardo de. O Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas como Espaço de Atuação Acadêmica. In: TEIXEIRA, Sonia M.F. (Org.). *Projeto Montes Claros*: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Análise Crítica das Contribuições da Saúde Coletiva à Organização das Práticas da Saúde no SUS. In: *Saúde e Democracia*: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. Há Pedras no Meio do Caminho do SUS! *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 12, nº 2, 2007.

_____. *Os Médicos e a Política de Saúde*. Ed. Hucitec: SP, 1998.

_____. Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 12, nº2, 2007.

CAPELLA, Ana Cláudia N. Perspecivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G; ARRETCHE, M; MARQUES, E. (Org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. P. 65-86.

CARVALHO, Antônio Ivo. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania. In: *Conselhos Municipais e Políticas Sociais*, IBAM, IPEA, Comunidade Solidária (Org.). Rio de Janeiro, IBAM.

CARVALHO, Gilson. A Inconstitucional Administração Pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 6, nº 2, 2001.

CARVALHO, Heitor H. do Nascimento. Direito e Saúde Pública durante o Regime Militar de 1964. *Seção Estudos*: Uberlândia, ano 3, nº 6, 2010.

CARVALHO, José Murilo de. *Os Bestializados*. O Rio de Janeiro e a República que não foi. São Paulo: Cia das Letras, 1987.

CARVALHO, Maria Alice R. Temas Sobre a Organização dos Intelectuais no Brasil. *Cadernos CEDES*, nº 9, 2007.

CARVALHO, Sonia Nahas de. Avaliação de Programas Sociais: balanço das experiências e contribuição para o debate. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, vol. 17, n.3-4, 2003.

CASTRO SANTOS, Luiz A. de. As Origens da Reforma Sanitária e da Modernização Conservadora na Bahia durante a Primeira República. *Dados – Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 41, nº 3, 1998.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril*: cortiços e epidemias na corte imperial. São Paulo: Cia das Letras, 1996.

COELHO, Ivan Batista. Os Impasses do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 12, nº2, 2007.

COHN, Amélia. Caminhos da Reforma Sanitária. *Lua Nova*, nº 19. São Paulo, 1989.

CÔRTES, Soraya Vargas. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 25, n° 7: 1626-1633, 2009.

COSTA, Maria Conceição; FARIA, Lina; KOBAYASHI, Elisabete. Eugenia e Fundação Rockefeller no Brasil: a saúde como proposta de regeneração nacional. *Sociologias*: Porto Alegre, ano 11, nº 22, 2009.

COSTA, Nilson Rosário. *Lutas Urbanas e Controle Sanitário*: as origens das políticas de saúde no Brasil. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

CUNHA, J.P.P., CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. *Cadernos de Saúde*. Planejamento e Gestão em Saúde. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p. 11-26.

DA ROS, M.A. *Um Drama Estratégico*: o movimento sanitário e sua expressão num município de Santa Catarina, 1991. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ.

DAGNINO, Evelina. Sociedade Civil, Espaços Públicos e a Construção Democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DERLIEN, Hans-Ulrich. Una Comparación Internacional enlaevaluación de las políticas públicas. *Revista do Serviço Público*, Rio de Janeiro, v. 52, nº 1: 105-122, 2001.

DI BENEDETTO, Donatella. *Americanismo e Corporativismo em Gramsci*. . (Trad.) CRUZ, Edilene; NERIS, Geraldo M. Crítica Marxista, nº 3-4, 2000.

DINIZ, Eli. As Elites Empresariais e a Nova República: corporativismo, democracia e reformas liberais no Brasil dos anos 90. *Ensaios FEE*: Porto Alegre, vol. 17, nº 2, 1996.

DOMINGUES, José Maurício. *A América Latina e a Modernidade Contemporânea*: uma interpretação sociológica. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

_____. *Aproximações à América Latina*: desafios contemporâneos. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

_____. Instituições Formais, Cidadania e Solidariedade Complexa. *Lua Nova*, São Paulo, 66: 9-22, 2006.

_____. "Conclusão" de *O Brasil entre o Presente e o Futuro*. Conjuntura interna e inserção internacional. Rio de Janeiro: Mauad, 2013 (a) (no prelo).

_____. Sistemas Sociais e Subjetividades Coletivas. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, vol. 39, nº 1, 1996.

_____. Social Liberalismo e Dominação Global. *Mulemba – Revista Angolana de Sociologia*, vol. 3, nº 6, 2013 (b) (no prelo).

DRAIBE, Sonia M. A Nova Institucionalidade do Sistema Brasileiro de Políticas Sociais: os Conselhos Nacionais de Políticas Setoriais. *NEPP – Cadernos de Pesquisa*, vol. 35, 1998.

_____. Estado de Bem-Estar, Desenvolvimento Econômico e Cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: HOCHMAN, G; ARRETCHE, M; MARQUES, E. (Org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. P. 27-64.

ELIAS, Paulo Eduardo. Análises sobre a Reforma Sanitária e Concepções Políticas Subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista. *Saúde e Sociedade*, vol. 2, nº 1, 1993.

ESCOREL, Sarah. Projeto Montes Claros – palco e bandeira de luta, experiência acumulada do Movimento Sanitário. In: TEIXEIRA, Sonia M. F. (Org.) *Projeto Montes Claros*: a utopia revisitada/ Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na Saúde*: origem e articulação do movimento sanitário. RJ: Editora FIOCRUZ, 1999.

FARAH, Marta Ferreira S. Administração Pública e Políticas Públicas. *Revista de Administração Pública*: Rio de Janeiro, vol. 45, nº 3, 2011.

FARHAT, Said. *Lobby. O que é. Como se faz*. Ética e transparência na representação junto a governos. São Paulo: Editorial Aberje/Peirópolis, 2007.

FARIA, Carlos Aurélio P. a Política da Avaliação de Políticas Públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 20, nº 59: 97-109, 2005.

_____. Ideias, Conhecimento e Políticas Públicas. Um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 18, nº 51, fev. 2003.

FARIA, Lina Rodrigues de. Os Primeiros Anos da Reforma Sanitária no Brasil e a Atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920). *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, vol. 5, nº 1, 1995.

FAVERET FILHO, Paulo, OLIVEIRA, Pedro J. A Universalização Excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Dados*, vol. 2: 257-283, 1990.

FERREIRA, L.O. Os Periódicos Médicos e a Criação de uma Agenda Sanitária para o Brasil, 1827-1843. *História, Ciências, Saúde* – Manguinhos, vol. 6, nº 2, 1999.

FLEURY, Sonia. A Questão Democrática na Saúde. In: *Saúde e Democracia*: a luta do CEBES/Sonia Fleury (organizadora) – São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. A Reforma Sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 12, nº 2, 2007.

_____ Montes Claros: a utopia democrática. In: *Projeto Montes Claros*: a utopia revisitada/organizadora Sonia Maria Fleury Teixeira. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

FONSECA, Cristina M.O. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945):* dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. *Segurança, Território, População*. Curso dado no Collège de France (1977-1978). Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRANÇA, S.B. A presença do Estado no setor saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*, v.49, n.3: 85-100, 1998.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*: Brasília, nº 21: 211-259, 2000.

FUKS, Mario. Definição de Agenda, Debate Público e Problemas Sociais: uma perspectiva argumentativa da dinâmica do conflito social. *BIB*: Rio de Janeiro, nº 49, 2000.

GADEA, Carlos A. Especulações Analíticas em torno da Pós-Modernidade na América Latina. *Interseções*: Rio de Janeiro, vol. 12, nº 2, 2010.

GARCIA, Ronaldo Coutinho. Subsídios para Organizar Avaliações da Ação Governamental. *Planejamento e Políticas Públicas*: Brasília, nº 23: 7-70, 2001.

GERSCHMAN, Silvia. *A Democracia Inconclusa*: um estudo da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria Angélica Borges dos. O Sistema Único de Saúde como Desdobramento das Políticas de Saúde do Século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol.21, nº 61, 2006.

GERSCHMAN, Silvia; VIANA, A.L.D. Descentralização e Desigualdades Regionais em Tempo de Hegemonia Liberal. In: LIMA, N.T. etall (Org). *Saúde e Democracia*: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005. P. 307-351.

GOHN, Maria da Glória. ONGs: a modernidade da participação social na América Latina. In: *Os sem-terra, ONGs e cidadania*: a sociedade civil na era da globalização. São Paulo: Cortez, 1997.

_____. Participação de Representantes da Sociedade Civil na Esfera Pública na América Latina. *Política e Sociedade*, v.10, 2011.

_____. *Sociologia dos Movimentos Sociais*. São Paulo: Cortez, 2013.

GRAMSCI, Antonio. *Materialismo Histórico e a Filosofia de Benedetto Croce*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.

_____. Os Intelectuais e a Organização da Cultura. Trad. Carlos Nelson Coutinho. 4ªed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

_____. *Cadernos do Cárcere*. Trad. Carlos Nelson Coutinho. 4ªed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004. Vol. 2.

HABERMAS, Jürgen. New Social Moviments. *Telos*, New York, nº 49, 1981.

_____. *Direito e Democracia*: entre facticidade e validade. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

_____. *Mudança Estrutural da Esfera Pública*: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

HANNIGAN, John. Alain Touraine, Manuel Castells and Social Movement Theory: a critical appraisal. *Sociological Quartely*, vol. 26, nº 4, 1985.

HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento*: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: HUCITEC Editora, 2012.

_____. Logo ali, no final da avenida: os sertões redefinidos pelo movimento sanitarista da Primeira República. *História, Ciências, Saúde* – Manguinhos, vol. 5, suplemento. Rio de Janeiro, 1998.

_____. *Reforma, Instituições e Políticas de Saúde no Brasil (1930-1945).* Curitiba: Editora UFPR, Educar, nº 25, 2005.

_____; Lima, Nísia Trindade. Condenado pela Raça, Absolvido pela Medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor (Org.) *Raça, Ciência e Sociedade.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CCEB, 1996.

JÚNIOR, Olavo Brasil de Lima; SANTOS, Wanderley Guilherme. Esquema Geral para a Análise de Políticas Públicas: uma proposta preliminar. *Revista de Administração Pública*, vol. 10, nº 2. Rio de Janeiro, 1976.

KINZO, Maria D'Alva G. A Democratização Brasileira: um balanço do processo político desde a transição. *São Paulo em Perspectiva*, vol. 15, nº 4, 2011.

KOERNER, Andrei; ASSUMPÇÃO, San Romanelli. A Lei da Anistia e o Estado Democrático de Direito no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 24, nº 69, fev. 2009.

LABRA, Maria Eliana. *O Movimento Sanitarista nos Anos 20. Da "conexão sanitária internacional" à especialização em saúde pública no Brasil*. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro, Escola Brasileira de Administração Pública/Fundação Getúlio Vargas, 1985.

_____; FIGUEIREDO, Jorge, St. A. Associativismo, Participação e Cultura Cívica. O potencial dos Conselhos de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 7, nº 3: 537-547, 2002.

LACAZ, Francisco A. de Castro. Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador. *Saúde e Sociedade*, vol. 3, nº 1, 1994.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana D; MACHADO, Cristiane V. política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 6, nº 2, 2001.

LIMA, Nísia Trindade. Missões Civilizatórias da República e Interpretação do Brasil. *História, Ciências, Saúde* – Manguinhos, vol. V (suplemento), 1998.

_____; MAIO, Marcos Chor. Ciências Sociais e Educação Sanitária: a perspectiva da sessão de serviço social do Serviço Especial de Saúde Pública na década de 1950. *História, Ciências, Saúde* – Manguinhos, vol. 17, nº 2, 2010.

_____; FONSECA, Cristina; HOCHMAN, Gilberto. In: LIMA, N.T. et al (Org.). *Saúde e Democracia*: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

LUZ, Madel T. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde da Década de 80. In: *Saúde e Sociedade no Brasil*: Anos 80. Org. Ricardo Tavares, Ed. Relume-Dumará, 1997.

_____. *Medicina e Ordem Política Brasileira*: políticas e instituições de saúde (1850-1930). Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

MACHADO, Francisco de Assis. A Organização dos Serviços no Projeto Montes Claros. In: *Projeto Montes Claros*: a utopia revisitada/organizadora Sonia Maria Fleury Teixeira. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

MARTIN, Scott. As Câmaras Setoriais e o Meso-Corporativismo. *Lua Nova*, nº37, 1996.

MARTINS, P.C.; COTTA, R.M.M.; MENDES, F.F.; FRANCESCHINNI, S.C.C.; PRIORE, S.E.; DIAS, G.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: matizes da utopia. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*: Rio de Janeiro, nº 18, vol. 1: 105-121, 2008.

MASTROMAURO, Giovana Carla. Surtos Epidêmicos, Teoria Miasmática e Teoria Bacteriológica: instrumentos de intervenção no comportamento dos habitantes da cidade do século XIX e início do século XX. *Anais do XXVI Simpósio Nacional de História* – ANPUH. São Paulo, 2011.

MCADAM, Doug. Beyond Structural Analysis: Toward a More Dynamic Understanding of Social Movements. (281- 299) In: *Social Movements and Networks*. Relational Approaches to Collective Action.Edited by: MARIO DIANI AND DOUG McADAM, 2003.

MCADAM, Doug; TARROW, Sidney; TILLY, Charles.Para Mapear o Confronto Político. *Lua Nova*, São Paulo, 76: 11-48, 2009.

MELLO, Alex Oestreich de; CESAR, Éderson; BELTRAME, Milene Veiga; HEBERLE, Rossane. O Discurso Sanitarista como Discurso Político e Ideológico na

República Velha. *Revista Historiador*, nº 3, Ano 3, 2010. Disponível em: http://www.historialivre.com/revistahistoriador/, Acessado em agosto de 2013.

MELO, Marcus André. Estado, Governo e Políticas Públicas. In: Sérgio Miceli (org.). *O Que Ler na Ciência Social Brasileira (1970-1995)*. São Paulo: Sumaré, 1999.

MELUCCI, Alberto. *A Invenção do Presente*. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

MENICUCCI, Telma M.G. A Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G; ARRETCHE, M; MARQUES, E. (Org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. P. 303-326.

_____. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanços e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 25, nº 7, 2009.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: Jacobo Finkelman (org.). *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. 20ªed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 1-326, 2002.

MICELI, Sérgio. *Imagens Negociadas*. Retratos da elite brasileira (1920-40). São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília-DF, 2012.

MOREIRA, Roberto S. C. *Identidade Brasileira: velhas questões, novos desafios*. XX Encontro Anual da ANPOCS, Caxambu, 1996.

MOTA, André. História Regional e o Sanitarismo Paulista na República Velha. *Mneme – Revista de Humanidades*, vol. 7, nº 17, 2005. Disponível em: http://periodicos.ufrn.br/index.php/mneme, Acessado em agosto de 2013.

_____. *Quem é Bom já Nasce Feito*: sanitarismo e eugenia no Brasil. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

MOURA, Joana T. Vaz de; SILVA, Marcelo Kunrath. Atores Sociais em Espaços de Ampliação da Democracia: as redes sociais em perspectiva. *Revista de Sociologia Política*: Curitiba, vol. 16, número suplementar, 2008.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade Social e Saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*: Rio de Janeiro, vol. 18 (Suplemento): 77-87, 2002.

NORONHA, José Carvalho e LEVCOVITZ, Eduardo. AIS – SUDS – SUS: Os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R & TAVARES, R (Org.). *Saúde e Sociedade no Brasil*: anos 80. Rio de Janeiro: ABRASCO / IMS / UERJ, 1994.

NUNES, Everardo Duarte. As Ciências Sociais em Saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. *Saúde e Sociedade*, vol. 1, nº 1, 1992.

OLIVEIRA, Jaime A. reformas e Reformismos: "Democracia Progressiva" e Políticas Sociais (ou Para uma Teoria Política da Reforma Sanitária). *Cadernos de Saúde Pública*: Rio de Janeiro, vol. 4, nº 3, 1987.

OLIVEIRA, Evangelina X.G.; CARVALHO, Marília S; TRAVASSOS, Cláudia. Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*: Rio de Janeiro, vol. 20, nº 2, 2004.

OLIVEIRA, José Antônio P. Desafios do Planejamento em Políticas Públicas: diferentes visões e práticas. *Revista de Administração Pública*, vol. 40, nº 2. Rio de Janeiro, 2006.

OLSON, Mancur. *A Lógica da Ação Coletiva*: os benefícios públicos e uma teoria dos grupos sociais. São Paulo: Edusp, 1999.

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*: Rio de Janeiro, vol. 18, nº 4, 2008.

PAIM, Jairnilson. *O Processo saúde-doença e a organização da atenção à saúde*. (2007)

PAIVA, Carlos Henrique Assunção. Imperialismo e Filantropia: a experiência da Fundação Rockefeller e o sanitarismo na Primeira República. Resenha do livro A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da Primeira República. Bragança Paulista, Editora Universitária São Francisco, 2003. *História, Ciências, Saúde* – Manguinhos: Rio de Janeiro, vol. 12, nº 1, 2005.

PAOLI, Maria Célia. Movimentos Sociais, Cidadania, Espaço Público: perspectivas brasileiras para os anos 90. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 33, 1991.

PASCHE, Dário Frederico. A Reforma Necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 12, nº2, 2007.

PATTO, Maria Helena Souza. Estado, Ciência e Política na Primeira República: a desqualificação dos pobres. *Estudos Avançados*, São Paulo, vol. 13, nº 35, 1999.

PEREIRA, Laurindo Mékie. A Questão Regional no Pensamento de Antonio Gramsci e Celso Furtado. *Topoi*, v.10, nº 18, 2009.

PERLATTO, Fernando. A Constituição de 1988: um marco para a história da Nova República Brasileira. In: *Contemporâneos* – Revista de Artes e Humanidades, nº 3. NOV-ABR, 2009.

PICOLLOTO, Everton Lazzaretti. Movimentos Sociais: abordagens clássicas e contemporâneas. *Revista Eletrônica de Ciências Sociais*. Ano I, 2ª ed., 2007.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das Políticas de Saúde no Brasil. Uma pequena revisão. In: *Biblioteca Virtual* – Faculdade de Medicina da UFMG.

PONTE, Carlos Fidelis. O Brasil no Microscópio. In: PONTE, Carlos Fidelis; FALEIROS, Ialê (Orgs.). *Na Corda Bamba de Sombrinha*: a saúde no fio da história. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=160, Acessado em agosto de 2013.

_____. Os Anos de Chumbo: a saúde sob a ditadura. In: PONTE, Carlos Fidelis; FALEIROS, Ialê (Orgs.). *Na Corda Bamba de Sombrinha*: a saúde no fio da história. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=160, Acessado em agosto de 2013.

_____ ; LIMA, Nísia Trindade; KROPF, Simone Petraglia. O Sanitarismo (re) descobre o Brasil. In: PONTE, Carlos Fidelis; FALEIROS, Ialê (Orgs.). *Na Corda Bamba de Sombrinha*: a saúde no fio da história. Disponível em:

http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=160, Acessado em agosto de 2013.

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. Ainda uma Definição do 'Ser Brasileiro'? *Ciências Sociais Hoje*, 1981.

REIS, Bruno. Arena Política (verbete). In: *Dicionário de Políticas Públicas*. São Paulo: Fundap, 2013.

REIS, Elisa P. Reflexões Leigas para a Formulação de uma Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 18, nº 51, fev. 2003.

RIBEIRO, José Mendes. Conselhos de Saúde, Comissões Intergestores e Grupos de Interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*: Rio de Janeiro, vol. 13, nº 1: 81-92, 1997.

ROCHA, José Cláudio. *O Direito Positivo Brasileiro e as Demandas Sociais*. Jus Navigandi, Teresina, ano 17, nº 3360, 2012. Disponível em: http://jus.com.br/artigos/22595/o-direito-positivo-brasileiro-e-as-demandas-sociais, Acessado em julho de 2013.

RODRIGUEZ NETO, E. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. NESP. *Incentivo a participação popular e controle social no SUS*: textos para Conselheiros de Saúde. Brasília: MS, p.7-17, 1998.

SÁ, Dominichi Miranda de. A Voz do Brasil: Miguel Pereira e o discurso sobre o "imenso hospital". *História, Ciências, Saúde* – Manguinhos: Rio de Janeiro, vol. 16, supl. 1, 2009.

_____. Uma Interpretação do Brasil como Doença e Rotina: a repercussão do relatório médico de Arthur Neiva e Belisário Penna (1917-1935). *História, Ciências, Saúde* – Manguinhos: Rio de Janeiro, vol. 16, supl. 1, 2009.

SALIBA, N.A.; MOIMAZ, S.A.S.; FERREIRA, N.F.; CUSTÓDIO, L.B.M. Conselhos de Saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. *Revista de Administração Pública*: Rio de Janeiro, vol. 43, nº 6: 1369-1378, 2009.

SANTOS, Lenir. O Poder Regulamentador do Estado sobre as Ações e os Serviços de Saúde. Revista dos Tribunais. *Cadernos de Direito Constitucional e Ciência Política*, vol. 20, p. 140-176, 1997.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro. O Pensamento Sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados – Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, vol. 28, nº 2, 1985.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Desenvolvimento do SUS, Rumos Estratégicos e Estratégias para a Visualização dos Rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 12, nº 2, 2007.

_____. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumo. *Ciência& Saúde Coletiva*, vol. 17 (Sup. 2), 2009.

SANTOS, Regina Celia Nunes dos. A História do Projeto Montes Claros. In: *Projeto Montes Claros*: a utopia revisitada/organizadora Sonia Maria Fleury Teixeira. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

SANTOS, Roberto Figueira. A Regionalização Assistencial no Aperfeiçoamento das Ações Integradas de Saúde. In: *Comissão Nacional da Reforma Sanitária*. Documento I, 1986.

SCLIAR, Moacyr. *Do Mágico ao Social*: a trajetória da saúde pública. São Paulo: SENAC NACIONAL, 2002.

SECCHI, Leonardo. *Políticas Públicas*. Conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2ªed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SECHERER-WARREN, Ilse; LUCHMANN, Lígia H.H. Movimentos Sociais e Participação Institucional: introduzindo o debate. *Política & Sociedade*, vol. 10, nº 18, 2011.

SEVCENKO, Nicolau. *A Revolta da Vacina*: mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Editora Scipione, 1993.

SILVA, Maíra Carvalho Carneiro. *Em Busca da Saúde.* Usos do Passado – XII Encontro Regional de História/ANPUH, Rio de Janeiro, 2006.

SILVA JÚNIOR, Aluísio G.; ALVES, Carla A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, MGVC; CORBO, ADA (Org.). *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU&Tipo=1&Num=26

SOARES, Laura Tavares. *O Desastre Social*. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SOARES, Márcio de Sousa. Médicos e Mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial. *História, Ciências, Saúde* – Manguinhos, vol. VIII, nº 2, 2001.

SOMARRIBA, Mercês. Participação e Saúde: revisitando o Projeto Montes Claros. In: *Projeto Montes Claros*: a utopia revisitada/organizadora Sonia Maria Fleury Teixeira. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

SOUZA, Celina. Estado de Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G; ARRETCHE, M; MARQUES, E. (Org.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. P. 65-86.

_____. "Estado do Campo" da Pesquisa em Políticas Públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 18, nº 51, fev. 2003.

_____. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, nº 16. Porto Alegre, 2006.

SOUZA, Luis Eugenio P. Fernandes de. O SUS Necessário e o SUS Possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (3), 2009.

SUREL, Yves. Las Políticas públicas como paradigmas. In: *Estudios Políticos*, nº 33: 41-65, Medellin, 2008. (Trad.) Javier Sánchez Segura.

TAPIA, Luis. *Politica Salvage*. Clacso/Muela del Diablo, 2003.

TARROW, Sidney. *O Poder em Movimento*: movimentos sociais e confronto político. Trad. Ana Maria Sallum. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

TATAGIBA, Luciana. Sociedade Civil, Espaços Públicos e a Construção Democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TEIXEIRA, Carla Costa. Interrompendo Rotas, Higienizando Pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 13, nº 3, 2008.

TILLY, Charles. Movimentos Sociais Como Política. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n°3. Brasília, janeiro-julho de 2010, pp. 133-160.

TOBAR, Federico. Nova Racionalidade Técnica. In: *Projeto Montes Claros*: a utopia revisitada/organizadora Sonia Maria Fleury Teixeira. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

TOURRAINE, Alain. A Sociologia Pública e o Fim da Sociedade. *Caderno CRH*, Salvador, vol. 22, nº 56, 2009.

_____. Os Novos Conflitos Sociais. Para evitar mal-entedidos. *Lua Nova*, nº 17. São Paulo, 1989.

TREVISAN, Andrei Pittol; VAN BELLEN, Hans Michael. Avaliação de Políticas Públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. *Revista de Administração Pública*, vol. 42, nº 3: 529-550. Rio de Janeiro, 2008.

VAN STRALEN, Cornelis J. Do Projeto de Montes Claros para o Sistema Único de Saúde: o hiato entre ideologia e realizações práticas. In: *Projeto Montes Claros*: a utopia revisitada/organizadora Sonia Maria Fleury Teixeira. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

VIANA, Ana Luiza D. As diferentes institucionalidades da política social no Brasil no período de 1995 a 2010. In: VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D. (Org.). *Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2011.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila *et all*. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 18 (suplemento), 2002.

VIANNA, Maria Lúcia T.W. *A Americanização (Perversa) da Seguridade Social no Brasil*: estratégias de bem-estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora Revan, 1998.

_____. Notas sobre política social. *Physis*, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 133-159, 1991.

VIEIRA, Lívia Maria Fraga e LIMA, Neusa Maria. Concepção do Coletivo, Participação Comunitária e Transformação Social pela Saúde. In: *Projeto Montes Claros*: a utopia revisitada/organizadora Sonia Maria Fleury Teixeira. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

WAGNER, Peter. Crises da Modernidade. A sociologia política no contexto histórico. Trad. De Vera Pereira. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol. 11, nº 31, 1996.

ANEXOS

ENTREVISTA GASTÃO WAGNER DE SOUZA

DANIELA: Você graduou-se em Medina na UNB em 1975, depois foi para São Paulo onde fez especialização em Saúde Pública e mestrado em Medicina Preventiva, ambos na USP. Daí foi para a UNICAMP e fez seu doutorado em Saúde Coletiva, em 1991. Mesmo não tendo participado de forma ativa no projeto de concepção das modificações que estavam sendo gestadas, fez sua formação no momento em que isso ocorria e grande parte de sua obra, para não dizer toda, gira em torno do SUS. Além disso, você sempre polemizou muito. Aliás, você mesmo reconhece isso em seus textos. Recentemente li um artigo seu na Revista Saúde Coletiva em que você já começava falando que mais uma vez iria polemizar. A que você atribui este fato? Houve algum fator em sua formação que interferisse?

GASTÃO: Eu tenho uma capacidade grande, e para mim tem sido importante, de ter um pensamento crítico em relação a mim mesmo. Eu consigo me inquietar e ter dúvidas até das minhas certezas. E com o tempo eu fui aprendendo que você pode amar, você pode acreditar em um certo projeto, em uma certa instituição, e ao mesmo tempo é necessário conseguir ter crítica, ter um distanciamento. Eu tentei praticar isso com o SUS, com o nosso projeto político. Então eu me formei assim. E no fundo tem uma certa vontade, certa capacidade, provavelmente deve ter certo prazer também, de correr risco. Correr risco porque boa parte dessas polêmicas expõe muito. Uma das primeiras polêmicas que eu tive dentro da reforma sanitária foi com o discurso... Interessante isso, eu era mais jovem, na 8ª Conferência eu nem delegado fui, participei como ouvinte, estava terminando a residência. Mas depois se consolida muito um discurso da reforma sanitária que valorizou muito a municipalização e a descentralização. E o argumento dos meus professores e dos teóricos da época era de que no município, a gestão participativa, e o controle social, conseguiria anular as características clientelista do Estado brasileiro, conseguiria fazer que no conflito de interesses os interesses do complexo médico industrial, da corporação médica, ficariam controlados pelos interesses dos usuários, pela necessidade de saúde. Eu achei isso muito naïf, muito

ingênuo, e fiz um artigo dizendo que o estado municipal era parecido e fazia parte do estado nacional. E que o enfrentamento do clientelismo, de criar uma nova instituição teria que ser diferente. Então eu fiz essa crítica. E a outra crítica é que eu compreendi... Eu sou uma pessoa de esquerda, defendi o socialismo, no movimento estudantil era militante contra a ditadura, me associei aos trotskistas, depois aos comunistas, mas eu sempre fui muito crítico ao socialismo real, ao comunismo. Particularmente pela eliminação da democracia. Quando eu faço o Reforma da Reforma e mesmo antes, então além dessa crítica da municipalização como saída, como reforma do Estado suficiente e necessária, mais a gestão participativa, eu coloquei em dúvida de que porque é estatal, porque uma instituição ou um sistema é estatal estão eliminados os conflitos de interesse, a reapropriação privada pela burocracia do orçamento público. A nomenclatura do que vinha acontecendo com muita ênfase na União Soviética, nos países ditos comunistas em que se elimina a propriedade privada e cria novos estamentos, novas classes institucionais que se reapropriam do poder e, inclusive, da mais valia do excedente de riqueza que o país produz. Então esse automatismo entre bem-estar, entre burocracia e Estado eu questionei. E em relação ao SUS eu comecei a mencionar que estas diretrizes gerais sem uma reforma micro dos modelos de atenção, na época a gente não dizia micro, dos modelos de atenção, de como a gente pensa o processo de saúde e doença, como a gente pensa a clínica, que a gente não conseguiria garantir o direito à saúde, à equidade. Então teria que se fazer uma reforma tanto política quanto das instituições, dos modelos de gestão, quanto das práticas de saúde. No começo, a reforma sanitária, os teóricos, as lideranças estavam cuidando muito de arranjos institucionais macro, que estavam na lei orgânica da saúde.

DANIELA: Este ponto foi um grande embate dentro do CEBES também, né? Se entrariam para o aparelho do Estado, se isso seria se corromper.

GASTÃO: Isso. Eu era a favor. Eu sempre trabalhei e acho que você tem que rever as instituições por dentro, mas que não era suficiente, que a gente tinha que apostar em movimentos sociais, e que incluíssem os trabalhadores de saúde e os setores da sociedade. E que estes tinham que ter um projeto de democratização do país para além da saúde, né? Então eu sempre comprei essa polêmica. Quando eu escrevi os primeiros artigos sobre isso, eu escrevi um capítulo de um livro chamado A Reforma Sanitária Brasil-Itália, que o David Capistrano organizou, e ele convidou o Berlinguer que fez a maior parte, a Sonia Fleury, que defendeu o discurso da Reforma, e eu coloquei essas

críticas. Eu era um moleque e apanhei. A Sonia Fleury escreveu um artigo acabando comigo.

DANIELA: Talvez este embate entre vocês seja o mais famoso quando se fala em divergências no movimento. Sempre alguém fala: “ah, e teve a discussão da Sonia e do Gastão”.

GASTÃO: É, teve tréplica, réplica... E tiveram outras pessoas. A professora Célia, da FIOCRUZ, também escreveu me criticando, enfim, tiveram vários autores. E depois eu fiz o Reforma da Reforma que, estava começando o SUS, foi minha tese de doutorado isso. Eu defendi em 91, comecinho de 92 por aí, e eu desenvolvi essas teses. Eu disse: “olha, estamos começando com o SUS e já temos que repensar, repensar as políticas públicas, repensar o estatal, repensar o modelo de gestão”. E o Arouca estava na minha banca e ele era deputado constituinte. Ele chegou, foi o primeiro a falar, falou uma hora, mas ele começou assim: “Eu não achei nenhum sentido. Não tem nenhum sentido e significado essa sua tese”. E aí defendeu a Constituinte. Ele falou uma hora e tanto, falou tanto que chegou uma hora que teve um intervalo e meu pai, que estava na plateia me procurou e disse: “não responda nada, não vá comprar briga com o professor, que é ele que está te julgando”. Enfim, então eu acho que vale a pena. No entanto, nunca fiquei com raiva da Sonia Fleury, nem do Arouca. Ao contrário, continuei super respeitando o Arouca como referência, como mestre. Eu me autorizo a ter mestre e me separar um pouco do mestre, sabe?

DANIELA: Sim. Mesmo porque eram embates intelectuais, que passavam pela discussão em torno do que vocês pensavam, não era nada direcionado à pessoa. Pelo menos nos que eu cheguei a ler.

GASTÃO: É não tinha nada pessoal, mas a gente tende a se identificar com a obra e criticar a obra tomada como ofensa, né? Aqueles que não se identificam com o nosso discurso, com a nossa proposta, e é muito frequente no ser humano... Eu tive um treinamento anterior que foi eu lidar com o marxismo sem ser dogmático.

DANIELA: Deve ter apanhado muito por aí também.

GASTÃO: Sim. Cada partido que eu entrava eu era expulso na época. Eu misturava marxismo com psicanálise, com Espinosa, enfim, com psicologia...

DANIELA: Bom, mas você estava falando de projetos e de envolver a comunidade, o movimento social, você participou do Projeto Paulínia, né?

GASTÃO: Foi. Eu fiz medicina na UNB, na Universidade de Brasília e comecei residência de clínica médica lá. Na verdade fiz R1 e R2, mas queria fazer, eu resolvi fazer Saúde Coletiva. Eu gostava muito de clínica, eu fiz clínica. Na época não chamava saúde coletiva. Não, já chamava saúde coletiva. E Brasília estava sem residência, a gente não tinha mestrado. Então eu fiz o concurso para a especialização em saúde pública na Faculdade de Saúde Pública da USP e logo depois para o mestrado de Medicina Preventiva, também da USP. E entrei como sanitarista em São Paulo. Fiquei cinco anos, fui trabalhar no ABC. Porque eu escolhi o ABC era óbvio, né? Final de 80, 81, era onde estava o povo e eu achava que tinha que participar, então eu fui trabalhar junto com os sindicatos, foi a época que eu conheci o Lula, conheci todo este pessoal, eu fazia curso de saúde do trabalhador, de cidadania, do sindicato, dos movimentos sociais, etc. E aí apareceu uma vaga para professor aqui na UNICAMP e era para trabalhar em Paulínia. Quem me convidou foi o Nelson Rodrigues dos Santos, que era um desses mestres que eu tenho uma ligação muito grande, e eu fiz o concurso e entrei. Daí eu fui para Paulínia como caixa baixa, fui lá fazer medicina de família, que chamavam comunidade com os alunos de medicina e enfermagem. E depois de um ano e meio o Nelson é indicado secretário de saúde de Campinas e aí na discussão eu acabei sendo o coordenador do Projeto. Fiquei quatro anos e foi uma época muito boa porque lá a gente combinava o movimento institucional de criar uma rede de escolas, a gente já tinha essa concepção. Tinha um centro de saúde e escola nós criamos mais três, depois um hospital municipal, a gente pensava em um distrito escola. Mas combinava isso com mobilização, com movimento popular de saúde, com os Conselhos. Antes do SUS nós já estávamos experimentando essas coisas lá, que o Arouca tinha inaugurado. Isso aí o professor Sergio Arouca... Mas aí ele foi cassado, preso em 75. O Nelson veio depois em 78-79. E aí em 84 eu vim para Paulínia.

DANIELA: Você estava falando do Departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP, quando a gente vai estudar a trajetória do movimento sanitário, do movimento pela saúde, este departamento aparece muito como a vanguarda do movimento. Até mesmo pelo Arouca, pela AnamariaTambellini, pelo David Capistrano... E depois quando ele é desestruturado e os profissionais que lá estavam tiveram que se dispersar pelo resto do país, o CEBES foi fundado, os projetos mudaram

de lugar. Isto acabou difundindo a proposta do movimento. Você acha que é exagerado dizer que apesar dos malefícios, houve ganhos com isso?

GASTÃO: Não é exagerado. Mas o beneficio foi indireto. Ele trouxe malefícios, porque o David Capistrano foi preso, o Sergio Arouca foi preso, a Ana Tambellini foi demitida, quatro ou cinco professores são demitidos, houve uma desestruturação de um centro de produção de projetos de interação com sindicatos, com a população, com partidos políticos. Tudo isso era muito importante.

DANIELA: Mas estes intelectuais depois não foram ocupando outros espaços, criando novos núcleos?

GASTÃO: Foram. Sergio e Anamaria Tambellini foram para a FIOCRUZ, que já tinha um movimento importante. E tem também que a ditadura brasileira não era a Argentina, né? Então ficava seis meses preso e saía. Fez o concurso lá, entrou lá, conseguiu sem ter que se exilar. Mas aqui em Campinas e em São Paulo a gente levou, a gente não porque eu não estava aqui, mas entre 75 e, quer dizer, este departamento só volta a ter uma ala progressista em 79 quando por acaso eles contrataram o Nelsão. E aí o Nelsão articula a área da família, da medicina comunitária, faz alianças com ciências sociais e etc. A gente só recupera, o departamento só recupera da saúde pública conservadora a coordenação do departamento dez anos depois, em 84-85. Então houve um retrocesso muito grande da saúde do trabalhador. Se olhar para cá, eu não acho que ganhamos não com essa repressão. A experiência de Paulínia não se perdeu. O Nelson foi chamado para continuar, os alunos protestaram, queriam que continuasse, enfim... Apesar de reprimir o Arouca e a equipe não conseguiram reprimir o projeto principal que ele vinha construindo, que era essa experiência institucional e popular, que serviu de demonstração para o SUS depois. Ela se manteve como referência, mas depois perdeu a importância. Mas durante muitos anos ela se manteve. E aí novos concursos, a UNICAMP estava crescendo muito na época, foi o auge do crescimento da UNICAMP. Quando eu entrei aqui, junto comigo entraram mais quatorze ou quinze professores. A maioria a favor da Reforma Sanitária, do pensamento crítico, de mobilização, e aí a gente recompôs o departamento, mas foi um baque. Inclusive o Arouca só volta à UNICAMP quando o departamento fez acho que vinte anos, em 85. Quando a gente recupera, a primeira diretora foi a professora Ana Canesqui das Ciências Sociais, ela conseguiu se eleger. Aí fizemos um seminário e quem fez a palestra, a conferência, foi o

Sergio Arouca, de vinte anos do departamento. Ele não tinha voltado a UNICAMP nunca mais, de tão magoado.

DANIELA: No capítulo que você escreveu para aquele livro *Saúde e Democracia, a luta do CEBES* você bate muito numa tecla que é uma crítica que você faz ao excesso de fratura dentro do movimento como se isto tivesse impedido também uma consolidação das propostas tal qual vocês tinham imaginado. Fala também da necessidade de que as coisas boas do SUS sejam apontadas, porque tudo bem a gente tem muitos problemas, mas o foco fica muito nos problemas e não tem divulgação do que deu certo. Eu conversei com outras pessoas que participaram deste processo e isto foi uma coisa também que o Temporão bateu muito nesta tecla, da necessidade de mostrar mais o que deu certo e tal. E agora como o SUS vai fazer 25 anos, você acha que este diagnóstico ainda é atual para o momento que estamos vivendo? Você acha que a gente continua negando priorizando as experiências negativas? Às vezes tenho a impressão de um discurso contrário ao SUS, quase como uma tentativa de privatizá-lo.

GASTÃO: Só uma referência importante é que não sou parte da geração que desenhou o projeto SUS, eu sou aluno destas pessoas. Tanto que eu já faço a reforma da reforma, ou seja, já trabalho a partir da obra de Sérgio Arouca, do David Capistrano, do Nelson Rodrigues dos Santos, do Eleutério, mesmo de Sonia Fleury. Eles fizeram. Eu já tento fazer uma crítica. A coisa da fragmentação, antes da sua pergunta eu já tinha feito uma referência, eu apoio o projeto do SUS, quero uma política pública de direito universal, sistema público. Eu acredito que é muito importante para a população, o bem estar para a defesa do ambiente, do planeta, nossa vida. É uma coisa muito importante. Agora apesar de apostar e ter um envolvimento ideológico, moral, emocional e racional com o SUS, tem que se afastar, tem que ser capaz de criticar, tem que ver o tipo de controle social que está instituindo, o direito que não está garantido. É uma situação muito difícil, particularmente, porque a reforma sanitária brasileira, na minha opinião, na minha análise não empolgou a sociedade civil como um todo, apesar de ser um movimento forte para a padrão brasileiro. Intelectuais, setores populares conseguiu influenciar os partidos, saiu a Constituição, saiu a Lei Orgânica, nós não tomamos uma deliberação em plebiscito de usar 8, 9, 10 % do Produto Interno Bruto para fazer um sistema de saúde universal, público, gratuito. Eu acho que isto ficou bem ambíguo na sociedade brasileira, tanto que estes meus mestres ocultaram esta origem socialista, comunista, trabalhista, social democrática do SUS. Parecia que o SUS era uma

jabuticaba, que é a universalidade, a gratuidade, a regionalização, integralidade, atenção primária... Ficamos muitos anos de costa da experiência da Inglaterra, do Canadá, de Cuba. Muitos anos. Sistemas comparados é um negócio recente. O Informe Dawns eu fui conhecer depois do meu doutorado. É um documento de 1920, 80% do desenho do SUS das diretrizes políticas e organizacionais estão lá. Nós inventamos a gestão participativa, a descentralização, e uma cumplicidade, cumplicidade não, de uma relação com o setor privado muito maior. Mantivemos e estatizamos hospitais.

DANIELA: Qual o documento?

GASTÃO: O Informe *Dawson*, laboratório *Dawson*, 1920 lá da Inglaterra. Tem tudo lá, está tudo lá. Isto foi oculto, esta coisa de se fazer por dentro, de forma muito incremental, construtiva. No movimento a gente não foi capaz de fazer assim: "já que é um direito à saúde, quanto custa? Custa X, como nós vamos arranjar? Vamos ter atenção primária, onde é que vai estar o pessoal?" Se pegar a história de Portugal, da Espanha, ele disseram "vamos ter atenção primária para 90% e vamos fazer isto em 4 anos. Vamos ter tanto dinheiro para médico, tanto dinheiro para enfermeiro, vamos abrir tantas vagas de residência". Fizeram planejamento integrado, estratégico, e em 4 anos tinham 70% do povo português e espanhol como vinculados e escritos, matriculados, usando a atenção básica e a atenção básica tinha poder para regular os hospitais, discutir critérios de acesso a especialistas. Então essa decisão de fato de construir um sistema público ela é ambígua. Isto por um lado, então acho que não dá para fazer a louvação do SUS só. Temos de combinar de fazer uma dialética aí, de mostrar, apesar dos sub financiamentos, apesar de não haver política de pessoal decente, apesar dos programas focais. A maior parte das diretrizes de todos os governos, do Ministério da Saúde, são programas focais. Nenhum governo assumiu isto que estou descrevendo. Construiu o SUS como um sistema orgânico. As Secretarias Estaduais a mesma coisa. Então a gente tem que criticar essas coisas. Temos de demonstrar o porquê para a população que não tem esta projeção de utopia de futuro, não tem este mesmo amor ao SUS. Está muito ligado à proteção concreta que o SUS dá a estas pessoas. Aí nós temos muitos problemas. Só um parêntese, essa coisa que eu critico da fragmentação, eu sou a favor da polaridade da opinião, pratico isto, enfim, luto como Voltaire lá, né? Discordo mas vou lutar para que você possa falar e divulgar, mas fico irritado quando alguém me critica e não me cita, mas quando me critica e aponta de onde eu não ligo.

DANIELA: Na verdade não foi uma crítica foi mais uma consideração sobre o que você mesmo disse no capítulo.

GASTÃO: Eu sei que você não está criticando, mas eu digo isto, a minha preocupação com a fragmentação pode parecer contraditória quando você pensa na necessidade de poli opiniões, várias divisões e tal. Eu acho que a gente precisava ter uma unidade em torno de um projeto mínimo do SUS. Que modelo de gestão? Tem gente dizendo que tem que privatizar, gente da reforma sanitária, ou terceirizar. Muitos intelectuais importantes, inclusive o departamento daqui, na segunda fase ele se reconstrói com muitas pessoas importantes, Emerson Merhy, Luís Carlos Cecílio trabalhou durante muitos anos, a Rosana Lobo na área de saúde mental agora, Maria Elisa na área de epidemiologia social e de pensamento crítico. Então eu acho que a gente precisava compor, o que a 8ª Conferência tinha conseguido fazer durante alguns anos. Ela criou, ela foi como um cadinho, tinha uma proposta muito divergente em vários setores da reforma sanitária. Novo embrião que seria o PT, pessoas mais ligadas ao PC, setores mais ligados aos profissionais de saúde, mais corporativa, hospitais filantrópicos, as gestoras municipais. Nós conseguimos construir vários segmentos da reforma, num projeto que durante uns dez anos orientou a briga na Constituinte, na Lei Orgânica, no começo da construção do SUS municipal em Santos, em Campinas. A gente criou um bloco histórico com um certo projeto, continuava com diferenças, mas isto se fragmentou nos anos 90 com o neoliberalismo, com ascensão do PT ao governo federal, numa fragmentação muito grande.

DANIELA: A impressão que eu tenho, eu não sei se faz sentido, mas é que projeto foi uma aposta muito grande também na sociedade civil como um todo, na medida em que apostou nas instâncias de participação e criou os conselhos de saúde em várias esferas municipal e estadual e abriu esta porta para que a população venha discutir estas políticas. Eu acho que funcionou no comecinho ali na época da redemocratização, mas foi uma aposta muito otimista com relação à participação popular. Talvez mesmo porque depois com o tempo o que se percebe é que estes conselhos na verdade, por mais que eles sejam colocados como tripartite, o peso real que o representante da sociedade civil tem ali não é tanto para interferir no curso de uma política que já está para ser tomada. Talvez pelo esvaziamento dos conselhos comunitários. Não sei se faz muito sentido.

GASTÃO: Faz. Eu brinquei muito com o David lá e ele até botou o nome no livro Remando Contra a Maré, lá em Santos, né? Esta expressão remando contra a maré que eu comecei a brincar era porque era um projeto de socialização, de ampliação do estado, servidor público no auge do liberalismo, do discurso neoliberal. E no auge do desmonte, cooptação dos movimentos sociais. Depois com a chegada do PT ao governo, eu acho no final de 90, porque o PT era liderança preocupada com o movimento sindical e esse povo vira gestor, vira... Então é uma época de esvaziamento, de descrédito da representação. Este movimento agora de junho de 2013 é uma crise da representação, não só dos políticos. Nós usávamos muito aqui na UNICAMP o sindicato dos professores. Hoje ninguém acredita em nada, são absolutamente inócuos, não têm a capacidade de discutir a política universitária, de pesquisas, de enfrentar a discussão da CAPES, de repensar na universidade do futuro, de buscar outros foros, outras formas. Então de fato eu acho que houve um esvaziamento muito grande e o movimento popular da sociedade civil que ficou, ficou dentro da instituição, nessa coisa das conferências, nos mesmos de conselheiros, ficou ligado nessa tendência de se reproduzirem, ainda que se renove bastante. Atendeu contundência eu acho. Por isso eu pergunto, será que a sociedade civil quer um sistema público caro com um bando de servidor público, com todo problema que tem servidor público.

DANIELA: Eu acho que a sociedade civil não pensa sobre isto, não pensa de onde vem, só pensa lá nos impostos. “Eu pago não sei quanto de imposto e ainda tenho que pagar um plano de saúde”. Acho que o debate que eles travam entre si, estou falando de cidadão comum, é mais nesta direção do que em como melhorar o SUS.

GASTÃO: Você precisa ter cuidado quando fala que “a” sociedade ou “a” população tem tal posição. Eu acho que “a” sociedade, “a” população tem várias posições, vários assuntos sobre impostos. Acho que tem um discurso que predomina na mídia da classe média conservadora, e não só a conservadora, a classe média comum, que não é bem, 75% dos brasileiros só tem o SUS, não usam outra coisa, não tem convênio, plano de saúde suplementar 75%. Este pessoal está sofrendo. Eu continuo trabalhando com os alunos na saúde da família, com esta parte da sociedade que é a maioria e é um sofrimento muito grande porque aumentou a consciência ao direito a saúde, aumentou a consciência de que morte evitada não temos que ocorrer, evitada porque sabe que há recursos e continua ocorrendo. Em Campinas a gente gastou muito na reconstrução do SUS. Nos últimos 6 anos, 8 anos, há uma regressão, por exemplo, o acesso a diagnose

do tratamento do câncer, em 2004, nós chegamos no máximo a 45 dias, todo campineiro e os da região de Campinas, tinha garantia. Não era só no Einstein, no Sírio Libanês e só a elite que tinha diagnóstico e tratamento. Quarenta e cinco dias já estava com o diagnóstico e tratamento. Voltou a um ano, nós tivemos 200 equipes da saúde da família, temos 80 equipes da saúde da família.

DANIELA: Isto de quando a quando que ocorreu esta alteração?

GASTÃO: De 2004 para 2013, são quase 10 anos. Teve uma gestão ruim, e isso é outro problema do SUS, esta coisa da municipalização, prefeiturização, da fragmentação de políticas. Governo de São Paulo tem uma política, o Ministério da Saúde tem outra. Temporão tinha uma, Padilha tem outra. Os erros são diferentes, não há continuidade. Inclusive esta gestão foi péssima, o Padilha é meu amigo, foi meu aluno, mas não tinha nada. Tiveram que inventar o Mais Médicos para ter algum discurso, porque ele tem méritos. Aqui não tem, mas tem a urgência, a agonia da periferia. Quem tinha diabete, tem depressão, tem o tratamento, as pessoas têm o remédio, têm insulina, não precisam morrer disso. Pode sobreviver anos e anos com a vida razoável, dá para tratar e aí não tem um médico, então as pessoas já sabem.. Tem esse mérito de ter apontado: "olha, nós precisamos de 11-12 mil equipes da saúde da família nesses locais", mas fazem de uma forma atabalhoada.

Eu estou dizendo assim para a gente tentar tematizar um pouco mais e tentar investigar mais o que a sociedade está representando, por exemplo, a eleição do Lula, da Dilma para presidência federal, foi um voto descolado em grande medida da mídia. Não houve na época do Collor. Isso é uma novidade. É uma novidade porque se a gente pensar política e pensar a sociedade brasileira é um indicador muito interessante. Depois a legitimação populista que tem o Lula através da saúde da família, são milhões de família que não tinham um seguro desemprego, passam a ter um seguro desemprego. Que já tem na Suécia a não sei quantos anos, tem na Inglaterra a não sei quantos anos, consegue isso. É trocado no volume do produto interno bruto do orçamento público, gasta 40 milhões por ano. O governo tem o orçamento não sei de quantos trilhões, 1-2 já perdi a conta. 3 trilhões parece, não sei qual o orçamento. Mas é nada, não significa nada, mas tem este efeito de mercado interno, para quem não tinha nada, ou seja, as pessoas começaram a identificar o que não acontece na eleição do legislativo, né? É uma confusão, vereadores, deputados, mas nas eleições majoritárias a população

começou a ver se é conta pobre ou a favor do pobre, gosta do povo ou não gosta do povo. Parece pouco, né? Mas eu acho que é fundamental.

Eu fico indignado com este contrato com Cuba. Devia ter indenizado Cuba por ter nos emprestado médicos já formados e passar a bolsa inteira para os médicos cubanos. Aí estava debatendo com alguém do ministério numa televisão aqui e ele me disse: "o povo não liga para isto, o povo só quer saber se o médico vai para lá ou não". Aí eu disse: "mas, eu falei eu ligo, eu me importo com este contrato ser proibido vir a família, de fazer a mesma função no mesmo país e ganhar outro salário. Porque o brasileiro ou cubano que veio antes vai ganhar 10 mil de bolsa e os outros 2 mil – 2 mil e 500, para fazer a mesma função?" Eu me importo sim. Esta discussão eu queria socializar, esta discussão eu me empenho, fico indignado com isso.

DANIELA: Eu concordo, acho importantíssimo. A única coisa que eu estava querendo dizer e, eu acho que me expressei mal, é que não existe esta discussão. As informações que chegam, chegam extremamente filtradas. A informação que chega para a maioria das pessoas é via jornal nacional e olha lá. Então eu acho que isto é um problema quando eu falo de população, de se informar via Willian Boney.

GASTÃO: Você tem razão, você tem razão. É um projeto muito ousado que deve enfrentar um complexo médico industrial, a medicalização social, a sociedade, tudo ao mesmo tempo e ainda garantir direitos. Nós temos uma plataforma muito ousada. Fazer reforma psiquiátrica sindical... Por isso que filtram, é muito ousado.

DANIELA: É querer muita coisa de uma só vez.

Mudando um pouco de assunto, mas ainda tendo em vista o projeto da reforma, qual o papel que você atribui aos intelectuais, em uma acepção gramsciana, no sentido orgânico, nesse papel da reforma do movimento sanitário como um todo e das consequências que daí decorreram?

GASTÃO: Eu acho que na reformulação do projeto, e como você disse que a população entende e agora que você falou eu concordo com a sua acepção, o modelo, o conteúdo, como garantir o direito, depende muito dos intelectuais, dos profissionais de saúde, mas não só de saúde, do pessoal que pensa a gestão pública, políticas públicas.

DANIELA: Por isso que eu falei gramsciano, no sentido mais orgânico da coisa.

GASTÃO: Neste sentido eu acho que os intelectuais tiveram um papel muito importante, como intelectual orgânico, eles conseguiram se ligar a partidos políticos, conseguiram se ligar a vários partidos – PMDB, PSDB, PT – enfim, vários partidos que assumiram pontos da reforma, conseguiram influenciar setores do movimento popular de bairro, da igreja católica na época, conseguiram influenciar estudantes, parte do movimento estudantil, parte do sindicalismo. Até hoje as entidades de psicólogos defendem mais os usuários do SUS do que seus interesses de salários. Não é o mesmo com os médicos, mas enfim... Então eu acho que estes intelectuais tiveram este papel muito importante. O problema é que com o tempo boa parte desses intelectuais foi convidada pelo tal do entrismo a transformar em gestores, outra parte pelo complexo médico industrial, e hoje esta organicidade foi quebrada tanto que os movimentos não estão aí. Porque a diversidade de análise de formadora de opinião na área da saúde é muito grande e com muitas diferenças. A única unidade que tem é para aumentar recursos do SUS. O que fazer com os recursos já cria uma pulverização. Vai investir em hospitais, vai investir na promoção da saúde, vai criar a rede de atenção básica, vai passar para o setor privado, vai terceirizar o setor público, enfim os antigos intelectuais da reforma estão com Ns discursos, mas tiveram uma importância grande.

DANIELA: Queria saber o que você acha sobre, na verdade de certa forma, você já falou sobre isto, já me respondeu um pouco, mas você acha que quando os movimentos sociais conseguem se unir em torno de uma pauta, de uma agenda única de demanda, eles conseguem, eles têm maior poder para pautar suas questões na agenda pública e converter em normatização, em efetivação das políticas, isto em benefícios do que eles estão reivindicando?

GASTÃO: Eu acho que sim, por isso lamentando, criticando em uma reflexão sobre o grau de fragmentação que os formadores de opinião, que os intelectuais, o movimento está. Isto dificulta a gente pressionar um pouco só em alguns pontos, né? Então eu acho que construir uma certa unidade, um certo bloco, bloco político é fundamental para a gente conseguir, conseguir fazer avançar uma política pública, aumentar o financiamento, ter uma política de pessoal adequada, diminuir a mercantilização da saúde. Isto tudo na lógica de negócios, na lógica das políticas públicas. Hoje em dia quem está conseguindo pressionar de forma mais efetiva constante e forte é o que estou chamando de negócios, o bloco dos negócios, seus intelectuais orgânicos, analistas... Isso é importante.

ENTREVISTA JAIRNILSON PAIM

DANIELA: O senhor graduou-se em Medina em 1972 e terminou o mestrado em Medicina e Saúde em 1975, período no qual novos espaços foram conquistados por profissionais ligados a uma nova perspectiva de saúde. Logo depois ocorreu a criação da Saúde em Debate e do CEBES e, mesmo tendo havido projetos anteriores que caminharam nesta direção (como o Projeto Montes Claros), acredito que seja possível afirmar que é na década de 1970 que o movimento sanitário se configura como tal. O ponto onde quero chegar é a pergunta a respeito de sua relação com este movimento. Sei que desde que se graduou publica artigos sobre o tema em periódicos, mas gostaria de saber se houve alguma participação mais "militante" nessa direção. Se não houve, como o senhor enxerga tal militância?

JAIRNILSON: Na realidade, eu sou da "geração de 1968", tendo participado do movimento estudantil daquele ano. Mesmo com a repressão radicalizada após o AI-5, fui representante da minha turma de medicina junto ao Departamento de Medicina Preventiva da UFBA em 1971, bem como da minha turma no mestrado entre 1973 e 1974. Tanto a minha dissertação de mestrado como a minha tese para Prof. Assistente, ambas em 1975, indicavam as relações entre as variáveis sociais e econômicas e os indicadores de saúde, especialmente a mortalidade infantil, denunciando a piora das condições de vida e de saúde da população, justamente no período do "milagre econômico" da ditadura. Estive sempre vinculado aos estudantes e ao seu diretório acadêmico, especialmente em debates, e na docência desde 1974, discutindo Política de Saúde, apesar das restrições da censura e do Decreto 477. Assim, fui convidado para debater com eles tais temas no "Pré-ECEM" de 1976, bem como no Encontro Científico dos Estudantes de Medicina em Maceió, no mesmo ano, quando apresentei um *paper* sobre Medicina Comunitária. Nesse mesmo ano apresentei a minha dissertação na Reunião da SBPC em Brasília, discutindo-a com Paul Singer, Anamaria Tambelini, Sergio Arouca, entre outros. Foi justamente nesta reunião que sanitaristas paulistas trouxeram a ideia do CEBES e da Revista Saúde em Debate, considerados marcos do movimento sanitário. Daí em diante não parei mais a minha militância pela democratização da saúde. Organizei o CEBES na Bahia e fui o primeiro coordenador do

Núcleo Baiano. Como diria o poeta Gonzaguinha, “começaria tudo outra vez, se preciso fosse” ...

DANIELA: Uma coisa que me chamou a atenção em alguns textos seu que li, é que o senhor não tem problemas em admitir que às vezes seja necessário “dar um passo atrás”. Uma vez tendo-se criado e normatizado o Sistema Único de Saúde a sua efetivação não saiu como o imaginado e, ainda hoje, encontra enormes dificuldades de tornar factível a norma. Entre os fatores apontados sempre figura problemas de financiamento e gestão. O senhor concorda com estes diagnósticos? Acrescentaria mais algum elemento? Acha que é necessário repensar o SUS?

JAIRNILSON: Não teria nada mais a acrescentar ao que escrevi nos livros “Reforma Sanitária Brasileira”, “O que é o SUS”, no artigo do Lancet de 2011 e naquele que sairá no próximo mês nos Cadernos de Saúde pública, em comemoração aos 25 anos da Constituição de 1988. É só conferir e analisar. Aprendi que em política temos que dar dois passos à frente e às vezes um atrás. E que às vezes temos que ceder aquilo que a gente quer para depois ganhar o que mais quer. Financiamento e gestão são muito importantes, mas temos sérias questões com os modelos de atenção e com a constituição dos sujeitos que trabalham no SUS.

DANIELA: Quando leio sobre a reforma sanitária, a Constituinte e a própria configuração do Sistema Único sempre fica a impressão de que houve uma aposta muito grande na participação da sociedade civil. Claro que é necessário ter em mente que a conjuntura política era outra, mas o senhor acha que é possível afirmar que esta aposta não se concretizou, mesmo com novos espaços de mediação entre o Estado e a sociedade civil tendo sido normatizados? Considera verossímil a afirmação de que o fato do movimento sanitário ter uma agenda única, que girava em torno da reforma, ter sido o principal agregador de atores com perspectivas divergentes para atuarem coletivamente?

JAIRNILSON: Acho que foi uma aposta que continua válida. Veja por exemplo os movimentos de junho deste ano. Os conselhos e conferências de saúde estão aí, funcionando, mesmo com limites. E as contradições também estão aí, cada vez mais

expostas, a indicar a pertinência da radicalização da democracia e do projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

ENTREVISTA JOSÉ GOMES TEMPORÃO

DANIELA: Uma coisa que me chamou a atenção, olhando para sua história, quando eu fui olhar sua trajetória, é que você, desde o começo dessa história, lá atrás, você já está na ENSP, você já está dentro da FIOCRUZ.

TEMPORÃO: Na verdade, como estudante, desde 78. No curso básico de saúde pública, que foi em 78. Depois fiz o curso de planejamento, depois mestrado. Em 80 eu já entrei como auxiliar de ensino, na época existia esse nome, agora não tem mais.

DANIELA: E trabalhando com Hésio Cordeiro, que era o grande nome do movimento sanitário aqui. Quando teve a ruptura da Unicamp foi uma das pessoas que assumiu esse projeto aqui no Rio, né?

TEMPORÃO: Então, mas antes tem um antecedente. Na verdade eu começo a me envolver com essa discussão toda ainda na faculdade. Na época da Faculdade Nacional de Medicina, aqui na UFRJ, como estudante. Eu não era ligado a nenhum partido político, mas eu tinha uma participação... Nós organizamos juntos o jornal da faculdade de medicina. Eu me candidatei, quando estava no quarto ano, havia um conselho universitário que tinha a representação de um aluno da faculdade e eu cheguei a concorrer a essa função. Não era exatamente uma liderança política, mas eu tinha uma participação bastante atuante. Muito ligado nas discussões mais gerais. Nós organizamos uma semana de debates científicos na faculdade, chamamos o João Saldanha para falar, entre outras pessoas, e chamamos o tal de Sérgio Arouca. À época estavam dizendo maravilhas do Sérgio Arouca. Ele ainda estava em São Paulo, não tinha vindo ainda para o Rio. Tanto o Arouca quanto a Anamaria Tambellini, à época esposa dele, participaram desse evento. Nessa época havia um estudante de medicina chamado Emílio Mira y López, filho do famoso psicólogo uruguaio Mira y López, que conhecia dois médicos que faziam um trabalho muito interessante no interior de Minas Gerais, no vale do Jequitinhonha, em Padre Paraíso. Naquela época era uma das áreas mais pobres do Brasil, ainda é hoje uma região muito pobre. Eu estive lá vendo esse trabalho. Era interessante porque eles aliavam esse trabalho de saúde pública, já que um deles fazia um mestrado em esquistossomose, o outro era clínico, então eles aliavam esse trabalho à utilização do teatro como estratégia de educação e saúde, de organização

da população em relação às demandas sobre saúde. Aí fui me aproximando fortemente do CEBES, que foi criado, primeiro, como uma revista em São Paulo pelo David Capistrano, e depois se transformou no centro aglutinador de todo o pensamento crítico na área de saúde. A revista foi criada em 1976 e foi o primeiro veículo que começou a expressar uma certa visão mais articulada, mais integrada de medicina social e saúde pública. Uma visão marxista, digamos assim, de esquerda, nessa questão. O pessoal do Rio e de São Paulo começou a publicar. Foi criado um núcleo do CEBES no Rio de Janeiro, em vários estados, mas no Rio de Janeiro também. Eu comecei a participar ativamente das discussões, dos debates. E nesse período eu entro no partido comunista brasileiro. Na realidade, era a base, a célula do partido no Rio. Participávamos eu, o Arouca, a Sonia Fleury, Mário Dal Poz, Francisco Braga, que é professor da ENSP hoje, Eleutério Rodrigues Neto, que é um homem extremamente importante, que tem um livro que eu organizei com a Sarah Escorel, sobre a saúde da constituição, você deve ter chegado nele. Então essa base trabalhava especificamente no CEBES. Enfim, nós trouxemos, à época, senador do partido comunista Italiano, Giovanni Berlinguer, lançando o livro dele, "Medicina e Política", 1978. Então a minha aproximação foi fortemente como estudante, atuando na faculdade, depois pelo partido comunista, mas muito no CEBES. Depois fui presidente do CEBES. O Eleutério foi presidente eu fui vice dele, depois o Eleutério foi para Brasília e como a sede do CEBES estava no Rio eu assumi a presidência. Aí eu já estava começando a abandonar a clínica médica. Comecei a entrar na saúde pública, fiz o curso básico de saúde pública, especialização, e em 1980 eu entro como docente no departamento de planejamento da Escola Nacional de Saúde Pública, em que o Sérgio Arouca era o chefe de departamento e lá eu fiz minha vida acadêmica toda, durante 32 anos. Depois, um pouco mais tarde eu fiz meu doutorado no Instituto de Medicina Social da UERJ. Bom, eu fui delegado da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Antes da Constituição ser promulgada, após a 8ª conferência, o núcleo do CEBES de Brasília, o núcleo de saúde coletiva de Brasília, coordenado pelo Eleutério, assumiu um papel muito importante, que foi trabalhar na elaboração de anteprojetos ou minutas do que viria a ser o capítulo de saúde da constituição. Na verdade a UNB, onde estava esse núcleo de saúde coletiva, assessorava os parlamentares mais progressistas, ou, digamos assim, os partidos que apoiavam a proposta da reforma. E eu participei também, ajudando a redação do capítulo de saúde da constituição. Aquelas meninas todas, muitas delas muito tensas. Os setores mais conservadores sempre em choque com as propostas mais progressistas. Quer dizer, você

teve toda aquela grande participação, na verdade começou um movimento nacional: sindicatos, igrejas, associações, corporações de profissionais da saúde, movimentos de bairros, partidos políticos, o que culminou na 8ª e depois teve seus desdobramentos no capítulo saúde e na lei orgânica da saúde. Mas eu queria te chamar atenção porque tem toda uma polêmica. Porque antes do SUS, ou seja, nos anos que vão de 1980 a 1988, foi um período muito importante para o povo estudar, tem pouca coisa publicada. Que foi exatamente o que nós chamamos de uma estratégia pré-SUS, mas que já colocava fortemente uma série de propostas reformistas. Você sabe que na época tinha o Ministério da Saúde de um lado e o INAMPS, da previdência social, de outro. Em 1982 para 83, um grupo de sanitaristas foi trabalhar no INAMPS, na direção geral do INAMPS, sob a liderança do Eleutério. Fomos eu, Miguel Murat, que já faleceu, e era professor da ENSP, Ilara Hamerli, Maria do Espírito Santo, a famosa santinha, que o marido é feminista.

DANIELA: Eu tentei entrar em contato com ela, mas não consegui achar um jeito de entrar em contato...

TEMPORÃO: Eu dou um jeito para você achar ela. Estava a Maria de Fátima Silianski; uma pessoa que está hoje em Santa Catarina, que eu me lembro... já já o nome surge; a Maria Helena, professora do departamento de planejamento da ENSP também. Era um grupo muito jovem que começou a trabalhar nas ações integradas de saúde. E foi uma estratégia de colocar recursos da previdência social para fortalecer a atenção básica na ponta. E as ações integradas já tinham algumas dessas propostas. Só para citar um exemplo, as ações integradas tinham uma proposta de estruturação de conselhos, de gestão, entre o governo e a sociedade. A nível municipal, regional e estadual. Então ali já tinha uma espécie de embrião do que viriam a ser os conselhos municipais, estaduais e o conselho nacional. Ou seja, eram todas pessoas de esquerda que estavam dentro do aparelho de estado tentando dar início ao processo de reforma por dentro do Estado. E havia uma discussão muito grande sobre se o espaço mais adequado era esse ou se o espaço era um espaço da luta política da sociedade. Bom, não tem jeito. Como é que você vai mudar as políticas estando fora do Estado? Havia uma discussão interminável. Mas eu quero te chamar a atenção, essa é uma questão que foi posta depois, em 85, quando a gente tem o primeiro regime pós-ditadura. O Hésio Cordeiro foi presidente do INAMPS, Arouca, presidente da Fiocruz, e eu fui trabalhar como secretário de planejamento do Hésio, eu tinha 30 anos de idade. Ou seja, eu saí desse grupo do

Eleutério e virei secretário de planejamento do INAMPS. Isso seria equivalente hoje ao secretário de atenção à saúde do Ministério da Saúde. Era secretário de uma das secretarias mais importantes. E nós ficamos ali de 85 a 88. Exatamente em 88 a gente saiu, que foram os 5 anos do Sarney, aí teve aquele racha e nós saímos fora.

DANIELA: Isso foi uma coisa que me chamou atenção também porque desde sempre você esteve associado a cargos institucionais e justamente por causa dessa tensão que existia no movimento sanitário, se seria uma via ou não, se não seria uma forma de ser cooptado pelo sistema, teve um momento que você estava no INAMPS e que foi um momento de ruptura com os projetos anteriores na época, parece que tem um choque. Era como se vocês só tivessem liberdade de agir na área de planejamento em saúde, mas que não tinha recursos para isso. Isso se confirma?

TEMPORÃO: Não. Na verdade o INAMPS, que era um grande órgão, porque o Ministério da Saúde tratava das políticas de saúde pública tradicionais: vacinação, centro de saúde, aquelas campanhas verticais de saúde mental, malária, tuberculose, não tinha poder político nem expressão política nenhuma. O INAMPS era quem ditava as regras do jogo, quem prestava assistência médica a quem tinha carteira de trabalho assinada. E nós entramos lá exatamente para começar uma polêmica que foi: "bom, por que não usar dinheiro da previdência social para financiar assistências à saúde para todos, e não apenas para quem está inserido formalmente no mercado de trabalho?". Essa sempre foi a questão. Nós conseguimos começar a pegar recursos do orçamento da previdência social do INAMPS e colocar na rede das secretarias municipais e estaduais para atender a todos. Uma das medidas que Waldir Pires como ministro tomou e foi muito importante é que para você ser atendido nos hospitais do INAMPS aqui no Rio, na época, você tinha que apresentar um documento, comprovando que era da previdência. E a gente baniu isso e abriu os hospitais para atender qualquer pessoa e fomos muito criticados por isso. O que teve naquela época foi uma grande polêmica na esquerda, sobre se essa estratégia das ações integradas, que foi em 85, 86, continuaria tendo apoio das entidades. Teve uma famosa reunião em Curitiba, do partido sanitário, como a gente chamava na época, que eram todos os movimentos, e nós conseguimos sim, que fosse aprovada na plenária, a manutenção do apoio a essa estratégia, que a gente chamava de estratégia de reorientação setorial. Mas havia uma grande polêmica. A Sônia Fleury e o Gastão polemizaram através de artigos. Um passo à frente, dois atrás, um passo atrás, dois à frente... O Jairnilson também entrou. O Jairnilson agora

mais recentemente também publicou um livro bem interessante em que ele faz uma visão bastante crítica desse processo todo. Bom, mas eu queria te chamar atenção para uma outra questão que é a seguinte, e que ao me ver é uma das contradições mais fortes e preocupantes, que tem repercussões até hoje e que está na origem, lá na raiz do movimento. A Sarah Escorel, que com o livro dela "Reviravolta na Saúde", conta essa história e tal. Então você teve, na verdade, um movimento muito interessante, porque se transformou em um movimento nacional, claro que em um momento muito singular da vida brasileira, depois de muitos anos de ditadura, a volta à democracia, mas você teve aí, a academia, a igreja, movimentos sociais, sindicatos, trabalhadores. Mas já naquele momento, no momento exato em que a gente construía o ideário da reforma sanitária, com forte apoio e participação de todos esses setores de partidos, na clandestinidade ou não, muita gente da esquerda estava no MDB, que depois virou PMDB, curiosamente, e naquele momento isso não apareceu como uma questão importante, mas eu me lembro que ali no início dos anos 90, em uma reunião do partido sanitário que reuniu ainda por algum tempo, o Arouca chamou atenção para isso, que é: no mesmo momento em que você tem esse gigantesco consenso em cima de uma agenda estratégica de mudança, um dos setores de vanguarda desse movimento que era os trabalhadores organizados de São Paulo, acenavam que apoiavam a estruturação de um sistema universal, mas ao mesmo tempo negociavam com os trabalhadores o seguro saúde, a medicina de grupo. A medicina de grupo começa em São Paulo nos anos 50. O Hésio Cordeiro publicou um livro que foi a tese de doutorado dele, sobre isso. E essa contradição, que naquele momento não aparecia, porque era uma questão muito específica, era basicamente São Paulo, quase que só, e para um setor, os metalúrgicos. Era um pessoal que trabalhava na indústria automobilística. Mas na verdade essa contradição foi se mantendo e ela se expressa hoje, igualzinho. Se você chegar para qualquer um, para a CUT: "Claro, a gente apoia o SUS", mas para os seus trabalhadores, segurados e familiares, planos seguros.

DANIELA: Os sindicatos tinham os hospitais privados, né?

TEMPORÃO: Exatamente. E essa contradição está na raiz do movimento. Naquele momento era uma coisa, digamos assim, de muito menor expressão do que hoje. O último número que eu tenho é que 33% da população já usa plano seguro saúde. Então não são mais 20 nem 25, são 33. E com essa coisa da nova dinâmica, o aumento da renda média, etc., tem uma grande discussão se haveria uma americanização no sistema

de saúde. Bom, mas você chamou atenção para uma questão muito interessante que é essa minha trajetória que é muito singular. Quer dizer, se eu olhar minha trajetória toda, metade da minha carreira eu passei na FIOCRUZ e a outra metade eu passei participando da administração desde a época do INAMPS, na Nova República, depois em cargos do Estado do Rio de Janeiro, depois em cargos no município do Rio de Janeiro, quando o Arouca foi secretário de saúde do César Maia. Mas só duramos uns quatro meses, porque a gente brigou logo e saiu. Depois como diretor do INCA, depois como secretário da SAS e ministro indireto. Instituto Vital Brasil, de 92 a 95, no segundo governo Brizola. Então eu ia para a gestão, por motivos políticos saía, voltava para a Fiocruz, foi uma trajetória que se expressa, de uma certa forma, na minha produção acadêmica, que é muito curiosa também, porque eu fiz minha monografia de mestrado sobre um tema que na época ninguém se preocupava com isso. Eu publiquei o livro em 86, e foi o primeiro estudo feito no Brasil sobre a propaganda de medicamentos pelos meios de comunicação de massa. Foi um livro chamado "A propaganda de medicamentos, e o mito da Saúde", que na época eu trabalhava como médico clínico em uma fábrica, na baixada fluminense, eu atendia os trabalhadores e familiares, então eu comecei a estudar não apenas a questão da publicidade como fator econômico e que impactava a renda das famílias pobres. Mas tem uma outra questão, que volta agora, a gente pode conversar sobre isso, que tem a ver com teu trabalho. Quê fatores são decisivos, ou determinantes, ou contribuem para a estruturação de uma consciência política em saúde, pela população? O que faz com que a população tenha uma determinada visão da saúde, ou do sistema de saúde, assim ou assado. E hoje, por exemplo, eu diria que prevalece uma visão médica, "medicalizante". O brasileiro médio vê a saúde numa dimensão assistencial: máquina, ressonância, cirurgia. Claro que isso é fortemente influenciado pelas estratégias mercadológicas das indústrias. Que colocam essa questão de maneira muito clara. Eu nunca vi propaganda de plano de saúde falando de promoção de saúde, não existe. Aparece CTI, centro cirúrgico, helicóptero, levando as pessoas de um lado para o outro. Então, na verdade, o que está mais preocupante é: o consumo do conteúdo ideológico na mensagem publicitária. Porque está exposto à mídia. E depois, no doutorado eu fiz sobre indústria, mas aí não teve nada a ver com isso, teve a ver com a dinâmica industrial da indústria da vacina. Isso aparece como ministro, por exemplo, quando eu brigo publicamente com Zeca Pagodinho porque ele foi fazer propaganda de cerveja na televisão e eu chamei atenção de que isso é uma visão alienada de uma figura pública que está deseducando a população, vendendo

cerveja para ganhar dinheiro. Teve um bate boca entre eu e o Zeca Pagodinho na mídia na época. E também aparece a coisa da dinâmica industrial quando eu implanto a política nova, que é como reduzir a dependência brasileira à tecnologia desenvolvida fora, desenvolvendo tecnologia interna, usando o sistema único de saúde como espaço de realização desse consumo.

[interrupção]

DANIELA: Agora mais especificamente falando do doutorado. Quando eu estava olhando sobre a sua trajetória, eu vi que você passou um ano no México, UNAM, né? E depois você ficou um longo período associado a OPAS e uma coisa que é sempre muito relacionado à história do movimento sanitário, da reforma sanitária, e que você já mencionou também, era o papel da academia, dos intelectuais nesse contexto. Tinha um diálogo muito forte com a América Latina também né? Por mais que a reforma tenha sido inspirada no modelo italiano, tinha o Juan Garcia e outros nomes que as pessoas nem lembram... Você acha que, de fato, num sentido, de uma *intelligentsia* gramsciana, esse movimento se deu dessa forma e isso foi um impulso na direção do sucesso da reforma?

TEMPORÃO: Em 81 eu fui fazer o curso Monográfico de Medicina Social em Xochimilco, no México. Exatamente, uma das coordenadoras era a Catalina e a Asa Cristina Laurell, que na época era uma das lideranças da epidemiologia crítica, trabalhava muito com saúde do trabalhador a Asa Cristina. E havia o Juan César Garcia... Havia sim um movimento, vamos dizer assim, latino americano de intelectuais, nessa linha do intelectual orgânico, do Gramsci sim. Mas eu não diria que isso tenha se caracterizado, tenha influenciado fortemente o que aconteceu aqui no Brasil. Era numa dimensão mais acadêmica mesmo. Ou política talvez, em grandes questões, considerando que todos esses grandes intelectuais se encontravam todos no campo da esquerda, ou da utilização de categorias do marxismo, ou do estruturalismo, para analisar a área da saúde. Havia um movimento muito forte. Inclusive o Jaime Breilh, do Equador, curiosamente vou estar com ele daqui uns dois meses, ele continua ativo e firme. Mas, digamos assim, que havia sim esse movimento, chamado assim mais da medicina social latino americana, com gente do Chile, com gente da Argentina, com gente do México. E o Brasil, digamos assim, nessa conjuntura, assume uma liderança importante, pelo tamanho do Brasil, pela expressão do Brasil. A Alma Ata, por

exemplo, teve também uma influência importante nessa concepção da atenção básica, mas eu questiono se essa influência foi efetivamente... Na verdade a reforma sanitária se alimentou de muitos modelos e muitas influências. Teve a reforma psiquiátrica Italiana, de Bazaglia, teve o modelo inglês, teve o modelo canadense, teve a experiência cubana, teve os médicos de pés descalços da China. Quer dizer, de uma certa forma, tudo isso influenciou, em maior ou menor grau, alguém vai ter que fazer esse estudo um dia, o que aconteceu naquele período ali que vai do início dos anos 80 até o inicio dos anos 90, onde se estrutura, se configura, essa visão. Arouca, por exemplo, saiu do Brasil e foi para a Nicarágua, pela OPAS, após a revolução nicaraguense. Ficou lá 2 ou 3 anos para ajudar lá a reestruturação do sistema de saúde da Nicarágua. A Asa Cristina, 2 meses atrás esteve aqui no ISAGS fazendo uma conferência sobre essa questão, essa polêmica: Sistemas Universais X Seguros Universais, que agora é o que a OMS está defendendo, que é um nome perigosíssimo, porque seguros... asseguramento universal é como eles chamam...sim, mas pode não ter significado algum, é bem distinto da saúde como um direito, como o Brasil defende. Bom, mas então eu estava falando dessas influências e é claro que quando eu chego no Ministério eu já chego num momento... Semana passada eu estava dando uma entrevista para a Sarah Escorel, que está fazendo um trabalho sobre o papel das conferências nacionais de saúde na reforma sanitária. E eu fui delegado da 8ª, da 9ª, relator geral da 10ª e ministro da 13ª (conferências). E nós tivemos uma conversa aqui muito interessante, porque eu avaliei que há uma crise muito séria, não vou nem dizer de representatividade. Eu não sei se é esse modelo que nós concebemos. Que foi um modelo que apostou muito na questão dos conselhos descentralizados a nível municipal, estadual e nacional e das conferências a cada quatro anos. Talvez seja uma das perguntas que você se faz: até que ponto esse modelo de governância, de participação política da sociedade, que é curiosamente, digamos assim: se você olhar para o Brasil de hoje, o que está se discutindo? Democracia direta X novas formas de participação popular. Democracia indireta, livre organização das pessoas X democracia tradicional burguesa, parlamentos, senado, partidos políticos. O que aconteceu, a meu ver, foi, e eu já fiz uma ligeiríssima reflexão sobre isso que é: quando você traz para dentro do estado toda essa energia, essa capacidade, essa mobilização, esse senso crítico, eu estou muito convicto de que inevitavelmente, inexoravelmente, você aprisiona essa energia, essa capacidade crítica, essa capacidade intuitiva. E, digamos, assim, aprisiona no sentido de conter. Então quando você traz aquele movimento fluido lá dos anos 80, início dos 90, agora você tem Conselho Municipal de

Saúde. Tem lá: gestor, trabalhador, etc., etc., etc. Então tem lá o espaço, tem orçamento, tem a estrutura, tem as responsabilidades e atribuições. Idem no nível estadual, idem no nível federal. E a cada quatro anos você tem um espasmo de grande mobilização nacional, que acontece sim. A 13ª, quando eu era ministro, foi a conferência que teve maior grau de participação de delegados. Foram 4 mil e 400 pessoas em Brasília. Então ali aparece de tudo, é uma coisa inclusive angustiante, porque é uma explosão de demandas e de propostas. E que, depois conversando com a Sarah, disse que ali o que você sente falta é que, por exemplo, que a 8ª conferência foi uma conferência de tese. Ela teve um documento final, que era uma tese política dos rumos do sistema de saúde. E você perdeu isso. Então você tem agora é que os relatórios aprovam 600 resoluções. Então são documentos desse tamanho que vão para as gavetas da burocracia. Quer dizer, é difícil, depois, transformar isso em uma agenda política de mobilização. Isso de um lado. De outro lado, se eu avalio que hoje há uma determinada hegemonia de uma visão conservadora sobre saúde, digamos assim, o estereótipo seria a questão da determinação social. A saúde como processo político e social fortemente influenciada pelas condições de vida, classe, etc. etc. Em outro lado, a saúde vista como uma estrutura de reparo da saúde, de recuperação da saúde. Médico, hospital, tecnologia e tal. Claro que tudo isso tem seu espaço, mas eu diria que hoje o brasileiro comum tende a olhar a saúde mais por esse lado. Voltando ao Brasil de hoje, quando o movimento pelo passe livre lá de São Paulo vai para as ruas reclamar de 20 centavos na passagem, na verdade ele estava indo muito além. Na verdade ele estava diagnosticando um mal estar profundo numa questão hoje que afeta diretamente a saúde, que é a mobilidade urbana. Então se você imaginar que um trabalhador leva quatro horas para ir e voltar de sua casa, imaginar que isso não afeta a saúde dele é um delírio. E isso tem com o que? Tem a ver fortemente com a questão do poder, da determinação social, da estrutura social, da renda. Então, eu diria que hoje essa consciência, que eu chamo de consciência política sobre saúde, consciência coletiva, o Berlinguer falava em consciência sanitária, dupla, individual e coletiva. Essa consciência coletiva hoje se aproxima tanto desse ponto de vista, o meu diagnóstico é que essa estrutura de controle social não avançou. Me parece também não avançou em coisas como corrupção, fraude, desvio. Eu acho que houve uma burocratização, e aí a minha tese é que quando esses movimentos entram no estado, se submetem à estrutura do estado, eles perdem um pouco da sua natureza, acho que é inevitável. Então eu acho que hoje o desafio é como repensar a estrutura dos

conselhos, das conferências, a participação da sociedade no Brasil contemporâneo, no sistema de saúde de hoje.

DANIELA: Eu estou ouvindo você falar e uma coisa que eu sempre penso quando eu leio sobre o processo da constituinte, da 8ª conferência, é que foi uma aposta muito grande na capacidade participativa dos cidadãos brasileiros, a despeito de todos os diagnósticos de apatia e de falta de interesse, digamos assim. E eu acho que passados mais de 20 anos dessa constituição, hoje a gente olha e é como se o diagnóstico de apatia, em parte, não estivesse tão errado assim. É lógico que vários fatores contribuem para isso, e daí nem é somente no caso específico da saúde, mas eu me questiono se de repente as dificuldades de acesso ao SUS não são um pouco responsáveis também por essa falta de interesse do cidadão em participar dessas instâncias e gestões.

TEMPORÃO: Eu vou te responder fazendo uma digressão livre aqui contigo. Um fenômeno que a gente deve avaliar é o seguinte: o Brasil dos anos 80 e início dos 90 era bem diferente do Brasil de hoje. Então, um fator que eu acho que aconteceu é o seguinte: quando você olha os conceitos, são participações institucionais e não é atoa, por exemplo, que nesses conceitos, inclusive o nacional, o que ganha relevância nos últimos anos são os movimentos de defesa de pacientes portadores de patologias, por exemplo. Doença celíaca, HIV, ou movimentos muito ligados à questão, por exemplo, o movimento das populações negras, indígenas. Por outro lado, um espaço sindical e mais corporativo nesse sentido, perde espaço. Mas eles perderam espaço e foram esvaziados na raiz. Quer dizer, hoje nem a CUT, nenhuma dessas entidades tem mais a expressão que teve no passado. Isso fez parte do processo natural pós-ditadura. Na ditadura todo mundo estava junto contra a ditadura, então as diferenças, digamos assim, eram colocadas de lado, e fomos trabalhar no que nos une e avançamos muito com isso. Na democracia você tem uma brutal polarização, das questões, das demandas, dos movimentos, movimento LGBT, movimento das mulheres... E tudo isso naquela época não... E a representação no conselho, quando você olha, ela é uma representação que expressa uma outra dinâmica social. Acho que ela já não dá conta dessa nova dinâmica. Então uma questão importante para discutir, desafiadora. Então qual seria uma nova estrutura do Conselho Nacional de Saúde? Do municipal e do estadual. Essa já não está dando mais conta, porque burocratizou, fechou. O cidadão comum não se vê lá, não se sente representado. Ele avalia o quê? “Se aqui na ponta eu não consigo marcar uma consulta, o que diabos esses caras estão fazendo lá?”. Tem alguma coisa, tem um “gap”

aí, que não está dando conta. O que seria essa nova forma de participação? Eu não tenho resposta para isso. Acho que ninguém tem, mas é uma questão muito bem colocada agora.

DANIELA: Os artigos que eu vejo sendo publicados pelo CEBES e em revistas e sites de saúde coletiva, em geral, apontam para uma necessidade de se repensar o SUS, repensar todo o projeto.

TEMPORÃO: Reforma da Reforma do Gastão, enfim. Mas nessa questão, de uma certa forma, a dinâmica econômica, eu diria também, é um outro fator importante. Aí eu estou falando também mais do modelo. Quer dizer, à medida que o capital vai entrando na área da saúde, a saúde vai se tornando um negócio e isso muda radicalmente toda a questão. E os instrumentos que o governo tem para mudar essa relação de forças também não são os mais adequados. Por exemplo, PSF, se nós tivéssemos 100% de cobertura, no Brasil inteiro, de um programa de saúde da família, de alta qualidade, porque as pessoas confundem às vezes baixa complexidade tecnológica, com baixa complexidade. Eu sempre dou esse exemplo nas minhas aulas: por que o cidadão comum, o senso comum diz que o neurocirurgião, ou o cirurgião que faz transplante de fígado, são de alta complexidade, enquanto um clínico, atuando em uma favela da periferia é de baixa complexidade? É tão complexo quanto, são complexidades distintas. Mas o senso comum diz isso é muito complexo! Ih, trabalha com células tronco, microscópio, complexíssimo! Eu sou médico clínico. Esse cara que trabalha com transplante de célula tronco tem que ganhar muito dinheiro, isso é muito complicado. Agora, o clínico que trabalha em um bairro pobre, atendendo famílias em situação de violência, isso não, isso é atenção básica. Isso é muito mais complexo às vezes do que trabalhar com tecnologia de ponta. Mas o senso comum olha pra cá. Então tem uma questão aí também econômica e ideológica que é o espaço que o capital cada vez mais passa a ocupar no sistema de saúde. Então voltando ao PSF, se o Brasil tivesse um PSF universal como porta de entrada obrigatória do sistema para todos os brasileiros, quem tem e quem não tem plano de saúde, nós teríamos uma mudança radical na concepção de funcionamento do modelo. Por exemplo, na Inglaterra, se você acordar de manhã e pensar assim: “poxa, hoje eu queria dar um pulo no meu endocrinologista”. Esqueça. Você não vai conseguir ver nenhum endocrinologista porque você quer. Você vai ter que procurar o seu médico de família e explicar para ele porque é que você quer ver o endocrinologista e ele vai ter que te autorizar e te mandar

para o endocrinologista. Mas aqui no Brasil, essa caricatura que eu falei, ela é real. Se hoje eu acordar e tiver um plano de saúde, eu ligo para o consultório de qualquer especialista e marco uma consulta. Isso é um delírio, é um disparate. De qualquer ponto de vista, é um equívoco, é irracional, gasta um dinheiro desnecessário, etc. etc. etc. Então e a única maneira de resolver essa questão é você ter uma porta de entrada obrigatória para todo mundo no mesmo nível de atenção universal, e aí você discute as referências, é uma outra discussão. Mas a gente não conseguiu, porque a decisão política do Brasil, nos anos 90, quando implantou o PSF, foi ter começado pelos municípios mais pobres, e começou, inclusive, sem médicos. Começou como agente comunitário. Quer dizer, isso, a meu ver, marcou fortemente a relação que se tem hoje. Você tem 100 milhões de brasileiros cobertos com o saúde da família, com grandes avanços, diga-se de passagem, mas não necessariamente é a porta de entrada do sistema.

DANIELA: É a crítica de que o SUS é um sistema para pobre. A Silvia Gerschman em seu livro "Democracia inconclusa", quando ela analisa a reforma sanitária, em um determinado momento ela fala sobre essa trajetória da década de 90 como a grande responsável pelos problemas de implementação do sistema único. A conjuntura política no início da década de 90 como a grande responsável pelo SUS "não ter dado certo", ela não usa exatamente essa expressão, sou eu que estou dizendo, mas é mais ou menos por aí.

TEMPORÃO: Eu concordo que as raízes estão aí, nessa conjuntura. A perda do financiamento da previdência social, no iniciozinho, quando Antônio Brito era Ministro da Previdência Social, que retirou os recursos que iam para o INAMPS, que iriam para o novo Ministério da Saúde. Então o fim do financiamento está aí, na raiz. E uma certa visão, concepção do modelo, que contaminou negativamente desde o início. Concordo totalmente com isso. Mas, enfim, agora temos que discutir como é que conserta.

DANIELA: Sim, como é que conserta. Mas, mudando de assunto e voltando só um pouco, em algum momento você falou sobre a ideia de partido sanitário.

TEMPORÃO: Sim, a gente chamava assim afetivamente de partido sanitário.

DANIELA: Pois é, a Sarah Escorel tem muita relutância com essa alcunha, digamos assim, porque ela fala que isso reduzia muito o espectro de pessoas que estavam envolvidas porque, segundo ela, um dos grandes méritos do movimento foi ter

conseguido trazer para junto pessoas das mais diversas afiliações, então não eram só pessoas da esquerda política. Já a Sônia, ela acha que não. Que de fato tinha um forte componente, que o partido comunista era que organizava tudo e que não é excludente, que não é descabido falar em partido sanitário.

TEMPORÃO: Não são excludentes. Na verdade eu participei por dentro disso, não como pensador, mas participando nas reuniões. Sempre que havia uma crise e que havia alguma coisa que inquietava, o pessoal falava: "Olha, vamos chamar a reunião do partido Sanitário". Era um pouco assim, mas o que era o tal Partido Sanitário? Eram todas as forças, não havia nenhuma postura excludente. Tinha gente de vários partidos, de sindicatos, entidades. O que talvez pode ter acontecido, que eu acho que a Sarah talvez se refira a isso, é que tenha havido uma certa tendência, ao longo, de que o espectro de atores políticos que participavam tivesse ficado mais restrito aos intelectuais da academia. Ou aos setores mais ligados diretamente. Eu acho que esse processo pode ter, sim, acontecido. Mas não lhe tira a importância nem a representatividade. Agora, também é curiosos observar como isso vem morrendo ao longo dos últimos, 15 anos. Por exemplo, quando eu assumi o ministério em 2007, eu tentei fazer uma reunião do tal partido sanitário na Fiocruz para eu discutir. Nem sei se era o partido mais, mas tinha um monte de gente lá, de várias tendências, gente do PT, do PCdoB, do PMDB, enfim, médicos, enfermeiros, odontólogos. Mas isso a gente hoje não consegue mais fazer. Você consegue, talvez hoje, por exemplo, durante a reunião da ABRASCO, do congresso da ABRASCO, o CEBES pode puxar uma reunião como essa. Bem heterogênea, bem participativa. Mas já não tem mais aquele sentido que tinha nos anos 90, início dos anos 2000, que era um pouco das entidades que lá atrás pilotaram, puxaram a reforma sanitária, que vão se encontrar para discutir a relação, entendeu? Vamos discutir a relação que o negócio ta complicado e tal... Mas acho que teve algumas reuniões que foram importantes, no sentido de repensar a trajetória, avaliar a situação. Hoje acho que está muito mais complexo, até por essa complexidade maior da sociedade, da representatividade. Nesse momento então nessa crise política, da política tradicional, dos partidos políticos tradicionais, nem sei como é que essa coisa vai. Mas o teu trabalho pode ajudar a pensar isso.

ENTREVISTA MARIA HELENA MENDONÇA

DANIELA: A minha ideia com o Movimento Sanitário é a seguinte: eu pego os sanitaristas da década de 70 em diante, não sei se posso chamá-los de sanitaristas modernos, modernos eu digo em comparação aos sanitaristas da Primeira República, embora as propostas fossem bem diferentes.

MARIA HELENA: Eu acho que contemporâneos. Os da Primeira República é que eram modernos. Para a época e para a própria instalação em si da saúde pública no Brasil. Então eles não deixavam de ser modernos.

DANIELA: É verdade, depois que eu falei pensei que, inclusive, o discurso era de modernização através da saúde.

MARIA HELENA: Na verdade, isso é uma coisa que eu gosto de trabalhar às vezes em aula, a questão da história, dos paradigmas, que é essa relação mesmo com o pensamento social. Então, na realidade, no início da República tinha todo um discurso em relação a questão da nacionalidade, de um olhar sobre o povo e sobre as demandas sociais que eram um pouco instaladores de uma cidadania talvez mais civil. Não com essa conotação que será dada pelos contemporâneos, mas tem um começo de mudança ali.

DANIELA: Por isso que faço essa diferenciação. Eu chego a narrar essa trajetória na tese para marcar a diferença porque o que me interessa mesmo é esse grupo da década de 1970, o CEBES e os desdobramentos daí decorrente. Eu cheguei até você devido a uma conversa que tive com o Temporão em que ele falou do grupo de vocês, da organicidade existente. Então eu gostaria de te pedir para você me falar um pouco de sua experiência com o movimento.

MARIA HELENA: É muito interessante isso que você está colocando porque eu acho que dentro da reconstituição dessa história do movimento sanitário a partir dos anos 70, por exemplo, eu acho que eu pessoalmente e a Fátima Silianski, o Miguel Murat e o próprio Temporão e tudo mais... O Temporão ele já estava aqui na Escola também... Mas a nossa inserção no movimento sanitário ela não vinha do âmbito da universidade. Porque na década de 70, o Sérgio Arouca, a Tambellini, realmente fizeram parte da...

Eles participavam dos departamentos de medicina preventiva, então eles tinham uma reflexão muito ligada, muito voltada para a formação do médico e o quanto essa formação estaria respondendo a uma organização de serviços que não atendia as necessidades da população e que por isso mesmo precisava ser modificadas. Outra pessoa importante que era um pouco uma liderança para nós era o Eleutério Rodrigues porque ele vinha da universidade e entrou um pouco para a previdência na discussão do CONASS, do Conselho Nacional de Assistência Médica Previdenciária. Já a minha origem mesmo, como o Temporão, a gente se conheceu no CEBES, no Centro de Estudos Brasileiros de Saúde, em um grupo de trabalho sobre trabalho, na relação entre saúde e trabalho. Eu vinha da própria previdência social, eu era socióloga da previdência social e trabalhava nesse âmbito, na área de reabilitação profissional, um pouco na linha de reabilitação e programas na área de reabilitação profissional. Então fazia essa interface entre a perícia médica e a necessidade de se recolocar o profissional dentro do mercado de trabalho independente de sua condição de reabilitação profissional. Portanto foram vindo pessoas de várias, digamos assim, de origens e de formações diferentes. Tinha gente da medicina e só, gente com outras formações profissionais, e gente que mesmo com semelhantes formações profissionais diferente inserção.

DANIELA: Havia alguns sociólogos também, né?

MARIA HELENA: Naquele momento os sociólogos estavam dentro da Academia e era menos no Rio de Janeiro. Nós tínhamos sim, até porque na mesma época mais ou menos, entre os 80 e 85, eu participava da organização dos cientistas sociais, dos sociólogos do Rio de Janeiro. Fui presidente da associação profissional do estado do Rio de Janeiro. Mas, na realidade, na previdência tinha muito pouco sociólogo. Em algumas esferas nas secretarias de estado nós tínhamos um pouco mais. Mas nas universidades começa a ter bastante gente atuante. Não só sociólogos, mas também historiadores, filósofos, que participaram da organização da pós-graduação. Tanto aqui na Escola quanto no IMS e no ISC da Bahia.

DANIELA: Eu falei sobre isso porque houve casos de médicos sanitaristas que depois fizeram sociologia. Quer dizer, estou fazendo essa afirmação pensando no exemplo da Sarah. Mas uma coisa que me chama a atenção é que todas as pessoas com quem eu

conversei frisaram bastante o fato de que o movimento não era composto apenas por profissionais da medicina, era composto por diversas categorias de profissionais.

MARIA HELENA: Nesse momento sim. Eu acho que aí realmente um movimento muito importante era o CEBES porque o CEBES tinha vários grupos de trabalho. Eu trabalhava junto com o Temporão, Felix Rosenberg, tinha a Maura da FINEP, Isabel Picaluga, que trabalhou aqui na ENSP num projeto de pesquisa, em um dos primeiros projetos que a FINEP financiou no sentido de entender, de diagnosticar o que estava acontecendo na política de saúde. E outras pessoas que entravam um pouco pelos estudos que faziam parte, já na ENSP, não como servidores, mas como bolsistas. Mas também participavam dos movimentos populares do CEBES. O que teve nos anos, com as reuniões dos movimentos de associações de moradores. Eu acho que no final dos anos 70, com toda perspectiva de transição social, da transição política, a retomada da possibilidade de rever a questão do bipartidarismo, de ampliar o leque da organização sindical. Acho que todos esses momentos se confluíram um pouco para trazer a tona novas demandas, novas necessidades e esse arco mais amplo que simplesmente as pessoas oriundas da faculdade de medicina. A medicina até participava, por exemplo, Sarah lá na origem da formação dela, como uma pessoa ligada ao movimento dos residentes médicos, ela teve uma atenção política determinada. Já tem a Sonia Fleury, e outras pessoas que já trabalhavam mais nesta questão dos movimentos populares da baixada e em outras áreas. E por coincidência depois nós viemos nos reunirmos de novo no que a gente chamou de núcleo de estudos político-sociais em saúde, aqui na escola, que era o NUPES, para discutir e pensar a teoria prática da Reforma Sanitária. Então era necessária mesmo uma ampliação. Deste leque você tinha novas categorias.

DANIELA: A reunião do NUPES, o início do NUPES foi em que ano?

MARIA HELENA: O início do NUPES foi em, a gente organizou ele, ele nem se instituiu, quer dizer, ele nem chegou a ter esta institucionalidade, mas era núcleo em 89.

DANIELA: Você estava falando antes e me ocorreu uma questão. Esta divergência do núcleo de pesquisa dentro do CEBES neste momento poderia ser apontada como um dos motivos para tanta divergência, para tantas divergências que são apontadas internamente?

MARIA HELENA: Divergência ou diversidade?

DANIELA: Desculpe, acabei repetindo a palavra. Você acha que esta diversidade dentro do CEBES pode ser apontada como um dos motivos para tanta divergência que é apontada internamente?

MARIA HELENA: Não sinto que o CEBES, eu acho que as divergências não apareceram no CEBES. Por exemplo, no movimento do CEBES ou da ABRASCO que justamente tentava aglutinar, eram forças aglutinadoras. Agora ali aparecia diversidade. A divergência para mim ela aparece mais no âmbito mesmo institucional das estruturas de poder formuladora e implementadora da política. Então quando esses intelectuais orgânicos, eles deixam apenas de fazerem parte do movimento e eles passam a ter um papel dentro das estruturas institucionais, passam a desempenhar algumas atividades que tentavam implementar inovações, que tentavam implementar políticas reformadoras como alguns chamavam. Era uma grande crítica: quem era reformador, quem era revolucionário. Na realidade, elas aparecem quando se vai mais para dentro das instituições. Então principalmente no caso o INAMPS que era a grande força no âmbito da política previdenciária. Tinha também as instituições de ensino e tinha outras grandes instituições de política de saúde como a FUNASA. A FUNASA antes era, a sigla dela não era FUNASA, era fundação SESP, que reunia no âmbito do ministério de saúde o que seria um conjunto de ações mais ligadas aos serviços básicos de saúde. Embora tinha outras, a própria área da saúde ela era muito, depois da 8ª conferência da saúde em 86, se você for ver você vai ter uma reprodução de conferências temáticas. Conferência Nacional de Saúde Mental, Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, Conferência Nacional de Saúde de Recursos Humanos, que na realidade, todas eram braços da mesma discussão, mas que muitas vezes queriam apontar pequenas diferenciações, marcar posição quanto uma postura mais radical. Mas a 8ª Conferência já tinha de alguma maneira tentado harmonizar isso. Então as propostas mais radicais iam para uma perspectiva mais estatizadora, que na 8ª Conferência Nacional de Saúde isso de alguma maneira foi substituído por uma ideia de fortalecimento do setor público. A crença de que não se tinha tantas forças, força política para enfrentamento desse grau com a iniciativa privada e que aí era tudo uma perspectiva de fortalecimento do setor público. Mas este setor público também era diverso. Então vamos dizer, os sanitaristas estavam dentro da previdência tinha esta perspectiva, mas os previdenciários não tinham.

DANIELA: Eu acho que é porque expressei mal. Eu estava querendo movimento sanitário e falei CEBES, como se CEBES fosse movimento sanitário. Mas o CEBES era somente mais um expoente dentro do movimento.

MARIA HELENA: Se você for ouvir, por exemplo, toda corrente mais paulista, for ouvir ou for ler, você com certeza já leu a Amélia Cohn, ela é super crítica, inclusive, ao movimento sanitário. Ela fala que não existe um único movimento sanitário. A tentativa de construção da própria Sarah, de falar de suas diversas dimensões, no aparelho burocrático e na universidade. A Amélia é mais crítica em relação em relação a isto assim como outros. E até pela perspectiva, eram pessoas mais ligadas ao PT. Então naquele momento a própria organização sindical, ela de alguma maneira queria primeiro passar daquele movimento, de buscar uma revisão do movimento sindical. Ela acaba mostrando que há diversas posições. Originalmente não tínhamos a CONCLAT, como uma tentativa de congregar as lutas dos trabalhadores. Mas você passa a ter a CUT também. São novos atores com algumas diferenciações e alguns ainda estão presentes aí, ainda são atuantes.

DANIELA: Você falou agora no PT, outro tema também com muita divergência é em relação ao partido. Na época, a hegemonia era do Partido Comunista Brasileiro e parece que depois houve divergências em função da relação dele com o movimento. Aí eu acho curioso porque algumas pessoas com quem eu conversei, como por exemplo, a própria Sarah, ela via com "maus olhos" esta questão. A alcunha de "partido sanitário" associaria de uma forma pejorativa. Outras como a Sonia, o Temporão já veem com bons olhos. O Temporão chega a falar que era um apelido carinhoso. Como você acha que isso se dava? Como você vê o protagonismo do partido, de fato, nessa história?

MARIA HELENA: Alguns de nós fazíamos parte do movimento mais amplo, mas não necessariamente estávamos alinhados dentro dessa ideia de partido. Acho que a ideia do partido como o Temporão fala, afetiva, que talvez seja uma coisa afetiva em seu interior, mas talvez fosse pejorativo pelas pessoas que não participavam necessariamente. Eu acho que o partido, vamos dizer assim, as reuniões que chamavam de partido sanitário, elas também ao longo do tempo se modificaram, agregando mais pessoas e mais nuances de posições. Mas eu acho que o partido sanitário ele foi bastante importante. Essa ideia de tentar congregar um determinado grupo que ele era plural, ele não era só o "partidão", como a gente chamava carinhosamente as pessoas do partido

comunista. Tinha pessoas de outras tendências, tinha pessoas que de alguma forma tinham formulações mais claras e estavam trabalhando dentro dos espaços possíveis que a transição democrática apresentava, estava trabalhando por fazer passar essas propostas. Então eu acho que tinha um núcleo sim, mas ele tinha uma certa pluralidade. Você vai ver a Sonia Fleury que tinha uma postura, sem ser do PT, pró o partido, mesmo ela não sendo uma pessoa ligada ao partido. Como você tinha também o Gallo, que trabalhava com a gente, que era claramente partidário do PT, que iam para a discussão da assembleia constituinte e faziam um trabalho bastante importante de acompanhar a votação e a explicitação das propostas que estavam em jogo, de tentar até alguma maneira de negociar, juntar algumas proposições. Eu acho que foi bastante rico este momento.

DANIELA: Você esteve no INPS durante muito tempo, não é? Não, na época era INAMPS...

MARIA HELENA: Eu fui do INPS, a gente tinha desde 77, a gente tinha o SIMPAS que era Sistema de Previdência Social. Então eu comecei a trabalhar, fui concursada pelo INPS, então trabalhava na previdência social que era um instituto de seguros. E depois eu fui, isto desde 75, e em 84 eu fui para o INAMPS a convite do Temporão, fui trabalhar com ele, o Eleutério, Jovaldo.

DANIELA: Era neste ponto que eu queria chegar. Você participou da mudança com relação ao acesso à medicina previdenciária e lendo a bibliografia o que a gente percebe é que isso causou um impacto muito grande, obviamente na sociedade, mas nas instituições também vinculadas, em termos de financiamentos para algumas outras coisas. Daí, me corrija se eu estiver fazendo confusão, vem a ações integradas de saúde.

MARIA HELENA: Eu fui trabalhar na previdência justamente no momento da implementação das ações integradas de saúde, quer dizer, as ações integradas de saúde eram uma parcela do plano de reorientação, que não era em termos de recursos, porque eu fui trabalhar no planejamento, Temporão me chamou para trabalhar no planejamento. Para mim foi assim uma reviravolta na vida, porque eu trabalhava lá junto aos trabalhadores, com acidentados de trabalho, pensando na recolocação deles, trabalhando muito a questão dos benefícios e de repente eu fui, mas discutindo a questão do adoecimento deles, mas de repente eu fui trabalhar na previdência principalmente na área do planejamento. Então junto com o programa de ações integradas de saúde, a

gente preconizava a mudança, quer dizer, as transferências desses recursos financeiros não se deveriam fazer de uma forma graciosa, sem você estar definindo uma programação e orçamentação integrada. Então todo nosso processo dentro da previdência foi discutir instrumentos de planejamento, instrumentos de orçamentação e programação de saúde e aí tem algumas medidas que foram fundamentais, criadas mais ou menos em paralelo com a própria questão das ações, por exemplo, antes mesmo, mas toda nossa programação de ações ela era pautadas numa portaria criada dois anos antes, que tentava criar critérios de como você redistribuir os recursos existentes para o conjunto da população. Como é que você pula de trabalhar apenas com a população previdenciária e passar a prever que aqueles mesmos recursos possa ser usado com um contingente maior de população. Então a gente discutia esta programação, não só com os organismos da previdência, mas também com os organismos da secretaria de estado e das secretarias municipais de saúde. Então esse era um momento muito tenso. O nosso trabalho era especialmente ir aos estados, quando a gente elaborava estes documentos de orçamentação praticamente anuais, a gente fazia viagens aos estados para discutir e sentar na mesa os diversos atores das secretarias estaduais e das superintendências. Nós íamos como previdência discutir e dizer à previdência regional e dizer: "olha, você vai ter que abrir mão de se sentir ou de viver a situação de que você é dona de todos os recursos. Esses recursos vão ter que ser repartidos e ser trabalhado junto com a secretaria estadual e secretarias municipais". Isto era uma questão difícil.

DANIELA: Por isso também que a bibliografia aponta que com isso começam a descentralizar, né?

MARIA HELENA: O embrião dessa discussão esteve aí nas AISs, depois na 8ª Conferência Nacional de Saúde quando o Hésio lançou a ideia do SUDS, que é o sistema descentralizado de saúde, isto teria que se aprofundar. Você cria regras, que aí você não está pensando, quer dizer, aí nós não estávamos pensando apenas no recurso global financeiro, mas começar a pensar também nos recursos físicos. Que órgãos, que serviços da previdência, que deveriam passar para a gestão dos estados, para a gestão do município. Então você começa a ter uma discussão mais ampla. Você não está discutindo apenas a questão do repasse financeiro. Não é uma discussão só do financiamento, mas é também uma discussão dos bens, dos recursos físicos e humanos, o que era muito tenso. Porque na realidade além de você repassar unidades estruturadas e equipadas com equipamentos, com aparelhos, diagnósticos, mas você também teria

que discutir a questão dos recursos humanos e aí o mais delicado ainda porque entra a questão dos sindicatos. Sindicatos que na realidade sabiam, porque ninguém é ingênuo de saber que esta decisão de alguma forma ela iria ter um impacto, se aquele contingente ele deixa de ser de um quadro regular e passa para um quadro em transição ele pode ter perdas salariais. O que eu me lembre, que na realidade com os amigos que eu vi e depois foram para os estados, tirando alguns estados do Brasil, principalmente Rio, onde a vida é muito cara e concentrava uma quantidade grande de recursos, para os previdenciários do nordeste e várias outras regiões não foi ruim não, porque a vida nos outros estados é muito mais barata. Então como recurso, mesmo que ao longo do tempo poderia ter uma perda né, salarial e tudo mais, mas aí isto seria revisto pelos próprios planos de carreira dos estados. Mas em um determinado momento as pessoas ainda puderam, no âmbito dos estados, manter o seu padrão, a sua função.

DANIELA: Você acha que o fato de alguns dos nomes dos intelectuais que participaram do movimento sanitário nesse momento de consolidação do movimento, de transição, de luta no processo constituinte, que a partir depois de 89, foram para a máquina do Estado, acho que isto pode de certa forma propiciado um esvaziamento da relação do movimento em si com as bases?

MARIA HELENA: Tem um lado que sim. Porque de fato há um maior distanciamento, porque na medida em que você descentraliza, então também por certo lado o movimento central ele tende a ir para outras margens, mas em alguns casos ele vai se fortalecer no âmbito regional. Então ele muda de espaço. A discussão com a descentralização também vai exigir no âmbito do estado, no âmbito municipal que essa discussão se faça. Então toda a discussão que antes poderia estar centralizada no âmbito federal, nos órgãos administrados por estes sanitaristas, você vai ter o aparecimento de outros tipos de luta nos municípios e no Estado. Aí outras organizações começam a ter mais destaque. Então em vez de você pensar um CEBES e tudo mais, você vai ter o fortalecimento dos movimentos, tanto que já em 80 você tinha o CONASS, que era o Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Mas você depois vai ter a criação do CONASEMS e do COSEMS. Você vai ter certa penetração para o interior, você cria novas institucionalidades e eles não vão ter poder de forçar para mexer, para brigar em algumas, em alguns âmbitos.

DANIELA: Mas os conselhos comunitários morrem com isto?

MARIA HELENA: É, porque eu acho que na realidade este âmbito da reforma não ocorreu, ele ficou como um princípio colocado. Eu acho, até estava lendo agora um artigo que mandaram para avaliar, já em 2000 você tem uma série de movimentos dentro, principalmente a partir do governo do PT, 2003, de você criar no âmbito do Estado, no âmbito do Ministério da Saúde, uma secretaria de gestão participativa. Então você vai ter outra dimensão de tentar organizar. Até este artigo é provocador, porque ele pega a discussão teórica que a gente fez no final dos anos 80, princípio de 90, para discutir a reforma sanitária, e falar da constituição da contra hegemonia no âmbito dos estados e no âmbito dos municípios, a partir de programas aí já não mais só do governo federal, mas no âmbito do estado e do município para essa mobilização. Não sei se você vai mais adiante, ou se vai pegar mais a construção do SUS. Mas, nós tínhamos algumas experiências que não se institucionalizaram como o próprio caso de Niterói.

DANIELA: O caso de Niterói eu não conheço. Eu sei de Nova Iguaçu, Montes Claros, de Paulínia...

MARIA HELENA: Agora o projeto Niterói na realidade, ele dentro do processo de descentralização para o Rio de Janeiro, assim como a baixada tinha uma proposta de revisão da política de saúde, você em Niterói tem a evolução de um movimento feito, mas não era no governo nem no PT, nem do... Eram pessoas mais ligadas primeiro ao PMDB e depois ao PDT. Mas ao projeto Niterói, ele de alguma maneira era uma articulação entre a universidade, a UFF, e eles tem até hoje um programa, um departamento de medicina comunitária bem forte.

DANIELA: Em 89 que o Noronha foi secretário de saúde lá não é? Ou foi aqui?

MARIA HELENA: Ele foi secretário do Rio de Janeiro. Eu não sei nem se coincidiu a gestão dele no Rio de Janeiro com a gestão do Hésio no estado. O Hésio foi secretário do segundo governo do Brizola.

DANIELA: Você estava falando dos conselhos. Uma coisa, quando eu penso na constituição de 88, na 8ª Conferência, na Reforma Sanitária de uma forma geral, eu acho que foi uma aposta muito grande na sociedade civil. Tudo bem que era um contexto muito especifico de redemocratização, tinha uma conjuntura política muito especifica ali. Você acha que eu posso afirmar que foi uma aposta otimista, que estes espaços de certa forma, por mais que estejam sendo ocupados, não é uma ocupação

substantiva. Tenho a impressão que é uma ocupação que não conseguiu lograr os reais benefícios imaginados. Eu acredito que possa passar muito por este esvaziamento das discussões de base nas comunidades. Você acha que é muito descabido?

MARIA HELENA: Não é descabido. Na realidade havia uma certa tensão de um movimento que queria avançar mais nesta linha da relação com a sociedade, de trabalhar com a comunidade. E aí se pensou mais ou menos nesta época, em 89, inclusive era uma proposta do próprio Hésio de pensar em termos de uma unidade básica de planejamento a ideia do distrito sanitário, de ser construído a partir de distritos sanitários e trabalhar a partir de uma dada população de um determinado território. Isso foi uma questão que ela foi discutida e avançou em alguns lugares: Santos, no Paraná em Curitiba, tem alguns avanços. Eu acho que todo esse processo se você for avistar ele tem como toda tensão dentro da política, isso faz parte da própria, dentro da própria teoria social se você for pensar você não consegue romper todas as resistências e instituir isso universalmente. Agora você tem experiências, experiências exitosas, experiências que mostram algumas possibilidades e essas possibilidades às vezes ao longo do tempo elas também se desgastam, portanto, por exemplo, esse caso de Niterói. Niterói chegou um momento que, inclusive com o projeto do médico de família que é uma coisa singular com relação à estratégia singular do projeto da saúde da família em que a gestão das unidades da saúde ela era feita pelas associações locais, pelas associações de moradores locais. Então de alguma maneira eles tinham uma cogestão com a secretaria municipal para gerir. Aí tinha conflitos, por exemplo, tinha conflitos com os médicos, se havia uma rejeição a um determinado médico, pela maneira que está atuando, pelo controle de ponto de horário. Estas questões, se a gente for pensar hoje, estão em voga, a questão de o médico ter uma dedicação integral ao trabalho ali junto daquela comunidade, ele estar presente, ele discutir, ele aceitar determinadas intervenções que membros da coletividade coloca em relação ao processo de trabalho dele. Não é uma coisa fácil. Não é uma coisa fácil a relação de poder, colocada pelo próprio exercício profissional, ela por si, ela já estabelece uma hierarquia. Então você romper essa hierarquia e buscar uma coisa mais igualitária é uma luta.

DANIELA: Nesse sentido tem uma pergunta que eu sempre faço para todo mundo que eu converso que é: você acha que a gente teve uma reforma de fato? Você acha que a reforma sanitária conseguiu, de certa forma você acabou de responder que teve êxitos, mas você acha que a proposta da reforma sanitária ela saiu exitosa neste processo?

MARIA HELENA: Eu acho que como um todo não. A gente pode falar de uma reforma inacabada, uma reforma que precisa não só se rever, colocar novas questões. O que se conseguiu do ponto de vista mais formal é que na Constituição de 88 foi estabelecer determinadas regras básicas que possibilitam idealisticamente essa questão da universalização, da participação popular. Mas cada nicho, mas cada um dos princípios estruturantes do SUS seja a universalização, participação popular, a questão da democracia e da participação popular, seja a questão da descentralização, eu acho que tem algumas coisas que as normas, a normatização fez avançar, mas tem outras coisas que na realidade não se completaram como um todo. Não sei se os conselhos respondem totalmente para esta ideia da democracia e de participação popular, são instrumentos, mas você pode e não é à toa que mais recentemente você tem todo esforço, inclusive, programas federais, nacionais no sentido de melhorar, qualificar os conselhos e conselheiros. Agora eu acho que os princípios da reforma eles foram muitos validados no âmbito da reforma das políticas sociais como um todo. Não é à toa que várias outras políticas vão copiar. Vão reproduzir este modelo o serviço social, depois a segurança alimentar, depois a infância e adolescência, só que esta era muito mais capilar, porque tem um conselho tutelar, que é uma coisa direta na relação do indivíduo com a sociedade, muito mais forte que os conselhos de saúde e serviços sociais. Esses princípios básicos tem sido de alguma maneira explorados e trabalhados até por outras políticas sociais. Mas a questão tanto do Fundo, numa definição mais concreta, não é só você dizer assim: tem ou não tem um Fundo Nacional de Saúde. Dá conta ou não dá conta. Os recursos são suficientes ou não são suficientes. Eu acho que esta discussão sempre se renova, ainda mais que sempre você tem uma polaridade entre os que acham que o dinheiro é suficiente e aí vem o discurso moralizador que o problema é a corrupção, a má gestão e sei lá o que, e aqueles que de alguma maneira defendem que este dinheiro não é suficiente, ainda mais em função de um padrão que a gente foi alcançando, por essa própria questão da universalização. Eu, às vezes, ainda fica muito mexida, como exemplo, você não mora no rio, mas talvez em outros lugares também você veja isto, quanto a gente recebe de telefonema de instituições longe te solicitando recursos e aí falam, muitas vezes o agente nem fala em cifras próximas. Como eu trabalho aqui com mestrado profissional então eu lidava, às vezes, com membros do Ministério da Saúde e é uma coisa assim impressionante os gastos de hoje em dia com medicamentos para prevenir ou controlar determinadas doenças, como por exemplo, a questão do câncer. Eu acho que em relação ao HIV, se conseguiu chegar a um consenso,

a uma construção, a sociedade se mobilizou bastante. Não sei quanto hoje ainda que, a gente também recebe ligações para isto. Tem um estoque que é dado para a população diretamente, pode ser dado para a população e tem um sistema ou talvez repassados para algumas ONGS, mas os gastos com a saúde eles são crescentes, não só por estas inovações tecnológicas, a introdução dessas inovações tecnológicas como também se cada vez mais se pensa em interiorizar e capitalizar esta atenção a própria questão com os gastos com recursos humanos. É uma área que o mercado que é extremamente, ele atrai muito, ele está sempre se expandindo, ele só tende a crescer.

DANIELA: Eu acho também que a fragmentação dos movimentos em direção a demandar seus direitos de certa forma dificulta a obtenção deles também, porque no exemplo que você deu dos soropositivos, existia a lei e ela muitas vezes não era aplicada e o movimento foi lá, que até hoje em dia, eu cheguei a estudar um período, o movimento em defesa do soropositivo, se falta medicamento em um dia no posto, no dia seguinte está lá. Eu acho que em outros setores isto não ocorre. Eu acho que isto não ocorre justamente porque você fragmentou tanto que é difícil você conseguir hoje em dia uma unicidade em torno de qualquer agenda no sentido reivindicatório assim. Eu não sei se isto é muito idealista de minha parte também, mas o que a gente tem hoje de política pública de saúde que de fato são benefícios para a população? Essa política de saúde é uma política de saúde bem sucedida hoje? Tirando esses casos que já são paradigmáticos, como os soropositivos, os hemofílicos...

MARIA HELENA: Porque na realidade a gente está falando de uma dada situação, de algumas situações exitosas em cima do adoecimento. A própria questão do soropositivo, de alguma maneira aquela pessoa se não desenvolveu a doença ela pode potencialmente desenvolver a doença e você está trabalhando em cima disso, não só em cima do indivíduo, no caso individual, mas preconizando uma política que mesmo observando as diferenças, as singularidades, a aceitação ou não de um determinado medicamento, você tem algumas questões definidas em relação a doenças. Uma área que acho, até porque estudo de dentro, nesta minha trajetória, se eu comecei a trabalhar para a saúde, na área da saúde, pelas ações integradas de saúde, se há uma coisa que eu acredito e no fortalecimento da Atenção Primária de Saúde. Hoje nós temos a estratégia de saúde da família com a sua política central. Eu acho que isto é uma política que vem trazendo, e aí você também pode pensar que tem experiências exitosas, tem experiências não tão boas, então tem sido todo esse processo nosso, inclusive, de avaliação, de

monitoramento dessa política. Nós aqui no NUPES temos feito estudos sobre isto, mas nos grandes centros. Orientamos dissertações em lugares menores em que, se no princípio a gente trabalhava mais o programa, hoje o programa está mais, vamos dizer assim, ele não pode ser pensado isoladamente, tem a questão do pacto da saúde, de outras esferas que buscam a questão da integração, então isto são princípios que estavam lá.

DANIELA: Sim, mas infelizmente o Programa da Saúde da Família ainda não é a porta de entrada para o Sistema de uma forma geral.

MARIA HELENA: Ele se coloca com esta proposta, justamente de estabelecer esta porta de entrada, então são questões que a gente também busca analisar nos estudos, em que medida ele está efetivamente se constituindo como uma porta de entrada, uma porta de entrada única, ou se ele compete. Agora dentro do próprio Ministério em que ele tem uma força, hoje em dia você pode dizer que houve uma reversão de transferência de recursos bem grande para a área de atenção primária em saúde, que antes estaria mais no âmbito hospitalar, mas ainda não se compara. E essa aposta na saúde, não na doença, mas na saúde é uma questão bem mais complexa, mas também era a base teórica de compreensão de como se dá o processo saúde e doença, de que de alguma maneira você tem que investir em processos que tomando a saúde como uma política intersetorial tem que trabalhar com as outras interfaces, com outras políticas sociais e outros programas de outras áreas. Eu acho que na década de 2000 a gente viu algumas interessantes, muitas vezes atreladas a política municipal, você percebe quando você estuda a política municipal. A estratégia pode ser tão mais forte, ou tomar mais esta perspectiva mais integradora, quanto você tem uma política municipal também mais integradora, onde você tem estabelecidos outros instrumentos, como exemplo, o orçamento participativo, outras formas, mais transversal de enfatizar e dar ênfase a políticas, por exemplo, sobre a juventude, a saúde do adolescente, que vão colocando e estabelecendo algumas prioridades. Você vai atuar na saúde, mas não apenas setorialmente. Você vai discutir algumas questões no âmbito municipal e às vezes até no âmbito territorial. Então você vai começar, agora mesmo uma menina me procurou para buscar orientação, ela está preocupada, coisa que eu já tinha chamado atenção quando fiz o estudo de Vitória a anos atrás que tinha algumas peculiaridades, a questão de como expandir esta questão da estratégia da saúde família junto a territórios onde você tem predominantemente uma classe média.

DANIELA: É o que eu ia te perguntar agora, a questão do SUS para os pobres.

MARIA HELENA: A questão é que em alguns municípios a presença física dos pobres e dos ricos ela se aproxima, em outros não. Não foi à toa que a própria estratégia da saúde da família quando ela começa está muito ligada ainda no PAC, na área mais rural, nos pequenos municípios, ela expande por aí. Mas hoje quando ela começa a ser, de alguma maneira, um pouco mais trabalhada, tomada como prioridade também nos grandes centros ela acaba tendo que mudar. Você não fica apenas nos territórios ou nas comunidades. Agora esta menina que veio me procurar é aluna do mestrado profissional ligada a questão da medicina, a questão da estratégia da saúde da família, ao TEIAS daqui, mas por exemplo, ela observa uma coisa que lá em Vitória já dizíamos: a estratégia para tentar trazer a classe média para a estratégia da saúde da família ela tem de ser diferente porque a estratégia em relação às comunidades mais carentes ela é de mais busca ativa e que isso é bem aceito. Já a classe média tem outro padrão de comportamento, de atitude, que ela às vezes vem, ela é mais passiva, mas ela vem buscar, já hoje em dia ela vem buscar, pelo quanto isto custa, em alguns casos até por certo empobrecimento. E aí gente tem uma discussão. Aí a gente tem uma nova discussão que é se é a classe média ou é a classe média ou não. Se pode chamar de nova classe média, se a classe média que empobreceu, se novos trabalhadores que estão sendo incluídos no processo de consumo. Várias questões que estão em jogo, mas de qualquer maneira ela vem buscar coisas mais específicas, como medicamento. Mas ela não abre sua casa para uma visita domiciliar. Como é difícil você trabalhar esta perspectiva da saúde coletiva, quando ela está pouco em jogo, quando você não mexeu ainda nesta questão das relações socioeconômicas, na questão da propriedade. Porque quando você apresenta políticas para as comunidades, você acaba imbuindo várias questões, a própria questão da propriedade, da urbanização, da melhoria. Já no caso da classe média ela já tem uma outra condição.

DANIELA: A classe média não tem aceitação nem que existia para a comunidade. A gente vê muitas críticas deste programa do governo de transferência de renda.

MARIA HELENA: Não sinto tanto na saúde não, sinto mais no Programa Bolsa Família, programa que discute mais a transferência de renda. A estratégia da saúde da família não transfere renda, mesmo as farmácias populares ela não é uma transferência. Para o trabalhador, para maior parte, a gente fez agora um estudo e isto está aparecendo,

mesmo a população carente às vezes não tem essa noção. Uma ação de saúde ela não é resolutiva apenas com uma consulta, se ela não for acompanhada pela disponibilidade do remédio básico que ela precisa e/ou de um aprofundamento do diagnóstico ela não vai ser resolutiva. Isso de alguma maneira a classe média tem essa noção, essa compreensão. E na verdade ela não acredita que os recursos oferecidos pelo Estado, para ela os recursos oferecidos pelo Estado não são adequados, não são suficientes. Mas com relação a medicamentos ela está usando muito. Serviço de diagnóstico já é mais complexo, mas em termos de medicamentos o uso assim, de você ter relatado pessoas que vão ao posto para ter o receituário para ir à farmácia popular para tirar o medicamento.

DANIELA: Então não só medicamentos de alto custo, medicamentos...

MARIA HELENA: Os de doenças crônicas de alguns são, como por exemplo, o de hipertensão, o de colesterol são caros. Os de diabetes não são caros mais, mas os remédios de uso contínuo para hipertensão e colesterol eles são caros. Às vezes você pode ter um custo mensal de trezentos reais e para uma pessoa que está com três/quatro salários mínimos é uma despesa. Isso, e não só medicamentos, idosos que tem direitos a uma quantidade de fraudas, uma quantidade de produtos curativos, uma série de recursos que de alguma maneira fazem diferença na renda familiar. E isso acaba sendo fornecido de alguma maneira você precisa ter uma prescrição de uma unidade de saúde ou de um médico. Alguns casos tem que ter receita médica, basta a receita médica.

DANIELA: Mas não tem que ser uma receita médica oriunda de algum posto do SUS?

MARIA HELENA: Não necessariamente. Alguns remédios não necessariamente. Só estes remédios que são pacotes de tratamento, aí sim. Eles são distribuídos, mas todo este conceito de farmácia popular, a questão da produção pelo próprio Brasil de alguns medicamentos tem de alguma maneira mudado essa lógica.

DANIELA: Você acha que de alguma maneira está ocorrendo uma tentativa de desmonte do SUS? A LOS vai completar 25 anos e você acha que tem havido uma tentativa de privatização, mesmo indireta, com essas fundações, as OSs?

MARIA HELENA: Olha, se a gente for pensar de uma forma mais radical, ela tem um componente de privatização, elas têm algumas medidas, principalmente esta questão da utilização dos recursos de OSs, recursos privados para provisão. Quando o Estado abriu

mão de prover, ela apenas financia, mas ele não provê você sem ter garantia mais concreta da questão da qualidade da atenção, você pode realmente ter um esvaziamento. Se você muda e tem uma qualidade ruim, o desgaste do descrédito com relação a isto então você às vezes para a pessoa, eu vejo...

[interrupção]

MARIA HELENA: Quer dizer, eu acho que esta questão que você colocou principalmente esta experiência da transferência da provisão... Esta experiência da passagem para as OSs, ela é mais forte nos grandes municípios. Eu acho que tem um pouco uma dimensão do modelo que você tinha anteriormente, o quanto estaria mais ou menos fortalecido o serviço público dentro de alguns municípios. Mas por exemplo temos grandes capitais, São Paulo sempre foi de alguma maneira dominado pela iniciativa privada. Então com a política de descentralização eles vão, de alguma maneira, tentar estruturar a mesma atenção primária nestes moldes de passagem para as organizações sociais. Faz parte do modelo deles, quer dizer, à medida que o modelo permite isto, pela questão da complementariedade. Isto está dado na própria lei do SUS. Agora você teria que ter algumas regras para inibir os excessos, os excessos dessa relação. Nós no Rio de Janeiro tínhamos ao contrário, um conjunto grande de órgãos públicos que foram sucateados durante décadas. Então você hoje tem uma tentativa de reconstruir isto, de revigorar a própria atenção primária. A maior parte delas repassadas para a gestão de OSs e isto tem impactos, especialmente quanto à utilização dos recursos humanos. Eu acho que esse é uma das grandes questões, um grande nó aí que a gente tem que enfrentar. Como já tinha dito antes, como é um setor com mão de obra intensiva, e que de alguma maneira se expande, cresce, como você chegar a um acordo para que você possa funcionar de uma maneira adequada. Eu acho que a expectativa, a crise que a gente está vendo hoje, além das questões, da corrupção com a categoria médica, é uma coisa que vai ser muito difícil de você enfrentar porque o que você tem no ideário dos profissionais de saúde se perdeu um pouco. Aquela dimensão lá no passado, da idealização da figura do médico, da missão, isso de alguma maneira se perdeu. Então como a própria escola médica reforça muito a questão da formação dos especialistas, e o especialista com a grande possibilidade da absorção no mercado de trabalho, em um mercado de trabalho que de certa forma remunera melhor, dá condições de buscar uma fonte de renda alternativa além do seu salário, se criou um dilema. Não sei se mais adiante outras gerações, porque de alguma maneira já houve

algumas mudanças na formação, na grade curricular da escola médica. Você começa a criar outras categorias, dar forças a outras categorias da área de saúde que não apenas a medicina, como a enfermagem. Vão surgir novas graduações em saúde coletiva, em saúde pública que podem de alguma maneira mexer um pouco e mudar esta perspectiva. E a própria população de alguma maneira passar a pensar e atuar de uma maneira diferente, não tem nenhum estudo mais amplo, apenas alguns tempos que eu vejo, por exemplo, pessoas que trabalhavam o próprio cuidado com sua saúde, com a saúde mental, com a deficiência, que buscavam às vezes vários tipos de serviços e que estão se sentindo acolhidas pelas clínicas da família. Começa a estruturar, quer dizer, o modelo da própria estratégia, ela está se ampliando, ela não fica, ainda mais nos grandes centros, só fechada no módulo da saúde da família *stricto sensu*, mas ela se amplia para outras formas de atenção complementar. Mas isto tem que se dar de uma forma integrada, mas o problema todo volta para a questão mesmo em si da gestão, do planejamento dessas ações. Acho que hoje uma boa parte das questões tem que recuperar aquilo que lá no princípio a gente tinha pressuposto. Você não vai avançar na questão da integração da saúde se não houver um planejamento, uma orçamentação mais integrada, uma discussão. Você tem uma política já bem delineada. Agora como de alguma maneira implementar, como consolidar, como chegar o que de alguma maneira já vem fazendo um pouco de monitorar e avaliar o que está sendo feito e como está sendo feito.

ENTREVISTA MARIA INÊS BRAVO

DANIELA: A minha hipótese é de quando os movimentos sociais conseguem convergir em uma agenda única, mesmo que ela não tenha um único ponto, mas seja uma agenda única, como por exemplo, era a reforma sanitária, um programa mais amplo, eles aumentam a capacidade de pautar as suas reinvindicações na agenda pública e, em consequência, de conseguir efetivar as políticas públicas que eles estão demandando. Aí eu pego para estudo de caso, os movimentos sanitários e faço uma trajetória desde a criação do CEBES até a Constituinte e depois a Lei Orgânica. Eu traço uma trajetória desde os sanitaristas da primeira fase, na verdade, da primeira república, até aqui, mas o que eu estou analisando mesmo são os sanitaristas modernos, desde a década de 70 para cá. E eu gostaria de conversar com você para saber de sua experiência com o movimento e como você vê os resultados que decorreram daí.

MARIA INÊS: Você quer colocar qual foi a minha trajetória no movimento?

DANIELA: Gostaria de saber como foi sua vivência neste contexto, se você chegou a participar efetivamente desta construção?

MARIA INÊS: Sim, eu participei, fui inclusive de uma das gestões do CEBES, uma gestão que estava o Eleutério, estava o Jander, que estava o Temporão, enfim, então eu participei efetivamente do CEBES. Teve um determinado período que nós achávamos que... Porque o CEBES teve basicamente a sua criação em 76, e teve um período que... Bom, de uma certa forma, ele tinha altos e baixos, e precisava dar mais um suporte em termos articulativos e em termos também de criar núcleos nos estados. Então a gente, eu estava no CEBES nacional, mas a gente também participou, e eu achei que foi muito bom na época, que o CEBES Rio, por exemplo, tinha algumas ações e algumas comissões mais concretas, ou seja, uma comissão para fazer articulação com os movimentos sociais, uma comissão para a discussão de saúde do trabalhador, uma comissão para política de saúde, enfim... E eu participei como sempre, como sempre a minha trajetória foi articulada a movimento social, eu participei também dessa discussão de movimento social, do primeiro encontro do movimento popular pela saúde, na Cidade de Deus em 1980, que foi uma articulação maior.

O CEBES participa, mas aí quem tem a hegemonia desse processo é o sindicato dos médicos e a FAMERJ. Não sei se você conhece, mas foi um processo interessante, que foi um processo de fazer reuniões em cada, dentro de cada comunidade, em cada área para tirar comissão de saúde.

DANIELA: Aí também o Movimento Amigos de Nova Iguaçu. Daí que ele surgiu?

MARIA INÊS: Não. O pessoal da baixada participou efetivamente desse encontro popular da saúde, mas o movimento da baixada é outro movimento que depois eu posso falar para você. Agora este movimento que estou falando, ele vem da articulação mesmo do Sindicato dos Médicos com a FAMERJ, colocando a saúde e a importância de se reivindicar saúde, por exemplo, que foi em 80 e tava na época, e logo depois tivemos em 81 também uma outra... Com eleição, por exemplo, do Brizola em 82, que era para pautar a saúde no governo Brizola dentro desse contexto de luta que a gente estava nos anos 80, que era uma luta nacional, mas que era uma luta também de entrar nos estados em que a oposição estava ganhando, de se criar conselhos, de se enfatizar a participação popular. Então a gente consegue, em São Paulo, aqui no Rio, com Brizola, e estimulando um pouco a participação popular.

O movimento da baixada é um pouco anterior. Ele vem de meados da década de 70 basicamente em função da Igreja Progressista da Baixada. A igreja na baixada, por conta de Dom Mauro Morelli e de dom Adriano Hipólito... Dom Mauro, que era de Caxias e São João, e Dom Adriano, que era de Nova Iguaçu. Então esses dois, quer dizer a articulação da Igreja em torno da teologia da libertação também teve uma grande vinculação com a saúde e aí houve a criação das associações de moradores. Depois das federações, o MAB, que é o movimento de Nova Iguaçu, o MOB, que é o movimento de Caxias, o movimento de São João, que agora eu esqueci o nome, enfim, então eles todos também tiveram uma luta pela saúde muito grande, estimulado pela Igreja e a Igreja da teologia da libertação, coisa que nós não tínhamos aqui no Rio porque a Igreja aqui no Rio era muito conservadora.

E esse núcleo ajudou muito no encontro popular pela Saúde, em 80, porque eles estavam também por dentro da FAMERJ, tanto que eles criaram as federações na baixada. E a baixada teve uma influência grande na FAMERJ, nessa perspectiva da luta. Então, quer dizer, eu participei das lutas da saúde nos anos 80 e identifico (eu acho que você quer achados, e quer divergências) que havia uma divergência no movimento

sanitário. Divergência esta, que inclusive, ela vai se explicitar nos anos 80, mas também a partir dos anos 90. E aí é com os jovens quadros da UNICAMP, e aí, não mais com Arouca e com a Ana Tambellini, mas entre o Gastão Wagner, o Merhy... O Merhy escreve muito com o Gastão também, e também é desta época. O movimento da UNICAMP era um movimento que era vinculado ao PT, eles não tinham uma posição fechada, ou seja, eles fazem uma abordagem que mistura o marxismo com Foucault, embora, isso o Arouca também fez, mas com uma ênfase maior no marxismo. Eles pegam também o Guattari e Deleuze, então a preocupação do grupo da UNICAMP, na minha perspectiva, era uma reforma setorial. A ênfase que eles davam, e nos embates, naquele grande embate que teve entre a Sonia e o Gastão: o Gastão dizendo da reforma da Reforma, pra mim, na minha leitura, da Reforma e a leitura da reforma da Reforma é a discussão mais setorial. E aí há um debate do Jaime de Oliveira, também nesse processo, e com esse núcleo de Campinas mais jovem, que vem depois do Arouca, que é o que eles questionavam. Gente...

Eu me coloco no grupo mais dinossauro. Marxista, que era gramsciano basicamente a influência na Reforma Sanitária, por conta da Reforma Sanitária italiana, o próprio Carlos Nelson Coutinho teve uma influência aqui no Rio e em alguns quadros importantes da Reforma: na Sonia Fleury e no próprio Arouca eu vejo.

E aí o embate era se realmente, quer dizer se havia uma perspectiva que era hegemônica no movimento da reforma sanitária, que era a perspectiva de um novo projeto societário, e aí a palavra de ordem nossa era "Saúde, Democracia e Socialismo". Este grupo questionava isso, pois achava que realmente não tinha que, porque era uma perspectiva mais reformista, ou seja, dependendo da perspectiva da mudança de conquistas da saúde, mas conquista aí no marco, para mim, da terceira via. Então, esse é um embate e nós fomos vitoriosos. Eu vejo na proposta da reforma sanitária, embora tenha esses embates. Só que eu acho que nós cometemos um equívoco, principalmente a partir da transição. Eu vejo o seguinte, a gente consegue vitórias importantes, embora nem todas. Vitórias estas: no processo constituinte, na Constituição, porque nós tivemos, uma das minhas hipóteses, é que nós tivemos uma pré-constituinte na saúde. Foi a única área que fez uma pré-constituinte através da 8ª Conferência Nacional da Saúde. Então, com isso, a gente consegue acumular força no processo constituinte e na Constituição, embora a produção da Reforma Sanitária, ela depois das intervenções, em algumas questões que estavam no relatório da 8ª Conferência, eles não conseguiram se colocar. Na Comissão

da Reforma Sanitária que não tem pactos na Constituição, por exemplo, eu acho que a gente consegue avanços importantes na saúde na Constituição. Mas a gente não consegue, por exemplo, que um dos embates na 8ª Conferência Nacional da Saúde foi a estatização, já com estatização progressiva, mas era estatização.

O grupo do PT defendia a estatização já. O grupo mais vinculado à perspectiva marxista, vamos dizer assim, colocava a estatização progressiva. Por quê? Porque... E eu acho que nós fomos ingênuos nesse momento, eu também estava aqui. É que a gente achava que o processo, nós não tínhamos uma rede de saúde que desse conta de estatização já, mas que era preciso investir na saúde para que a gente pudesse, no projeto, estar estatizando. Só que aí a gente abre um espaço, para que na Constituição você tenha saúde como complementar, mas é diferente de estatização progressiva. E você tem alguns artigos da Constituição que vai colocar o setor privado também a atuar na saúde. A gente não consegue amarrar o texto constitucional. A saúde como complementar, ainda vá lá. Mas não era o que estava colocado na 8ª. Agora, quando coloca outro texto que também fala que a saúde privada também pode se desenvolver, aí é complicado.

A outra derrota que nós tivemos na Constituição foi com relação aos medicamentos, que realmente a questão nossa era de radicalização, indústria nacional de medicamentos, de estimular os laboratórios nacionais com os institutos de pesquisas vinculados às universidades e não o... Bem, houve um embate aí com a indústria de medicamentos. Isso aí a gente não conseguiu colocar. E o outro foi com relação à saúde do trabalhador, que a gente colocava na 8ª que era importante que as pessoas pudessem escolher, e não trabalhar em locais insalubres. E isso também foi uma outra derrota.

Enfim, mas eu vejo que nós tivemos vitórias, e eu acho que um erro que foi cometido pelo movimento da Reforma Sanitária foi de que na transição, principalmente no primeiro momento da transição, de 85 a 87, mais ou menos, a priorização do movimento da reforma sanitária foi ocupar o Estado. Eu acho que, na minha leitura gramsciana, eu acho que é fundamental você ocupar o espaço também, nas contradições, etc, mas você não pode deixar a sociedade civil, ou seja, você não pode abrir mão da articulação que a gente tinha com os movimentos sociais. E aí a maioria dos sujeitos sociais envolvidos na Reforma Sanitária foram para dentro do aparelho do Estado. E o CEBES ficou

inclusive fragilizado, porque você não tinha gente para continuar o trabalho com os movimentos sociais.

Essa é uma questão que eu levantei na época e eu levanto no meu livro, e a gente perdeu inclusive muito apoio nisso, e não conseguimos fazer um trabalho, por exemplo, no INAMPS, com a base, com os médicos, com os servidores do INAMPS, que era fundamental para que eles entendessem o que significava acabar com o INAMPS. E isso não deu tempo, porque por outro lado um grupo dizia, o próprio Hésio Cordeiro dizia isso, de que a transição era uma transição muito frágil, já que era uma transição do Sarney e não do Tancredo, e que eles estavam com pouco tempo para fazer as reformas burocráticas. Só que eu acho que a reforma burocrática é muito complicada sem ter uma mobilização da base.

Então, realmente, tanto que o próprio... Acabar com o INAMPS e a gente nem conseguiu acabar. E depois que o Collor retomou, depois, enfim, só com o governo Itamar Franco, a gente vai conseguir acabar com o INAMPS. Então, eu acho que aí a gente perdeu um pouco o apoio dos trabalhadores da saúde, que não estavam entendendo o que significava a construção do Ministério da Saúde, da não dicotomia entre a saúde coletiva e a assistência médica, e principalmente porque o INAMPS tinha também uma população muito grande do setor privado. Mas esse trabalho mais de base com os funcionários, com os hospitais não foi feito. Eu, por outro lado, também não conseguiu um trabalho muito grande com o movimento social. Nós fizemos a 8ª Conferência em 86, mas a gente não teve pernas para continuar esse trabalho. Depois a gente retoma o trabalho com o movimento social na Assembleia Constituinte, no processo constituinte, tanto que a lei da saúde vem por emenda popular, assinada por essas entidades. Mas a gente ficou, eu vejo, que nós não conseguimos efetivamente manter esse vínculo por conta das pessoas que estavam ou dentro do aparelho do Estado ou no processo constituinte.

Alguns quadros mais importantes estavam na Assessoria Parlamentar e aí o movimento social ficou, e a gente perde respaldo do movimento social nos anos 90. Porque o movimento social não dava para se perceber que o que foi conquistado teria que ser um processo. Então, se conquistou na Constituição, se fez uma reforma burocrática, mas para se ter repercussão na ponta ia demorar um pouco. E esse processo, eu acho que a

gente perdeu. É uma crítica que eu faço ao movimento sanitário à época, embora eu ache que foi a área que conseguiu maiores vitórias na Constituição.

DANIELA: Por isso que eu peguei como exemplo. Eu achei ótimo porque você me poupou um monte de perguntas que eu ia te fazer. Uma delas, justamente sobre essa questão da ruptura e de ir para dentro do aparelho do Estado ou não, que eu sei que sempre foi muito divergente.

A outra coisa que você também já colocou, foi a questão gramsciana, porque, em geral, com as pessoas que eu converso, sempre pergunto se concordam que de fato teve a influência de uma inteligência ali no meio do movimento, de quem operacionalizava o pano de fundo mesmo, para que chegasse, para que as coisas fossem construídas e você já me respondeu.

MARIA INÊS: E consequentemente também tinha um partido que dava uma direção, que era o PCB, e dava uma direção, embora era supra partidário, o movimento. O Arouca mesmo colocava que esse era o partido sanitário. Mas havia uma hegemonia do PCB, e, inclusive, tinha uma hegemonia teórica também e uma divergência teórica com o PT.

DANIELA: Pois é, isso é outra coisa que queria te perguntar. Eu conversei com a Sarah Escorel e com a Sonia Fleury, estou citando as duas porque elas têm, com relação a esse ponto, duas posições de 180º graus de antagonismo. A Sarah acha que o PCB não tem o papel que os filiados ao "partidão" se auto atribuíram, que foi um movimento que só conseguiu agregar as pessoas, a quantidade de gente que se agregou, por ser um movimento apartidário.

MARIA INÊS: Não era apartidário, era suprapartidário.

DANIELA: A Sonia, ao contrário, acha que no Brasil nunca reconheceram a importância que o PCB teve no processo de redemocratização, e que foi justamente o fato de terem quadros do partido no movimento, que fez com que ninguém do grupo fosse exilado, que permitiu que as pessoas pudessem continuar se reunindo mesmo que clandestinamente... Enfim, eu queria saber sua opinião nesse antagonismo.

MARIA INÊS: Eu acho o seguinte, havia uma preocupação que eu acho legítima. É uma preocupação que eu tenho hoje na Frente Nacional do Fórum de Saúde. Uma

preocupação de ser suprapartidário. Uma preocupação de não atrelamento a partido. Isso não quer dizer que não tenha hegemonia. Havia hegemonia do PCB. Eu concordo com a Sonia, eu acho que o PCB teve uma influência fundamental, inclusive na perspectiva da unidade, de tentar realmente ser suprapartidário, de tentar unificar as forças, em tentar, agora com uma direção, que era a influência do marxismo, que eu vejo com muita distinção entre o grupo do PCB e o grupo do PT da reforma sanitária.

A turma do PT tinha uma linha mais eclética, então misturava Gramsci, como falei, com Guattari e Deleuze, e aí já fica mais complicado. E o próprio Gastão, de uma certa forma, ele começava a colocar que era fundamental as mudanças no cotidiano. Nós nunca dissemos que não, mas só que se colocava que sem as mudanças, sem ser também estrutural, não haveria repercussão no cotidiano. Isso não quer dizer que você não tenha que dar conta do cotidiano, mas se você ficar só no cotidiano, você não vai dar conta da reforma sanitária. Por isso eu acho que eles defendiam a reforma setorial e não uma reforma maior como era a perspectiva do PCB.

DANIELA: A Maria Lúcia Werneck Vianna apontou como um dos problemas uma coisa que vai muito na direção do que você está dizendo. Segundo ela, muitos problemas eram justamente em função da saúde ter sido muito setorialista. Então, por mais que na Constituição tenha ficado a seguridade social e depois a saúde dentro do guarda-chuva da seguridade, o movimento pela saúde se fechou tanto em si, que os ganhos reais acabaram sendo, não sei se posso colocar assim, mais que os outros pontos foram negligenciados e que a seguridade social, mesmo ela estando lá, não é cumprida como a Constituição manda.

MARIA INÊS: Mas a saúde também não é. Bem, eu conheço um pouco das análises da Maria Lúcia e eu, como assistente social, defendo a seguridade social. Uma das categorias que mais lutou foi a da seguridade social, embora eu considere que a seguridade social é restrita. A gente não conseguiu uma seguridade social ampla, que envolva todas as políticas não só saúde, previdência e assistência. Na minha perspectiva teria que dar educação, habitação, todas as políticas... Mas também foi uma vitória, quer dizer, uma vitória do possível. Agora, você não pode querer, e eu não acho que a saúde rompeu a seguridade, quem rompeu a seguridade foi o governo. A saúde era muito mais organizada, a assistência social era muito pouco organizada, a previdência tinha uma organização, mas a saúde foi a que teve uma maior mobilização e organização. Então

ela tinha mesmo que ter hegemonia. Então eu acho que realmente a não viabilidade da seguridade social, para mim, não passa pela saúde. Para mim passa, porque o governo, basicamente, quando o Sarney dá um giro para a direita, a partir de 87-88, ele faz uma aliança com o "centrão", e ele já vai dizendo, mesmo quando você tem a Constituição de 88, o próprio Sarney já coloca que a Constituição é impossível de ser mantida. O Sarney fez a conferência de abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, e ele fez um outro discurso. Claro que o discurso não foi feito por ele. Quem escreveu aquele discurso foi o Eleutério. Enfim, não foi feito por ele e há uma diferença muito grande entre o discurso de Sarney na 8ª conferência, e o discurso de Sarney depois que ele dá o giro para a direita, em que tem a base de acordo com o "centrão", dizendo que a Constituição seria ingovernável, etc. e tal.

E aí você tem, eu acho que foi O nosso equívoco também, talvez nem o nosso equívoco, mas acho, que a nossa análise ainda, nós ficamos muito animados, nós, a esquerda brasileira, com o que nós conseguimos nos anos 80, de mobilização. Mas não percebemos que o cenário internacional já estava em mudança a partir de 70 e, com isto, eu acho que nós fizemos, ou achávamos que o Brasil estaria fora dessa ordem internacional. E também tínhamos grande segurança que ganharíamos as eleições de 89.

O que não aconteceu. Então eu acho que a mobilização dos anos 80 leva a uma análise muito otimista pelos participantes da reforma sanitária, que não conseguiram perceber que se a gente perdesse as eleições, como que é que esse processo ia continuar. Tanto que o grupo, e aí é maior, não é só a reforma sanitária, a esquerda colocou que daqui a dois anos ia reformar a Constituição, que dava em 90, e depois a gente teve que recuar.

E aí nos anos 90, que estava em pleno governo Collor, a gente colocou que era impossível. E aí eu não me lembro se era pra daqui a 5 anos, mas que era para garantir e agarrar a Constituição, porque como nós não tínhamos tido todos os ganhos, e aí não era só na área de saúde, mas na esquerda como um todo, reforma agrária, etc. e tal. Então era importante reformar a Constituição. A gente achava que ia continuar nesse processo de crescente de mobilização, só que não acontece e nós, nos anos 90, apesar da gente ter tido ainda a vitória da legislação, mas já foi dura, porque a saúde é a única área que tem duas leis: então você tem a 8080 e a 8142. E não é por acaso, se você tem a 8142, é porque o Collor vetou a parte de financiamento e de controle social da 8080. E aí houve um debate no movimento sanitário se a gente faria uma outra lei ou faria uma lei

pequenininha só com esses dois aspectos, e se achou que na conjuntura era melhor não se arriscar o que já tinha ganho e fazer uma lei pequenininha com esses dois aspectos, que a gente conseguiu, mas por exemplo, a assistência não conseguiu aprovar. O Collor vetou toda a lei da assistência. Ela só foi aprovada no governo Itamar. Então, a seguridade social, não é por conta da saúde que ela se inviabilizou. Ela se inviabilizou porque realmente não era de interesse dos governos, principalmente a partir dos anos 90, que você tivesse um super ministério social. Porque aí você teria um super ministério social, porque a nossa proposta era a criação de um super ministério da seguridade social. E aí o governo não ia. Então, eu não considero que foi a saúde. Acho que foi a conjuntura que não permitiu a viabilidade da reforma da seguridade social. Tem muito a ver, embora não venha do movimento sanitário, mas tem muito a ver com a proposta da reforma sanitária. A proposta da reforma sanitária colocava a necessidade de mudanças de reforma de várias unidades sociais, saúde para melhores condições de vida e de trabalho. Então, tem muito a ver a proposta da seguridade social com a proposta da reforma sanitária.

DANIELA: Se você ler a 194, parece como uma definição das leis da saúde.

MARIA INÊS: Exatamente.

DANIELA: Com relação à participação, quando eu penso na 8ª Conferência e depois na própria Carta de 88, nos conselhos de saúde, nas instâncias que a sociedade civil pode vir a participar nas decisões sobre as políticas públicas de saúde, eu sempre fico com a impressão que foi uma aposta muito grande na sociedade civil, e que, de certa forma, a sociedade civil não correspondeu a essa aposta. Tanto que hoje em dia existe um número enorme de estudos sobre os conselhos de saúde, se a sociedade civil consegue ou não, de fato, interferir numa decisão final, se tem algum poder para alterar uma decisão que vai ser tomada, se ela faz, de fato, alguma diferença.

Eu particularmente acho que a sociedade civil não conseguiu de fato ocupar esses espaços. Além de ter sido uma aposta otimista e do movimento pela reforma sanitária ter “abandonado” a relação direta com os movimentos sociais, você acha que tem algum outro fator, para isso ter ocorrido? De repente a frustração com o SUS, com as políticas de saúde que não corresponderam às expectativas...

MARIA INÊS: Não, eu acho que temos que considerar duas coisas. Uma: a gente pensou os conselhos numa conjuntura de mobilização da sociedade nos anos 80. Os conselhos foram criados nos anos 90. Os conselhos de saúde vêm em 91 e 93 basicamente. Esses conselhos já estão em uma conjuntura de refugo dos movimentos sociais, nos anos da conjuntura de 90, que é muito pesada. E a partir de 93 a gente estava e um refluxo muito grande, o próprio movimento sanitário. O movimento sanitário consegue alguma coisa até a articulação das leis. Depois não. E aí tem vários fatores: tem um grande fator que é a divisão do partido comunista brasileiro em 93. Realmente a criação do PPS... e um grupo que fica fora... Então aqui também faz com que haja uma divisão no próprio partido, que era um partido importante no movimento sanitário e aconteceu com essa complicação da criação do PPS... Acontece que você tem o pessoal que fica fora do partido, o pessoal que fica reativando , tentando reativar o PCB e o grupo do PPS. Aqui você cria o PPS. O PPS fica com a legenda do PCB e aí o pessoal que perdeu nesse debate, um grupo começa a tentar retomar a legenda do PCB. Isso ai foi basicamente Horácio Macedo que foi reitor da UFRJ, que foi um dos grandes protagonistas para criação do PCB, recriação do PCB e um grupo ficou fora, que ficou tão atordoado com toda esta questão que ficou fora dessa disputa partidária. Isso quer dizer que esse impasse, a meu ver, também vai ter impasse no movimento da Reforma Sanitária, porque era o partido que dava a direção da reforma e aí, consequentemente, há divisões. Por um lado, o próprio Arouca começa com a ampliação do PPS, começa a ter uma participação mais política. Ele abandona um pouco a saúde e começa ter uma interferência mais como parlamentar. Depois até que ele reviu. Depois ele coloca que nunca deveria ter abandonado a saúde e ter investido na política. Então o que eu vejo que está numa conjuntura dos anos 90, de refluxos de movimentos sociais, numa conjuntura de refluxos do próprio partido que era importante na reforma sanitária, e com isto alguns grupos achavam que com a criação dos conselhos, já as pessoas estariam representadas e abriram mão dos conselhos comunitários o que acho que aí foi um problema sério. Porque o conselho enquanto espaço, e tem um debate aí que é se você entrava no espaço institucional ou não. A gente sempre defendeu que os conselhos enquanto espaço, que eram institucionalizados, no momento que você tem, a gente dava 50% a usuários e 50% divididos entre 25% a trabalhador e 25% a gestor e prestador. Você tem um espaço, que é um espaço de tensão, espaço de contradição. Dentro desse espaço você teria que ter algo para pressionar este espaço. Então a minha defesa, eu também estudo os conselhos, não sei se você sabe, a minha defesa sempre é que se

mantivessem esses espaços, os conselhos comunitários, os fóruns para pressionar o conselho para avançar. Porque o conselho sozinho não vai avançar. Por outro lado, o Conselho Nacional de Saúde foi fundamental na resistência. Nesse mecanismo a gente acertou, só não teve a visão do que iria acontecer nos anos 90 e nas outras divergências. Por exemplo, aqui no Rio de Janeiro foi muito grande esse processo. Você tinha conselho comunitário em Caxias, tinha conselho comunitário em Nova Iguaçu, tinha conselho comunitário em São João. Esses conselhos todos acabaram e aí só ficou o conselho institucionalizado, e aí não avança.

DANIELA: Até mesmo para escolher quem será o representante da comunidade no conselho institucionalizado.

MARIA INÊS: Claro. Claro. O espaço de articulação do movimento social tem que ser independente da institucionalização, ou seja, eu defendo o espaço institucional, mas acho que tem que ter um espaço diferente. Porque, por exemplo, existem diversas análises aqui, tem análise só do espaço institucional, tem análise de que o espaço institucional não deve ser ocupado e tem análise que tem que ser articulado. Por exemplo, o que a gente defende hoje é que os fóruns pressionem os conselhos, que a Frente Nacional pressione o Conselho Nacional de Saúde para ela avançar. E o Conselho Nacional de Saúde nos anos 80 e nos governos Lula, eles foram importantes. O Conselho Nacional de Saúde perde seu protagonismo no governo Dilma.

DANIELA: Pela mudança do Temporão pelo Padilha?

MARIA INÊS: Para mim uma questão maior é que o Padilha é um grande político, grande articulador, coisa que o Temporão não era. Era um técnico. Temporão não ia para as reuniões do Conselho também não. A importância do Conselho Nacional de Saúde foi outra, foi a eleição de seu presidente, que não era mais o ministro. Então você tem no governo Lula a eleição do Júnior que é um representante dos trabalhadores e que assume a presidência do conselho e aí vai fortalecer, inclusive, os fóruns de saúde pelo país.

DANIELA: Isto foi um processo de luta?

MARIA INÊS: Um processo de luta do Conselho, do Conselho Nacional de Saúde. O Conselho Nacional sempre questionou que o presidente fosse um ministro. E aí essa era uma luta do conselho e eles conseguiram articular, e nas contradições do governo Lula,

nas pequenas contradições consegue-se avançar e aí realmente se consegue fazer a eleição da presidência. E também vai se articular o fórum dos trabalhadores de saúde, que inclusive se reúne dois dias antes da reunião do Conselho Nacional de Saúde, ou seja, eles se preparam para a reunião do Conselho Nacional de Saúde. Então essa foi uma vitória importante que a gente vai perder no governo Dilma, quando o Padilha resolve se candidatar, rompendo o pacto. Porque havia um pacto entre os trabalhadores de saúde que na próxima presidência seria um usuário. Mas aí o Padilha chegou e chamou várias representações dos usuários e conseguiu cortar o movimento. E aí ele ganhou para presidente do Conselho Nacional de Saúde e com apoio dos usuários. A única oposição que Padilha teve foi dos trabalhadores da saúde. Hoje o conselho está muito bom. Hoje até o presidente é até um usuário. Com o tempo ele conseguiu destruir o conselho e aí hoje a presidente é uma usuária, mas é uma usuária que não consegue enfrentar como o Júnior enfrentou. Eu tenho por ela uma admiração danada, ela é um quadro do PT. Mas tem sido questionado...

DANIELA: Qual é o nome todo dele?

MARIA INÊS: Francisco Batista Júnior, que é uma das pessoas muito importantes. Aí neste processo nós tivemos muitos problemas, por exemplo, o Conselho é atacado pela direita e pela esquerda. Que tem uma parte da esquerda que acha que não deve se escutar os conselhos, que tem uma parte dos sindicatos que acha que não se devem disputar os conselhos porque é espaço institucional. Então você tem aí um problema que é um problema também de análise de compreensão. Então a aposta nos conselhos eu acho que é uma aposta válida, importante, mas não era só através dos conselhos que a gente ia conseguir. Os conselhos seriam mecanismos de democratização, de transparência. As conferências também são importantes, enquanto discussão e transparência, mas elas não podem estar sozinhas. Por outro lado, eu acho que o movimento sanitário, nos anos 90, ele vai se fragmentando e vai flexibilizando suas posições. E é por isso, inclusive, que a gente tem a Frente Nacional de Saúde.

DANIELA: O fórum de saúde do Rio foi criado na década de 90?

MARIA INÊS: Não, ele é posterior.

DANIELA: A frente nacional que foi na década de 90?

MARIA INÊS: Em 2010.

DANIELA: É recente assim?

MARIA INÊS: É depois do fórum de saúde. Na década de 90 a gente ficou muito fragmentado e aí nos anos 2000 alguns fóruns foram criados, outros reativados. O fórum do Rio de Janeiro foi criado em 2005, o fórum de Alagoas eu não sei quando foi criado. A gente está fazendo uma pesquisa, mas não temos os dados prontos ainda. O fórum do Rio Grande do Norte também. O fórum de São Paulo e do Paraná são os mais antigos.

DANIELA: Então o movimento popular pela saúde que era dessa época? Que era um movimento mais político mesmo, com menos intelectuais...

MARIA INÊS: Isso, mais popular. A frente é criada em 2010, quando nós conseguimos articular esses fóruns para lutar conta as OSs. Recuperar a ADIN das OSs que tinha sido feita pelo PT e pelo PDT. Só que com o PT no governo aí começou a estimular a criação das OSs. Então a gente se articulou com o fórum de Alagoas, Paraná, São Paulo e fizemos todo o trabalho de votação, de pressão aos ministros do supremo para a tramitação das OSs, da ADIN contra as OSs. A gente conseguiu até um voto do Ayres Britto importante que não colocava a inconstitucionalidade em toda a lei, mas que colocava vários aspectos de inconstitucionalidade. Só que depois o ministro Fux pediu vista e aí depois ele deu voto. E o voto do Fux não foi tão bom quanto o voto do Ayres. E ai depois agora teve o Marco Aurélio que pediu vista, mas ele ainda não se manifestou até hoje. Isso tem 18 anos porque realmente a ADIN ela é de 98. Então o fórum veio neste processo. E também há uma análise nossa de que o movimento sanitário embora ele retome nesse período também, o CEBES é recriado e a Sonia, inclusive, assume a presidência. Mas o CEBES é recriado e até no início tem umas discussões importantes, mas ele depois vai refluindo.

O que eu uso dizer é que eles fazem uma análise de uma reforma sanitária flexibilizada, uma defesa de uma reforma sanitária flexibilizada, ou seja, eles flexibilizam alguns princípios. As questões socialistas saem da agenda. A questão da própria reforma sanitária, os seus conceitos básicos de consciência sanitária, determinação social do processo de saúde e doença, não foi enfatizado e o CEBES foi bancado muito, quer dizer, uma das coisas que também eu acho que foi muito complicada foi eleição, foi a escolha do Temporão como Ministro. E aí houve uma... As pessoas ficaram muito encantadas com o Temporão, porque ele era da Reforma Sanitária, achando que tendo um ministro ia conseguir tudo e não é verdade. Estava num governo e um governo com

uma correlação de forças completamente diferente. Tanto que o Temporão defendeu a proposta de privatização, que eu acho que é, da fundação estatal do direito privado. Que são esses novos modelos de gestão aí, né? O Lula, no governo Lula você tem a Fundação Central do Direito Privado. O Lula também no último dia faz a proposta da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, a EBSERH, faz a Fundação dos Hospitais Universitários. Enfim, e por aí vai, e o pessoal da Reforma Sanitária, pessoas que eu admiro muito, defendem. O Jairnilson Paim ele defende esses modelos. E ainda de uma certa forma questionam a gente porque acham que estamos gastando muito tempo contra as OSs, contra as Fundações e contra a EBSERH, invés de ser contra os subsídios aos planos privados. Nós somos contra todas as formas de privatização, por exemplo, a OS do Rio de janeiro é um absurdo. Ela está, no estado 2 milhões estão indo para as OSs, no município 1,5 milhão. Olha que dinheirão só aqui no Rio. E as distorções, em questões, a gente tem até um documento, contra fato não há argumento, que a gente faz denúncias com relação às OSs. A gente agora está fazendo pesquisa com relação às OSs do município. Então a Frente, ela vem nessa perspectiva de retomar o processo de Reforma Sanitária dos anos 80, contra todas as formas de privatização e articular o movimento social que o CEBES se transformou numa entidade científica que não tem no movimento social. Então a gente tem de recuperar mesmo a concepção intelectual gramsciana. E a Frente é suprapartidária, tem diversas entidades participando da Frente, tem alguns partidos políticos.

DANIELA: Quando você falou do INAMPS uma coisa que na hora eu pensei, mas depois passou e agora você citou o Jairnilson e por isso me veio à cabeça novamente, que é o que você falou sobre após 86 o movimento sanitário ter ficado meio estacionado, digamos assim.

MARIA INÊS: Eu coloco o seguinte: em 86-87 há um giro conservador e muita gente saiu do governo, aí eles vão centrar força lá no processo constituinte. Arouca saiu, o Hésio saiu, saíram e entram os privatistas articulados ao Sarney e ao “centrão”. E aí há uma desarticulada mesmo. Mas eles ainda ficam na discussão da Constituição. Nesse processo eu acho que abandona a articulação com a sociedade civil. Ela não é priorizada. Esta que é uma questão dura de fundo para mim, em 86 ela era uma questão importante, você consegue em 87 fazer a emenda popular. Mas é um vínculo, não um vínculo constante, agora você perde este vínculo a partir de 90, basicamente para mim a partir de 93. Então é nesse período que o movimento sanitário ele se desarticula

totalmente. A gente perde o Arouca, a gente perde também a Sonia, porque a Sonia abandonou e foi para a Fundação Getúlio Vargas. Então você vai tendo... O grupo da UNICAMP que fica só falando em SUS, não fala em Reforma Sanitária. Não sei se você lembra dos títulos do Gastão, do Merhy, é tudo SUS. Por quê? Porque, eles estavam também mais preocupados em viabilizar o SUS nos estados governados pelo PT e aí eles abandonam a luta mais geral da Reforma.

DANIELA: O que eu queria saber da sua opinião na verdade, quando eu mencionei esse período, é porque é o período em que as Ações Integradas de Saúde se espalham, não é? Pelo menos o Jairnilson tem uma defesa muito grande que ele achava que era uma aposta, que as AISs eram uma aposta. Isso não funcionou de uma certa forma como um contato com a população, mesmo que vindo de uma forma institucional, eram muitos dos sanitaristas que estavam ali, não?

MARIA INÊS: Mas eu acho que é diferente. Uma coisa é você fazer um movimento envolvendo a população em um processo de consciência. Você não tinha também um número grande de sanitaristas para... Você consegue com sanitaristas do INAMPS e nas superintendências, mais um trabalho de base do que um trabalho de formação e você não consegue mudar formação só com... A formação médica, por exemplo, até hoje não mudou. Nós não conseguimos mudar, embora a reforma sanitária colocava isso, quer dizer, a formação da medicina integral, teria que ser a formação na Atenção Básica... Tudo isso a reforma sanitária colocava, só que a gente enfrenta nos anos 90, aí a universidade também nos anos 90 vem com toda, quer dizer, o marxismo acabou e aí vem a pós-modernidade. Então é um período muito difícil tanto na Academia quanto nos movimentos sociais e influencia no movimento da Reforma Sanitária.

DANIELA: Você acha que agora, de uma certa forma, não há nenhum movimento vindo da sociedade civil?

MARIA INÊS: Acho que o movimento das ruas deu uma sacudidela em algumas coisas. Por exemplo, agora o CEDES voltou a olhar pelo menos, mesmo que de relance, para temas que a Reforma Sanitária envolviam. A própria Sonia reviu algumas posições dela.

Enfim, pode ser que daí comece uma inflexão, mas precisa se mobilizar.

[interrupção]

MARIA INÊS: Agora meu medo frente a privatização que está colocada é que consiga mais dinheiro para a saúde e que o dinheiro vá para o setor privado. E aí não nos interessa porque não resolve o problema. E quando a gente participou de algumas reuniões do “Saúde Mais 10” para colocar claramente essa questão do dinheiro público para a saúde pública, o arco de alianças do “Saúde Mais 10” é muito grande e aí não tem esse acordo. A Frente defende mais dinheiro para a saúde pública, quer dizer, coloca que o subfinanciamento é complicado, também coloca claro que o servidor público na saúde tem que ser servidor público estatutário, não pode ser CLT porque tem que ser uma carreira de Estado. Então são questões que nesse Estado blindado que a gente está vivendo é só com muita luta e com muita organização que a gente pode avançar nesse período. Então é por isso que a gente aposta na organização e na luta.

DANIELA: Entre as políticas públicas de saúde, sem ser as políticas públicas de saúde “clássicas” como para os soropositivos, hemofílicos, pacientes com câncer, porque essas a gente sabe que funcionam, qual política pública de saúde você me diria que considera bem sucedida sob a ótica da Reforma Sanitária?

MARIA INÊS: Olha realmente... Eu estou orientando uma tese agora, a política de transplante, por exemplo, uma política que inicialmente seria uma política importante, dentro de um ponto de vista está toda privatizada. E aí com uma consequência mais complicada ainda, por exemplo, o setor público faz o transplante do morto, vamos dizer assim. O setor privado está fazendo transplante entre vivos. Entre vivos porque é mais rápido e é mais caro. E tem uma ameaça porque, por exemplo, um transplante de rim. Se você faz uma operação de um transplante de rim você também fica, de uma certa forma, com a saúde fragilizada.

DANIELA: Mas pelo SUS se você for voluntariamente doar um rim para alguém você não consegue fazer?

MARIA INÊS: Consegue, mas é difícil e o setor privado é que está estimulando mais e aí, consequentemente, envolve mais recursos porque são duas operações, são duas cirurgias. Então é uma questão complicada.

A política de Atenção Básica, por exemplo, ela vem focalizada no Programa Saúde da Família e que não conseguiu ser uma estratégia, transformar em estratégia da saúde da

família. E até o “Saúde da Família” está sendo privatizado, aqui no Rio foi mudado o nome para Clínicas de Saúde da Família e está tudo privatizado, tudo com OS.

Então o que a gente conseguiu de programa? Eu acho que a gente conseguiu muito pouco. Eu acho que a gente conseguiu em um determinado momento a politização da saúde, da saúde ser considerada como um direito, mas até isso está sendo quebrado. Então nós não conseguimos... E a gente percebe também que há uma aceitação do SUS, mas há também uma rejeição grande do SUS. E há no imaginário da população que o setor privado é melhor então todo mundo quer fazer plano privado A, B, C, D. Aqueles planos que não cobrem nada, e a população é compelida a fazer isso. Eu mesmo eu resisti ao máximo a ter plano de saúde, mas teve uma determinada época que não teve jeito. Eu chorava feito louca, o moço não entendeu nada, deve ter pensado “essa mulher é doida”, e aí ele me perguntou: “mas o que que foi minha senhora você está passando mal?” e eu respondi: “não meu senhor é que estou fazendo uma coisa que é contrário aos meus princípios”. Mas eu não tenho... O Gastão, por exemplo, é um que se vangloria por não ter plano de saúde, só que ele se esquece que ele é médico, que ele tem uma possibilidade, que é professor e tem uma articulação com o hospital universitário. Então aí o acesso dele é muito mais fácil. Eu também quando fui, quando estava, eu comecei minha carreira universitária como professor do departamento de medicina preventiva da UFRJ, eu trabalhava no hospital universitário Clementino Fraga Filho, e nessa época eu também, eu tinha um respaldo. Agora quando eu fui para a Escola do Serviço Social, achei que realmente estava difícil ficar na faculdade de medicina, então eu fui para a faculdade de serviço social. Aí depois, o meu marido era médico, meu marido faleceu, aí com isso eu me vi... Tinha exames para fazer e não conseguia marcar, gastei um dinheirão, aí pensei: “não, vou ter que fazer um plano de saúde”. Embora eu tenha um medo danado de médico de plano, ainda tem mais essa, eu fico... Tem os médicos da minha confiança, que são do setor público, que eu considero, mas os exames, essas coisas não há... Agora o setor privado também está um horror, você leva dois meses para marcar. Então eu, infelizmente, não vejo nenhum programa... Até o programa de AIDS que nós já fomos referência, de uma certa forma, também está ameaçado com a questão de medicamentos, etc. e tal. Enfim, então...

Eu acho que dá um desânimo, mas, por outro lado, há um ânimo porque a saúde, por exemplo, compareceu nas ruas o tempo inteiro e aparece com uma defesa da saúde pública. Por outro lado, têm essas pequenas modificações que a gente está conseguindo

em termos de mudança constitucional. Eu acho que a vitória da oposição na ENSP foi importante. A continuidade do processo na escola politécnica de saúde vinculada a FIOCRUZ é um aspecto importante. Por outro lado, há uma mudança e autocrítica que os próprios intelectuais da Reforma Sanitária mais clássica estão fazendo e eu acho que é importante. Então eu acho que tem alguma coisa aí.

ENTREVISTA MARIA LÚCIA TEIXEIRA WERNECK VIANNA

DANIELA: Tem um pedaço do livro "A Americanização Perversa..." em que a senhora fala que, embora a constituição de 1988 tenha incluído os direitos da saúde, garantido uma espécie de... Não sei se a gente pode dizer bem estar social, mas que tenha garantido esses direitos sociais, em especial a questão da saúde, que o artigo 196 garante, então é um direito de todos e um dever do estado. Você fala que isso não ganhou facticidade.

MARIA LÚCIA: Essa ideia da universalidade não conseguiu, digamos, se efetivar efetivamente. Essa ideia de que o SUS acabou ficando um sistema mais para pobre, ainda que esse processo possa ser de alguma medida se inverter. Porque também não é uma coisa assim muito uniforme, não é uma coisa assim muito homogênea. É para pobre e pronto. Porque tem muito procedimento que os não pobres, digamos assim, aqueles que têm plano de saúde, vão fazer no sistema público. O HIV é um evento claro, todo o acompanhamento, controle, o medicamento do HIV é no sistema público.

Então é isso. Tem alguns obstáculos a que esse direito efetivamente... Não é que o direito tenha sido negado, não é isso. O direito existe, ele é usufruído, um segmento imenso da população só faz uso do sistema único, do SUS. Tem pesquisas, tem pragmáticos, enfim, mostra isso, um percentual de pessoas que só usam o Sistema Público, os que usam eventualmente. Não é que o direito não existe. Existe, ele não é negado. É um processo perverso, é isso que eu chamo de americanização, de autoexílio das camadas médias, do não uso pelas camadas médias do Sistema no seu cotidiano pelo menos.

DANIELA: Isso poderia se dar em função do uso dos planos de saúde e de uma descrença dessas camadas intermediárias no próprio Sistema?

MARIA LÚCIA: É. Todo um processo de redução da credibilidade do sistema, pelo sucateamento. De uns tempos para cá, depois da constituição, inclusive, da constituição do SUS, é claro que isso melhorou, os direitos públicos aumentaram, mas não houve um investimento capaz de fazer com que o sistema público fosse competitivo, pelo menos com parte do sistema privado.

Eu acho que, além disso, há toda uma série de aspectos envolvidos, inclusive uma cultura do individualismo que vem se cercando no país, todo mundo que ter sua coisa pessoal e tudo. Isso está ali nas camadas mais pobres. Todo mundo vai querer ter televisão, ver novela da globo... Quer dizer, tem uma pasteurização generalizada aí desse comportamento individualista. Isso acaba fazendo com que todo mundo quer ter plano de saúde. O número de plano de saúde que não é registrado da ANS é muito grande, porque são planos que, enfim, de fundo de quintal, sem registro. A ANS não consegue dar conta da regulação integral dos planos de saúde.

São um monte de fatores que fazem com que essa situação acabe prevalecendo. Existe uma permanente campanha de desvalorização do público também. O lado positivo nunca é ressaltado, seja nas reportagens de TV, nas entrevistas de jornal. Há uma série de fatores, assim, que merecem ser investigados, alguns bastantes difíceis mesmo de serem pesquisados de uma forma mais precisa, mas tem um cerco, um cerco.

DANIELA: O que eu estou querendo investigar, na verdade, é como os intelectuais interferiram e contribuíram, partindo do movimento sanitário e fortalecendo a reforma sanitária e conseguindo colocar esses pontos na Constituição, fazendo da saúde quase uma reforma democrática de agenda, na agenda de políticas públicas. E como que, dali em diante, a efetivação disso passou ou não por esse mesmo papel dos intelectuais ou movimentos. Por exemplo, achei até curioso porque eu estudo em especial os soropositivos por ser uma política que deu certo, e por ser uma questão não só do Brasil, mas um tema mundial. E que, ao contrário do que muita gente aqui sabe, eles de fora vêm olhar como as políticas de assistência a este grupo são feitas aqui. Às vezes eu comento isso com as pessoas e elas se assustam porque "ué, mas no Brasil isso funciona?". Então, porque é que nos outros aspectos foi tão difícil assim? Por não ser uma questão endêmica, por não ser... não existir militância, não existir movimento diário? Qual sua opinião?

MARIA LÚCIA: É complicado. Não foi só o SUS, nesse movimento da Constituição, do processo constituinte que deu na constituição, que juntou uma intelectualidade de esquerda, voltada para o social, pertencendo a partidos diferentes, inclusive, e que rumaram, assim, de uma forma convergente, não só para questão da saúde, mas para questão da seguridade de uma forma geral. De um sistema de seguridade, tipo o *Welfare State*, no qual a saúde faria parte.

Agora essa coalisão, digamos, ela não foi forte o suficiente para ela manter, para ela levar adiante algum tipo de militância, de campanha, qualquer coisa que fizesse com que esse processo fosse adiante.

Tantas leis orgânicas foram promulgadas, era uma lei para cada área, não teve lei da seguridade. Nunca foi criado o Ministério da Seguridade. O orçamento da seguridade que é constitucionalmente estabelecido não existe. A constituição manda fazer três orçamentos. A LOA, Lei de Orçamento Anual, tem que fazer três tipos de orçamento. O da seguridade não é feito, não existe, é uma peça de ficção. Porque o orçamento é algo que... enfim, um programa na linha programática aí dessa coisa de orçamento de hoje em dia.

Então, ninguém fica falando nada. Quer dizer, falou sim, eu, uma amiga, outra ali, um ou outro que fala, né? Mas nunca houve um movimento, assim, sei lá, uma ação de inconstitucionalidade, por exemplo. Porque realmente é algo que vai contra a ideia da constituição. Enfim, isso não aconteceu.

Então, o que aconteceu com esses intelectuais na verdade? Eu acho que houve uma segmentação que não havia um consenso, na verdade não havia. A ideia da seguridade foi uma ideia, assim, costurada de uma forma muito fraca, porque na verdade o pessoal da saúde queria fortalecer a área de saúde, o pessoal da assistência social queria fortalecer a área da assistência social. Enfim, e o grupo que tinha mais afinidade com a questão da previdência, que estava no ministério da previdência, é que ficou um pouco segurando essas pontas da seguridade.

O CEBES, aqueles movimentos lá dos médicos, sanitaristas... Então, ele entrou, hoje em dia, a intelectualidade da saúde, médicos ou não, estão muito mais voltados para as questões, e de uma forma pouco sistêmica na questão da saúde, do que na questão mais ampla de proteção social.

Uma das exceções, assim, é a Lígia Bahia, que é uma pessoa que você tem que conversar. Porque ela é uma pessoa da saúde que mantém uma certa dinâmica. Mas, também, ela é militante da saúde. Ela é militante da saúde. Então, um pouco se perdeu aquela ideia daquela intelectualidade mais orgânica e menos corporativa, digamos, em temos da sua área específica.

Isso foi uma certa perda. Uma certa perda porque a discussão, hoje, no campo da saúde é verba, se é subfinanciado, se não é subfinanciado. Enfim, se é uma questão de gestão. É uma discussão...

DANIELA: Que passa por privatizar ou não. O que pode...

MARIA LÚCIA: Que passa pouco pela política.

DANIELA: Você acha que, neste sentido, eu poderia dizer que muitos desses intelectuais acabaram sendo incorporados pelos governos e por isso também a ausência de uma militância? Então você tem pessoas que antes eram militantes e a partir do momento que veio a constituição elas passam a atuar junto ao governo e aí a pensarem de forma mais técnica?

MARIA LÚCIA: Com a democratização é claro que isso é um bom ponto, interessante. Eu acho que houve sim, não completamente uma cooptação. Um processo até, digamos, até certo ponto natural que essas pessoas que tiveram uma visão mais ampla, mais aprofundada das questões, que é ocupar cargos no Governo, no Ministério, Secretária de Estado. Inúmeros casos. Quer dizer, o quanto isso também...

Tem, assim, o Dadá, por exemplo. Eduardo Levcovitz. Também um desses caras. Médico, fez doutorado. Enfim, esses caras que estiveram assim na discussão intelectual do SUS, na sua construção teórica, participaram da 8ª Conferência. Então, o Eduardo, ele foi pro Banco Mundial, então, quer dizer, uma coisa que... acho que está em Washington até hoje. O José Noronha foi ser Secretário Estadual. O Hésio, coitado do Hésio, ele ficou doente, foi reitor da UERJ, está doente. Enfim, acabou numa diretoria da ANS. Quem imaginaria o Hésio numa diretoria da ANS?

E por aí vai. Alguns estão no Conselho Nacional de Saúde ainda. Alguns desses ministros participaram. Saiu o Felipe, por exemplo, que participou de algum. Enfim, é interessante mapear esses... assim de cabeça eu não vou me lembrar... mapear esses nomes, né? Médicos e não médicos. Não médicos, por exemplo, tem Amélia Cohn, Sonia Fleury, pessoal mais lá da FIOCRUZ. Pessoal mais antigo. Tem pessoal mais novo também.

DANIELA: Que eu acompanhei um pouco mais enquanto eu estava fazendo a pesquisa foi o David Capistrano Filho. Que já faleceu, mas que sempre foi atuante enquanto

esteve vivo. E o Arouca. Pelo pouco que sei dois nomes muito importantes para a reforma.

MARIA LÚCIA: É, mas ambos já morreram. Mas tinha outros também, é isso que eu estou te falando: Eduardo Levcovitz, a Sonia Fleury, Amélia Cohn. Enfim, uns menos, outros mais, mas é um grupo de intelectuais estudando a saúde e, participando de alguma forma, uns mais, outros menos, que tiveram em algum momento em algum ministério da área social...

Enfim, alguns também da área mais social que tiveram... a Sula, Sulamis Dain, que acabou indo lá para medicina social, que era mais da área de previdência, mas que nessa linha da seguridade acabou também se voltando para estudar a questão da saúde.

DANIELA: A Maria Andréia Loyola também era desse movimento nessa época?

MARIA LÚCIA: Não era muito do movimento, mas também era uma pessoa que tinha um diálogo. Ela tinha um diálogo. Alguns eram mais, digamos, de uma patota mais... uma patota mais próxima. E algumas pessoas que tinham um diálogo sem ter uma ligação mais íntima com a patota.

Andréia não era diretamente ligada da patota, mas participava desse diálogo.

DANIELA: Uma outra coisa que, ainda mais sendo orientanda do Werneck, é como que depois essa questão do direito toma conta da própria saúde, da seguridade. Você tem o direito, mas se você não recorre, ele não se aplica tanto assim. Ele costuma discordar de mim, mas, até por experiência pessoal mesmo eu penso nisso. O direito está lá, a Constituição garante, mas se você não tiver instrução de que você tem aquele direito, muitas vezes essa questão de que o SUS é para classe mais pobre acaba sendo invertida, então o SUS acaba sendo para quem tem mais informação. Ou pelo menos os serviços de maior complexidade do SUS.

MARIA LÚCIA: É, essa é outra questão que faz parte desse grande processo de individualização. De que o direito só é efetivamente usufruído mediante uma ação individual, via justiça. Então tem uma discussão muito grande sobre isso, tem um pessoal de São Paulo que trabalha com isso também. Tem o pessoal mais da área de Direito que faz esse levantamento mesmo, particularmente dessa área da saúde suplementar. O judiciário acaba... mas na área pública também, de obrigar o Estado a

pagar uma ida do cara pro hospital no exterior para fazer um tratamento, um negócio. Ou obrigar o hospital público a internar o cara, aí vai e prende o Secretário, o Diretor do hospital...

Eu acho que isso é parte também desse processo meio esquizofrênico, de um direito coletivo assegurado constitucionalmente que não se efetiva. Não é através dele. Pelo menos não seria através do Judiciário que deveria ser efetivado. Tinha que ser efetivado por ações do Executivo.

Não é por demanda do legislativo. O legislativo não diz uma palavra. Não tem projeto. Não tem. Não existe nenhum projeto de lei, nenhuma discussão no Congresso sobre isso.

DANIELA: Será que eu poderia dizer, então, que os intelectuais que, lá atrás, idealizaram a Reforma, que colocaram isso na agenda, deixaram de cumprir esse papel de pautar uma agenda pública nessa direção?

MARIA LÚCIA: É possível. Enfim, também não sei se esse seria o papel deles. De alguma forma eles cumpriram esse papel em determinado momento. Mas, a partir da democratização, efetivamente ficou uma lacuna. Não existe movimento de defesa do SUS. Não existe. Não existe um movimento com algum tipo de coesão. Um movimento, não digo um movimento tipo MST, mas, digamos, um grupo com territorialidade.

DANIELA: Que tem credibilidade na discussão...

MARIA LÚCIA: E apesar de mais complicada, a questão da seguridade, porque ela deixou de existir na prática, entorno da questão da seguridade existe mais coesão do ponto de vista da intelectualidade que trabalha com isso do que no tópico da saúde.

O que a gente... O que eu faço na seguridade é a mesma coisa que o Eduardo Fagnani em São Paulo, ou que a própria Lígia. A Denise Gentil aqui. Enfim, não somos muitos. Tem a ANFIP, por exemplo, que é a Associação Nacional de Fiscais da Previdência Social, que tem um pessoal ótimo lá, que trabalha muito com a questão da seguridade. Quando a gente pensa em seguridade é mais ou menos consensual.

[interrupção]

DANIELA: É que eu falando assim também, dá a impressão que eu acho que tudo é culpa de uma falta de atuação da intelectualidade. Não é isso. É só porque talvez eu tenha ficado um pouco romantizada pela imagem do movimento sanitário, da reforma sanitária e da modificação que dali decorreu. Daí pensar que, de repente, a falta destes temas na agenda pública possa passar pela falta de articulação entre grupos que estudam estes temas, que trabalham com isso no dia a dia. A falta da coesão em torno disso... Não sei.

MARIA LÚCIA: Olha só, você vai a um congresso desse da ABRASCO, são seis a dez mil pessoas, você não tem ideia do que é. É três vezes a ANPOCS. É um número imenso. Essa coisa de Ciências Sociais EM Saúde, que é uma palavra horrível. É horrível. Ciências Sociais EM saúde. O que é isso? Meu Deus do céu. É um negócio, assim, bastante disseminado. Tem gente para caramba. Enfim, eu quero dizer o seguinte, claro que existe uma intelectualidade na saúde, médicos, cientistas sociais, economistas, economia da saúde...

É uma área, assim, extremamente rica em matéria de reflexões, de alguns tipos de abordagem. Agora, estou falando assim também de orelhada, não pensei muito sobre isso não, mas existe uma grande diversidade de temas e essa diversidade veio se diversificando cada vez mais. Então o que era antes uma coisa mais redondinha, em torno da universalidade do sistema, aqueles princípios lá, hoje em dia, não é mais só isso. São programas, médico da família, e se deve haver atendimento da mulher negra diferente da mulher indígena. Olha, é uma diversidade de temática muito grande. Eu acho que isso também dificulta um pouco um consenso, uma coesão maior. Mesmo entre os que pensam de uma forma mais geral, mais abrangente, eles têm umas diferenças.

E é isso que estou te falando, gente que pensa na seguridade, mas fala bastante de semelhança. A saúde não é bem assim. Então a Lígia que é uma pessoa que pensa de forma abrangente, ela tem uma diferença de visão em termos da política de saúde, do que é o SUS, do que deverá o SUS, em relação a outras pessoas também igualmente importantes do ponto de vista da reflexão nessa área.

Então eu acho que isso é um pouco o que aconteceu. Eu acho que isso é um pouco o que, digamos, dificulta isso que a gente detecta como uma lacuna do ponto de vista do

pensamento mais organizado, que vá para o jornal, que publique, que faça algum auê em torno da questão do SUS.

Também o fato de muitos terem sido, grande parte... Antigos militantes do CEBES estão em postos no Ministério da Saúde, nas Secretárias. Então acabou também que há uma defesa meio que burocrática do SUS – "o SUS é o máximo" – para se contrapor a um discurso que degrada – "o SUS é uma porcaria, o SUS não serve para nada, as pessoas morrem na fila". Entre esses dois polos...

Essa ideia de que o SUS é o máximo, tudo bem, o SUS é o máximo no papel. Os países latinos americanos que fizeram reforma privatizando o sistema de saúde têm a maior inveja do Brasil. Argentina, Uruguai, eles acham isso aqui o máximo.

Claro, o desenho do SUS é fantástico. Mas isso não significa que ele seja realmente fantástico do ponto de vista da sua operacionalidade.

DANIELA: E nem as leis posteriores conseguiram resolver isso, né? Porque, se não me engano é a Lei 8142, que foi posterior à LOS, que tenta regularizar a parte dos recursos, também não deu conta.

MARIA LÚCIA: Pois é, claro que tem um problema de sub financiamento. O Brasil gasta pouco com saúde. Não é um gasto compatível com a demanda. Tem problemas de gestão, mas dizer também que é só um problema de gestão não é por aí. Eu acho que o que falta mesmo é ser uma prioridade política. A saúde não é uma prioridade, não tem sido uma prioridade de política nos governos que sucederam a democratização. Não tem sido. Isso se espelha nessa briga por causa do negócio de financiamento, da Emenda 29. Enfim, é complicado. Complicado.

Sei lá, eu acho interessante essa ideia de ver como antes e como que se seguiu essa coisa... O que aconteceu com um grupo, uma intelectualidade, um tipo de reflexão que se fazia no final dos anos 70 e durante os anos 80. Já nos anos 80, previamente à Constituição.

DANIELA: Eu acho que é o próprio Noronha mesmo que tem um texto que ele fala que para saúde a década de 80 não é uma década perdida, ao contrário, é uma década de conquista, de muitos ganhos. Depois a década de 90 é o oposto, porque parece que tudo

que se conquistou na década de 80 aos pouquinhos foi... ou, de repente, a não efetivação das conquistas tenha dado esse sentimento.

MARIA LÚCIA: É. Houve um certo emperramento. Aumentou o número de leitos públicos. Eles vêm aumentando aos pouquinhos, mas ainda é muito precário. A oferta ainda é muito precária. Com serviços excelentes. Serviços excelentes, mas ainda com acesso diferenciado.

DANIELA: Com muita diferença também entre o interior e uma cidade grande.

MARIA LÚCIA: E o sudeste. É complicado.

E essa competição com os planos de saúde. Que na verdade, se você for olhar direitinho nos planos de saúde que a maioria da população tem, são umas porcarias.

Qual a diferença entre esperar numa sala de atendimento do plano de saúde, de quem tem plano de saúde ou num hospital público? Não tem muita diferença não. Pode estar limpinho, pode ter um tapetinho, mas o cara vai uma hora esperando para ser atendido da mesma forma. Mas todo mundo quer ter plano de saúde.

DANIELA: E na Constituição – eu posso estar falando uma grande bobagem, me corrija se eu estiver errada – quando eles regularizaram o sistema de saúde, o plano de saúde só poderia atuar junto ao SUS como suplementar, não era?

MARIA LÚCIA: Era. É a chamada medicina suplementar, quer dizer, isso significa que não é um sistema de complementaridade, é uma, é à parte, são dois sistemas diferentes. Isso está na base da ideia hoje da restituição, do ressarcimento. Tem um pouco a ver com isso. De o Estado pedir, do SUS pedir ressarcimento aos planos de saúde quando usuários dos planos de saúde fazem uso do SUS.

Em minha opinião isso é uma maluquice total.

DANIELA: Porque contradiz a ideia de universalidade.

MARIA LÚCIA: É uma faca de dois gumes terrível. Mas é isso, quer dizer, é um sistema suplementar, um sistema separado do sistema público. São dois sistemas diferentes.

DANIELA: E na prática acaba sendo mesmo, não é?

MARIA LÚCIA: É, mas com interseções, assim, muito fortes. Os médicos que atuam no sistema suplementar são, na sua grande maioria, também do sistema público. E é no sistema público, em geral nos hospitais universitários, particularmente, que eles têm o aprendizado. É com as clínicas e os grandes hospitais que o aprendizado na verdade se dá. O médico que passa pela emergência do Souza Aguiar, é uma escola inigualável, e é esse cara também que vai atender particular.

Há interface também, uma troca de experiência, de saberes, que muitas vezes acaba sendo também uma troca que transcende um pouco os limites do regular. O cara que atende no sistema público manda o usuário na clínica dele ou vice versa. O cara que atende no plano de saúde sabe que tem muitos procedimentos de melhor qualidade no hospital público e manda o cara lá.

DANIELA: Ou até para conseguir medicamentos.

MARIA LÚCIA: Sim, os medicamentos. Essas interações, para não falar a questão fiscal mesmo, do tanto de recurso que é retirado, que é recusado ao sistema público, quer dizer, grande parte dessas... Muitos planos de saúde têm um tratamento fiscal diferenciado.

Nós, consumidores, que pagamos imposto de renda, contribuímos com isso também, quando a gente deduz. A única área que a dedução não tem limite é a saúde. É a saúde.

DANIELA: Você falou agora dos hospitais universitários. No final do ano passado, em uma reunião do Fórum de Saúde aqui do Rio, muitos deles tinham acabado de retornar da 14ª Conferência Nacional de Saúde e, embora eu não tenha ido para Brasília, o que eu entendi das discussões foi que o Governo estava tentando passar a questão de privatizar os hospitais universitários. A Frente Nacional contra a Privatização fez um trabalho muito forte contrário a isso e conseguiu vetar. Parece que o Governo perdeu na Conferência em todos os grupos de discussão essa tentativa. Eles não conseguiram. Mas aí a ideia era partir para uma segunda frente, digamos assim, que era fazer o debate em cada instituição.

E aí eu fico pensando que se isso é efetivado, é um retrocesso muito grande nessa própria questão da formação dos profissionais e um grande espaço para medidas privatizantes. Porque se os hospitais universitários passam a ser privatizados, é um passo para você começar a privatizar o SUS. Esvaziar todo um...

MARIA LÚCIA: Claro. E já há, em termos de sistema de saúde, uma série de postos abertos nesse sentido. O médico de família, o Saúde de Família, ele é um programa que contrata por fora. Os salários dos médicos são baixos, os salários do sistema público. Então a ideia de contratar via cooperativa, é porque pode ser um salário maior.

O Saúde da Família, ele é um programa à parte, não são médicos concursados do Sistema, é um concurso próprio. Você abre concursos com um regime de trabalho diferenciado, só para trabalhar no Saúde da Família. Isso é um negócio interessante também. Em geral, os médicos trabalham no Saúde da Família com um salário competitivo.

Então o que acontece? É claro que um médico que já está estabelecido, já está dentro do seu consultório e tal, não vai abrir mão disso para trabalhar no Saúde da Família porque o Saúde da Família vai exigir, ele vai ter que ter um horário de trabalho mais rígido. Mas o salário é bom, acho que cinco mil reais. Então o que acontece? São médicos jovens, recém-formados, que passam um período ali enquanto vão também, procurando estabelecer os contatos, fazer um nome de outra forma. De fato, o período também de permanência, é dois, três anos que o médico fica no Saúde da Família. Então essa já é uma porta.

Os estados que aprovaram essa lei de OS, que são pautas que já têm um negócio desse, também já estão contratando por fora. Aqui no Rio o Cabral não conseguiu fazer isso ainda.

Então essas brechinhas. Está cheio de brechinha por aí. A privatização dos hospitais é um brechão, um buracão nessa rede.

DANIELA: Isso fica muito claro em direção a um projeto que quer ser universal.

MARIA LÚCIA: Claro. E é por isso que eu falo que o SUS não é prioridade. O SUS enquanto consolidação do sistema único, tipo o sistema inglês, não é prioridade. Não é prioridade. Não é prioridade governamental. Há grupos militantes muito ativos, mas não chega a constituir um movimento orgânico capaz de dar... Não sei, é uma coisa para pensar isso, eu acho. Não é capaz de um movimento capaz de empolgar.

DANIELA: Eu acho que falta também um interesse da população nessa direção. Porque é fácil fazer isso que eu estou fazendo aqui, cobrar que um grupo específico de pessoas

que trabalham com o tema se organizem e cobrem isso do governo. Mas uma das variáveis que eu considero, por exemplo, no caso dos soropositivos, é justamente a mobilização das organizações sociais relativas à área que se mobilizaram e pressionaram o governo pelas leis, pelas políticas de tratamento para os pacientes. Então, se a população só reclama e não se mobiliza, não se organiza...

MARIA LÚCIA: A população é muito mal informada também. Mal informada no sentido de mal com L e mau com U. Informada de forma ruim, porque a ideia que se tem do sistema público é de um sistema péssimo. É só ruim. Só coisa ruim.

Não é que se bateu pela questão do soropositivo forte. Assim, também, grupos mais específicos de outros procedimentos, por exemplo, o pessoal de hemodiálise também é um grupo forte, que tem uma associação forte, tem um pessoal forte, que atua. Tem grupos que atuam em procedimentos específicos que têm uma atuação firme e que conseguem efetivamente... A coisa do transplante também, de seguir a fila do transplante.

DANIELA: Mas a coisa do transplante passou por uma campanha muito forte, inclusive em novelas e afins, que mobilizou toda a sociedade.

MARIA LÚCIA: É isso. A saúde, claro, é uma coisa muito diversificada, tudo, mas hoje em dia vem andando por seguimentos. Esse movimento é diferente do movimento que havia nos anos 80, porque havia uma coisa geral que organizava essa luta e a reflexão também.

DANIELA: Que era a questão democrática.

MARIA LÚCIA: Questão democrática, questão do acesso, da universalidade do acesso. Enfim, do sistema integral. Essas coisas, né? Juntar prevenção com a parte curativa. Eram palavras de ordem mais gerais de organização do sistema.

Isso aconteceu. Agora, aconteceu, mas seu desdobramento não foi no sentido de alcançar cada vez mais pessoas, mais apoios, acho que foi nesse sentido mais de fragmentação.

DANIELA: Muitos estudiosos do tema atribuem a reforma sanitária a um movimento que começou com o movimento sanitário ali na época da ditadura, alguns presos médicos que eram presos políticos e etc. Mas eu ouvi a professora Maria Andreia

Loyola falando uma vez em um seminário que ela achava que a reforma sanitária remontava à década de 1920. Na ocasião, eu não tive oportunidade de perguntar o motivo dessa afirmação e, depois eu fiquei com aquele negócio na cabeça. Você...

MARIA LÚCIA: 1920, reforma sanitária?

DANIELA: Na verdade, eu acho que ela atribuiu o movimento sanitário como originário, que a gente poderia dizer que ele tem a raiz na década de 1920.

MARIA LÚCIA: Raiz na década de 20 ou antes, com os sanitaristas. Não sei o que ela quis dizer com isso não. Não sei também se isso tem a ver com o que ela quis dizer.

A base do movimento médico, não só, mas base forte, era de sanitaristas.

DANIELA: E aí passa pela revolta da vacina e todo esse processo?

MARIA LÚCIA: Mas eu digo, ainda nos anos 80, a base mais sólida do movimento da reforma sanitária, do CEBES inclusive, são os médicos sanitaristas. Com algumas exceções, claro. Mas a base são os médicos sanitaristas.

Isso é uma questão também meio complicada, porque a medicina brasileira também avançou muito e muito. Tem especialidades aí sofisticadíssimas. Um Paulo Niemeyer por aí, não tem nada a ver com isso, o cara é médico, cirurgião. Não tem nada a ver com isso. O Pitangui.

DANIELA: Nunca se envolveram, né?

MARIA LÚCIA: Não. Esses nomes são até meio folclóricos, mas também nomes não tão conhecidos, mas médicos que não tem nada a ver com isso. É esquisito, né? Mas é a verdade.

Alguns, até, tem um que até é muito meu amigo, que é o Jacob Kligerman, amigo do Werneck, ele é um grande médico, é um oncologista e foi diretor do INCA. Não só foi diretor, ele foi Secretário Municipal de Saúde. Não é um cara que esteja alheio à questão do serviço público, não é, mas não tem um envolvimento com a causa do SUS.

DANIELA: É porque eu acho que tem um momento histórico também. Naquela circunstância era um todo, para além do SUS, era a redemocratização, era todo...

MARIA LÚCIA: Juntava, juntava todo mundo, mas a base sólida do movimento eram os sanitaristas. Os outros aderiram porque era a questão da democratização.

Agora, a questão da constituição efetiva de um sistema público de saúde... Não sei. Como é que foi na Inglaterra isso? Não pintou do nada. Foi construído, não existia. Foi literalmente construído. Como é que foi ganho o apoio dos médicos, das organizações, como é que foi feito isso? Porque lá funciona. Hoje em dia, a despeito de todo o neoliberalismo, o sistema de saúde do estado funciona.

DANIELA: E esses sanitaristas, então, provavelmente tinham acesso ao sistema inglês.

MARIA LÚCIA: Como modelo? Ah sim. E o caso brasileiro, quer dizer, a grande figura, o grande modelo, assim, foi a reforma no sistema italiano, porque o Berlinguer veio aqui várias vezes. O cara que foi... o Giovanni... Eram dois irmãos, um que era liderança do partido comunista, que era secretário do partido comunista, e o outro era o médico que era o mentor da reforma sanitária italiana, que é de 78? Por aí, nos anos 70, que eles fizeram a reforma unificando o sistema.

Então, o grande modelo foi... Eu acho que tem muita semelhança com o modelo inglês. Não é inteiramente igual não, porque no modelo inglês... O modelo italiano é parecido com o brasileiro nessa relação público-privado, não o plano de saúde, não o sistema suplementar, mas com a compra de serviço de terceiros. Foi a estratégia usada no Brasil para ampliar a oferta. O sistema italiano é assim também, usa o sistema privado como complemento do sistema público. O sistema inglês não é assim não, o sistema inglês é muito mais baseado no estabelecimento público mesmo.

E aí os detalhes, eu não sei, mas...

Mas é um negócio interessante. Essa construção. Pegar um pouquinho como foi o negócio do caso inglês. Que a lei é de 1948, a introdução do sistema lá. E é um negócio que funciona até hoje e tem, assim, restrições de hotelaria, por exemplo, que é para todo mundo, para classe média. Ninguém vai ao hospital privado. A medicina privada lá é coisa para muito rico, que na verdade tem dinheiro para fazer um tratamento em lugar melhor, que é os Estados Unidos.

Cara que é muito rico na Inglaterra, ele deve fazer o tratamento nos Estados Unidos, porque a medicina inglesa, por mais que seja avançada, ela é toda constrangida por essa

legalidade estatal, então certos procedimentos que são mais escassos têm fila e têm prioridade. É um negócio complicado. Um cara com 80 anos não é prioridade. Tem muitas doenças, com esses casos, entre o cara de 30 e o cara de 80, o cara de 30 ganha do de 80.

DANIELA: Porque chegou antes?

MARIA LÚCIA: Porque tem mais para viver. Precisa investir no cara que tem mais tempo para viver.

DANIELA: Que é o contrário do que a gente estava falando...

MARIA LÚCIA: Exatamente. Agora isso é aceito. É uma regra aceita. Uma regra conhecida.

Enfim, eu posso não estar te falando exatamente o que é, mas é algo nesse sentido.

É um serviço para todo mundo, é um coletivo. A ideia de universalidade ali está presente muito fortemente.

ENTREVISTA MARIO DAL POZ

DANIELA: O meu argumento é de que o movimento sanitário enquanto atuou conjuntamente, enquanto se manteve coeso, ele esteve fortalecido. Acredito que isso foi preponderante para o sucesso, para terem conseguido que muitos dos seus pontos fossem contemplados pela carta constitucional. E que depois que a Constituição foi promulgada, por motivos diversos, essa coesão se perdeu, ficou tudo muito fragmentado. E eu acho que isso interferiu na implementação do SUS. Então estou tentando conversar com pessoas que fizeram parte do movimento para saber da experiência pessoal de vocês e das impressões que têm com o desenrolar dessa trajetória. Eu gostaria de te pedir para você me falar como foi sua experiência com o movimento sanitário, como foi sua experiência com o CEBES.

MARIO: Bom, eu imagino que você tenha lido tudo que a Sarah Escorel escreveu e que tenha lido a tese dela e o livro.

DANIELA. Sim, sim. E conversei com ela também.

MARIO: Eu gostaria de colocar isso em uma perspectiva. Falar assim em geral, com a distância do tempo, é um risco grande de estar falando alguma bobagem. Enfim, a gente tinha aquele documento escrito pelo Hésio Cordeiro, Reinaldo Guimarães e José Luis Fiori, chamado Saúde e Democracia, que meio que balizou esse processo. Era um conjunto de princípios, quer dizer, aquele documento não era um documento operacional, mas era um documento de princípios. Princípios que foram incorporados de certa maneira na Constituição. Uma das coisas que não foi incorporada e aí eu acho que os textos da Sonia Fleury, e outros também, mas os textos da Sonia Fleury falam muito claramente isso, foi a questão da seguridade. Então a seguridade estava nesse documento e não foi incorporada realmente. Mas era um conjunto de princípios, certo? Tem gente que explica essa perda de coesão pela proliferação e divergência com os grupos partidários e etc, mas eu não tenho muita certeza. Não discordo necessariamente do processo, mas não sei se isso explica. Até porque as divergências não foram no campo ideológico, foram muito mais no campo da implementação institucional, vamos dizer assim. Então o que ocorreu não tinha nenhuma questão partidária grave. Por exemplo, houve a questão da incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde, e não

vice e versa. Foi uma questão circunstancial à época, que expressou provavelmente uma oportunidade naquela confusão que foi o governo Sarney.

[interrupção]

MARIO: Eu estava dizendo que no momento em que houve divergências, por exemplo, vamos dizer assim, sobre a implementação institucional foi na época da incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde que, enfim, misturou questões estratégicas com questões operacionais complicadas ou confusas na época do governo Sarney. E isso não expressava nenhuma divergência partidária muito importante. Então eu penso que as divergências foram muito mais pelas circunstâncias do processo de redemocratização e do governo Sarney. Enfim, como é que você transforma princípios em políticas e programas concretos. E eu acho que nenhum de nós tinha as soluções práticas para os problemas institucionais. Eu era do CEBES aqui no Rio de Janeiro. Não tinha um papel nacional ainda. Eu trabalhava no Instituto Nacional do Câncer e fui trabalhar como Secretário Regional de Planejamento na Superintendência Regional do INAMPS. Então nosso papel era muito mais operacional. Depois, com as mudanças ministeriais, na metade de 1985, o Superintendente regional, Dr Luis Santini saiu, eu saí também. Então não ficamos muito tempo no INAMPS. Então eu penso que o que aconteceu depois teve muito mais relação com as circunstâncias da política institucional brasileira do que com divergências do movimento sanitário. Pode ser que mais tarde tenha aparecido alguma coisa, mas eu não atribuiria nenhuma grande divergência naquele início.

DANIELA: É porque eu tenho a impressão, quer dizer, muito em função das conversas que tive com algumas pessoas do movimento, que no final da década de 1970, não, começo da década de 1980, houve uma polêmica muito forte entre os membros do movimento se deveria institucionalizar ou não. Quer dizer, que alguns consideravam que participar dos programas do governo seria de certa forma compactuar com o governo que eles estavam querendo derrubar, quer dizer, que queriam derrotar hegemonicamente falando.

MARIO: Olha, não sei. Talvez isso tenha se passado, por exemplo, quando abriu-se espaço para técnicos progressistas no governo, vamos chamar assim, se abriu espaços muito generosos, de certa maneira. Mesmo assim havia certa dificuldade de nomeação porque lembre-se que os órgãos de segurança ainda agiam e impediam certas coisas. Mas houve a incorporação de muitos técnicos e em todos os estados. Não só no Rio de

Janeiro, mas em todos os estados. No INAMPS, no Ministério da Saúde, na Previdência. A Previdência passou a ser dirigida pelo dr. Waldir Pires, o Ministério da Saúde por um deputado Carlos Santana, da Bahia. E todo esse período do governo Sarney que foram cinco anos, ou seis anos, mas você lembra todo aquele debate sobre a Constituição, se era cinco anos ou mais... E no governo Sarney teve muita mudança, então. E a partir de um certo momento, talvez, tenha ficado mais nítido que certos grupos sindicalistas eram contra o sistema de saúde universal e até hoje isso tem reflexo. Acho que esse processo gerou as bases, certa responsabilidade, talvez pela extensão, não sei, dos seguros saúde hoje em dia. Não tenho participado ou discutido esse assunto com muita gente, pois minha área de trabalho foi mais focalizada nos últimos anos sobre a força de trabalho em saúde e numa perspectiva global, desde a OMS, então não tenho todos os elementos disponíveis para uma análise mais detalhada. Mas à época havia uma contradição e uma questão dividindo os sanitaristas, quer dizer, os profissionais de saúde pública, e os sindicalistas fora da saúde, que representavam os trabalhadores. Ou pelo menos certos grupos de sindicalistas, que queriam a extensão, a garantia, do seguro saúde que eles tinham na empresa. E tinham uma certa oposição a que o sistema público de saúde, ou o sistema nacional de saúde, eliminasse barreiras. E essas barreiras foram eliminadas à época. Até porque o seguro saúde não tinha uma extensão muito grande como tem hoje. Mas esses grupos, os representantes dos sindicatos dos trabalhadores, da classe média como bancários, metalúrgicos e outros, fazia parte da negociação deles com as empresas, as grandes empresas multinacionais, bancos e tal ter assegurado o seguro saúde. Então a eliminação de barreiras para a atenção do conjunto da população, era uma dos pontos centrais da Reforma Sanitária, que teve e que se eliminou, a necessidade de se apresentar a carteira. Essa eu acho que era uma contradição, o resto eu acho que eram mais questões operacionais. E mais tarde quando se aumentou o leque de partidos políticos brasileiros, no movimento sanitário tinha uma certa hegemonia de uma corrente da esquerda à época, mas não única, do Partido Comunista brasileiro e do PC do B, mas também de muitos não filiados a qualquer partido na época. Mas não só, eu diria assim, que era uma corrente à esquerda, com grande influência do movimento médico do Rio de Janeiro, o movimento médico de São Paulo e que tinha um peso importante nesse sentido. Depois essa esquerda se fracionou muito e, enfim, os diferentes caminhos que aconteceram.

DANIELA: A impressão que eu tenho quando estudo o movimento e esse período é que os profissionais da saúde e os outros militantes do movimento atuaram como uma inteligência orgânica, executando o papel de intelectuais orgânicos com relação à Reforma Sanitária. Você acha que eu posso fazer essa afirmação, que isso de fato ocorreu ou é um exagero?

MARIO: Não, não é um exagero, é uma interpretação. Havia vários grupos de debate, onde as ideias eram debatidas. O CEBES era uma fonte desse debate, a ABRASCO também, ainda que mais acadêmico. Haviam muitos encontros e a Revista Saúde em Debate do CEBES era uma das mais importantes. Mas se você ler a revista (a Sonia Fleury organizou recentemente uma edição especial, histórica, com artigos da época), vai perceber que muitos dos artigos eram datados. Então, por exemplo, eu até brinquei com ela na época: "ah, você não publicou nenhum artigo do Eric Jenner Rosas", que foi um companheiro importante, que faleceu. E com razão ela me disse assim: "Mario os artigos dele eram muito datados, foram muito conjunturais". Então a gente vivia isso e era necessário. Mas para publicar um número especial, histórico ela buscou artigos que expressavam uma discussão mais estratégica.

Então tinham muitos debates, e havia pessoas que tiveram liderança nacional, como o Hésio, o Arouca, a Sonia, o Noronha, o Eleutério, ainda que todos nós participamos um pouco disso. Eu acho que duas pessoas tiveram muita influência (Hésio, Arouca), mas havia outros, como o Reinaldo Guimarães, o David Capistrano. No Rio, o Temporão, eu e o Eduardo Levicovitz por exemplo, também fazíamos parte desse grupo. O David Capistrano, por exemplo, que foi vice-presidente do CEBES numa certa época, com uma diretoria mista entre o Rio e São Paulo: o Arouca era o presidente, eu era o diretor financeiro, acho, e tinha ainda o Zé Rubens, o eriça, o Eduardo Levcovitz, o Temporão, tinha mais uma companheira lá de São Paulo, que não me lembro o nome dela. E aí fazíamos reuniões a cada quinze dias, fazia uma em São Paulo e outra aqui. Então tínhamos esse papel de fomentar ideias. Claro que você pode interpretar, sem dúvida nenhuma, como um núcleo intelectual... Tinham núcleos em São Paulo, no Rio, na Bahia, Campinas e tal, enfim, era isso. Nós não éramos ativos nos sindicatos, nem no movimento médico, mas como ativista na saúde pública. Tínhamos ideias muito gerais, não havia um projeto institucional do tipo vamos transformar o INAMPS nisso ou naquilo. Havia ideias gerais, de ampliação do direito à saúde, de ampliação dos mecanismos de asseguramento, de mecanismos da seguridade social, de extensão de

cobertura, ideias muito gerais. Essas ideias institucionais, nunca chegaram a ser debatidas e decididas previamente. Elas foram acontecendo e aí eu diria, até mesmo como decorrência prática do debate com a sociedade. Quando você está em uma determinada instituição ela tem uma certa cultura, opera em uma certa dinâmica. E cada um desses grupos foi liderar ou trabalhar numa instituição de saúde, federal ou estadual ou municipal, e as coisas foram se conformando. Até porque nós começamos a ganhar um pouco mais de experiência. Alguns de nós até tinham alguma experiência. Por exemplo, o Noronha e eu trabalhamos na secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro, enfim, tínhamos alguma experiência. Mas o Hésio era professor universitário e foi dirigir o INAMPS. Então a gente não tinha experiência de dirigir uma instituição desse tipo. E o grupo foi ganhando experiência e tinha que se validar institucionalmente e politicamente. E aquele período foi muito conturbado, com taxas de inflação alta... Eu me lembro que teve um determinado momento que o Hésio deu um aumento de 100% aos médicos do INAMPS, que se concentravam muito no Rio de Janeiro. Em dois meses aquele aumento havia desaparecido, quer dizer, a inflação comeu. E hoje olhando pra trás a gente vê que aquele aumento não significou nada em termos de produtividade ou qualidade do trabalho, por exemplo. E foi comido pela inflação. Então o que eu quero dizer é que transformar princípios – como o proposto no documento sobre saúde e democracia – em ações institucionais implica numa diferença importante e pode ser que nesse processo tenham aparecido divergências. Mas eu não atribuiria isso necessariamente a divergências partidárias ou ideológicas. Claro, com a evolução institucional, vão aparecendo ceras diferenças e você vai consolidando isso.

DANIELA: Quando você estava falando da inflação e da conjuntura política mesmo daquele momento, eu pensei, aliás, toda vez que penso nisso uma coisa que me vem a cabeça é que foi uma aposta, quer dizer, era uma proposta da Reforma, a Constituição incorporou e depois a 8142 reforçou, mas foi uma aposta muito grande na participação ativa da sociedade civil. Seja via conselhos, comissões ou até mesmo das próprias conferências. E a impressão que eu tenho, posso estar equivocada, é que essa aposta não se confirmou. Por mais que os conselhos existam, se não me engano a gente tem conselhos municipais em mais de 95% dos municípios brasileiros, mas a impressão que eu tenho é que isso não logrou o resultado imaginado.

MARIO: Eu não concordaria com você. Eu acho que desse ponto de vista, a constituição de mecanismos de participação não só teve sucesso como ela se mantém. O

que você está dizendo, o que eu imagino que você esteja preocupada e obviamente é um motivo de preocupação, é que essa participação é limitada no seu resultado.

DANIELA: A impressão que eu tenho é que ela é uma participação formal. Ela não tem poder de influenciar em deliberações concretamente falando.

MARIO: Eu acho que você tem razão parcialmente, talvez mais hoje. Eu acho que foi um sucesso a inclusão da sociedade nos mecanismo e organismos da saúde, além de ter ido além da saúde. Você tem hoje conselhos de tudo quanto tipo e área, como na ciência e tecnologia, na educação. O que você não tem são mecanismos de decisão ou seu alcance é muito pequeno. E ela é diluída nos problemas que a sociedade vive hoje. Enfim, mas você tem. Eu acho que esse é um dos princípios que avançou muito. Você tem as conferências, etc e tal. Pode-se questionar a representatividade, pode-se questionar os resultados das discussões, pode-se questionar a agenda estabelecida, mas aí é outra história. Agora a constituição dos mecanismos de participação social é positiva, vitoriosa. Tem grupos que se aboletam dentro dos cargos, grupos que representam só parcialmente, isso existe, isso tudo tem, mas isso é um problema da sociedade em geral. Eu acho mais problemático uma outra coisa, que é o que nós começamos a discutir agora no congresso da ABRASCO na semana passada, que é o fato de que na Reforma Sanitária nunca se disse que tinha que municipalizar, mas alguém inventou isso em algum lugar em algum momento e hoje você tem um problema. Você tem hoje seis mil municípios competindo desvairadamente, selvagemente, por salários de médicos e outras coisas, quando a ideia lá eram os sistemas deveriam ser descentralizados e regionalizados, não necessariamente municipalizados. Então hoje isso é um desvio e que lá no congresso da ABRASCO começou a se rediscutir isso. Não é sua tese, não é o caso, mas eu acho que aí sim nós tivemos um problema de não sucesso. Agora de representação social, de participação, de democratização, eu acho que avançou muito. O que não avançou mais foi por conta dos mecanismos e limites da sociedade ou da política nacional...

Eu acho que houve um desvirtuamento no que hoje se chama municipalização porque todo o projeto da Reforma Sanitária visava a descentralização e regionalização. Ele se configurou em um projeto experimental, o SUDS, aqui no Rio de Janeiro, que era um sistema unificado e descentralizado de saúde, mas não se falava em municipalização. A municipalização apareceu em fins dos anos 80 ou começo dos anos 90 não sei bem, mas

já mais adiante e ela criou um problema porque hoje você tem seis mil municípios numa competição desvairada. O Gastão Wagner inclusive falou disso lá na reunião da ABRASCO. Falta regulação nesse processo. Você tem seis mil municípios competindo por médicos, por salários, por isso e por aquilo, e mais da metade dependente de repasse federal. Então você tem um problema aí de configuração do projeto institucional que não era o original. Agora a participação, a democratização, eu acho que os problemas que existem são os mesmos problemas que existem em relação ao Estado e à sociedade brasileira. Um Estado patrimonialista, um Estado clientelista, a falta de transparência, a questão da corrupção. Quer dizer você tem uma certa apropriação privada do Estado que reduz a qualidade da representação política e dos serviços prestados.

DANIELA: Nesse sentido, pensando no Estado clientelista e/ou neoliberal, você acha que existe por parte do Estado uma tentativa de esvaziamento do SUS? Eu li outro dia na página do CEBES um carta pública, se não me engano, iniciativa da ABRASCO mesmo, em repúdio ao financiamento do governo aos planos privados, às cooperativas de saúde, enfim, não é respeitada a relação do setor privado como suplementar ao setor público na saúde. Então você acha que nessa direção, com as OSs, com as OSCIPs, vem ocorrendo gradativamente um desmonte do SUS?

MARIO: Eu acho que aí há uma confusão danada, Daniela. Porque são duas coisas diferentes. A questão do clientelismo é verdadeira praga e reduz a eficiência dos programas sociais e mantem relações de reduzida participação e democracia.

[interrupção]

MARIO: O governo atual acusa o anterior de ser neoliberal, mas aumentou muito a participação do setor privado financiando seguro. Como pode ser visto na nota da ABRASCO, há um anuncio de financiamento do BNDES à UNIMED, além de outras ações de estimulo aos seguros privados. Então há uma confusão danada aí, eu não saberia como explicar isso nessa curta entrevista, mas apenas reconhecer que há uma confusão danada, do ponto de vista econômico e político. Confusão que certamente contribui para a insuficiência do SUS, na redução da sua eficiência, no subfinanciamento, na competição pelos recursos públicos. Isso é muito desfavorável para o setor público e eu acho que esse é um campo que precisa de mais analise e clarificação... Não que isso seja bom ou mal necessariamente. Não existem só dois lados. A análise disso é um pouco mais complexa.

DANIELA: Sim, mas você acha que existe, de uma forma geral, um esvaziamento do movimento pela saúde?

MARIO: Certamente. Eu diria o seguinte: o esvaziamento do movimento sanitário ele tem muitas razões, mas uma delas é que a partir do momento em que você está operando transformações institucionalmente não tem muito sentido você estar ao mesmo tempo na rua reivindicando contra você mesmo. Isso ocorreu, quer dizer, você tinha instituições que estavam operando transformações e, a não ser que você se opusesse a essa transformação, digamos assim, eu estou ocupando um cargo x, eu posso receber um movimento, os representantes, o movimento e tal, mas eu não posso estar na rua.

DANIELA: Sim, mas quando eu falo em movimento pela saúde ou movimento sanitário, eu nem estou dizendo ir para as ruas, se manifestar dessa forma, eu acho é que o distanciamento da comunidade em um sentido mais, eu não posso nem dizer cotidiano, mas eu acho que a medida que se institucionaliza demais também e, por exemplo, os conselhos comunitários deixam de existir e essa dinâmica como uma vida de mão dupla com a sociedade é enfraquecida, eu acredito que isso, de certa forma, prejudique os resultados das próprias políticas públicas de saúde. Este que é meu ponto na verdade.

MARIO: Pode ser. Mas, por exemplo, veja a ABRASCO é extremamente pujante. Fez um congresso agora sobre política, planejamento e gestão em saúde com umas mil pessoas, sei lá... Se juntar com o congresso de epidemiologia, de planejamento, o abrascão, temos umas 15 mil pessoas, enfim extremamente pujante e dinâmica. Não conheço nenhuma outra associação de saúde pública no mundo que reúna 15 mil pessoas como a brasileira reuniu. A reflexão acadêmica ganhou outros foros, as pessoas passaram a produzir coisas que não se produzia antes, mas certamente diminuiu-se um pouco aquela militância, eu estou chamando de rua, mas quero dizer de fora da academia e tal. Os médicos voltaram a assumir os conselhos e em geral são progressistas.

Enfim, houve muitas mudanças na sociedade. E a inteligência que estava naquela época provavelmente em torno do CEBES e outras poucas organizações, eu acho que se democratizou. Três anos atrás fui a uma reunião em Brasília, onde recebi um prêmio, e tinha uma reunião de atenção básica em saúde, e tinha ali representantes de quase duas

mil municipalidades, secretarias municipais de saúde com técnicos apresentando análises e avaliação de experiências. Você quer mais produção, mais participação do que isso? O que talvez não tenha é a mesma direção, consenso, mas aí é um pouco isso que nós estamos vivendo hoje. Por exemplo, essa discussão do Mais Médicos hoje, ela não é da mesma natureza de quando nós discutimos a reforma do sistema de saúde, que era mais larga, mais ampla. Ela tem seus elementos justos, mas ela perde um pouco a perspectiva mais geral, ela não leva em conta uma estratégia a longo prazo, que eu acho que talvez a gente tivesse naquela época. Não estou dizendo que ela seja nem melhor nem pior, estou dizendo que ela tem suas limitações. Ela aparentemente está ligada a projetos mais de curto prazo. Eleitorais ou não, não sei, mas tanto da população que quer ter médicos, quanto das autoridades. Então você tem aí uma diferença de exercer a inteligência, vamos chamar assim, porque aquela inteligência estava mais preocupada com a democracia, com a participação da população, com a participação dos profissionais de saúde e essa agora está mais preocupada com outros aspectos. Então há certamente diferenças. Naquela época havia mais diálogo, menos intolerância. A intolerância nossa era com a ditadura, com a tortura. Hoje há intolerâncias político-eleitorais e há uma perda desse ponto de vista, sem dúvida nenhuma. Mas eu vejo essa perspectiva estratégica hoje na ABRASCO e no CEBES. A reunião de Belo Horizonte foi de uma riqueza enorme e tínhamos questões conjunturais e questões mais estratégicas de longo prazo.

DANIELA: Você acha então que a Reforma Sanitária, tal como se propôs na década de 80, ela saiu vitoriosa? Salvo algumas questões como, por exemplo, a seguridade, que a maioria dos textos aponta, ela conseguiu se efetivar?

MARIO: Não exatamente. Olha só, a reforma sanitária se efetivou em algumas questões estratégicas, como a participação, tanto dos profissionais quanto da população. Agora ela falhou, ou melhor não teve sucesso em outras questões estratégicas também importantes. A seguridade era e é uma questão estratégica central. O desfinanciamento e a municipalização formam parte desse desvirtuamento. Então eu acho que a reforma perdeu numa questão central, que foi a seguridade, ela se desvirtuou na organização dos serviços e ela teve sucesso em ampliar acesso. Ela teve sucesso em democratizar a participação dentro dos limites que a sociedade brasileira ainda hoje tem. Mas eu não sou daqueles que acham que foi um fracasso completo. Eu acho que hoje há questões novas que são postas pela sociedade, que não estavam postas à época, como a questão

do seguro saúde, por exemplo, que é uma questão nova. A questão da regulação do sistema é uma questão nova, na época isso não estava posto. Tínhamos mais uma questão simples da instituição. O INAMPS era o único empregador.

Agora, você olha para a política de recursos humanos, que é minha área de especialidade. O INAMPS era quase o único grande empregador ou indutor de emprego. Tinha mais alguns empregadores médios, como o estado do Rio de Janeiro, por exemplo, e mais meia dúzia de estados, mas o grande empregador era federal. Hoje o nível federal deixou de ser empregador, foi perdendo espaço e etc. Hoje no setor público o Brasil tem seis mil pequenos empregadores e vinte e poucos médios.

Então há outras questões hoje a serem incorporadas para repensar a Reforma Sanitária. Não mais a democracia, ou pelo menos, não mais daquela maneira, talvez seja como fazer essa democracia mais eficaz, como aumentar transparência, fazer com que a participação das pessoas tenha mais peso. Enfim, aí é uma discussão, mas de todo modo é diferente da participação de um bairro em que as pessoas podem decidir o trânsito, o local do posto de saúde e etc. As políticas de saúde de forma mais geral elas diferem, há coisas que se pode discutir, mas outras que, enfim, há diferenças, né? São outras coisas e normalmente é preciso outra reflexão. Por exemplo, é certo que as pessoas precisam de médicos, então elas vão lá e dizem que querem médicos. Agora transformar isso em um projeto institucional é atividade do aparelho de Estado, dos médicos e tal, a população não tem nada, quer dizer, ela vai pedir o que ela acha que precisa e tem toda razão. Ela vai dizer: “eu quero ter acesso aos serviços”, “a médicos”, mas ela não vai formular um projeto ou programa. Então como é que se dá o processo da participação da população é uma questão importante e não sei se a gente discutiu isso em algum momento lá atrás desta maneira. Agora a participação, a democracia avançaram muito, mas com as limitações que você, com toda razão cita. Decide-se muito pouco a um nível mais geral. Eu andei lendo algumas pesquisas sobre avaliação dos conselhos, eu mesmo escrevi um trabalho há uns quinzes anos atrás, antes de ir para a OMS, onde fizemos uma avaliação dos conselhos aqui no estado do Rio de Janeiro e eles tinham muita voz. Só que era nos assuntos locais, e era uma coisa positiva. Eu não acho que a reforma fracassou em tudo. Eu acho que tem problemas graves hoje, mas acho que são problemas atuais. Foram aparecendo do fracasso em relação à seguridade, ao desvirtuamento a respeito da questão institucional – municipalização no lugar de regionalização, enfim, até onde minha análise alcança eu ficaria nesses três. A questão

dos recursos humanos até hoje não encontrou formas adequadas e há muitos conflitos. Mesmo assim é também uma questão em que se avançou muito em determinados momentos, mas que depois esses avanços foram atropelados por mudanças mais gerais no país e no mundo. Eu até escrevi um artigo que saiu agora nos Cadernos de Saúde Pública da ENSP, que fala sobre a crise global na força de trabalho da saúde. Então eu acho que há mudanças mais globais, não só no Brasil, portanto eu não parto da ideia do fracasso da reforma sanitária em tudo, absolutamente.

DANIELA: Quais as principais conquistas que você acha que a gente tem em termos de política de saúde? As políticas públicas de saúde que você acha que, de fato, funcionam hoje no Brasil.

MARIO: Aí já é outro campo, Daniela. Claramente há uma vitória enorme em termos de extensão de cobertura. O Brasil tem um sistema universal, com muitas distorções, mas tem um sistema universal que é reconhecido mundialmente. Por exemplo, o Programa Saúde da Família (chame-se ele programa ou estratégia, pouco importa) ele foi um passo importantíssimo nesse sentido. Você tem muitas capitais e alguns estados que conseguiram organizar sistemas que têm um grau decente de respostas e de atenção à população, de redução de doenças. Então caiu muito a mortalidade infantil, há um avanço grande nas vacinas e no controle de algumas doenças. E há outras que são um fracasso, por exemplo, até hoje a taxa de mortalidade materna no Brasil é uma vergonha, até hoje não se eliminou a hanseníase no Brasil, a tuberculose só agora começou a ser controlada depois que se incorporou ao programa de saúde da família. Enfim, tem o problema das doenças chamadas negligenciáveis e tal... Mas, enfim, acho que se avançou muito em algumas áreas. O câncer, por exemplo, a área do câncer avançou muito, nós traçamos uma rede nacional, e mesmo agora com a introdução da vacina HPV. Então há vitórias importantes. Se avançou muito e há coisas contraditórias, como no campo dos recursos humanos que ao mesmo tempo que se avançou no sentido de análises, de conhecimento, pouco foi incorporado no processo de decisão política... Avançou-se alguma coisa no campo da tecnologia, o papel não só da FIOCRUZ, mas de alguns institutos tecnológicos, no campo da formação, enfim, acho que há muitos avanços, associados a muitos problemas. Mas há autores que tem análises melhores do que a minha sobre a situação atual. Eu estou só falando com base na minha leitura, já que eu estava fora do país.

DANIELA: Você falou que a gente conseguiu universalizar o sistema. Existe uma crítica muito forte que é a de que o SUS se tornou um sistema para os pobres, né? Que quando universaliza acaba gerando uma exclusão de quem tem condições de pagar por melhores serviços e que o SUS acaba virando um sistema para os pobres. Você acha que essa crítica é pertinente?

MARIO: Olha, eu digo que isso é um risco, pois na medida em que você dicotomiza, eu acho que é um risco na medida em que você cria e reforça todo um sistema de seguro privado você cria dupla inserção no sistema. Ele deixe de ser único e o privado deixa de ser suplementar para ser de certa forma aparece como uma aspiração da população... E vai dividir o mercado. Uma das coisas que diz popularmente, e que é verdade, é que quando você tira a classe média do serviço público ele tende a se empobrecer, você perde pessoas que têm mais capacidade de se fazer ouvir, de fazer suas reclamações, suas queixas, serem ouvidas, e ele tende a servir só a população mais pobre que tem menos capacidade de se fazer ouvir. E hoje esse é um risco objetivo que o sistema de saúde no Brasil passa. Essa é, digamos, a disjuntiva que está posta para os decisores políticos.

ENTREVISTA SARAH ESCOREL

DANIELA: A senhora foi uma das pesquisadoras que estudou a fundo o CEBES, é médica sanitarista, socióloga e, ainda hoje, é muito envolvida com projetos vinculados ao SUS. Tem o Projeto SUS 20 anos, diretamente ligado ao CEBES. O próprio ressurgimento mesmo do CEBES... Não sei se posso dizer que houve um período em que ele foi "desativado", mas, enfim, você sempre esteve muito inserida na luta e acompanhando todo o processo da reforma. Desta forma, qual o papel que você atribui mais especificamente aos intelectuais, no sentido do que Gramsci, de acordo com a categoria intelligentsia, ao que diz respeito ao movimento sanitário e a área da saúde de forma geral?

SARAH: Bom, eu considero que os intelectuais tiveram um papel fundamental, embora não único. Eu, particularmente, estudei muito mais o que os intelectuais fizeram, ou os profissionais de saúde de uma maneira geral fizeram, em termos de elaboração do projeto e de luta política, do que os movimentos populares. Há uma queixa das pessoas que estudam os movimentos populares de que em minha análise eles não entraram. Eles não foram bem... de que eles não foram trabalhados. E minha desculpa é sempre que meu orientador não me orientou neste sentido, na ocasião que era o próprio Sérgio Arouca, e também porque eu vivia imersa num meio que era o meio da Academia e com baixíssimo contato com os movimentos populares. Era essa a desculpa.

[interrupção]

SARAH: E então eu acho que os críticos têm razão no sentido de que tem todo um lado da proposta de, que foi gestada na época da ditadura, de unificação do sistema, de universalização da saúde como direito na qual os movimentos populares tiveram participação, os movimentos populares de educação de base tiveram uma participação. E nesse livro "os fundamentos da reforma sanitária" você pode ver um texto do Antônio Ivo sobre isto. Mas na verdade eu não conheço. Eu sei que toda a minha análise está relacionada com...

O que eu consegui estudar, visualizar, perceber, pesquisar, foi que é um movimento especialmente da Academia. Então se tem uma vanguarda no movimento sanitário ela vem da Academia. E ela vem dos departamentos de medicina preventiva e social. E

depois vão se vincular, quer dizer, as pessoas da Academia são fundamentais na transformação do pensamento. Na análise do processo de saúde e doença são elas que vão pensar a determinação social da doença, que vão incorporar o marxismo, o materialismo histórico e dialético na análise dos problemas de saúde, que vão trazer para dentro das faculdades pensar o sistema nacional de saúde, os serviços, o planejamento. São também os que vão incorporar as ciências sociais de uma maneira sistemática e, pensando a saúde no contexto da sociedade e não pensando a saúde como uma questão biológica que diz respeito ao corpo individual exclusivamente, e vão se vincular aos profissionais de saúde por meio dos sindicatos. Então vai trazer aí um componente, vai ter uma transformação do conhecimento e vai trazer também um componente da luta política. Então eu acho que o papel dos intelectuais foi o papel de maior destaque no processo, ainda que você possa ver vários outros integrantes. Os estudantes participaram também. Os movimentos populares participaram também. Os sindicatos, os conselhos de profissionais. Depois você vai ver os secretários entrando, secretários municipais, secretários estaduais, os partidos políticos de uma maneira aberta. Então aos poucos você vai incorporando os outros segmentos, o que eu chamei de vertentes. Mas eu acho que quem dá o ponta pé inicial, quem guarda a coerência da proposta são os intelectuais.

DANIELA: Uma coisa que me chamou a atenção enquanto ouvia você falar é que no capítulo que você escreve para o livro sobre o projeto Montes Claros aparecem outros atores nesse contexto. Se não me engano, você menciona a relação que estava começando a mudar entre a sociedade civil e o Estado. Cita a Associação Brasileira de Imprensa, a OAB...

SARAH: Isto é diferente dos movimentos populares. Estes são movimentos liberais de profissionais liberais de camadas médias altas e a queixa que eu escuto com frequência é de não ter trabalhado com os movimentos populares de base. Eu menciono as comunidades eclesiais de base porque eu faço uma análise do contexto e sei que o movimento sanitário ele não surge do nada. Ele surge dentro de um contexto em que era mais fácil trabalhar questões setoriais do que questões nacionais. Mas o grande pulo do gato teria sido o fato de tornar a questão setorial em uma questão nacional. Então saúde é democracia e democracia é saúde. Este é o lema do CEBES. Então não distancia como, por exemplo, quando eu pego e analiso os estudantes, é evidente que a UNE não pode se reunir, mas a SESAC, que são as semanas de saúde comunitária, que estão

discutindo, assim pra valer, do imperialismo a ditadura, passando por todas as questões de saúde, elas podem ocorrer livremente. Quer dizer que a repressão não percebe que aquele era um movimento subversivo também que estava gestando. Eu acho que o movimento setorial ganha força justamente porque consegue articular com as questões nacionais.

DANIELA: Você estava falando que depois dos intelectuais, acabam vindo os partidos e até algumas instituições. Na sua entrevista para UNIRIO você menciona a divisão que existia no próprio CEBES relacionado ao fato de se vocês deveriam ou não se inserirem nas instituições. Só que com o tempo eu acho que isto acabou acontecendo mesmo. Talvez muito também através do próprio projeto Montes Claros. Depois que veio a Constituição o próprio David Capistrano Filho foi ser Secretário de Saúde em Santos, o Noronha aqui no Rio, enfim, você acha que isto acabou criando um tipo de consenso, se foi assim, foi uma questão que não tinha jeito de ser diferente. A que você atribui este fato?

SARAH: Acho que na sua fala você pegou um período de história um pouco longo. Esta cisão entre aqueles que achavam que deveriam entrar no aparelho do estado e lutar por dentro do aparelho do estado e aqueles que achavam que isso era uma cooptação e que o estado era um comitê de negócios de burguesia, isto é uma discussão que acontece na década de setenta e muitos que não aceitaram a proposta de entrarem no aparelho de estado vão fazer atendimento direto à população em comunidade. Foram morar lá e foram se transmutar quase em operários, médicos operários ou médicas operárias de macacão trabalhando junto com as bases. Enquanto este outro grupo, que é o grupo reformista, via a possibilidade não de uma revolução, mas de uma transformação paulatina entrando no aparelho de estado. E esta era uma briga difícil porque entrar no aparelho de estado também não era fácil. Até que a própria ditadura começa a ter a suas fissuras e, principalmente no governo Figueiredo, você tem uma crise muito grande. Teve crise econômica, crise de moralidade porque começa a aparecer os escândalos de Brasília, de colarinho branco, de corrupção. O pessoal começa a revirar lixeiras e encontrar umas coisas, mostrando que os militares não são exatamente os, que não estão acima do bem e do mal e que faziam suborno no início da ditadura. Então você tem uma crise de legitimidade também. Depois de anos e anos e anos de ditadura esperando que as coisas se transformassem. Quer dizer, o bolo já tinha crescido, não tinha sido repartido. O Geisel tentou distender um pouco as relações. O Figueiredo disse que vinha

para democratizar o país. Chamava pra si a herança do pai, que o pai era um democrata, que tinha lutado pela democracia, enfim você tem uma crise de legitimidade e na previdência você tem uma crise financeira brutal. Tudo isto são elementos que fazem com que técnicos, que nesta altura do campeonato já estavam formados, já tinham um corpo de intelectuais, técnicos assim com conhecimentos de tudo isso, consigam entrar na previdência, consigam entrar nas instituições. O Ministério da Saúde também já tinha tido uma gestão mais racionalizadora na época de 75 a 77. Os que não queriam entrar não entraram, fizeram outros projetos, mas digamos acabou se constituindo um veio de atuação em que entrar nas instituições, entrar no aparelho de estado acabou sendo uma alternativa de transformação e se apanhou muito também, é como entrar no parlamento. Você vai para o parlamento e... O próprio Sergio Arouca, ele voltava e dizia assim: "hoje nós apanhamos de 350, hoje nós apanhamos de 420". Porque o grupo progressista dentro do parlamento é muito pequeno e dentro também das instituições era muito pequeno. A ideia de transformação era de uma minoria, mas conseguia fazer barulho conseguia transformar algumas coisas, conseguia trazer mais gente e por ai foi. Esta pergunta foi exatamente que depois disto a entrada tem haver também que algumas das pessoas que você deixou não entraram no foram ser secretários ou foram dirigir instituições ou projetos pessoais e outros foram como representantes do movimento sanitário. E aí você tem que fazer uma distinção.

DANIELA: Eu acho que não expressei bem porque quando eu estava pensando se isto se deu como um arranjo, entre aspas, do próprio movimento, no sentido de que a gente só vai conseguir tal objetivo se for por dentro do Estado, porque por fora como vai ser possível. Era mais do ponto de vista da estratégia mesmo. Então acho que um pouco passa por esta explicação que você acabou de dar, porque como seria possível se não tivesse existido as AIS você chegar aos PIAS?

SARAH: Você está fazendo um pouco de confusão na história, PIAS é um pouco anterior às AIS.

DANIELA: Foi? O programa de interiorização da assistência sanitária.

SARAH: Depois Saúde e Saneamento. São duas coisas bem distintas no sentido de que as AIS podem até ter se alimentado do PIAS, mas as AIS são a previdência entrando na atenção da saúde dos não previdenciários e o PIAS é um programa de interiorização feito pra comunidade de até 20 mil habitantes. São projetos muito diferentes.

DANIELA: As AIS não são uma espécie de ampliação do que foi os PIAS?

SARAH: Não. Eu acho que você está fazendo confusão com o PAES, porque quando você teve o plano do CONASP, você teve três grandes linhas. Uma delas era a racionalização da atenção à saúde que era dada por uma grande causadora do déficit financeiro. A racionalização por meio de convênios bilaterais entre o Ministério da Previdência, do Ministério da Saúde e a Secretaria de Estados e municípios. É o primeiro momento. Isto foi formulado como PAES um programa e depois isto foi transformado em AIS uma estratégia. Neste caso as AIS são continuidade do PAES. Mas não tem nada a ver com o PIAS.

DANIELA: Certo, obrigada.

Nesta mesma entrevista da UNIRIO, você fala da difícil questão que envolvia o tema dos partidos e dos sanitaristas, e de sua preferência em não fazer uso do termo partido sanitário na tentativa de evitar equívocos. Daí, como eu disse a você que recentemente tive uma conversa com a Sonia Fleury em que ela frisa, digamos assim, o exato oposto. Ela fala que foi justamente o fato de que existia um partido, no caso o "partidão", e as estratégias que... Ela fala de uma estrutura quase que tripartite que eram os intelectuais, o partidão e a prática institucional, e que é justamente a combinação destes três a partir de uma esquerda militante, que conseguia fazer encontros clandestinos, conseguia evitar que muitos destes intelectuais fossem exilados, que o movimento foi fortificado e conseguiu sobreviver a ditadura. De pronto me veio sua entrevista à cabeça. Não sei se a palavra seria esta, mas quando você "reage" a esta diferença tão "gritante"?

SARAH: Então nós temos uma diferença de vivência. A Sonia foi do partidão talvez ela possa falar de dentro do partidão. Eu não fui do partidão. Eu reconheço que há um conjunto de pessoas extremamente importante para o movimento sanitário que é originário do partidão, mas o movimento sanitário era muito mais amplo que o partidão. Além que o setor saúde dentro do partidão era uma coisa extremamente pequena e pouco aceita. Eles tiveram que trabalhar dentro do PCB o seu próprio espaço. Então eles tinham uma atuação que não era bem vista lá dentro do partido e não tinha este grau de influência que eles podem ter imaginados que tivessem. No entanto, a liderança norte deste partido foi o Sérgio, que era de dentro do partidão. Mas era um partidão, digamos assim, sabe quando você tem fantasia estilizada? Era um partidão estilizado porque ele era o oposto do militante convencional apesar de ter entrado no partido aos 15 anos de

idade. Mas ele era muito mais um Vinícius de Moraes, um *bon vivant* e um intelectual. É uma pessoa que se movia muito mais em reação às injustiças, do que pelos dogmas partidários, que eram muitos estritos naquela época porque estavam na clandestinidade. Então ela teve uma interpretação diferente da minha. Eu acho que o movimento sanitário não teria crescido do jeito que cresceu se ele fosse uma coisa partidária, porque pessoas se identificam com o projeto, um projeto de transformação como a questão de importância na saúde na vida das pessoas. Elas se identificam com um movimento cultural de transformação de valores e de ideias e elas vinham de vários tipos de militância e não militância.

E você tinha gente que nunca tinha feito parte de partidos, depois vê gente que era do PT entrando, e aí sim novamente se fazendo uma visão dentro do CEBES entre aqueles ligados ao partidão e aqueles ligados ao PT, porque teve uma disputa. E tinha gente que vinha dos movimentos da igreja. Então se fosse uma coisa só partidária eu acho que não teria crescido do jeito que cresceu. E essa alcunha do partido sanitário foi uma coisa pejorativa dita em uma reunião por uma pessoa numa reunião da OPS porque tinha um grupo que reagia do mesmo jeito assim de uma maneira uniforme a determinadas propostas. Agora esta uniformidade, embora estas pessoas pudessem estar vinculadas ao partidão, havia algumas que não estavam. E esta uniformidade, no meu ponto de vista, era muito mais vinculado ao projeto que era um projeto plural, não era um projeto partidário, a um vocabulário, a uma outra forma de analisar um processo de saúde e doença. Todos os elementos sociais que entravam, a luta contra a injustiça que juntavam pessoas, mas do que a uma proposta partidária tanto que você se fosse assim você teria um partido quando ele veio pra sair para a legitimidade você teria uma filiação em massa e não foi isto que aconteceu. Quer dizer, se as pessoas de alguma forma reconhecem a liderança do Sérgio e de outras pessoas, como a própria Sonia Fleury, vinculadas ao partidão como diziam nas franjas ou filiados no partidão, ao mesmo tempo, era uma liderança que não impunha os dogmas do partido comunista. Então você não precisava aceitar a doutrina do partido comunista para participar do movimento sanitário. Eu queria aqui fazer uma distinção até mesmo pela sua fala entre o movimento sanitário e os sanitaristas porque eu acho que o movimento sanitário e que, depois, as pessoas achavam que o nome melhor era o movimento pela reforma sanitária, movimento pela democratização da saúde, mas que quando eu escrevi a tese a dissertação de mestrado não era a maneira que a gente chamava, é diferente dos

sanitaristas. Isso porque ele também não é composto só por sanitaristas, ele é composto por historiadores, por economistas, por psicólogos, por assistentes sociais que tiveram por base o setor saúde. Então os sanitaristas que também não só médicos, porque tem clínicos, médicos ginecologistas, que não são sanitaristas. No caso eu sou sanitarista e sou do movimento sanitário, mas você pode ser ginecologista e ser do movimento sanitário.

DANIELA: Você falando eu pensei no Palocci que era sanitarista e que passava longe do movimento sanitário.

SARAH: Exatamente. Então eu tenho que fazer uma distinção entre aquilo que vai caracterizar como movimento social que é o movimento sanitário composto por profissionais de saúde e outros profissionais que não de saúde, como economistas e historiadores, que atuam no setor dos sanitaristas. Mas nem todos os sanitaristas aderiram ao movimento sanitário.

DANIELA: Ao pensar nas reformas sanitárias como uma via de mão dupla um abstrato x um concreto, há um embate pela efetivação da norma. Uma vez instituído como fazer para que fato seja efetivado? Você acha que eu posso afirmar que quando os movimentos sociais conseguem unir em torno de uma agenda única a capacidade deles conseguirem incrementar as suas normas as suas demandas, fazer valer a carta da lei é maior.

SARAH: Eu deveria achar que é uma hipótese que vai ser comprovada. Se você tem uma menor dispersão de demandas, se você tem uma concentração, a tendência sempre é de você conseguir. Mas eu acho que este é um dos fatores, mas não é o único. Eu acho que tem todo contexto social e toda a conjuntura que interferem por que você até pode dizer que hoje em dia há uma confluência da demanda em torno de mais verbas para a saúde e você não tem nenhum contexto nem a conjuntura favoráveis para conseguir. Então eu acho que foi muito importante na caracterização do sucesso. Eu tive um professor de Juiz de Fora na banca de uma aluna minha que ele falou do movimento sanitário quase como um milagre sabe, assim, não um milagre, mas uma coisa extraordinária. E quem viveu naquele período percebe como fora do comum era, porque existiam outros movimentos sociais batalhando também por demanda que estavam relativamente coesas e unificadas.

[interrupção]

SARAH: Então eu acho que esta sua hipótese está certa, mas eu acho que tem que levar em consideração o que eu chamo contexto que é uma questão mais institucional das instituições. Sejam as instituições gerais: o executivo, judiciário, legislativo, em particular, os ministérios que estavam envolvidos. E de contexto, contexto de ditadura que permitiu que uma luta setorial pudesse se articular e depois de democratização em que tinha uma dívida social para pagar e quem aparecia? Quem tinha um discurso unificado, uma proposta mesmo dentro do próprio setor saúde, porque o setor privado bateu duro na gente, bateu duro, mas eles não tinham uma proposta única e não era uma proposta completa, eles tinham interesses pontuais. Nós tínhamos uma proposta que se ainda não estava pronta e acabada porque a gente não conhecia tudo o que vinha pela frente, pelo menos ela tentava dar conta de um todo. Eu acho que uma outra grande diferença é que não era corporativo. Nós não estávamos lá para defender os nosso direito, estávamos para defender o direito de todos , nós não estávamos dizendo "olha, aumente nossos salários", nós estávamos dizendo vamos fazer um sistema de saúde que atenda a população, vamos melhorar as condições de saúde da população e esta proposta é generosa neste sentido, porque não é interesse individual nem de uma categoria. É a luta de um grupo para a população como um todo. Eu acho e isto também faz a diferença no imaginário social, em termo de aceitação ou não. Então muitas vezes foi fácil de convencer os outros na época da Constituinte de tudo isto, justamente, porque nós não podíamos ser acusados de estar querendo que os nossos interesses fossem atendidos. Então era assim: "vamos regulamentar o sangue. O sangue está matando gente". Não era uma coisa assim: "vamos é minha fábrica, meus medicamentos, meu hospital", que era a questão do setor privado. Então eu penso que estes fatores, a coesão em torno de uma proposta que é, quer dizer, uma coesão em torno de poucos tópicos também: saúde como direito, unificação do sistema, participação, regularização... quer dizer, não era nem um decálogo, você tinha cinco grandes tópicos que depois se revelaram insuficientes pra gente botar em prática, mas até aquela hora foram o suficiente. A unificação em torno deles, em torno de uma proposta que tentava dar conta do começo ao fim do direito até chegar à atenção da saúde da população. O fato de não ser uma coisa corporativa, estar no contexto de democratização e numa conjuntura de redemocratização e um contexto institucional favorável, que era exatamente estar mudando as regras do jogo. Eu acho que tudo isto favorece.

DANIELA: Quando você estava falando de conjuntura eu pensei na 14ª Conferência Nacional de Saúde houve muito barulho a respeito de acusações como se estivessem querendo privatizar o SUS. Você concorda? Acha que o SUS está caminhando numa direção de desmonte, talvez em decorrência de frustrações por aquele SUS imaginado não ter conseguido ser efetivado como se imaginava?

SARAH: O SUS foi aprovado e o Color foi eleito presidente e o neoliberalismo passou a ser a grande doutrina orientadora do governo. Então o SUS foi posto em prática numa época em que todos os sistemas de saúde do mundo estavam sendo diminuídos, enxugados, a máquina de estado e as políticas sociais estavam sendo reduzidos e nós tentando ir na contra mão. Fomos vitoriosos de conseguir que não extinguissem o SUS, mas o SUS nunca foi implementado na exuberância em que era pensado e nem naquela que era necessário para dar conta dos problemas. Tem uma carta do Berlinguer que diz que a saúde das é a verdadeira revolução da reforma sanitária e isso não aconteceu. Esta revolução não foi feita, então houve grandes avanços, mas nós não conseguimos implementar o SUS que nós gostaríamos. Aí passamos para outra conjuntura com a entrada do capital estrangeiro avassalador comprando os serviços de saúde do jeito que está comprando e os seguros e os estímulos... A classe trabalhadora do desemprego formal, ela está toda nos acordos coletivos, ela só quer planos de saúde. Então os estímulos para o crescimento, os estímulos e os incentivos públicos para o crescimento do setor privado, não era uma coisa que a gente tinha pensado. Eu não quero ficar na discussão da 14ª porque eu não acompanhei. Eu não estava na 14ª, eu não tenho os argumentos de ambos os lados. Você está referindo aos contratos de gestão que estão acontecendo, por exemplo, em São Paulo, histórias das OSs, isto não é uma parte que analiso. Então eu prefiro não ter, eu não tenho uma posição definida, não posso dizer se está privatizando ou não. Eu posso te dizer que o SUS que a gente tem não é o SUS que a gente imaginou porque ainda hoje em dia não dá conta de atender as pessoas de maneira digna, com qualidade e de ser um sistema que a população possa contar com ele quando ficar doente. Mas tem coisas extraordinárias, como transplantes e a própria oferta de medicamentos de alto custo. Têm locais em que a atenção básica é também maravilhosa. As pessoas têm os serviços que procuram de forma regular, tem o médico e tudo isso, mas tem lugares... Acho que a maior parte ainda tem uma certa dificuldade no que está relacionado à oferta de recursos, a falta permanente de profissionais, a uma rotatividade muito alta, enfim problemas que tem que ser resolvidos. Mas agora a partir

da privatização eu prefiro que pergunte a outras pessoas que entendam melhor sobre o assunto.

DANIELA: Como você vê hoje em dia as políticas públicas de saúde? Pode ser a partir da gestão do Padilha. A gente vai fazer 25 anos do SUS ano que vem.

SARAH: Eu me preocupo dar uma resposta um pouco superficial sobre o assunto. Eu tenho trabalhado com exclusão social, pobreza, saúde ou com participação social, conselhos de conferência, então a parte do SUS e das políticas públicas eu não tenho feito acompanhamento que me deixa muito à vontade para responder. Penso que tem uma característica que eu botaria pelo menos na mesa para discutir que é se desligar um pouco da sociedade, do contexto social, para a questão mais técnica e gerencial. E isto me incomoda muito porque eu fico achando que as pessoas – a gerência é claro que é importante, fazerem as coisas funcionarem, tem que fazerem as coisas funcionarem, não estou discutindo isto – mas é como se perdesse um pouco a perspectiva de onde a gente quer chegar quando a gente fica só neste miolo e esquece do cidadão, das famílias, das pessoas, das condições sociais onde eles moram. Então, por exemplo, o Plano Brasil Sem Miséria, que é uma grande política social, quando você vai ver a parte de saúde dele parece, quer dizer o próprio plano, o desenho é quase uma aranha com múltiplas patas, sei lá, 8-10 patas, nem sei se aranha tem tantas assim. A própria saúde é um conjunto de patas, 4 ou 5 patas perdendo a característica essencial que seria da integralidade política se saúde. E, por exemplo, diz assim, acesso aos medicamentos. Em vez de ser vamos difundir o programa de saúde da Família, ou a estratégia da saúde da família, para que pessoas inseridas na saúde da família tenha acesso a medicamentos. Fica a saúde da família por um lado e o acesso a medicamentos por outro. É tem uma grande fragmentação. Acho que é isto, neste sentido que a política de saúde perde por estar muito focada nos aspectos técnicos e gerenciais e estar desconsiderando o contexto social mais amplo, quer dizer, o fato de ter vários grupos sociais, grupos de pessoas que vivem em extrema pobreza, gente que é pobre. Agora tem esta mania que somos todos da classe média o que sinceramente não dá. Não dá. Tem gente que está no limiar da pobreza e que se ficar doente e não puder ir trabalhar, mesmo sem emprego formal ele vai cair na miséria de novo. Então acho que desconsidera este lado e desconsidera o indivíduo, o cidadão, a pessoa, a atenção àquela pessoa no seu local de moradia e de alguma forma se junta de aspecto social mais geral com o cotidiano das pessoas. Esta

seria minha análise que eu sinceramente, apesar de ter falado um bocado, não queria estender muito nisto porque eu não tenho acompanhado e não estou envolvida.

DANIELA: Tudo bem. Eu fiz esta pergunta justamente pensando nesta direção que você respondeu, porque me assusta pensar no percentual de pessoas que não tem saneamento básico ainda hoje. Então acho que dissociaram a ideia de saúde do que está na contido na Constituição. E quando falo isso, não precisa nem ser a do SUS, a própria Carta de 88, com sua concepção de saúde num contexto mais amplo, que envolve não só você não estar doente como outros elementos que dizem respeito a saúde.

SARAH: Realmente. E isso é muito importante. Na 8ª Conferência foi o conceito ampliado de saúde. Depois da carta de Otala vai fazer um conceito ampliado. Mas nós já tínhamos feito aqui. Dizendo que a saúde depende de condições de vida que envolve uma série de... E nunca se conseguiu avançar na política inter setoriais tem muito uma coisa assim se a saúde propõe é considerado que a saúde é imperialista, que está querendo impor os seus parâmetros para os outros setores. Então fica um com seu micro poder, quer dizer em termos ministeriais pode ser macro poder, mas não quer dividir nem dinheiro, não quer dividir estratégias, não quer dividir responsabilidades. Então tem certas coisas que não adianta: você vai concertar aqui, vai arrebentar ali. Então você bota a equipe da saúde da família aqui, e não tem saneamento, aí não adianta você ficar enxugando gelo, né? E isso é uma coisa que acontece.

ENTREVISTA SONIA FLEURY

DANIELA: Você acha que é possível a gente dizer que no começo do século 20, com a revolta da vacina e as políticas de urbanização do Rio de Janeiro, a gente tem um primeiro movimento sanitário, uma primeira reforma sanitária? Acha que é possível afirmar isso dessa forma?

SONIA: Eu já vi essa tese. Acho ela muito própria do pessoal da Casa do Oswaldo Cruz, que defende essa ideia. Ou seja, são historiadores que estudam o princípio do século. Mas eu penso que a ideia de movimento sanitário, embora este na segunda fase também fosse um movimento que tivesse uma forte composição de profissionais, mas ele difere muito do início do século, porque os formadores do início do século se colocavam numa posição técnica. Mesmo que exercendo poder de polícia ou o que seja, mas eles não se articulavam com a sociedade. Ao contrário. Então, eu acho que a ideia de articulação como um movimento político, não só exclusivamente técnico, ela só ocorre nessa reforma sanitária. Por isso eu sou completamente contrária em dizer que aquilo era reforma sanitária.

O que eu reforço o termo é que até é cunhado na Itália, nós nos apropriamos dele para mostrar exatamente que não era um movimento de sanitarista... Era um movimento político, que queria fundamentalmente transformações democráticas, nos quais a saúde entrava com a sua parte. Mas ele se caracterizou como movimento político, não como movimento técnico.

DANIELA: Então, nesse sentido, onde se encaixa a revolução de 30 e toda a Era Vargas, com as políticas ditas sociais, mesmo que na verdade fossem muito mais uma forma de maquiar uma outra coisa que estava por trás, uma outra questão...

SONIA: Acho que não eram políticas sociais, mas eu estou dizendo, elas não tinham caráter de reforma política. Elas, ao contrário, eram uma atenção às demandas sociais vindas do poder estatal e não vindas da sociedade.

O que aconteceu aqui no Brasil e desmentia um pouco a ciência política oficial daquele momento, era a ideia de que as grandes mudanças de política social só podiam ocorrer com ditadura, só ocorriam com ditadura.

O que aconteceu na Assembleia Nacional Constituinte, nos anos 70, e tudo mais foi exatamente o contrário, porque foi talvez um dos únicos movimentos, pelo menos que eu conheço, reformadores, políticos e de transformação, que, com reformas institucionais, foi desenhado pela sociedade. Não foi nem pela burocracia internacional, nem pelos tecnocratas. Foi a sociedade sim que desenhou esse projeto e, claro, em articulação com a burocracia que participava, mas participava como sociedade desses movimento também. Então, eu penso que é uma coisa que diferencia esse momento totalmente dos anteriores.

DANIELA: Você participou de forma ativa da constituição do campo da saúde coletiva no Brasil e depois foi uma liderança dentro do CEBES e da ABRASCO. Partindo-se desta perspectiva, de um olhar de quem estava ali, qual o papel que você acha que a *intelligentsia* teve nesse processo?

SONIA: O que você chama de *intelligentsia* primeiro? Nós nos considerávamos intelectuais orgânicos.

DANIELA: Isso, justamente. Num sentido mais gramsciano.

SONIA: Nós nos considerarmos intelectuais que estávamos vinculados a um projeto de poder popular. Na verdade, como intelectuais, a gente tinha relações mais com os setores populares, através da militância política partidária, os partidos clandestinos. Ou seja, como *intelligentsia* a gente atuava como acadêmico e tudo mais. Mas foi fundamental. Esse projeto todo da saúde coletiva, ele é gestado numa revisão, numa crítica à medicina tradicional e às práticas sanitárias políticas tradicionais. Começa em Campinas e depois vai se expandindo por vários outros locais. Na Bahia, em todo lugar.

Era aquele jeito de revisão mesmo, com a criação dos departamentos de medicina preventiva, medicina comunitária.

A tese do Arouca é um marco nesse sentido, de mostrar o limite que tinha você pensar só até a prevenção... Mudar a medicina tradicional pensando que você ia fazer uma medicina preventiva, mostrando exatamente isso como um processo político do capitalismo monopolista. É uma outra inserção da discussão.

DANIELA: A Sarah Escorel fala numa entrevista que existia uma divisão de um movimento muito forte, que era entre as pessoas que eram mais favoráveis, em geral as

pessoas do partidão, que eram mais favoráveis a uma ação institucional por dentro do Estado, e as pessoas que achavam que não, que se elas passassem a contribuir de alguma forma com o Governo que elas iriam estar jogando o jogo da Ditadura.

SONIA: Isso teve muito sim porque, e eu acho que isso até, infelizmente, não é reconhecido no Brasil, a importância que teve o Partido Comunista Brasileiro para a construção do projeto democrático, porque o partido já nos anos 60, no final dos anos 60, no 6º Congresso, fez a opção pela via democrática. Ao fazer isso uma parte dele foi pra guerrilha...Marighella saiu... Enfim, ouve essas divisões dentro do Partido.

Mas a opção do partidão foi uma opção reformista institucional, de transformação. E é claro que as pessoas que vinham mais ligadas a uma outra corrente de movimentos sociais, de onde vem o PT, elas tinham uma visão muito crítica disso. Então essa minha discussão com o Gastão é bem isso: reforma, revolução, se era um reformismo, se não era. Enfim, tem toda uma discussão estratégica e política que rolou entre nós. Mas o CEBES era um ponto muito importante de permitir esse tipo de debate. Era possível a gente ter a diferença, e a diferença está colocada em termos teóricos, termos políticos. E isso estava lá. Tem réplica, tem tréplica, todo mundo leu, todo mundo discutiu.

DANIELA: Sim. E mesmo sem concordar com o partidão fazia parte do CEBES. Não tinha uma questão partidária.

SONIA: O CEBES foi criado por pessoas... O Davi Capistrano, né? Que criou. Era uma liderança do partido, mas o primeiro presidente que era o Zé Rubens, não era do partido, por exemplo, nunca foi. Então sempre teve gente que era e gente que não era. Os dois juntos criam isso. Agora, havia uma hegemonia do partido. No momento que eu trabalhei no CEBES havia. Agora, havia pessoas que não eram, havia pessoas que eram contrárias, que tinham posição de crítica e tudo mais, e outras que eram mais simpatizantes. Tinha variadas figuras ali, mas havia uma hegemonia do pensamento mais comunista do partido.

DANIELA: Você falou do Capistrano, isso me fez pensar que depois da eleição de 89, muitos desses atores, por exemplo, o David Capistrano, que vai para a Secretaria de Saúde de São Paulo, o Zé Noronha para a Secretaria aqui do Rio. O Capistrano na verdade de Santos. O Noronha aqui do Rio. Entre outros, acho que de Niterói também.

Enfim, que muitos desses profissionais que eram militantes da saúde foram para o quadro institucional do Governo...

SONIA: Isso ocorre massivamente na fase da transição democrática e tudo o mais, mas você não consegue ser sanitarista e fazer um processo de transformação sem estar próximo de alguma maneira do Governo. Por exemplo, essa foi uma das questões que o movimento sanitário enfrentou e enfrentou muito bem. Porque nós temos uma coisa que é o movimento sanitário, outra coisa que a gente chama de Partido Sanitário. O Partido Sanitário é a organização mais fechada, mais orgânica, mais diretiva de tudo isso. Então, a primeira reunião do Partido Sanitário, o Arouca convoca com essa questão: não dá pra ser sanitarista. Você vai ter emprego aonde?

Na medida em que o SMI começou a pedir ficha de todo mundo, de reprovação, vários companheiros nossos perderam o trabalho. O caminho natural seria o exílio, então essa reunião é convocada porque já tinha pessoas que tinham um certo poder, ou seja, dentro da universidade ou em organismos internacionais, tudo o mais. São dois dias de reunião. Essa reunião ocorre numa situação de clandestinidade, cada pessoa chegando a cada quinze minutos. Durou uma manhã inteira pra reunir um grupo relativamente pequeno. E depois, no outro dia teve que ser na minha casa, porque não podia ser dois dias no mesmo lugar senão a polícia vinha e tal.

Para discutir a seguinte questão: como enfrentar a questão da repressão sem desmontar todo o nosso grupo e organização.

DANIELA: A própria AI, né? As AIS começam a se... A organização integrada da saúde...

SONIA: As AIS, as AIS... Não tem nada ver com isso. Isso aí é outra coisa. Isso aí foi um movimento da clandestinidade, não tem nada a ver com constitucional.

É pensar como manter essas pessoas. Nós mantivemos as pessoas aqui trabalhando como consultores num projeto aqui, outro ali, durante anos e ninguém se exilou. Deste grupo não houve exilio. Isso foi muito importante pra manter a inteligência desse setor.

Então uma primeira coisa é isso: esse grupo, por essa experiência partidária – isso não era porque era intelectual não, era porque era partido, se não fosse o partido e a experiência de partido, você não faria esse tipo de organização. Como é que nós vamos

segurar os companheiros e não sei o quê. Claro que tem a questão da liderança pessoal do Arouca que transcendia qualquer partido. Mas nós nos agregamos e mantivemos aquele negócio. Então essa parte do orgânica eu acho que ela é fundamental.

A outra parte é essa parte da estratégia institucional, em que sempre se privilegiou em manter essa estratégia, mas ela é anterior a essa transição. Ela começa lá no início dos anos 70. O governo, nos anos 70, as prefeituras municipais que tinham ganho, onde o PMDB tinha ganho, Campinas, Niterói, já foram formas de experimentar. Mas antes disso, por exemplo, os departamentos de medicina preventiva já tinham sempre uma tentativa, uma área de experimentação, como tinha lá em Campinas. Depois a polícia fechava e o pessoal tinha que ir embora e tal. Mas sempre foi muito ligado à produção de uma ação na realidade. Isso diferencia muito de inteligência em geral. Não era a inteligência que só fica pensando o projeto. Era uma inteligência que testou o projeto o tempo inteiro onde houvesse espaço pra isso.

E acho que isso distingue muito o movimento sanitário, assim como essa outra feição orgânica dele. Os outros grupos intelectuais criticavam o governo, mas ninguém estava projetando como nós vamos fazer. Por exemplo, o Projeto Montes Claros, que foi o projeto mais importante de experimentação desse modelo, ele é feito durante a maior ditadura. E o projeto naquele momento era bem diferente do que ocorreu, por exemplo, em relação à participação popular e coisas que foram mudando e sendo pensadas técnica e politicamente. Nos espaços e nos interstícios onde dava, né? Onde dava era lá em Montes Claros porque o financiamento era internacional, porque estava no fim do mundo e ninguém sabia.

DANIELA: Eram planos estratégicos que deram a forma, digamos assim, pra reforma sanitária.

SONIA: Esse plano estratégico estava centrado em três bases: a produção de conhecimento, porque é impossível transformar sem conhecer, então nós não éramos contra o Estado, nos queríamos antropofogizar o Estado, nós queríamos comê-lo, entender pra poder transformar. Então houve uma produção acadêmica de conhecimento do Estado na área de saúde e de previdência de grande valor nessa época.

A outra era a prática institucional, como manter as pessoas aqui, como abrir espaço, ocupar todos os espaços possíveis.

O terceiro era a discussão política. A reflexão política engajada dentro dos partidos clandestinos, dentro do CEBES, que refletia...

Essas três coisas nunca estiveram dissociadas. Então não era só uma estratégia de ocupar espaço. Nunca foi.

DANIELA: Você acha que eu posso dizer, por exemplo, que o fato do movimento pela moradia, nessa época também muito forte, não ter obtido o mesmo sucesso e depois ter ficado esvaziado, ter sido falta da combinação desses elementos?

SONIA: Eu não vi nenhum grupo que tivesse essa coesão e a capacidade de se manter durante todos esses anos. Não conheço na história do Brasil, acho que é uma particularidade muito grande deste movimento. Acho que em parte tem a ver com o fato de evitar o exílio, evitar que as pessoas saíssem e conseguir manter as pessoas aqui no Brasil mesmo quando elas não podiam ter emprego no Estado acho que foi fundamental. Eu acho que essa experiência de organicidade do partido comunista, de que isso é um coletivo e nós precisamos mantê-lo como coletivo, passava por cima do que é típico do trabalho só intelectual, que é a inveja, a projeção de um sobre o outro e tudo o mais. Essas coisas eram minimizadas pela força da organicidade partidária. Embora isso sempre existiu e tudo o mais, eu acho que tinha essa coisa.

Eu acho que tinha essas coisas, talvez, que fizeram com que a intelectualidade agisse como um grupo, um coletivo como um todo.

DANIELA: Você foi uma pessoa que participou do processo da Assembleia Nacional Constituinte de dentro mesmo. Você concorda com a afirmação recorrente que a estratégia de briga entre os progressistas e os conservadores acabou por esvaziar muito do conteúdo originário do que os sanitaristas pretendiam e que a ala progressista teve que ceder muito em função dos recursos utilizados, não só pelo Ulisses, mas também pelos relatores e pela forma como eles se articularam?

SONIA: Não, eu não concordo, porque como eu te disse, o documento original, o ponto político nosso original, que foi um documento que nós levamos em 78 no Primeiro Simpósio de Saúde da Câmara, em nome do CEBES, esse documento continha o desenho do sistema que está na constituinte. Eu tenho ele lá no meu artigo na bimensal de democracia provando isso. Abre lá o documento e está lá na abertura do CEBES e ele está lá, qual é a diferença e a qual a junção.

Então não houve essa perda. Eu acho que ao contrário. Entendo que o que houve foi um ganho maior que as nossas próprias forças, porque nem nós sabíamos que teríamos essa condição.

O que que a gente perdeu ali que não entrou, definitivamente que a gente perdeu: a parte de medicamentos, porque, claro, eram multinacionais, aí o próprio Governo recuou diante da força delas. Tem sido até hoje, um problema, esse domínio das multinacionais pra produção de insumos, não é isso? E a saúde do trabalhador. Essas duas áreas foram eliminadas do projeto original. Essas foram perdas importantes, onde estava a burguesia industrial de um lado e o capital internacional do outro.

Agora, o nosso inimigo imediato, que era o setor privado de saúde, ele era muito dependente da política pública, mas ele não conseguiu propor um projeto alternativo. Ele cresceu foi depois mais fortemente, mas ele tinha crescido na época do governo militar, na previdência social. Mas era extremamente depende da própria política pública, então era um inimigo mais frágil, que a gente com um projeto, tipo com um *briefing* assim, né? Chegou com um projeto mais pronto e articulou aquilo de uma tal forma que no fim... Eu não me lembro mais, um dia alguém estava lembrando disso que o relator disse... "mas como que é isso que no fundo todo mundo falou a mesma coisa? Todo mundo só fala isso? Onde é que vocês decoraram isso?", entendeu? Porque é diferente, todo mundo chegava e falava.

Agora, teve tensões? Teve, claro, porque nós montamos as Ações Integradas de Saúde, as AIS, né? As AIS foram esse primeiro momento de racionalização, a crise na previdência dos anos 80, a crise financeira, e a previdência tinha compromissos contratuais de pensões e aposentadorias. Então onde é que vai reduzir? Na saúde. Mas como reduzir com o modelo privatizador que ela mesmo tinha criado? Não tinha solução. Aí, ela chama os planejadores, os racionalizadores para diminuir os custos. E é aí que eu te digo, o chamado é para limitar a isso, mas a estratégia que foi adotada ali é a estratégia da reforma. Ou seja, ao criar a integração, como sendo a única forma de baixar os custos, porque a Secretaria de Saúde estava completamente ociosa e sem dinheiro, você revitalizou o setor público, com o dinheiro da previdência, e, por outro lado, você começou o germe do SUS, da integração, porque a ideia de que se o serviço da previdência podia recusar um paciente não previdenciário, ao contratar a Secretaria já não podia mais, porque ali que atendia todo mundo.

Então a universalização começa a integração pela crise. Mas é aquela direção estratégica. Podia racionalizar custos de outras formas – se você não tivesse essa estratégia muito clara de que nós estávamos fazendo disso um trampolim pra universalizar e pra unificar.

E depois teve o desdobramento disso que foi o SUDS, que foram sistemas já descentralizados pro nível do estado.

E nesse momento já da Assembleia Constituinte, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, tudo isso... Nós, como grupo coletivo, já ocupávamos dois espaços que institucionalmente eram antagônicos: ocupávamos a previdência na área de saúde e ocupávamos a FIOCRUZ, que era o Ministério da Saúde. Dois templos de inteligência e de poder na área da informação sanitária. E essas duas instituições se opunham como projeto de integrar. Então, nós tivemos inúmeras dessas discussões que eu chamei de Partido Sanitário. Aí já não eram clandestinos, era quase uma peneira, já eram nos hotéis e tal, porque já tínhamos algum poder e podíamos, no qual o racha entre nós estava configurado.

DANIELA: Eu conversei recentemente com o Noronha e ele fazia parte das pessoas que queria de fato uma previdência.

SONIA: Exato, porque esse grupo passou a ver o projeto pelo olhar da instituição, então achavam que o ministério não tinha condições de absorver o INAMPS, e que então era melhor ficar a unificação através de manter o SUS, não sair do SUS. Ou seja, a previdência recebia a grana, comprava os serviços das secretarias, e aí nós ficávamos da integração, nesse nível estadual. Mas não um sistema nacional, com uma linha própria que não fosse a do INAMPS.

Então houve essa tensão muito forte entre os dois grupos, foi discutida inúmeras vezes, em inúmeras reuniões muito difíceis, e a gente conseguiu se manter junto mesmo assim. Mas não foi fácil.

DANIELA: Uma outra pessoa que eu conversei e que me falou a respeito – que era uma defensora da previdência também, embora eu não saiba nesse contexto se era uma pessoa que militava – é a Maria Lúcia Teixeira Werneck Viana. Ela me falou que achava que uma das coisas que prejudicou, no caso da previdência, foi que as pessoas privilegiavam seus setores, os setoriais. Então, quem era da saúde, se fechou muito na

questão da saúde. Falou de outros casos, mas como a gente está falando da questão da saúde...

SONIA: Na verdade, houve. Eu acho que a Maria Lúcia deve ter participado disso muito recentemente, mas ela tinha as informações do irmão dela, o Aloísio era de lá, né?

E eles tentam realmente dar um golpe. Em dado momento, estávamos numa, isso está numa revista do CEBES, numa mesa redonda sobre a Assembleia Nacional Constituinte, em que estamos eu, o Eduardo Jorge, que era constituinte, e mais alguém que eu não me lembro. Outro dia, estávamos rindo dessa história, porque aí alguém conta lá que os projetos desapareciam, até que num dado momento o projeto do SUS desaparece e fica o projeto da Previdência Social. Isso foi um golpe que deram lá dentro, da Previdência, os nossos companheiros (...). E nós conseguimos reverter, tínhamos força pra reverter. A gente ficou lá denunciando isso, lá nessa mesa redonda...

Tem uma outra discussão minha grande também, que é essa questão do centrar só o olhar do próprio ministro da saúde e tal, com o Eleutério, que foi um dos mais importantes da luta aí. Porque eu não fui assessorar a Assembleia Nacional Constituinte na área da saúde, eu fui na área de seguridade. A Previdência, esse modelo da Assembleia Nacional Constituinte, de comissões e subcomissões, depois tinha e saiu no relatório final, eles focaram a ideia da seguridade social, mas com dois pilares só, que era saúde e previdência.

Eu entrei assessorando o Senador Almir Gabriel, comecei na previdência e saúde, depois passei pra área de seguridade, e aí eu me distanciei dos meus companheiros da saúde por uma questão técnica, ou seja, eu passei a ser defensora da seguridade social, enquanto eles achavam que a seguridade social era uma maneira do pessoal do Ministério da Previdência dar um golpe pra colocar tudo num grande ministériozão que eles fariam. E era. Hoje eu reconheço, que pra quem estava na luta, como o Eleutério, que tinha razão, mas tecnicamente não tinha. Então eu briguei rigorosamente com todo mundo, mas publicamente nos debates, e defendendo a seguridade.

DANIELA: Mas isso, eu acho também, que foi um ponto forte de vocês, porque vocês tinham todas as frentes. Então, lendo, por exemplo, aquele livro do Pilatti sobre a Assembleia Nacional Constituinte, ele vai falar justamente isso: que muitas das vitórias

progressistas se davam porque os projetos eram apresentados em várias instâncias, em várias mesas, então perdia em uma, mas ganhava em outra.

SONIA: Tinha planejação política, né? Tinha projetos pra coordenação política e vamos que vamos. Mas tinha uma discussão entre nós muito grande. O governo sanitário com a previdência social, que também era governo sanitário. Tem um artigo ótimo do Saraiva, entre esses que eu falei que nós escolhemos, na parte de estratégia tem lá o Saraiva que foi Ministro e que foi também da Previdência nessa época, e que ele põe lá "o INAMPS o vilão da reforma sanitária", então é isso que se discutia, se eles estavam sabotando ou se eles estavam implementando pelo lado deles.

Isso tudo era discutido. Isso fazia parte da política, discutir e tentar construir a partir disso. Máximos denominadores comuns, mínimos denominadores comuns. Mas eu era expert em seguridade, entrei por causa disso. Poucas pessoas já tinham estudado seguridade aqui no Brasil, não existia essa área, nem a disciplina, política social, nada, área de concentração nem nada. Tinha publicado a minha tese sobre isso. E, inclusive discuti também com o próprio relator, com o Almir. Eu disse, "olha, Almir, não pode haver seguridade sem ter área assistencial", e ele dizia, "isso não existe na Assistência Social, não tem nem definição". E nós brigamos tanto que um dia ele disse, "se você conseguir definir, eu ponho isso".

Então quer dizer, a Isis Possati, que é uma grande intelectual da área de assistência, ela sempre, quando alguém fala em assistência e serviço social, ela diz: "ah, mas se entrou, o que entrou foi por causa da Sonia".

É uma brincadeira de verdadeiro e falso, porque na verdade entrou porque eu estava lá, entrou porque eu era especialista, entrou porque eu tinha uma conexão forte com o movimento do serviço social. E eu, ao mesmo tempo que coloquei isso lá dentro, eu chamei o movimento, que já estava fortemente organizado, e a ideia de que aquilo era um direito e não uma benesse. E, a partir daí, eles não conseguiram tirar mais. Tanto que eles eram tão imaturos como movimento, que eles copiaram todas as do SUS ali. Agora é que o SUS está começando a ter uma identidade própria, mas foi copiado, faltava uma identidade.

DANIELA: Em 2006, você afirma em um artigo que a reforma é uma via de mão dupla entre o abstrato e o concreto. Nesse embate, você acha que eu posso afirmar que quando

os movimentos sociais conseguem se unir em torno de uma pauta única, eles têm de fato mais poder?

SONIA: Eu acho que isso é muito pouco. Eu estou te dizendo, eu acho que é preciso não só se unir, mas ele ter um projeto absolutamente consistente de transformação. Não adianta só se unir reclamando, você tem que saber como que você vai querer transformar. Se você não souber isso...

Eu acho que não adianta se unir em torno de uma reivindicação muito genérica. Tem que sair desse abstrato, baixar nesse concreto que é a prática política, que é o projeto transformador no concreto. E tem que ter organização, muito forte, que consiga agregar, porque ela é essa união em torno de valores e... E também ela precisa de um nível de organicidade. Eu acho que isso é preciso considerar e é muito pouco considerado. E uma produção teórica, uma práxis política e teórica crítica o tempo inteiro pra refletir sobre isso. Então, se a gente não tiver essas duas coisas, se só em torno do abstrato, é muito pouco. Eu vejo isso.

DANIELA: Nesse sentido, a 14ª Conferência Nacional de Saúde, em 2011, parece ter apontado em direção a um debate muito grande em torno da ideia de que estava acontecendo um desmonte do SUS. Você concorda com isso?

SONIA: Eu acho que desde o primeiro dia. Quer dizer, eu penso que tem as contradições que são inerentes ao processo reformador e tem as outras que são contingentes. Quais que são inerentes? Eu tenho um artigo que foi publicado, depois você pode olhar na internet, é que me ocorreu, está lá, não sei o que lá de valor público, está lá na revista Nação de São Paulo, o Lúcio Cais também...

A ideia de que o movimento de reforma tem três linhas que podem estar sinérgicas, concomitantes ou antagônicas. Que tem um momento que é o momento da subjetivação que eu falo, da construção do sujeito. Que é isso um pouco do que você está dizendo, que é um projeto, um sujeito coletivo e tudo o mais. O movimento tem que ser constante também, mas desde o momento em que ele predomina. Teve um momento que era da constitucionalização, que a ideia era não só da norma legal, no sentido constitucional, mas também de todas as outras. Quer dizer, como se transformar em lei. E o momento da institucionalização.

Essas três coisas podem estar próximas, juntas, ou uma contra a outra. Eu acho, por exemplo, a hipertrofia de qualquer um deles, atrapalha o outro. Se você ficar só na subjetivação, você não consegue mudar as instituições, você vai construir o sujeito sem conseguir mudar o mundo. Se você hipertrofiar a institucionalização, vira burocracia. Com fins normativos, para o cotidiano, que seja. Que foi um pouco o que a gente passou. Isso são questões inerentes à própria teoria da reforma, sem que alguma maneira esteja desenvolvendo.

Agora tem o problema das contingências. As contingências foi o fato de que a Constituição, o próprio Presidente Sarney disse no dia seguinte que o país estava ingovernável com aquela Constituição. Eles querem governar. E o sujeito falou assim...

Agora o que era ingovernável? O que era ingovernável era o direito social. A ordem social tem o mesmo valor que a ordem econômica, coisa que nunca tinha acontecido em Constituição nenhuma, não tinha nem capítulo de ordem social. Então isso que era não governar. E aí realmente é o momento da crise econômica, é o momento da hiperinflação e do pseudo predomínio do pensamento liberal, e do ajuste fiscal e tudo isso que vai concorrer para minar as bases das reformas. Tiram dinheiro, o Ministério da Saúde faliu em 93. Nenhum Ministério já faliu aqui no Brasil, esse foi o único. Quando passou o INAMPS passou-se toda a responsabilidade, todas as questões, mas não passou o dinheiro, nenhum recurso. Então não foram cumpridas. Essas coisas não são história nem nada disso. Eles tiveram que pedir dinheiro ao FAT emprestado pra poder pagar as contas.

A outra questão, o modelo de atenção que nós pretendíamos na reforma, de alguma forma ele é subjetivo pela própria integração, porque o que nós temíamos que acontecesse tudo lá dentro, o que nós temíamos que acontecesse tudo para o INAMPS, que era o modelo de medicina curativa, muito ligado ao setor privado e tudo o mais. Ele, de alguma maneira, é o que a gente chama de ‘inampizou’ o ministério da saúde. O Ministério recebeu uma carga maior do que a sua própria capacidade. E aí passou a gerir dentro da máquina que era o próprio INAMPS. Ou seja, já naquele momento, 70% dos leitos hospitalares eram privados. Ou a gente comprava, ou você não universalizava. Não era o que se pretendia, era um setor público mais forte e tudo o mais. E o dinheiro aí, a máquina vai rodando. A especialização e tudo mais.

Então a reversão disso demora muito tempo. Até hoje ela está por ser consolidada. E durante esse tempo, o setor privado percebe claramente que o SUS veio para ficar, então melhor que o recurso do SUS vá para eles. Então, em vez de combater o SUS como eles fizeram na Constituição, na 8ª Conferência que eles nem foram, foram convidados a participar e não foram, a partir daí eles passam a disputar por dentro do SUS. E isso tem sido a luta da gente agora.

DANIELA: E isso faz também com que eles percebam que o público do SUS não era necessariamente o mesmo público deles, porque a quantidade de planos de saúde que a gente tem...

SONIA: E eles não têm nenhuma capacidade de crescer mais do que 25%, a não ser através do Estado. Então eles já chegaram ao limite. Não tem nenhum lugar na América Latina em que o setor privado, com planos e tudo, alcance mais de 25% da população. E não são países de classe média desse tamanhozinho. Então, na verdade, o que eles estão fazendo é, por exemplo, em São Paulo, recorrendo também às OS's. Dirigir pra poder ter recursos do Estado. Então eles estão se expandindo através do Estado. É o Estado que dá plano de saúde pros seus próprios funcionários, o governo nacional tem planos de saúde. É abater recursos da classe média no Imposto de Renda, de tal forma a subsidiar que a gente tenha plano privado. Então são muitos canais que fazem o dinheiro ir na direção do público pra privado. Então, na verdade agora, nos últimos anos, a gente teve seminário no CEBES, lá e tal, e a tese que eu defendi é isso, quer dizer, agora não é discutir se é a favor ou contra o SUS, porque hoje todo mundo é a favor do SUS, inclusive o setor privado. Pode prejudicar e denegrir pra manter desse jeito – na novela, ontem, aparece o pessoal morrendo e tal – mas eles não estão longe mais, eles querem o recurso público. Então pra nós, hoje, é defender a primazia do público e não do privado dentro do SUS.

DANIELA: Você acha que os movimentos pela saúde estão enfraquecidos?

SONIA: É isso que eu te falo, a institucionalização, ocupar, a estratégia de ocupar, ela é sempre uma estratégia... O retorno disso... Ela tem consequências muito grandes, ela perde contato, às vezes, com as bases. Ela não ocupa os lugares estratégicos, pensa que está ocupando, mas na verdade não ocupa, então legitima, mas não transforma. Então essa dialética ali dentro é muito difícil, você tem que manter essa permanente discussão política e ela nem sempre tem sido tão fácil assim.

DANIELA: Mas há uma luz no fim do túnel pensando no atual modelo?

SONIA: Eu penso que sim. Nas últimas vezes, os últimos ministros, todos eles foram presidentes do CEBES.

DANIELA: O Padilha também foi presidente?

SONIA: Não foi presidente, mas ele era cebiano jovem, né? Os mais jovens ali são todos do movimento sanitário. O Odorico, que está lá, que faz mesmo a cabeça do... E todos eles eram do CEBES, eram cebianos.

Então é uma geração que se fala. Que se fala e se bate também, que discute e tal. Talvez hoje a gente tenha muita gente dentro das instituições e pouca gente mais vinculada aos movimentos. Então, por exemplo, quando eu refiz a refundação do CEBES foi nesse sentido de fortalecer a sociedade civil, porque eu falei já chega de institucionalidade. Aí dentro o limite está muito gasto. Ou a gente vai pra luta na sociedade de novo... E aí a gente rearticulou, como todos os outros grupos na área de seguridade social, nós conseguimos fazer uma luta importante contra o projeto do Lula de reforma tributária, porque acabava com as vinculações pela seguridade social. E a gente expôs no Congresso, a gente fez audiência pública, eu falei, briguei com as economistas lá, ou seja, eu falei em nome da sociedade civil, pela CNBB, pelos vários movimentos. A gente teve uma articulação completamente diferente, não esta na área de saúde, está na área já da seguridade social, tentando defender a seguridade que está sendo constantemente ameaçada.

Então tem a luta da saúde, tem essas outras articulações, tem o pessoal do movimento popular na área de saúde, que é uma outra linha mais política, mas que está dentro do CEBES também, tem lugar no CEBES.

DANIELA: Que é este movimento que viria pela via do Fórum de Saúde aqui do Rio, por exemplo?

SONIA: Fórum de Saúde... Eu não sei o que é o Fórum de Saúde. Ah, eu já sei, é o da Maria Inês. A figura mais proeminente disso tudo é o Eimar... É o Eimar, é o Mourão que tem uma linha assim que questiona mais. Mas o que nós fizemos quando a gente... Na minha posse lá no CEBES, o Eimar estava lá, e disse que “isso em si eu acho que

não vai mudar nada", esse tipo de coisa... E o que nós fizemos foi convidá-lo a participar da próxima direção. "Então vem pra cá tentar mudar junto com a gente".

Então, esse tipo de atitude que é comum na nossa área, não é comum nas outras áreas. Ao invés de excluir o que estava batendo na gente, falamos vem e vamos tocar, ver se a gente consegue fazer alguma coisa. O Eimar participou da diretoria seguinte, é acusado de ter sido, de ter batido pesado uma vez. O Márcio que foi companheiro nosso também do CEBES, do partido, de tudo, agora está no PSDB. O Galhardo, depois que eu tomei posse, fez uma crítica extremamente dura ao CEBES e às suas decisões, porque está noutro tipo de posição.

E é uma maneira de ser de um grupo que se conhece muito e se gosta muito, porque eu liguei pro Márcio e disse: "Olha, querido, vou bater pesado. Porque eu não tenho outro, como instituição você me bateu, não sou eu, é o CEBES". Porque eu fiz uma carta, assim, horrorosa. Ficou todo mundo horrorizado. "Como eu podia fazer isso com o Márcio"? E nós dois estávamos muito bem. Então tem uma maneira de fazer política, que é buscar convergência e tudo o mais. E tem limites muito grandes, né? E eu penso que, hoje em dia, as coisas são mais complicadas.

DANIELA: Você acha que com as UPAs do Governo Dilma, começa com Lula e que continua com esses programas de aceleração do crescimento entre outros programas, a gente poderia dizer que está vivendo um terceiro momento de reforma sanitária, uma terceira tentativa?

SONIA: Esse é o discurso do PSDB. Você pode assistir essa discussão, ela está no Instituto Fernando Henrique Cardoso, no site do Instituto Fernando Henrique Cardoso e no meu também, ali da Fundação. Mas tem o link para o site, porque foi promovida pelo Instituto Fernando Henrique Cardoso.

Foi aqui na fundação e estávamos eu na mesa, o Secretário de Saúde Municipal de São Paulo e o Secretário de Saúde do Rio de Janeiro, que é um brutamontes o do Rio de Janeiro. Mas o de São Paulo não, porque ele é companheiro nosso da reforma, desse grupo que foi chegando pro PSBD.

DANIELA: Januário Montone, né?

SONIA: É. Então ele faz uma provocação desse tipo, dizendo assim: “a Sônia foi líder da primeira e da segunda reforma sanitária e eu vou fazer uma provocação aqui, eu te convido a liderar também a terceira reforma”. E aí a ideia era essa, quer dizer, sempre existiu, desde as filantrópicas, sempre existiu relação entre o setor público e privado, o que não existia era controle, do ponto de vista e hoje eles têm capacidade de contratar, controlar e ver o público e tal. E que, portanto, esses dois temas se sobrepõem. Para eles, enfim, deve-se criar um sistema nacional, não único, de saúde. Um sistema de saúde nacional em torno do público e privado. Essa é a proposta deles.

É o André Médici do banco mundial, uma proposta que tem os seus intelectuais orgânicos que foram nossos. E que estão lá.

E aí, eu aproveitei isso, até escrevi, está na capa de jornal, se quiser compra o *Le Monde Diplomatique*, sobre isso.

Foi a partir dessa forma de pensar, né? Eu falei lá isso, eu falei lá: “você me desculpe, mas você estava naturalizando um fenômeno que é político.” Porque essa relação politizada, na América Latina inteira, ela não existiu como um mercado florescente, ela foi criada pelo Estado. Aqui, ela foi criada pela ditadura. A privatização foi criada pela ditadura, criando o setor privado de saúde que nunca existiu antes. Através de financiamento, altamente... da Caixa Econômica Federal e depois contratando com o mercado cativo do INAMPS. Assim como o Chile também, todo esse setor privado de seguro, que seja, foi criado em Estado. Então dizer que foi sempre natural não é a filantrópica, não é a Santa Casa da Misericórdia, isso é política pública de privatização. Nós tivemos ela antes do boom da privatização, nós tivemos ela com os militares, com o governo anterior.

Então, essa naturalização para... É uma falácia, é parte de uma falácia para chegar a consequência que eles querem: “sempre existiu, sempre existirá, portanto, vamos assumi-la”. E essa seria a terceira reforma. Isso é destruir o SUS.

Então tem duas coisas que eu escrevi recentemente, uma é esta que te falei, do *Diplomatique*. E depois, fazendo outra provocação, que está na revista do CEBES agora, que saiu.

Tá online, né? Que eu falei que a judicialização pode salvar o SUS. Porque ao contrário de toda a discussão que a judicialização estava acabando com o SUS, porque o poder se

sobrepõe aos executivos, protetores e amigos nossos. A tutela individual de pessoas de classe média, pra conseguir remédios, serviços em geral.

Hoje em dia, começa a predominar a tutela coletiva e tanto aqui quanto em São Paulo, os procuradores decidiram que os funcionários das OS têm que ser servidores públicos. Pode ter OS, mas os funcionários da saúde têm que ser do serviço público, ele não pode ser terceirizado. Porque hoje, eu estava conversando com um juiz que é do Conselho Nacional de Saúde. O Conselho Nacional de Saúde criou uma área só sobre saúde. Esse juiz é um juiz trabalhista. Ele está na mesma mesa que eu, eu não vou lembrar o nome. Ele é de Pernambuco. Ele disse: "hoje em dia, a área de maior precarização de vínculo de trabalho no país é a área de saúde". Então, por exemplo, a demanda de fiscalização, ela mudou. Antes ela era toda contra o SUS, agora já é contra os planos, contra as OS, contra os...

É uma coisa que hoje a justiça começou a tratar na tutela coletiva que eu acho que vai ser um aliado fundamental pra nós. Então revertendo a coisa, em vez de predominar a tutela coletiva sobre a individual. Afora várias outras formas de... Tem interlocução mais habermasiana entre executivo e judiciário, que está começando a acontecer como aqui no Rio.