

# A Trajetória das Lutas pela Reforma Sanitária

*The Route of the Fight for Sanitary Reform*

Mônica Rodrigues Costa\*

---

**Resumo:** Este trabalho contextualiza o conjunto das lutas por saúde que dão substância a luta pela Reforma Sanitária, sua referência são os movimentos sociais. Sua ótica é a da relação entre estes atores e a política de saúde, observando os cenários em que esta relação se desenrola, as estratégias adotadas para enfrentamento das problemáticas e a construção de alternativas ao sistema de saúde vigente. Com especial ênfase sobre os modelos de atenção a saúde, principal motivador das lutas por saúde, desde seu nascedouro.

**Palavras-chave:** modelo de assistência à saúde; movimentos sociais; reforma sanitária.

---

## Introdução

Este texto foi escrito originalmente para o Projeto Olhar Crítico, cujo objetivo é criar espaços de reflexão e debate sobre temáticas relacionadas a poder, inclusão social, direitos, participação e cidadania. O Projeto Olhar Crítico é coordenado pela Actionaid Brasil com o apoio e colaboração do DFID e do IDS<sup>1</sup>, busca compreender essas temáticas à luz de experiências participativas, para possibilitar um repensar sobre as ferramentas conceituais e as ações decorrentes.

No caso específico da Luta pela Reforma Sanitária, o texto contextualiza as lutas por direitos em saúde, tomando como marco inicial os anos 1970 e traçando de modo aproximativo a trajetória e os rumos da Reforma Sanitária. Os atores que dela participam, os cenários em que se desenrolam as lutas e os momentos significativos para a compreensão de seu desenvolvimento são discutidos no texto.

O trabalho busca também explicitar o problema que está na origem da luta pela Reforma Sanitária, as principais formas de organização que conformam a luta e seus processos de institucionalização. Além disso, apresenta as diferentes estratégias utilizadas pelos diversos atores que estabelecem correlações de força na luta pela Reforma Sanitária - órgãos governamentais, movimentos populares em saúde, movimento sanitário e outros movimentos que dialogam com a política de saúde. Discute o que as práticas participativas

---

\* Assistente Social, Mestre em Ciência Política, Doutora em Serviço Social, Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.

<sup>1</sup> DFID – Department for International Development (Departamento para Desenvolvimento Internacional) e IDS – Institute of Development Studies da University of Sussex (Instituto de Estudos sobre Desenvolvimento da Universidade de Sussex).

suscitam em termos de concepções, de diálogo, de organização, de estratégias e de negociação; e as implicações dessas práticas – conquistas, problemas, resultados - bem como as possibilidades de alteração da política e do quadro de saúde.

Vale ressaltar que o texto está organizado dentro de um panorama histórico: a primeira parte trata das origens da luta, seguida pela conformação do ideário do Sistema Único de Saúde - SUS. A terceira parte contextualiza a luta pela efetivação do SUS, a posterior emergência do contexto neoliberal e seus efeitos sobre a política de saúde, e a luta pela Reforma Sanitária. As considerações finais tentam contribuir para a reflexão acerca das problemáticas apresentadas.

### **Reforma Sanitária: As lutas por saúde**

No Brasil, as lutas da população por saúde são complexas e bastante antigas; para serem recuperadas com alguma suficiência precisam de um marco temporal. Sem desmerecimento para as lutas anteriores, é a partir da década de 1970 que adquirem maior consistência e conseqüências significativas para a política de saúde.

O contexto da década de 1970, tensionado pela ditadura militar e desfavorável à participação social, paradoxalmente impulsionou o surgimento de movimentos sociais e das lutas por eles travadas. Com o fechamento dos canais tradicionais de participação – sindicatos e partidos – as insatisfações de segmentos da população encontraram outros pontos de vazão. O cotidiano e a vida das comunidades, sobretudo, afloraram como novas fontes estratégicas de alimento da política.

As precárias condições de vida das camadas populares e os problemas de saúde decorrentes dessas condições tornaram-se alvo da intervenção de agentes sociais nas comunidades; sua motivação básica dizia respeito ao precário nível de atendimento médico (filas enormes se formavam), a concentração do atendimento em hospitais, a falta de acesso a remédios e tecnologia, enfim, à insatisfação com o modelo assistencial à saúde naquele período - embora não tenha sido assim explicitado. Na tentativa de superar as deficiências do modelo, surgiram várias experiências vinculadas a Secretarias de Saúde, à Igreja Católica (via dioceses), às entidades de classe e a outros organismos.

As principais características do modelo de assistência à saúde, ou da política pública de saúde vigente no período, são o caráter centralizador, curativo e excludente. O acesso aos serviços era restrito aos trabalhadores com comprovação de vínculo empregatício - carteira de trabalho assinada pelo empregador. Considerando que o trabalho informal já era naquele período a ocupação de grandes contingentes populacionais e que crianças e idosos sequer se enquadram nesse perfil, tem-se um quadro acentuado de falta de assistência à saúde de amplas parcelas sociais.

Ao contrário do que preconizava, o modelo de desenvolvimento adotado concentrou riqueza, não distribuiu benefícios sociais e prejudicou

sobremaneira a saúde da população. Com o fim do “milagre econômico”, em meados da década de 1970, apresentou dificuldades internas acirradas pelo panorama internacional com a crise do petróleo. As fissuras econômicas e políticas no bloco do poder atingiram o sistema ditatorial, provocando uma abertura política lenta e gradual em fins da década, que abriu caminho para a entrada em cena de novos atores sociais.

No próprio interior da política estatal de saúde surgiram questionamentos ao modelo, a partir de centros formadores como a Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro – ENSP, que, ao adotar a Técnica Cendes-OPS no Curso de Especialização em Planejamento de Saúde, irradiou para outros órgãos públicos a discussão sobre a ampliação da oferta dos serviços públicos, enfatizada pelo modelo Cendes-OPS como estratégia de planejamento (SOMARRIBA, 1988).

O Centro Nacional de Estudos del Desarrollo – CENDES junto a Organização Pan-americana de Saúde – OPS, criam uma metodologia de programação em saúde que visa racionalizar a decisão sobre os problemas em função da otimização dos recursos públicos. O enfoque é normativo, a análise de prioridades e a programação das ações visam tornar eficiente os serviços de saúde. Conforme Rivera (1989), as críticas a esse modelo apontam, entre outras coisas, para a tentativa de separação entre as necessidades de saúde da população e a centralidade da relação custo-benefício imposta pelo modelo, em outras palavras entre o elemento político e o técnico.

Os estudos que comprovavam o prejuízo causado pelo modelo econômico vigente começaram a circular, denunciando os efeitos do modelo sobre a saúde da população e oferecendo propostas alternativas ao sistema de saúde.

Foi assim que surgiram as “*primeiras experiências da chamada medicina comunitária, via Departamentos de Medicina Preventiva das Universidades e a Reforma Administrativa pela qual passaram várias secretarias estaduais de saúde*” (SOMARRIBA, 1988, p. 6).

No espaço acadêmico, floresceu, a partir dessas experiências, um pensamento crítico em relação ao modelo de desenvolvimento e seus reflexos sobre a saúde da população e ao sistema de saúde em si, que deu origem à construção da base político-ideológica da Reforma Sanitária e à difusão do movimento sanitário no meio médico (MENDES, 1995).

A medicina comunitária, também chamada de “cuidados primários de saúde”, expandiu-se para as experiências populares, com um recorte mais alternativo e menos técnico que o adotado pelos órgãos públicos, mas também caracterizado pela crítica ao modelo vigente. Tais experiências resultaram em importantes trocas entre a população, os profissionais e os agentes de saúde formados pelas dioceses nas comunidades como embriões do movimento social em saúde.

A proposta de cuidados primários é, coincidentemente, aprovada pela Conferência de Alma-Ata em 1978, junto com uma proposta de expandir um modelo assistencial de baixo custo para as parcelas populacionais excluídas pelo modelo médico-assistencial privatista

(MENDES, 1995). Parte dos investimentos em saúde estava alocada no mercado via convênios laboratoriais, ambulatoriais e hospitalares com segmentos filantrópicos (as Santas Casas de Misericórdia) e não-filantrópicos.

As experiências nos organismos públicos (Secretarias de Saúde Estaduais e Universidades) ao longo da década de 1970 trazem à tona a participação na gestão pública, ainda restrita à execução dos serviços, porém importante para a conformação do debate em saúde, considerando tratar-se de um Estado ditatorial.

A alternativa da medicina comunitária apresentava-se como uma nova forma de “fazer saúde”; mas, para diversos autores, revelava um caráter contraditório e reformista, contribuindo para a reprodução da força de trabalho e permitindo que o Estado poupasse recursos para o investimento em setores da economia - apesar da importante intervenção social sobre grupos marginalizados, a qual, contudo, também serviria como reprodutora da ideologia dominante (SILVA JUNIOR, 1998).

Outro fator que contribuiu para a expansão do contato entre profissionais e organizações populares e a difusão do pensamento de reforma sanitária foi a criação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS), em 1976. Dirigido por alguns técnicos provenientes de algumas das experiências de extensão de cobertura, o programa vinculado à Secretaria de Planejamento da Presidência da República tornou-se uma porta de entrada do “movimento sanitário” no Estado, ponto de inflexão na conformação das políticas públicas que se seguiriam<sup>2</sup>.

Ampliando o estudo de Gerschman (1995), para quem os movimentos populares em saúde<sup>3</sup> surgiram principalmente nos grandes centros urbano-industriais, a partir das reivindicações por saúde vinculadas às associações de moradores, outros estudos apresentam uma ampla e diversificada gama de experiências espalhadas pelo país, muitas delas em pequenas cidades do interior, envolvendo diferentes atores sociais (agentes pastorais de saúde, profissionais de saúde, sindicatos), reunidos basicamente em torno da medicina comunitária (COSTA, 1999).

As experiências de medicina comunitária oriundas das Secretarias de Saúde estavam geralmente ligadas a parcelas dos

---

<sup>2</sup> Segundo Cohn (1999) desde então, constantes processos de reformulação visaram amainar as pressões sociais e reduzir os custos com a Previdência Social. Dentro desse espírito, foram formulados o Prev-Saúde (1980), que não saiu do papel, e as AIS – Ações Integradas de Saúde (1983). Estas possibilitaram uma articulação entre as instituições públicas de saúde e contribuíram para a criação das Comissões Inter-institucionais de Saúde, gêmens dos Conselhos de Saúde. Contribuíram também para a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS (1986), antecessor do Sistema Único de Saúde (1988).

<sup>3</sup> O termo movimento social é apropriado para designar uma movimentação de pessoas e grupos, com uma certa identidade comum, mas que se mobiliza em torno de um propósito comum que se refira a direitos. Isso quer dizer que nem toda e qualquer mobilização social é reconhecida como Movimento Social, em função do lastro histórico que esta noção possui (Silva, 2004, p. 42).

profissionais de saúde e a organizações comunitárias formadas a partir do apoio e da assistência à saúde prestada por várias dioceses. Muitos desses profissionais eram médicos(as) e enfermeiros(as) militantes de partidos políticos – PCB, PC do B e, nos anos 1980, PT.

O Instituto Paulista de Promoção Humana – IPPH, ligado à diocese de Lins e que fazia um trabalho de assistência à saúde através de exames laboratoriais, organização e formação de agentes de saúde para atendimento às populações periféricas das cidades da região noroeste do Estado de São Paulo, propôs à Misereor (instituição não-governamental alemã que apóia os movimentos populares ligados à Igreja Católica no Terceiro Mundo) a realização de um Encontro Nacional para discutir as experiências de medicina comunitária.

O primeiro Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária – ENEMEC, realizado de 26 a 29 de julho de 1979, criou um espaço de discussão e uma articulação entre as experiências. Seu relatório final informa que parcela significativa dos participantes era de técnicos – profissionais da área de saúde - e agentes de saúde comunitários ligados à Igreja Católica, cujo enfoque prioritário era a simplificação da medicina e a participação da comunidade.

A partir do segundo Encontro, realizado em setembro de 1980, muitos dos participantes eram membros de organizações populares. O debate centrou-se na conscientização e politização das camadas populares, através de uma abordagem mais ampla da saúde. As possibilidades de criação de um movimento popular de saúde já eram expressivas; contudo, a concepção de radicalismo imposta pela ditadura à mobilização social criou uma cultura desfavorável aos movimentos sociais, gerando um certo receio em parte dos segmentos profissionais e pastorais. O contexto adiou por mais um ano a criação do movimento popular.

Em 1981, no terceiro ENEMEC, realizado em Goiânia, o tema principal foi: “Saúde, uma Conquista do Povo” e enfocou a saúde de um ponto de vista político. A assistência médica foi debatida como dever do Estado, devendo o sistema de saúde ser universal e igualitário e contar com a participação dos trabalhadores na elaboração da Política Nacional de Saúde (GERSCHMAN, 1995).

O debate sobre saúde deu, assim, um salto significativo. Associada à necessidade de acompanhar as políticas de saúde implantadas pelo governo, a concepção de saúde acabou vinculada à necessidade de transformações sociais, passo sobre o qual se assentou a criação do Movimento Popular de Saúde – Mops.

Os objetivos que orientaram a criação do movimento foram: *“unificar as lutas específicas para conseguir um sistema de saúde que atenda às necessidades da população”* e *“por melhores condições de vida da população”* (doc 02, p. 1). As bandeiras de luta consensuais extraídas dos objetivos referiam-se à assistência médica como dever do Estado de forma universal e igualitária e com a participação dos trabalhadores, ações preventivas, reforma agrária radical, fim da Lei de

Segurança Nacional e da ditadura militar e por uma Constituinte livre e soberana. Propôs-se o sete de abril como Dia Nacional de Luta pela Saúde, data instituída pela ONU como Dia Mundial da Saúde.

A força propulsora inicial do Mops foi a luta por saúde, que implica, em sua dimensão social, melhores condições de vida para a população, sendo que a condição eleita para que se realize esse objetivo foi a participação da sociedade nas decisões sobre as políticas governamentais. Por essa razão, a oposição ao regime militar e a luta pela democratização estavam naturalmente imbricadas nas lutas mais gerais do movimento.

O forte caráter basista que lhe é conferido resulta, em parte, da valorização do saber e da experiência popular como manifestações das raízes e da cultura popular e da possibilidade de organização, educação e mobilização do povo. Por outro lado, o contexto de desconfiança causado pelo Estado ditatorial provocava uma atitude reativa e autonomista, em parte compartilhada por membros da Igreja Católica vinculados à Teologia da Libertação, que contribuíram para o surgimento de vários movimentos no período.

A crescente politização do movimento levou à apresentação, no 4º Encontro, realizado em São Paulo em 1983, de bandeiras de luta que demonstram uma ampliação da própria compreensão de saúde: *“o controle dos serviços de saúde pelos trabalhadores, a melhoria e igualdade dos direitos previdenciários e serviços de saúde no campo e na cidade e ações preventivas para a conquista da saúde (terra para plantar e morar, salário justo, emprego, saneamento)”* (doc.01, p. 6).

Outros movimentos em saúde, que não se reconheciam no MOPS, como o movimento de saúde da Zona Leste de São Paulo, exibiam uma compreensão similar da luta por saúde. Em fins da década de 1970, um grupo de mulheres da Zona Leste de São Paulo descobriu uma lei estadual que permitia a fiscalização dos serviços de saúde. Com base nessa lei, passaram a interferir no Centro de Saúde local, e criaram um Conselho de Saúde, experiência que contribuiu para a expansão dos Conselhos e para as lutas em saúde nos anos 1990. Como esse movimento de saúde, outros surgiam nas diversas localidades e regiões do país e ganhavam força à medida que avançava o processo de democratização.

Em 1986, o Ministério da Saúde convocou a VIII Conferência Nacional de Saúde e as organizações da sociedade civil foram convidadas a participar de sua realização. O tema central da Conferência foi “Saúde, Dever do Estado e Direito do Cidadão”, versando sobre a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor.

A VIII Conferência Nacional de Saúde tornou-se, por tudo que representa para o repensar do sistema de saúde, um marco do processo de democratização do setor, especialmente para as relações entre Estado e sociedade civil desde então. Abriu trilhas para novas formas de conceber e organizar o sistema de saúde.

## Conformação do ideário do Sistema Único de Saúde

Essa conferência cumpriu o papel de mobilizador das energias sociais para a formulação de uma nova Política Nacional de Saúde, fomentando o debate que amadureceu em seguida, sob a forma de emendas populares à Constituição Federal, no capítulo que trata da saúde - a Lei Orgânica da Saúde. Provocadas pela convocação da VIII Conferência, propostas para debate foram elaboradas pela parcela da sociedade civil organizada nos mais diversos movimentos sociais em saúde – pastorais da saúde, agentes de saúde das dioceses, Mops e outros movimentos, assim como as entidades representativas do setor médico que se alinhavam com o movimento sanitário, entre elas a Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes e sindicatos.

O Mops, por exemplo, realizou em fevereiro de 1986 um Encontro no qual elaborou um documento sobre a sua compreensão de saúde: incluía desde a “medicina natural” (utilizava diversas terminologias para indicar o uso de terapias alternativas ao tratamento da medicina alopática), a preocupação com a dimensão ecológica e a visão de integralidade do ser humano, até as condições sociais e econômicas necessárias à vida e a necessidade de participação social na política de saúde via democratização da sociedade brasileira (COSTA, 1999).

Após a VIII Conferência Nacional, os movimentos em saúde se auto-reconheciam como forças político-sociais, passando a uma atitude mais pró-ativa, com o intuito de influir, participar e decidir sobre a política de saúde. Muitos participavam ativamente da Plenária Nacional de Saúde, apresentando teses que eram encaminhadas como emendas populares pelas forças progressistas aliadas.

O “movimento sanitário” ocupava cada vez mais espaços importantes nas instituições estatais e nas organizações Pan-americana e Mundial de Saúde (OPAS e OMS) - espaços definidores ou de influência sobre a política nacional de saúde. Alguns movimentos, como o Mops, tornavam-se localistas no processo de implementação da Reforma Sanitária; outros elaboravam estratégias múltiplas, articulando-se a espaços nacionais e locais de participação ao mesmo tempo.

As propostas de reformulação do sistema público de saúde ganharam densidade a partir do arcabouço filosófico elaborado inicialmente pelo Cebes nos anos 1970, inspirado na Reforma Sanitária Italiana, cujo processo de descentralização contribuiu para a melhoria da qualidade da assistência à saúde na Itália.

A proposta da Reforma Sanitária Brasileira era a proposta de democratização da saúde e de uma nova concepção de saúde, cujo enfoque é as condições de vida das pessoas. A saúde é compreendida como resultante do acesso

ao emprego, com salário justo, à educação, a uma boa condição de habitação e saneamento do meio ambiente, ao transporte adequado,

a uma boa alimentação, à cultura e ao lazer; além, evidentemente do acesso a um sistema de saúde digno, de qualidade e que resolva os problemas de atendimento das pessoas quando necessitem (RODRIGUEZ NETO, 1994, p. 11).

O conceito de saúde adotado pelo movimento de Reforma Sanitária é legitimado socialmente e implica na percepção da saúde como responsabilidade do conjunto das instituições governamentais, das políticas públicas, inclusive a política econômica. Resulta na compreensão de **saúde como direito de todos e dever do Estado**.

Partindo do pressuposto de que a saúde é um direito de todos, começam a tomar corpo os **princípios** que fundamentam a proposta do Sistema Único de Saúde – SUS, proposto e incorporado como sistema de saúde a partir da Constituição Federal de 1988, no capítulo da seguridade social. As leis que o regulamentam são a 8.080 e 8.142. O SUS é um sistema de saúde porque é formado pelas várias instituições dos três níveis de governo, tendo como complementação o serviço privado contratado – a tônica da diferenciação está presente neste primeiro elemento, o serviço é estatal e complementado pelo privado; é único porque tem a mesma filosofia de atuação em todo o território nacional e organizado de acordo com a mesma sistemática.

A **universalidade** como princípio está presente desde a percepção da saúde como direito de todos, de acordo com as necessidades e independentemente de contribuição previdenciária e de pagamento pelo atendimento. A **equidade** significa que o serviço deve estar atento às desigualdades existentes, com o objetivo de que as ações atendam a necessidades diferenciadas. Outro princípio é a **integralidade**, atendendo simultaneamente o indivíduo e a comunidade, a prevenção e o tratamento, com ações que enxerguem o indivíduo como um todo, integrando as várias instituições que cuidam de aspectos diferentes da saúde.

Outros elementos caracterizam o SUS e fazem parte de seu arcabouço teórico-metodológico. Um deles é a **democratização** da gestão da política de saúde através da participação social, comumente denominada de controle social, o qual deve ser exercido pelos Conselhos e Conferências de Saúde nos três níveis de poder federativo – municipal, estadual e nacional. Já a **descentralização** visa organizar os serviços a partir das necessidades da população do município (processo chamado de municipalização da saúde), tanto do ponto de vista da capacidade da rede de serviços e do perfil epidemiológico do lugar, quanto das necessidades de segmentos específicos da sociedade. A descentralização precisa contar também com os recursos apropriados para a execução dos serviços - para evitar que a descentralização da responsabilidade se desse sem a descentralização dos recursos, foram criados os Fundos Municipais de Saúde, que reúnem os recursos federal, estadual e municipal para o setor.

O ideário apresentado possui uma regência sobre todo o sistema. As leis complementares, orientações e portarias seguem essa inspiração.

Muitas dessas leis resultam da luta em saúde por segmentos específicos. A regulamentação legal do atendimento às comunidades indígenas é um exemplo: a Lei 9.836, de setembro de 1999, trata dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, considerando os conceitos de saúde e doença da população e os aspectos intersetoriais de seus determinantes.

Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional (art. 19F).

Essa lei inclui preocupações com saneamento, ambientes saudáveis que propiciem o acesso desses povos à alimentação tradicional e condizente com os níveis nutricionais necessários. Institui um subsistema de atenção à saúde indígena, descentralizado, hierarquizado e regionalizado, respeitando, desse modo, os preceitos do sistema.

A complexidade do sistema de saúde solicita-nos a compreensão de alguns outros elementos que o compõem. Os vários componentes do setor saúde estão basicamente concentrados no modelo de assistência à saúde ou modelo assistencial, adotado pelos municípios e estados. O modelo assistencial funciona como um espelho, que reflete os outros setores, o quadro de Recursos Humanos, o tipo de gestão e a qualidade do controle social experimentado, o projeto de descentralização.

Num exemplo de modelo assistencial como o dos Distritos Sanitários, o serviço é organizado a partir de pequenas regiões e das necessidades da população, em geral corresponde a um perfil epidemiológico (do que as pessoas adoecem e/ou morrem na localidade) específico e busca dar resolutividade aos problemas detectados.

A preocupação constante com a qualidade do atendimento depende, em parte, do investimento em Recursos Humanos, no que diz respeito à qualificação nas diversas áreas que compõem a saúde coletiva e individual, aos salários, às condições de trabalho e, sobretudo, às relações entre população e profissionais.

A gestão em saúde no SUS conta com a participação dos já mencionados Conselhos de Saúde. Sua formação é regulamentada pela Lei 8.142 de 1990 - devem ser compostos por 50% de representantes do segmento dos usuários do serviço, 25% de representantes de trabalhadores da saúde e 25% de prestadores de serviços públicos e privados, sendo cada segmento responsável pela eleição/indicação de suas representações. Como os conselhos são instâncias deliberativas da política de saúde, passam por eles - ou deveriam passar - todas as problemáticas a serem resolvidas pelo sistema.

O Controle Social sobre o Sistema Único de Saúde depende de alguns fatores: de um lado, da capacidade de organização, proposição e argumentação das entidades e movimentos que representam o segmento

dos usuários, de outro da capacidade de diálogo que os três segmentos produzem no processo de construção das decisões. Infelizmente, estudos revelam que em alguns municípios, e mesmo em alguns estados, a visão do gestor ainda é bastante intolerante na gestão dos serviços públicos, com interferências sobre a composição dos conselhos de saúde (alguns prefeitos e governadores tentam manobras de cooptação na indicação dos representantes dos segmentos dos usuários) e no encaminhamento das decisões.

Essas posturas influem negativamente na eficácia e eficiência do sistema de saúde. As respostas são descoladas dos problemas populacionais, geram desrespeito e descaso com a coisa pública por parte do gestor e por vezes até dos próprios trabalhadores em saúde.

### **Pela Efetivação do Sistema Único de Saúde**

É importante salientar que, desde a implantação do SUS, os movimentos em saúde lutam por sua efetivação, pela democratização e descentralização do sistema. Buscam viabilizar o sistema de modo que atenda as necessidades de saúde da população. Durante a década de 1990, os canais institucionais de participação foram o principal foco de atenção dos vários segmentos envolvidos no controle social. Há uma aposta de que este é o caminho para o sucesso do SUS.

O cenário, contudo, é desfavorável a um instrumento que é ainda fonte de aprendizado. Na posição de aprendiz, o controle social é insuficiente para barrar os efeitos do projeto neoliberal sobre a política de saúde nos anos 1990.

A consolidação do Sistema Único de Saúde viu-se, no início da década de 1990, ameaçada pelo projeto neoliberal iniciado com o governo Fernando Collor de Melo. Foram muitos os vetos às leis complementares que detalhavam a participação social e os atrasos na oficialização dos Conselhos Municipais de Saúde possibilitavam manobras conservadoras pelos políticos locais.

A opção neoliberal “visa reduzir o papel do Estado e remeter a regulação da saúde para o mercado”(MENDES,1995, p. 83). O Sistema Único de Saúde nasceu com o desafio de se efetivar em meio à proposta de Reforma do Estado; à ausência de percentuais mínimos de recursos destinados à saúde; a sucessivos cortes de orçamento; à precarização dos investimentos na capacidade de atendimento e na manutenção da rede de serviços; à política de corte de pessoal nos estados - denominada de Programa de Demissão Voluntária (PDV); à falta de medicamentos e ao montante de recursos aplicados no setor privado.

O “movimento sanitário” não recuou diante desse panorama. Ampliou sua atuação nos espaços institucionais estatais e colaborou para a implantação do Sistema Único de Saúde, repensando-o criticamente e construindo alternativas de implementação. Nesse contexto, a proposta de Distrito Sanitário reafirmava os princípios de descentralização para os municípios e elaborava uma reflexão sobre as práticas de saúde,

articulando-a com o conjunto das práticas sociais e o objeto da atenção apreendido em seu caráter coletivo, a partir da referência da epidemiologia social latino-americana (SILVA JUNIOR, 1998).

O debate sobre as questões de saúde expandiu-se em fins da década de 1980 e começo dos anos 1990, conquistas importantes ocorreram para a assistência de grandes contingentes populacionais a partir das lutas travadas no nível local. As Práticas Culturais e Populares em Saúde produzidas por movimentos populares contribuíram para manter vivas as culturas locais e criar alternativas à assistência a saúde, que beneficiam estilos de vida ambientalistas e ecológicos.

Os agentes das pastorais de saúde vinculados à Igreja Católica desencadearam importantes ações no campo da nutrição e do desenvolvimento infantil. O saber que produziram influenciou sobremaneira as práticas maternas e ajudou a salvar vidas - o soro caseiro e a alimentação alternativa – tornando visíveis e públicos os altíssimos índices de mortalidade infantil. O debate gerado por essas práticas cobra do Estado ações de combate à mortalidade infantil.

Outro movimento importante para a reconfiguração da política de saúde é o movimento feminista. Sua atuação introduz programas e projetos voltados à saúde da mulher em suas especificidades. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, elaborado ainda em meados dos anos 1980, conta com a participação ativa de feministas e proporciona aumento na capacidade resolutiva da atenção primária sob a ótica da assistência integral (COELHO e GARCIA, 2004).

O Sistema Único de Saúde contempla, desde seus princípios, um aparato preventivo, promocional e protetor da saúde. Representa para todos os movimentos que lutaram pela Reforma Sanitária uma conquista social. Nesse sentido, sua defesa enquanto proposta textual tornou-se, na década de 1990, uma bandeira de luta dos movimentos em saúde.

A IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, refletiu a luta em defesa do SUS. Ocorreu em meio a turbulências no sistema político institucional. A resistência do governo Fernando Collor em promover sua realização provocou a mobilização dos movimentos em saúde – sanitário e popular. A intenção governamental era desarticular o SUS. A intensa mobilização social em torno do impeachment começou a ser produzida no mesmo período.

A Conferência se realizou em meio a essas e outras tensões. O setor privado, em seu segmento multinacional, pressionava o governo a promulgar a Lei das Patentes, que favorece especialmente a indústria farmacêutica e prejudica profundamente nossos pesquisadores.

A Central Única dos Trabalhadores – CUT, que naquele momento já possuía um departamento de saúde, trouxe questões relativas à implantação de programas de saúde do trabalho e à redução da carga horária para os trabalhadores da saúde - questão em disputa entre os movimentos populares e o movimento sindical.

A IX Conferência cumpriu o propósito de ratificar socialmente a importância do SUS para a organização do sistema de saúde, ao propor um aprofundamento de sua implementação, a partir da reflexão sobre os quatro temas prioritários: modelo assistencial, recursos humanos, controle social, descentralização. Avaliou os avanços e debateu possíveis soluções para os problemas, especialmente para a questão do financiamento: a proposta de garantir um percentual mínimo no orçamento federal circula em forma de projeto de emenda constitucional.

Como consequência dessa Conferência, foram produzidas Normas Operacionais Básicas para regulamentar o processo de municipalização e favorecer seu desenvolvimento. Na primeira Norma Operacional de 1993, previam-se três níveis de municipalização: incipiente, semi-plena e plena; posteriormente isso foi alterado, ficando apenas as duas últimas. Para que o município se encaixe em um nível de municipalização precisa cumprir alguns critérios, os quais são avaliados por Câmaras de Negociação, por onde passam os processos de municipalização e verificadas as condições. Tais Câmaras são denominadas Comissões Intergestoras Bipartites (atuam nos estados) e Tripartite (atua no âmbito federal). Delas participam representantes do segmento governamental, trabalhadores da saúde e, na tripartite, também dos usuários.

Desde o início da década de 1990 funciona uma rede de educação popular em saúde que congrega profissionais de saúde e professores universitários. Eles debatem suas experiências e formulam propostas de educação em saúde vinculadas ao projeto de reforma sanitária. Essa rede funciona on-line, com home page e lista de discussão dos participantes; também circula um boletim nacional para seus associados. São espaços de debate das experiências de educação popular em saúde.

No mesmo período – início dos anos 1990 - entrou em cena a luta de outros movimentos em saúde e de organizações não-governamentais por uma progressiva extensão da cobertura de atendimento. As ONGs que atuam no apoio e defesa dos direitos dos grupos soropositivos inauguraram a luta para que o SUS assumisse a distribuição gratuita de medicamentos, a melhoria do atendimento médico, o incremento na pesquisa de novos medicamentos, além da necessidade de trabalho educativo/preventivo sobre as doenças sexualmente transmissíveis e a Aids.

Com isso, muitos movimentos GLTB – Gays, Lésbicas e Transgêneros - assumiram essa problemática no nível nacional, dando visibilidade ao problema da Aids e pressionando o Ministério da Saúde a adotar medidas preventivas, com ampla campanha informativa e educativa para os diferentes segmentos sociais.

Os movimentos feministas e de mulheres assumiram a luta pela legalização do aborto e pelo atendimento especializado para mulheres vítimas de violência doméstica e abuso sexual; passaram a chamar a atenção para a gravidez precoce e a necessidade de difusão de informações sobre métodos contraceptivos. Constituíram uma rede

feminista de direitos reprodutivos, congregando movimentos feministas e de mulheres em todo o país e protagonizando o debate sobre saúde e sexualidade, entre outros temas polêmicos socialmente falando.

Associações de diferentes matizes, como as dos portadores de necessidades especiais, dos dependentes dos hemoderivados e dos portadores de doenças crônico-degenerativas, entraram em cena para reivindicar da saúde pública a melhoria no atendimento de suas necessidades. A vigilância sobre a qualidade do sangue utilizado nas transfusões e na produção de derivados transformou-se em debate nacional. Novos medicamentos gratuitos passaram a ser requisitados para as doenças crônico-degenerativas e vieram à baila os problemas de órtese e prótese.

Registrava-se, assim, uma dinâmica social oposta à do governo. Este imprimia sobre a máquina estatal a marca do desmonte, da desarticulação, da negação. As entidades e movimentos sociais pressionavam as instituições de saúde para dar respostas a velhas e novas demandas populacionais, pela ampliação da política de saúde.

### **Os Efeitos do Contexto Neoliberal na Luta pela Reforma Sanitária**

Em continuidade ao projeto neoliberal, a Reforma do Estado<sup>4</sup> no governo Fernando Henrique Cardoso tomou corpo e corroeu a política de saúde e o conjunto das políticas sociais, retirando recursos para investimentos e mesmo manutenção. Além disso, o avanço científico e tecnológico no campo das ciências da saúde permaneceu inacessível à população, já que geralmente são serviços caros e não cobertos pelo sistema de saúde.

No final da década de 1980, um grupo de técnicos ligados ao movimento sanitário, criou o Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde – Lapa, no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Estadual de Campinas-Unicamp. O Lapa constituiu-se em espaço plural de discussão e convergência das inquietações e inconformismos com os modelos de assistência elaborados até então.

As experiências e elaborações não se contrapunham realmente ao projeto neoliberal, as propostas não redefiniram a clínica do trabalho médico e pouco ou quase nada se avançou no atendimento ao doente. Preocupados com este quadro, o grupo vinculado à Unicamp iniciou a construção de uma proposta de atenção à saúde. Denominada “*Em defesa da vida*” e amplamente divulgada na IX Conferência Nacional de Saúde, a proposta orientava-se pela gestão democrática, a saúde como direito de cidadania e serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva (SILVA JUNIOR, 1998).

---

<sup>4</sup> Convencionou-se chamar de Reforma do Estado os ajustes promovidos nas instituições estatais de modo a reduzir sua ação, enxugar a máquina estatal e seus custos.

O aspecto mais importante dessa proposta é pensar a organização dos serviços de saúde a partir do direito dos cidadãos a uma vida digna e a um atendimento em que sua autonomia seja respeitada. A questão da humanização do atendimento é, nessa proposta, fundamental para a garantia do acesso aos serviços e da integralidade do tratamento.

Outra proposta apresentada no período, também objetivando a mudança de modelo assistencial e das práticas de saúde, foi a da “Cidade Saudável”, cujo embrião surgiu em 1984, em Toronto, no Canadá. No Brasil, a experiência histórica ocorreu em Curitiba, consequência do debate em torno da Atenção Primária à Saúde e a medicina comunitária. Essa experiência, denominada “*Saudicidade*”, discute a resolutividade dos serviços de saúde a partir de uma ação ampliada de saúde, para além dos próprios serviços: inclui a intervenção no meio ambiente, o estilo de vida e a biologia humana.

A partir das tensões provocadas pelo conjunto de reivindicações e de proposições dos movimentos populares em saúde e de outros movimentos, como já visto anteriormente, houve um redesenho do SUS. Ocorreu basicamente em 1997, quando o Governo Federal elaborou o Plano de Objetivos e Metas do Ministério da Saúde, no bojo das discussões sobre a redefinição do papel do Estado e no contexto da globalização da economia.

Segundo esse plano, a reforma do Estado deveria ser inserida em um contexto amplo de mudanças necessárias no modelo assistencial<sup>5</sup>, para a melhoria da qualidade do setor público de saúde. Tais mudanças basear-se-iam numa “visão integradora”, capaz de articular diversos setores como pré-requisito para atingir o objetivo e a “correta” descentralização das ações. Assim, para fortalecer a prevenção com ênfase no atendimento básico, o Governo investiu na melhoria da qualidade dos serviços, através do “mutirão social pela saúde”, que objetivava promover a articulação intersetorial e a participação da sociedade (RADIS, 1997).

Uma leitura possível das referidas propostas é a de “restrição de cardápios”, tornando intencionalmente seletivas, aos pobres, as políticas sociais - orientação que favoreceria o estabelecimento de uma “cesta básica”, cujo produto principal consistia na *atenção básica*. Tal proposta seguia as orientações das medidas de estabilização econômica implementadas pelo Governo Federal e, na avaliação dos setores representativos dos movimentos sociais, somente agravava a situação concreta de existência de milhares de brasileiros que, devido às questões estruturais, demandam assistência curativa. A dificuldade maior se

---

<sup>5</sup> “Os modelos assistenciais ou modelos de atenção à saúde podem ser compreendidos como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e das necessidades sociais de saúde historicamente definidas. Não se tratam de normas ou exemplos a serem seguidos, mas sim de racionalidades diversas que informam a práxis” (PAIM, 1993b, p. 493).

encontrava, então, em definir, nessa situação, o que seria *cuidado básico* (COSTA e TAVARES, 2001).

As diretrizes políticas do Ministério da Saúde para o ano de 1997 colocavam, ainda, como meta no âmbito da prevenção com ênfase no atendimento básico, a ampliação do Programa Saúde da Família - PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, apontados como forma de vencer os principais problemas estruturais da saúde do povo brasileiro. Recolocava-se como tema de discussão a necessidade de mudança do modelo assistencial.

Os modelos assistenciais hegemônicos no Brasil, principalmente o do médico assistencial privatista, já citado anteriormente, que é voltado basicamente para a demanda espontânea e caracterizado como essencialmente curativo, reforçam a procura pelos serviços de saúde só em caso de doença.

Desse modo, colaboram para que as instituições se organizem em função do atendimento daquela demanda ou para uma oferta de serviço baseada em interesses de mercado, lógica também presente nos serviços públicos, que não se organizam para atender uma população definida, não produzindo alterações significativas nos níveis de saúde. E, por isso mesmo, geralmente é associado ao modelo assistencial sanitarista. Esse modelo atua basicamente em campanhas com caráter temporário, mobilizando, geralmente, grande quantidade de recursos humanos e financeiros numa ação imediata a que os programas não conseguem responder, desestruturando assim a organização cotidiana dos serviços.

Analisando a forma de organização da assistência que geralmente esteve estruturada nos programas especiais, a construção de modelos alternativos teria como objetivo fundamental a mudança na forma de ação. Consiste, basicamente, em ultrapassar uma organização dos serviços baseada principalmente na demanda espontânea, o que inicialmente não implicaria em desconsiderá-la, mas partindo dela, objetiva construir um atendimento com oferta organizada em nível local, referenciado às necessidades de saúde apresentadas por uma população de um território definido, com critérios geográficos, epidemiológicos, sociais e culturais, e observando atentamente os impactos aí produzidos a partir da ação.

Para tanto, torna-se fundamental que as equipes de saúde tenham autonomia para realizar seus planejamentos de acordo com o diagnóstico local, garantindo a participação de todos os sujeitos interessados no processo, de maneira a apresentar formas alternativas de enfrentamento das questões que extrapolem, inclusive, uma ação restrita no setor saúde, mas possibilitem a promoção da mesma, procurando compatibilizar a demanda espontânea com a oferta organizada de serviços.

A partir de alguns elementos norteadores que estiveram presentes nas propostas históricas de mudança de modelo assistencial no Brasil - tais como: concepção de saúde e doença, integralidade, regionalização e hierarquização, intersetorialidade, educação e participação comunitária - a análise dos fundamentos do Programa Saúde da Família revela que este

atenta, especificamente, à receita simplificada de assistência à saúde preconizada pelo Banco Mundial (COSTA e TAVARES, 2001).

Em 1991, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, momento considerado como primeira fase do PSF, que surgiria em 1994 com a sua implantação em nível nacional, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde e tendo como grande missão o reordenamento do modelo assistencial.

Nessa concepção, o PSF constituiria um modelo de assistência à saúde que desenvolveria ações de promoção, proteção e recuperação à saúde do indivíduo e da família, reafirmando os princípios do SUS e utilizando-se de equipes de saúde para o atendimento na Unidade Local e na comunidade, no nível de atenção primária.

As equipes deveriam ser formadas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um quantitativo de agentes de saúde, tal como preconizado pelo Ministério da Saúde, que afirmava: “Ao contrário da idéia que se tem sobre a maioria dos programas em nível central, o PSF não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde: é uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização em um território definido” (2000, p. 5).

Percebe-se, assim, que o PSF não se propõe a uma ação pontual e desarticulada da proposta de ação para um determinado município. Sua adesão ao mesmo só pode constituir-se após aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Comissão Intergestora Bipartite; não teria natureza verticalizada, devendo a Unidade de Saúde da Família atuar em um território com população definida. Não seria um “Programa”, uma vez que não teria início e fim pré-determinado, mas sim uma estratégia.

A idéia básica é que uma Unidade de Saúde da Família substituiria as práticas fragmentadas e verticalizadas, por uma nova ação em equipe e não por profissionais que atuam isoladamente, devendo desenvolver a atenção básica de forma integral aos indivíduos e famílias, com garantia de referência e contra-referência. Que isto quer dizer? Nos serviços de saúde há uma lógica, uma hierarquia na prestação dos serviços, de níveis mais simples de atendimento, a níveis cada vez mais complexos, na prática funciona assim: do curativo no posto de saúde ao atendimento cirúrgico hospitalar. O serviço precisa funcionar de baixo para cima e de cima para baixo, dando retorno aos profissionais que atendem a comunidade cotidianamente.

Tais princípios requerem a necessidade premente do conhecimento das famílias, não só em nível epidemiológico, como social e cultural, identificando os principais problemas de saúde e situações de risco a que a população está submetida, o que, de certa forma, significa penetrar em seu cotidiano.

O planejamento das ações, por sua vez, deveria ocorrer a partir da realidade local, com a participação da população. A assistência deveria ser prestada de forma a não atender apenas à demanda espontânea, mas a ocorrer tanto na Unidade, quanto na comunidade ou no domicílio. Por

fim, propunha-se, para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados, o desenvolvimento de ações educativas e intersetoriais.

Como a estratégia apresentada propunha o rompimento com um tipo de prática tradicional, pressupunha uma ação baseada em novos paradigmas. Um primeiro complicador para sua implantação é a formação dos recursos humanos da área da saúde, centrada numa lógica em que predomina o olhar no indivíduo não contextualizado, na doença e não na saúde, na informação e não na educação.

Evidenciava-se, assim, a necessidade de requalificar a ação dos profissionais, desde a capacitação introdutória - de curto prazo e para sensibilização em relação à nova proposta - até uma capacitação em longo prazo, prevendo a formação ao nível de graduação e residência em saúde da família (COSTA e TAVARES, 2001). Para tanto, deveriam ser criados, nos estados, Pólos de Capacitação, em articulação com as Instituições formadoras, atualmente já implantados.

Ao formular a proposta do PSF, o Ministério da Saúde propôs conceituá-lo como “uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família ” (2000, p. 5), objetivando a substituição do modelo tradicional de assistência à saúde, que tem centralidade na prática curativa - preocupação esta que, como vimos, persiste historicamente.

O programa incorporava e reafirmava os princípios inscritos no Sistema Único de Saúde, quais sejam: **universalidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade**. Com relação à concepção de saúde, embora não esteja explícita na proposta do Ministério da Saúde, cremos que reafirma a compreensão inscrita na Constituição, na qual são consideradas as condições de vida da população como necessárias para o entendimento dos processos saúde-doença.

A **integralidade** como princípio que norteia o SUS expressa-se, no bojo do programa, no conjunto de atribuições das equipes de saúde, para responder “de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea” (MS, p. 7), ou seja, como um modo de o sistema responder às demandas da população. Não como uma maneira de entender os problemas de saúde apresentados pelos sujeitos e a coletividade.

A **equidade**, que preserva na intervenção dos profissionais e do sistema de saúde as diferenças em relação à realidade das localidades, aparece apenas nas entrelinhas, nas preocupações com o diagnóstico social que proporciona o conhecimento acerca das mesmas. Por outro lado, apesar de referir-se à necessidade de realização de diagnóstico que apresente as características sociais, demográficas e epidemiológicas, não proporciona a essas informações destinação melhor que a compilação de dados quantitativos que demonstrem a resolutividade do sistema e o acesso aos recursos destinados ao programa. Portanto, minimiza seu papel em relação à “estratégia” de reorganização dos serviços e a “reorientação dos modelos assistenciais dominantes” (PAIM, 1993<sup>a</sup>, p. 499).

A **participação** nos espaços institucionais – Conselhos Municipais de Saúde – gera aprendizados quanto às questões de cidadania. Todo o exemplo de reformulação da política de saúde descrito acima revela a fragilidade dos movimentos populares em saúde, e de outros movimentos que se referem à saúde de modo mais específico, no exercício do controle social naquele período.

Embora o Mops, por exemplo, afirme que a experiência nos Conselhos “nos desafia a ter clareza do Estado que queremos construir através da nossa atuação nestes espaços institucionais, conquistados pela nossa luta”(doc.42, p. 2), sua atuação e a de outros movimentos nesses espaços tem se mostrado insuficiente para barrar a reformulação feita pelo Ministério da Saúde.

O conjunto de mudanças ocorridos nos anos 1990, a implantação do Programa Saúde da Família e as tensões provocadas de um lado pelo exercício do controle social e de outro pelas demandas sempre renovadas dos movimentos sociais em geral em relação à saúde, são peças fundamentais para a compreensão das forças sociais em disputa na luta pela Reforma Sanitária.

O Programa Saúde da Família foi apresentado como enfrentamento dos efeitos do modelo de desenvolvimento sobre a pobreza e suas conseqüências sobre a saúde dessas parcelas populacionais. Apesar das críticas, foi adotado como estratégia e como condição *sine qua non* para acesso a recursos do Ministério da Saúde - de certa forma, uma “camisa de força”.

O governo de Luiz Inácio da Silva constrói um Plano de Saúde Nacional. O PSF continua como uma estratégia. A Luta pela Reforma Sanitária continua a travar seus embates, se por um lado ampliaram-se no país os canais de diálogo entre as intenções governamentais e as lutas sociais por saúde, por outro a lógica da assistência à saúde foi pouco alterada. Há um certo deslocamento da atenção do modelo assistencial para um rearranjo do entorno da política de saúde com alterações em alguns segmentos da política de saúde como: DST/AIDS, a expansão da reforma manicomial, a ampliação da produção de medicamentos, entre outras coisas.

### **Considerações Finais**

O perfil epidemiológico brasileiro, desde a década de 1980, registra processos saúde/doença que associam problemas característicos de países em desenvolvimento a problemas característicos de sociedades desenvolvidas: morte por violência, no trânsito, vários tipos de câncer, doenças crônico-degenerativas, verminoses, problemas respiratórios etc.

A crescente complexidade dos problemas de saúde desafia o Estado a reformulações constantes na política nacional/estadual/local de saúde e a participação popular, no exercício do controle social via conselhos e conferências de saúde, é igualmente desafiada a desenvolver uma capacidade de representação e formulação ampla para a política de

saúde que atenda aos diversos e diferentes interesses vigentes na sociedade.

Os Conselhos de Saúde têm suas competências definidas do ponto de vista jurídico-político; contudo, o exercício da democracia e do diálogo, a elaboração de políticas públicas, o papel político que compõe essas competências, constituem experiências diferenciadas, a partir do tipo de relações de poder que se configura no local e do tipo e alcance da interferência que o nível federal exerce.

A maioria dos Conselhos encontra dificuldades para desempenhar suas competências. As possibilidades e limites da democracia, envolvendo pluralidade de concepções, disputa de poderes, divergências de interesses, associam-se a outras problemáticas (BARBOSA, 2004) A representatividade, a legitimidade das propostas dos conselheiros, a rotatividade da participação, estão permanentemente freqüentando as reflexões e capacitações dos Conselhos de Saúde. Essas reflexões também apontam para a dificuldade que esses mecanismos encontram para se configurarem como agentes de poder público<sup>6</sup>.

Do ponto de vista histórico, a democratização da sociedade brasileira constrói gradualmente novos pactos de convivência social e abre espaço para a produção de uma nova cultura política. A produção de uma nova cultura política não significa, ainda, a eliminação da tradição e nem que a renovação se dá substancialmente no conjunto da sociedade brasileira. As lutas sociais de um modo geral e a esquerda política são sujeitos relevantes na construção dessa renovação e dos direitos.

O contexto democrático, em si mesmo, requer o reconhecimento do sujeito como portador de necessidades variadas e sujeitos ativos que as vocalizem. Além de provocar a renovação do sistema político (regras, normas e procedimentos) e das relações sociais, os movimentos sociais também provocam a renovação das análises e promovem o reconhecimento de que uma nova dinâmica está em curso nas sociedades.

No que diz respeito aos movimentos sociais em saúde, ao reconhecerem os limites do sistema, especialmente no que se refere aos rebatimentos da desigualdade econômica e social nas condições de vida, nos processos saúde/doença, buscam imprimir visibilidade às diferenças que historicamente reservaram lugares sociais à pobreza, diferenças de classe, raça e gênero.

Com isto redefinem a noção de direitos de origem liberal: as carências são reconhecidas como direitos. Os movimentos sociais deslocam, portanto, a noção de cidadania, pois esta fica aberta às possibilidades inscritas e redefinidas pela luta social, a partir de sujeitos ativos que tomam para si a definição de seus direitos e buscam seu reconhecimento (DAGNINO, 1994).

---

<sup>6</sup> Denomino de agentes de poder público, os instrumentos de participação no espaço institucional estatal capaz de fazer valer o preceito do bem comum; nesse sentido, a capacidade de tornar a política de saúde em questão numa política voltada para todos os cidadãos.

Enquanto é crescente o processo de proposição de novos modelos de atenção à saúde pelo “movimento sanitário”, as redes que articulam e aglutinam lutas variadas no campo da saúde impulsionam problemas locais e específicos para o âmbito nacional. As lutas locais ganham cada vez mais visibilidade e caráter nacional a partir das novas sociabilidades possíveis, criadas por essas redes e fóruns nacionais.

O investimento na luta política institucional, via Conselhos Municipais de Saúde, ocupa sobremaneira os movimentos em cada localidade em que se situa; sobram pouco fôlego e recursos para uma atuação nacional. O alargamento e a complexidade das lutas no campo da saúde propiciam reconhecer “a face de inúmeros sujeitos sociais que igualmente têm contribuído na construção social: mulheres, índios, menores, aposentados, homossexuais etc.”(*doc.50, p. 1*).

Os processos participativos institucionais que provocam os movimentos em saúde a sair de uma atitude meramente reivindicativa para outras de caráter propositivo e mesmo deliberativo, revelam seu potencial de interferência na política de saúde. Ao mesmo tempo em que tornam transparentes as debilidades do novo diálogo que estabelecem com o Estado e as conseqüências para os movimentos, provenientes da reforma estatal no âmbito da política de saúde, contraditoriamente essas conseqüências se amenizam no plano local, onde se concretizam diversas conquistas.

Atualmente há uma rede denominada Articulação Nacional de Experiências e Práticas em Saúde - ANEPS, cujos participantes são basicamente movimentos sociais e educadores que atuam no campo da saúde com diversas e diferentes práticas, enfoques, temáticas. Essa articulação constituiu-se para conhecer as diferentes experiências e intervir/dialogar junto ao Governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

Esta Articulação encontra-se já bastante organizada, sistematizando experiências, pesquisando e levantando aspectos que possam contribuir com processos educativos em saúde sob nova ótica – a da sociedade civil.

A partir do novo contexto, algumas pequenas modificações se fazem sentir na atual política de saúde. Na essência ainda não houve alterações quanto ao modelo de assistência à saúde; o Programa Saúde da Família continua como prática oficial dentro do SUS. A inovação maior talvez advenha da área medicamentosa; é proposta do atual ministro a ampliação dos investimentos nos laboratórios públicos, de modo a baratear ainda mais o acesso à medicação e possibilitar o avanço da pesquisa biotecnológica nesse campo.

O principal entrave ainda se refere a um maior investimento nos serviços de saúde, maior destinação de recursos ao setor público, consolidação das redes hierárquicas de atendimento e complexidade do atual modelo, mudança nas relações entre médicos e população. A ótica da humanização e da integralidade ainda é bastante precária, fazendo parte das bandeiras de lutas dos movimentos sociais em geral e dos

movimentos em saúde. A ampliação da rede de saneamento básico no país é outro desafio, desafio este de médio prazo, no mínimo.

A principal conquista do período é a construção de laços de confiança entre população atendida e profissional atendente, a aproximação dos serviços da vida do povo e o olhar multidisciplinar que as equipes de saúde do Programa Saúde da Família possibilitam.

(Recebido em junho de 2007)

(Aceito para publicação em outubro de 2007)

---

**Abstract:** This work approach the context of the fight for health which give lead the fight for Sanitary Reform, your reference are the social movement. Your perspective is the relationship between this actors and the health politics, watching the setting in the which this relation to unfold, the strategy adopt for facely of the problems and the construction of the alternative the health system present-day. With special emphasis on the model of the health carefully, main reason of the fight for health, since your birth.

**Key words:** model of the health carefully; social movement; sanitary reform.

---

### Referências Bibliográficas

ALVAREZ, Sonia E., DAGNINO, Evelina, ESCOBAR, Arturo. *Cultura e Política nos Movimentos Sociais Latino-Americanos - Novas Leituras*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2000.

ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE DA PERIFERIA E INSTITUTO DO HOMEM. *Controle Social no SUS: Uma questão de cidadania*. São Luís: 1992.

BARBOSA, M. do Socorro. "O Controle Social e a Participação Popular: Algumas Considerações". In: SUS-Conhecer para Influir. Revista *Toques de Saúde* nº 3, Fev/2004. João Pessoa: Coletivo Feminista.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. 2 ed; São Paulo: Hucitec, 1994.

\_\_\_\_\_. *Reforma da Reforma: Repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

CHAUÍ, Marilena. *Cultura e Democracia*. São Paulo: Cortez Editora, 1993.

COELHO, Edméia de A C. e GARCIA, Telma R. "Política de atenção à Saúde da Mulher: Um Jogo de Luzes e Sombras". In: SUS – Conhecer Para Influir. Revista *Toques de Saúde* nº 3, Fev./2004. João Pessoa: Cunha Coletivo Feminista.

COHN, Amélia e ELIAS, Paulo E. A Saúde na Previdência Social e na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, Amélia e

ELIAS, Paulo E. *A Saúde no Brasil políticas e organização dos serviços*. São Paulo: Cortez, 1999.

COSTA, Mônica R. *Crise ou Mudança nos Movimentos Sociais? O Caso do Movimento Popular de Saúde*. Dissertação. UFPE, 1999.

COSTA, Mônica R. e TAVARES, M. Cecília. *O Programa Saúde da Família no Município de Aracaju: a pipoca que (ainda) não estourou*. Mimeo. X Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, Rio de Janeiro, 2001.

DAGNINO, Evelina. “Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania”. *Anos 90 Política e Sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

GERSCHMAN, Silvia. *A Democracia Inconclusa - Um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

MENDES, E. Vilaça. “As Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 80: A Conformação da Reforma Sanitária e a Construção da Hegemonia do Projeto Neoliberal”. In: Mendes, E. Vilaça (org). *Distrito Sanitário - O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS*. Brasília: 1994

\_\_\_\_\_. Revista *Promoção da Saúde*, Ano 1, n.º 01. Brasília: 1999.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família – PSF, Brasília, Out/2000.

PAIM, J. S. “A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais”. In: Rouquayrol, M. Z. (org). *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi, 1993. (PAIM, 1993b: 493).

Revista TEMA, RADIS, N° 14 de 1997.

RIVERA, Francisco J. Uribe. A programação local de saúde, os Distritos Sanitários e a necessidade de um enfoque estratégico. In: *Cadernos de Saúde Pública* vol.5 n.º.1. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, Jan./Mar. 1989.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: Ministério da Saúde. *Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde*. Brasília: IEC, 1994.

SILVA JUNIOR, Alúcio G. da *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde - O debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC, 1998.

SILVA, Carmem S. M. da. Os Movimentos Continuam Vivos. In: Movimentos Sociais e Educação Popular no Nordeste. *Série Educação Popular nº 2*. Recife: EQUIP, 2004.

SOMARRIBA, M. das Mercês G. *Participação Popular e Distrito Sanitários*. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde nº 3. OPAS/OMS. Brasília, 1988.

VASCONCELOS, Eymard M. “Os Movimentos Sociais no Setor de Saúde: Um Esvaziamento ou Uma Nova Configuração?” In: *Saúde e Educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

### **Documentos**

Doc. 01 – Você sabe o que é o MOPS?

Doc. 02 – O que é o Movimento Popular de Saúde?

Doc. 28 – IX Encontro Nacional do MOPS em 16 a 19/01/1991

Doc. 42 – Jornal Informativo do Movimento Popular de Saúde nº 21 março/1994

Doc. 50 – Estado e Movimentos Populares no MOPS/MA

