

**UNIVERSIDADE DE CAMPINAS  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
ÁREA DE ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS**

**TESE DE DOUTORAMENTO**

**DEMOCRACIA SOCIAL E ATORES POLÍTICOS**

**UM ESTUDO DA REFORMA SANITÁRIA  
BRASILEIRA**

**SILVIA GERSCHMAN**

Orientadora:

**Argelina Cheibub Figueiredo**

**SÃO PAULO  
DEZEMBRO/1994**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Gerschman, Silvia

Democracia Social e Atores Políticos - Um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira. São Paulo, UNICAMP, 1994.

xi, 285 f.

Tese (Doutorado, Estado e Políticas Públicas) UNICAMP, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Democracia 2. Movimentos Sociais 3. Políticas de Saúde 4. Teses. I. Universidade de Campinas. II. Título.

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
ÁREA DE ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS

TESE DE DOUTORAMENTO

DEMOCRACIA SOCIAL E ATORES POLÍTICOS

UM ESTUDO DA REFORMA SANITÁRIA  
BRASILEIRA

SILVIA GERSCHMAN

Dissertação apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de Campinas para a obtenção do grau de Doutor em Ciências Políticas.

*Autógrafa*

*Este exemplar corresponde a redação final da Tese defendida e aprovada pela Banca julgadora em 26/12/94*

SÃO PAULO  
DEZEMBRO/1994



**UNIVERSIDADE DE CAMPINAS**  
**INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**ÁREA DE ESTADO E POLÍTICAS PÚBLICAS**

**DEMOCRACIA SOCIAL E ATORES POLÍTICOS**  
**UM ESTUDO DA REFORMA SANITÁRIA**  
**BRASILEIRA**

**SILVIA GERSCHMAN**

**Orientadora: Argelina Cheibub Figueiredo**

Aprovada em 21...de...de 1994 pela banca  
examinadora:

---

Otávio Ianni

---

Maria Helena Oliva Augusto

---

Argelina Cheibub Figueiredo

---

Eduardo Viola

---

Sebastião Velasco e Cruz

**SÃO PAULO**  
**DEZEMBRO/1994**

*"À minha filha Mariana,  
companheira de todas as  
jornadas."*

## AGRADECIMENTOS

Torna-se uma difícil tarefa transmitir o peso e o significado afetivo e intelectual que para mim tiveram a presença de companheiros e mestres na aventura de pensar, que se atualiza cada vez que me enfrento com a vontade de transmitir minhas inquietações e que, no caso, iniciou-se a partir do momento em que resolvi levar adiante o que acabaria se transformando na tese de doutoramento que hoje apresento à UNICAMP, realizada em parte no Center of Latin American Studies/Stanford University.

Chegando à Universidade de Stanford em outubro de 1992, com minha filha Mariana, senti-me como na minha chegada ao Brasil, despojada e no início de um novo ciclo de vida, sem referências, extremamente só, com dificuldades de me expressar numa língua que não era a minha e responsável pelo que poderia nos acontecer nesta curiosa opção de me distanciar de tudo o que me fosse familiar para enfrentar a realização da tese. A calorosa recepção dos professores Philippe Schmitter e Terry Karl, a solidariedade e apoio a mim oferecidos teve um valor tão singular que alimentou a minha perseverança naqueles momentos bastante freqüentes em que duvidava da possibilidade de completar o objetivo ao qual me propusera. Cabe o meu particular reconhecimento ao Cônsul do Brasil em São Francisco, Dr. João Almino, por me ter oferecido a sua amizade e por ter facilitado, no que lhe foi possível, a minha estada no país.

Ao professor Philippe Schmitter, mestre nesta aventura, devo a realização deste trabalho. Não somente, aceitou generosamente ser meu orientador enquanto permaneci em Stanford, como também, através de leituras e discussões profundamente críticas do trabalho, foi me ensinando a descobrir o "caminho das pedras".

Mas meu especial agradecimento o dedico à minha orientadora Argelina Cheibub Figueiredo, que a partir da minha volta ao Brasil se debruçou cuidadosa e permanentemente sobre a tese, com enorme dedicação e "sem perder a ternura jamais", chamando a atenção a respeito da consistência necessária que caracteriza o trabalho científico, o que me obrigou a refletir e refazer, durante seis difíceis meses, cada uma das partes que compunham o corpo do trabalho.

Eduardo Viola foi um leitor atento e rigoroso, amigo espiritual de muitos anos, a quem agradeço as críticas e observações que me ajudaram a pensar em questões metodológicas e de articulação. As valiosas sugestões na organização das conclusões devo a Sonia Fleury, amiga e companheira intelectual de todo momento. A Otavio Ianni sou grata pela compreensão e consideração para com o meu trabalho.

O carinho dos meus amigos não faltou nos momentos de sofrimento e de felicidade; a chegada a Stanford de Jorge Avelino e Vera Paiva me deu a força e o apoio afetivo tão necessários durante os últimos tempos que passei nos U.S.A. A volta ao Brasil, os reencontros com os afetos de tantos anos..., mencionar todos eles seria impossível. O gesto solidário e a idéia salvadora na hora precisa sempre estiveram presentes através de Marília Pastuk, Alicia Ugá, Silvia Porto, Ligia Giovanella, Wilma Couto e Silva, as minhas irmãs. A Adair Rocha pela sua recente presença.

A minha filha Mariana, amor de todas as horas, quem me iniciou com paciência e solidariedade nos mistérios do computador, colaborando para que eu conseguisse desenvolver meu trabalho e compartilhando a responsabilidade deste como se fosse própria.

Aos meus pais e irmã agradeço a compreensão e as manifestações de carinho durante minha ausência nestes últimos dois anos.

A cuidadosa revisão do português de Eliana Granja, colaboradora na "reta final" foi de um valor inestimável nesta versão.

Gostaria de registrar meus agradecimentos, ainda, às instituições que, de maneiras diversas, me apoiaram para a realização do trabalho: ao CNPq, que através da Bolsa Sandwich possibilitou a minha estadia em Stanford; ao Center of Latin American Studies/Stanford University, à diretora da instituição, Terry Karl, a Allison Shank e a Elizabeth Jucino, pelo ambiente acolhedor que me proporcionaram; à School of Medicine/Stanford University e ao pesquisador Paul Basch, pelo convite e pela permanência nesse local no período final do trabalho; à FIOCRUZ/ENSP, extensivo aos meus colegas do Departamento de Administração e Planejamento e NUPES, que facilitaram o meu afastamento para a realização da tese; à OPS, que financiou o projeto de pesquisa "Movimentos Sociais, Construção de Hegemonia e Formulação de Políticas", por mim coordenada e que forneceu os subsídios imprescindíveis para a realização da tese; a Lenaura Vasconcellos, pesquisadora do projeto acima citado, pelo seu trabalho criterioso a respeito da Ética Médica.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- Ações Integradas de Saúde (AIS)
- Administrações Regionais de Saúde (ARS)
- Associação Brasileira de Fármacos (ABIFARMA)
- Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)
- Associação de Moradores de Nova Iguaçu (MAB)
- Associação Médica Brasileira (AMB)
- Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (AMERJ)
- Central de Medicamentos (CEME)
- Central Única de Trabalhadores (CUT)
- Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES)
- Centro de Estudos Contemporâneos (CEDEC)
- Comissões Intermunicipais de Saúde (CIMS)
- Confederação dos Trabalhadores da Agricultura (CONTAG)
- Confederação Nacional da Indústria (CNI)
- Confederação Nacional de Associações de Moradores (CONAM)
- Confederação Nacional de Trabalhadores (CGT)
- Conselho Federal de Medicina (CFM)
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)
- Conselho Regional de Medicina (CREMERJ)
- Distritos Sanitários (DS)
- Encontro Nacional de Experiências de Medicina Comunitária (ENEMEC)
- Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)
- Federação Nacional dos Médicos (FNM)
- Federação de Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (FAMERJ)
- Fundação de Serviço Especial de Saúde (FSESP)
- Fundação Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)
- Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL)
- Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT)

Instituto Brasileiro de Análise Sócio-Econômica (IBASE)  
Instituto de Medicina Social (IMS)  
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)  
Instituto Paulista de Promoção Humana (IPPH)  
Movimento de Amigos do Bairro de Nova Iguaçu (MAB)  
Movimento Popular em Saúde (MOPS)  
Ordem de Advogados do Brasil (OAB)  
Organização Panamericana da Saúde (OPS)  
Partido Comunista do Brasil (PcdoB)  
Partido Comunista Brasileiro (PCB)  
Partido Democrático Trabalhista (PDT)  
Partido dos Trabalhadores (PT)  
Partido Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)  
Partido Socialista Democrático Brasileiro (PSDB)  
Partido Socialista Brasileiro (PSB)  
Programa Especial de Saúde na Baixada (PESB)  
Renovação Médica (REME)  
Serviço de Estudos e Planejamento de Programas Educacionais e Sociais (SEPROESO)  
Sindicato de Fármacos (SINDIFARMA)  
Sindicato dos Médicos (SINMED)  
Sistema Único de Saúde (SUS)  
Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS)  
Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (SCMRJ)  
Sociedade Médica do Estado do Rio de Janeiro (SOMERJ)  
Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM)  
União Nacional de Estudantes (UNE)  
Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA)  
Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

## SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS .....	viii
INTRODUÇÃO .....	12
PARTE I - A CONSOLIDAÇÃO DA DEMOCRACIA E AS POLÍTICAS DE SAÚDE	
CAPÍTULO I - A CONSTRUÇÃO DA DEMOCRACIA. ALGUMAS QUESTÕES HISTÓRICAS E ALGUMAS QUESTÕES TEÓRICAS .....	
1 - Esfera Pública/Privada .....	20
2 - Indivíduo/Sociedade .....	28
3 - Eqüidade/Justiça Social .....	32
4 - Ética/Moral .....	36
5 - Democracia e Reforma .....	40
6 - Democracia e Reforma .....	44
7 - Democracia e Reforma .....	49
CAPÍTULO II - O PROCESSO DE REFORMULAÇÃO DO SETOR SAÚDE	
1 - A Reforma Sanitária Enquanto Processo de Formulação de Políticas Sociais .....	49
2 - A Reforma Sanitária Enquanto Processo de Formulação de Políticas Sociais .....	54
CAPÍTULO III - OS MOVIMENTOS SOCIAIS EM SAÚDE E A REFORMA SANITÁRIA .....	
1 - Os Movimentos Sociais em Saúde e a Reforma Sanitária .....	64
PARTE II - O MOVIMENTO SOCIAL EM SAÚDE .....	
1 - O Movimento Social em Saúde .....	84
CAPÍTULO IV - O MOVIMENTO POPULAR EM SAÚDE - COMPOSIÇÃO E TRAJETÓRIA (1976-1990) .....	
1 - A Formação - Fase Reivindicativa .....	88
2 - A Ascensão - A Politização do Movimento .....	92
O MOPS no Estado do Rio de Janeiro .....	102
3 - O Declínio - Acesso às Formas Orgânicas da Política .....	107
4 - O Declínio - Acesso às Formas Orgânicas da Política .....	112
CAPÍTULO V - O MOVIMENTO MÉDICO .....	
1 - Etapa de Politização das Entidades Médicas e das Reivindicações .....	139
2 - Etapa de Despolitização das Entidades e das Reivindicações .....	154
2.1 - A Ética Médica .....	160
2.2 - O Movimento Médico e as Políticas de Saúde - Relação com o Estado e o Processo Constituinte .....	160
2.3 - As Greves e o Corporativismo Médico .....	164
2.4 - As Transformações no Mercado de Trabalho: Os Convênios com o Setor Privado e o Credenciamento Médico .....	169
2.5 - As Transformações no Mercado de Trabalho: Os Convênios com o Setor Privado e o Credenciamento Médico .....	172

2.5 - A Ideologia Neo-Liberal . . . . .	174
Conclusões . . . . .	181
PARTE III - OS MOVIMENTOS SOCIAIS EM SAÚDE E A POLÍTICA DE SAÚDE - A DINÂMICA DO PROCESSO NA DÉCADA DE 90	
CAPÍTULO VI - O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA SANITÁRIA . . . . .	185
1 - A IX Conferência Nacional de Saúde . . . . .	194
2 - A Redefinição da Política de Saúde e a Extinção do INAMPS . . . . .	199
CAPÍTULO VII - A DESCENTRALIZAÇÃO DE SISTEMA DE SAÚDE: A POLÍTICA E OS ATORES EM ALGUNS MUNICÍPIOS BRASILEIROS . . . . .	207
1 - O Município de São Paulo . . . . .	217
2 - O Município do Rio de Janeiro . . . . .	225
3 - O Município de Santos . . . . .	232
4 - O Município de Manaus . . . . .	235
5 - O Município de Munhuaçu . . . . .	239
6 - O Município de Icapui . . . . .	242
CAPÍTULO VIII - OS CONSELHOS DE SAÚDE . . . . .	249
CONCLUSÃO: A FORMAÇÃO DE REGIMES DE DEMOCRATIZAÇÃO PARCIAL: O CASO DO SETOR SAÚDE . . . . .	264
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS . . . . .	279

## INTRODUÇÃO

---

O objeto desta tese é o estudo dos movimentos sociais em saúde referenciados ao processo de formulação e de implantação das políticas de saúde no período que se estende de meados da década de 1970 a 1994. O estudo desta etapa relaciona-se à possibilidade de pensar as políticas de saúde no Brasil, na transição à democracia e na consolidação democrática, sob uma perspectiva que não se sustenta, exclusivamente, no Estado como o *locus* privilegiado dos processos de formulação e de implementação das políticas sociais.

Em nossa escolha do objeto de investigação, consideramos como central a questão do movimento popular em saúde e do movimento médico - no processo de formulação e no de implementação das políticas de saúde na transição à democracia - por avaliarmos que estes conformam o movimento social em saúde. Excluímos deste estudo, porém, o autodenominado "movimento sanitário"<sup>1</sup> - ainda que também integrasse o movimento social em saúde - por se tratar de um grupo restrito e diferenciado, de origem acadêmica, e que constitui, em si mesmo, um tema de investigação; de qualquer maneira, este foi considerado ao longo deste trabalho.

A pergunta que nos levou a definir esta questão como objeto de interesse que mereceria um estudo específico referia-se ao papel exercido por estes movimentos no processo de transformação da política de saúde no Brasil - que culminou com a denominada "Reforma Sanitária Brasileira" - e as mudanças observadas na atuação do movimento popular em saúde e do movimento médico, no difícil percurso da implantação da mesma, o que pôde ser observado a partir de 1986 e em pleno processo de consolidação da democracia.

O que torna a implementação da política uma questão de difícil solução? Como se combinam atores, arenas e circunstâncias políticas? Qual é o papel do Estado? Que papel desempenham os movimentos sociais em saúde nos dois momentos da política de saúde? Como os usuários se fazem representar perante a política de saúde? Quais os partidos, as associações e os

---

<sup>1</sup> O motivo da exclusão fundamenta-se no fato de este ter sido objeto específico da análise de outros estudos no setor da saúde. Dentre eles, o de S. ESCOREL, "Reviravolta na Saúde: Origem e Articulação do Movimento Sanitário". Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1987 (mimeo).

movimentos que interagem na implantação, diferentemente da formulação, da política de saúde? Estas foram as questões que guiaram o desenvolvimento deste estudo.

Nosso argumento central é que os atores sociais interagiram em um campo não conflitivo no processo de formulação da política, dado que a diversidade de interesses do próprio movimento social em saúde estava diluída na oposição em bloco do movimento ao regime autoritário.

A partir do momento em que a reformulação da política de saúde foi sancionada na Constituição Nacional, já no processo de construção da democracia no Brasil, a sua implementação passou necessariamente pela criação de um campo específico de mediação entre a esfera governamental e a esfera social. Assim, a recomposição das relações Estado/Sociedade, que haviam sido parcialmente bloqueadas durante o período autoritário, foram retomadas no processo de transição à democracia.

Pretendemos mostrar que a implantação da política não foi bem sucedida, devido à complexidade da reformulação do sistema de saúde no Brasil, questão que ultrapassa o campo específico do setor saúde. Indicamos três pontos que nos pareceram problemáticos na viabilização da mudança no modelo do sistema de saúde: os limites ou extensão deste processo, as contradições e os apoios para a implementação da Reforma Sanitária.

A respeito dos *limites*, procuramos discutir, em particular, a relação entre democracia e reformas. Os problemas que esta relação comporta obedecem ao grau de profundidade das reformas, ao *timing* das mesmas; à capacidade, ou não, que possua o estágio atual da democracia para absorvê-las; à ameaça virtual feita às forças políticas consolidadas antes do exercício da democracia; e à existência de um cálculo estratégico que permita a implementação das mudanças, realizado pelas forças em prol da reforma.

Acreditamos que a proposta da Reforma Sanitária somente é viável no contexto da transição à democracia. No entanto, esta afirmação merece uma discussão específica, já que as diretrizes da Reforma Sanitária implicam profundas transformações na própria concepção dos direitos de cidadania e na atuação política do governo, de modo a possibilitar o exercício destes direitos. A democracia *per se* comporta ou não tais transformações? Parece-me que esta não é uma questão simples nem evidente.

As *contradições* surgiram no âmago da atuação dos próprios grupos que sustentaram a Reforma Sanitária e que integraram o movimento social em saúde. Por sua vez, cada um destes apresentava uma grande heterogeneidade na composição de seus membros, o que implicava em uma multiplicidade de interesses. Mas essa diversidade na composição do movimento social em saúde não era evidente no momento da formulação da política, o que é compreensível pelo papel de oposição que o movimento social em saúde, como um todo, sustentou em relação ao regime autoritário e às políticas de saúde predominantes neste período.

De fato, as diferenças entre interesses variados estavam diluídas na atuação em bloco do movimento na transição à democracia, mas vieram à luz no momento da consolidação democrática e, portanto, da implantação da Reforma Sanitária. As contradições entre os grupos, aliadas à sua maneira complicada de interação, acrescentaram mais um obstáculo no já difícil percurso da implementação da política de saúde.

Por último, a respeito dos *apoios*, o que pretendemos discutir não se refere a grupos específicos, no setor da saúde, que favoreceriam a Reforma, pois o nosso interesse se localiza na questão política mais geral. Um processo deste tipo só pode ser viabilizado com o incentivo e o sustentáculo do Estado. Neste sentido, torna-se necessário discutir questões tais como: Que Estado é este? Qual a relação existente entre Público/Privado? Qual o tipo de democracia requerida para a implementação de reformas que signifiquem uma redistribuição de bens, a saúde neste caso, para aquelas populações que, por viverem em condições de carência, não têm acesso à mesma?

Antes de entrar no detalhe dos capítulos que compõem o corpo da tese, gostaríamos de incorporar algumas reflexões teórico-metodológicas que subsidiaram o trabalho. A teoria política tem analisado os processos de transição e da posterior consolidação da democracia após períodos de autoritarismo político sob uma perspectiva centrada, de maneira quase exclusiva, nos procedimentos e na sistemática política envolvidos na construção de um sistema de governo democrático.

Análises mais recentes (SCHMITTER, 1991b:92) discutem o estabelecimento de regimes democráticos como condição necessária para a consolidação da democracia. Nestes, entende-se por regime democrático a capacidade reprodutiva da democracia, ou seja, a capacidade que o

governo e a sociedade possam ter para gerar comportamentos políticos democráticos, o que significa ir além do domínio estritamente político na discussão da democracia.

Percorrer este caminho nos conduziu às possíveis relações entre a constituição da democracia - na medida que esta é entendida na óptica do redimensionamento das relações Estado/Sociedade - e o campo específico da saúde - compreendido como modalidade de política social na qual a saúde adquire o valor de um bem a ser usufruído por todo e qualquer cidadão, que o Estado tem a obrigação de prover.

A partir desse enfoque, depreende-se que a reformulação da política de saúde, ou mais especificamente a Reforma Sanitária, passou a ter um papel de destaque no próprio processo de construção da democracia. Não somente porque esta última atualizou, no plano específico da política pública, as dificuldades encontradas na afirmação da democracia mas, principalmente, porque a Reforma Sanitária constituiu-se num cenário privilegiado onde se desenvolveu o próprio processo democrático, ressaltando a estreita relação entre democracia e reforma.

O tema, pela sua complexidade, obrigou-nos a refletir sobre aqueles aspectos que consideramos relevantes e aos quais daremos prioridade na análise tanto das relações Estado/Sociedade no processo de construção de um regime democrático quanto a respeito do tipo de abordagem.

Embora exista o risco de cair em uma simplificação nesse enfoque, que tem a pretensão de iluminar o lado obscuro do prisma, procuraremos sintetizar a idéia sobre a qual se sustentou a realização deste trabalho, para expor, posteriormente, os principais conteúdos e procedimentos que compõem a nossa dissertação.

A implementação da política de saúde está estreitamente imbricada, por uma parte, ao processo de democratização do país e às mudanças na esfera do Estado e das relações Estado/Sociedade, indispensáveis para o estabelecimento da democracia, e por outra, à maneira pela qual os diversos interesses que compõem o movimento social em saúde lidam entre si e se fazem representar nas instâncias institucionais da política de saúde. Neste sentido, nenhum destes enunciados pode ser visualizado *per se*.

Esperamos que a discussão teórico-conceitual efetuada na primeira parte da tese e a análise da dinâmica do comportamento de nossos protagonistas junto a seus cenários, nos capítulos subsequentes, colaborem para desvendar a peça para o leitor.

A tese foi dividida em três partes e VIII capítulos, que passamos a resenhar:

Na Parte I desenvolvemos uma análise teórica a respeito da construção de uma ordem democrática no Brasil, a partir do processo histórico iniciado com a transição à democracia e do estabelecimento de alguns parâmetros conceituais que consideramos substantivos na abordagem do nosso objeto de análise. Este bloco foi dividido em três capítulos: no primeiro capítulo objetivamos discutir a noção de democracia; no segundo, investigar a reforma do sistema de saúde e no terceiro referimo-nos aos movimentos sociais em saúde.

No Capítulo I propusemos o exame da transição à democracia e o processo de construção e/ou consolidação da mesma, estendendo a noção da democracia para além dos procedimentos tidos como necessários ao estabelecimento da democracia política. A discussão incluiu cinco pontos: Esfera Pública/Privada, Indivíduo/Sociedade, Equidade/Justiça, Ética Moral, Democracia e Reformas. O tratamento destes temas aproximou-nos da definição de relações teóricas conexas entre os movimentos sociais em saúde, a política de saúde e a construção da democracia.

No Capítulo II discutimos a reformulação da política de saúde, enquanto política social, sua origem e desenvolvimento até a culminância na proposta da Reforma Sanitária. A Reforma Sanitária foi compreendida como um caminho de reconstrução da democracia através de reformas parciais ou, dito de outra maneira, de consecução da democracia pela via do estabelecimento de "regimes parciais" democráticos. A visão das políticas de saúde, sob a perspectiva das políticas sociais, obrigou-nos a aprofundar o campo teórico-conceitual envolvido nesta área de conhecimento e sustentou a discussão a respeito dos processos de formulação e de implementação de políticas sociais devido à necessidade de subsidiar teoricamente a análise do processo de implantação da Reforma Sanitária.

O Capítulo III foi referido ao papel dos movimentos sociais em saúde nestes dois momentos - a formulação e a implantação da política de saúde - enfatizando o particular desempenho destes movimentos à luz das diversas teorias explicativas da ação coletiva. A reflexão crítica a

respeito de tais teorias, a partir das trajetórias dos movimentos sociais em saúde, possibilitou-nos identificar as adequações, proximidades e distanciamentos entre os diversos enfoques que elas apresentavam e o desenvolvimento da atuação política dos atores por nós privilegiados. Adquirimos, assim, um arcabouço teórico que nos aproximou da idéia de pensar as políticas de saúde nos processos de transição e de construção da democracia desde a perspectiva da realização dos atores nestes envolvidos e a sua relação com o Estado.

Na Parte II consideramos o desenvolvimento histórico da atuação dos movimentos sociais em saúde na sua ligação com o processo de reformulação do sistema de saúde. A elaboração do trabalho foi realizada com base na análise dos dados recolhidos através de uma pesquisa que coordenamos sobre o papel do movimento popular em saúde e o movimento médico no processo de formulação e implementação da política de saúde nas duas últimas décadas. Dividimos esta parte em dois capítulos, um referido ao movimento popular em saúde e o outro ao movimento médico.

No Capítulo IV estudamos o movimento popular em saúde no período que se estende de 1979 a 1990. A composição deste, em suas origens, relacionou-se às experiências locais de saúde, efetuadas em algumas regiões do país em torno de associações de moradores, sociedades de fomento e outras entidades de bairro. Um movimento estadual, e logo nacional, de Federações e Confederações de associações de moradores de bairros e de favelas constituiu-se no início dos anos 80 até meados da década. O movimento popular em saúde, que assim se autodenominou nos sucessivos encontros de caráter nacional, foi parte constitutiva destas federações e confederações. Finalmente, houve uma importante desarticulação do movimento popular em saúde em fins dos anos 80, pela qual, ainda que este tenha continuado a existir nacionalmente, caracterizou-se por notáveis diferenças que se expressaram regionalmente e que foram aprofundadas ainda mais pela descentralização do sistema de saúde e pela formação dos Conselhos de Saúde.

No Capítulo V analisamos a atuação do movimento médico, no período compreendido entre 1976 e 1990, com uma perspectiva ampla que incluiu não só as formas associativas sindicais dos médicos, como categoria profissional, mas o conjunto das associações médicas - aquelas que regulam o exercício da profissão, as de caráter científico-técnico e as que congregam os profissionais médicos com a finalidade de discutir questões específicas da profissão médica. As entidades analisadas foram: O Conselho Regional de Medicina (CREMERJ), a Sociedade

Médica (SOMERJ), a Sociedade de Medicina e Cirurgia (SMCERJ) e o Sindicato dos Médicos (SINMED). O levantamento do material e as entrevistas realizadas com as lideranças das associações médicas de entidades localizadas no Estado do Rio de Janeiro cobre o período que se estende de 1983-1990.

Na Parte III investigamos a dinâmica da relação entre os atores privilegiados e o processo de implementação da Reforma Sanitária nos anos 90. Discutimos, em seus três capítulos, os temas: O Processo de Implementação da Reforma Sanitária, A Descentralização do Sistema de Saúde e Os Conselhos de Saúde.

No Capítulo VI averiguamos até onde se avançou no estabelecimento dos procedimentos legais previstos constitucionalmente para o setor saúde e qual o estado da arte até os finais de 1993. Examinamos, no período que vai da aprovação da Constituição até o Governo Collor assumir, como a municipalização da política de saúde prosseguiu com enormes dificuldades, sendo que o maior obstáculo experimentado por este processo, nos dois governos que se sucederam, foi o do repasse dos recursos do SUS para os Estados e Municípios. Incluímos, neste capítulo, a discussão a respeito da realização da IX Conferência, dado o caráter significativo desta instância decisória da política de saúde.

No Capítulo VII examinamos o processo de descentralização nos Estados e Municípios e procuramos ver como os diferentes grupos sociais e agentes políticos colocaram-se nesta sucessão de mudanças, que foi o eixo central na implementação da política de saúde. Consideramos, também, como marco de referência teórico na análise do processo de descentralização, as concepções que associam essa noção à democratização do Estado. Neste sentido, interessou-nos discutir o estágio atual do processo de municipalização, para tentar sublinhar as diferenças entre algumas das experiências investigadas no transcorrer deste capítulo e detectar quais os motivos que proporcionaram maior sucesso a umas que a outras. No bojo do processo de descentralização focalizamos, também, a atenção na extinção do INAMPS, já que este foi um órgão centralizador da política desde a sua criação em 1977.

No Capítulo VIII discutimos a composição, organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde - assim como a atuação dos movimentos populares em saúde neste âmbito específico - enquanto instâncias de caráter deliberativo da política de saúde nas quais os usuários, suas

entidades e os movimentos populares participam com 50% das representações, conforme regulamenta a Lei Orgânica da Saúde.

Por último, na Conclusão, mostramos que a visão original com a qual pretendíamos abordar o objeto de estudo desta tese, sofreu deslocamentos. Assim, a partir do tema eleito - os *movimentos sociais em saúde face as políticas de saúde* - e do marco teórico que sustentou essa forma de abordagem - o *redimensionamento das relações Estado/Sociedade num âmbito específico da política social e no bojo do processo de transição e consolidação da democracia* - passamos a conformar metodologicamente o foco de análise do trabalho em três aspectos: a trajetória e o papel dos movimentos sociais em saúde, o grau de definição da política de saúde e o processo político mais amplo de constituição de um regime democrático. Neste sentido, retomamos nas conclusões, à luz dos resultados obtidos, as questões teóricas desenvolvidas no início do trabalho.

Concluímos que a Reforma Sanitária Brasileira constituiu-se num "regime de democratização parcial" (SCHMITTER, 1991b), definimos a maneira pela qual se estabeleceu o percurso da mesma e, considerando-se as dificuldades encontradas para a constituição de um regime democrático no Brasil, explicitamos quais as possibilidades para a implementação da política de saúde, dado o estágio alcançado pelos movimentos sociais em saúde.

**PARTE I**

**CAPÍTULO I**

---

## A CONSTRUÇÃO DA DEMOCRACIA

### ALGUMAS QUESTÕES HISTÓRICAS E ALGUMAS QUESTÕES TEÓRICAS

Os anos 80 constituíram-se em um marco na política brasileira em torno do processo de democratização do país. Um amplo espectro de forças políticas da sociedade - como sindicatos, movimentos populares e partidos políticos - empreenderam uma luta política que conseguiu aglutinar forças diversas na conquista de eleições diretas para Presidente da República. Esta luta em prol da democratização constituiu-se na saída política de oposição à "ditadura militar", frente à proposta das forças armadas de fazer uma abertura "lenta, gradual e segura".

A transição à democracia no Brasil é considerada, pelos autores que trabalham as transições, como um dos casos em que existiu uma decisão unilateral dos militares no marco do regime autoritário. No entanto, a transição à democracia implicou em um processo de alta complexidade - em grande parte devido à sua duração e no qual as forças sociais tiveram um papel essencial - que a realimentou, estabelecendo uma via de mão dupla no desenvolvimento da mesma.

O papel dos movimentos sociais, dos sindicatos operários, do sindicalismo de classe média, dos partidos de oposição, enfim, o ressurgimento da sociedade civil, foi de fundamental importância para minar as bases da estabilidade do regime autoritário. Neste sentido, parece-nos de interesse rediscutir a maneira como se operou a transição no Brasil e os caminhos da consolidação democrática.

A maneira como são restabelecidas as relações entre Estado/Sociedade passa necessariamente pela criação de regras e procedimentos institucionais que redefinem a forma como os interesses são representados e se traduzem em políticas governamentais específicas no processo de consolidação. Este processo tem sido longo e tortuoso, já que até hoje estes procedimentos não estão plenamente instituídos.

O processo de transição à democracia atravessou diversos momentos - que obedecem ao extenso período de 10 anos de duração, uma das mais longas transições que se conhecem - o que

dificulta a interpretação acerca do tipo de transição e conseqüentemente a previsão dos caminhos para a consolidação da democracia.

Os militares tiveram um papel protagônico na definição e no calendário da transição, no seu primeiro momento, de 1974 até 1979. KARL e SCHMITTER (1991) identificam quatro tipos ideais ou modelos de transição à democracia: 1) Pactuada, acontece sempre que as elites chegam a um acordo entre elas; 2) Imposta, quando há uma decisão unilateral para estabelecer mudanças no regime; 3) Reformista, em que as massas se mobilizam e impõem uma solução sem recorrer à violência; 4) Revolucionária, quando as massas, pela via armada, derrotam militarmente os antigos dirigentes.

O Brasil, para estes autores, estaria incluído no tipo de transição **imposta**. Acredito que isto efetivamente tenha acontecido nos primeiros anos do processo. Em um segundo momento, que se estende até a sucessão do General Figueiredo, começa a existir certa confiança da população a respeito da continuidade do processo de abertura e do afrouxamento da repressão. Surgem novas formas de organização social e política que se expandem pelo país inteiro e obrigam a mudanças na orientação do processo.

Ainda que alguns setores das forças armadas, os chamados "duros", tentassem impor um retrocesso no processo de democratização em 1979, não conseguiram e preponderou a formulação de um pacto político entre as elites e a oposição "moderada", o que possibilitou chegar a uma sucessão presidencial negociada. O caráter deste pacto, exposto por O'Donnell com grande precisão, se ajusta perfeitamente a este segundo momento da transição política no Brasil.

O'DONNELL (1988:23) distingue dois tipos de transição à democracia, a transição por colapso e a transição pactuada. No primeiro caso, trata-se de regimes burocrático-autoritários fortemente repressivos e cujas políticas econômicas foram enormemente destrutivas. Eles geram um vácuo político ao seu redor, perdem os apoios políticos e, ao não conseguirem controlar o processo político, caem estrepitosamente. As transições por colapso, ainda que ocorram em contextos econômicos catastróficos, comportam menor condicionamento político para as forças de oposição e uma maior liberdade dos governos democráticos. No segundo caso, trata-se de regimes que tiveram um melhor desempenho econômico e nos quais o uso da repressão foi menos brutal e extensivo.

O relativo êxito econômico significou a manutenção das alianças com os setores médios e empresariais que se beneficiaram com as políticas econômicas do regime autoritário. Desta maneira as elites civis e militares tiveram condições de encaminhar uma transição pactuada, impondo às forças de oposição condicionamentos no estabelecimento de governos democráticos. Este tipo de transição traria à cena política a reedição de velhos pactos que configuraram historicamente as relações entre Estado/Sociedade no Brasil.

Uma das características mais marcantes do Estado brasileiro é precisamente o seu autoritarismo. Historicamente, a sociedade brasileira apresenta traços profundamente elitistas e excludentes, em parte herança do escravagismo do período colonial e do caráter oligárquico das classes dominantes. Neste sentido, o Estado impôs seu domínio à sociedade através do exercício do patrimonialismo político, do clientelismo e da incorporação das classes "subalternas" através de mecanismos de cooptação que garantiram a supremacia das elites políticas no exercício da política.

No entanto, o caráter da transição pactuada e da reedição de velhos pactos não são suficientes para explicar o grau de complexidade que adquiriu o desenvolvimento do processo democrático e a atuação dos diversos atores sociais e forças políticas que emergiram com a transição à democracia. Embora a histórica relação entre Estado/Sociedade tenha sido atualizada e aprofundada pelo regime militar, o processo de transição à democracia originou uma forte crítica na sociedade brasileira a respeito da modalidade autoritária predominante no Estado. Esta postura foi acompanhada pela compreensão da noção de cidadania como um conjunto de direitos a serem alcançados pela sociedade como um todo.

Assim, as dificuldades para a consolidação da democracia no Brasil requerem uma discussão específica sobre a relação entre democracia e Estado, que exige conceitualizar a democracia em relação à esfera pública/privada, à questão da equidade/justiça, ética/moral e, por último, indivíduo/sociedade. Estas questões são, a meu ver, centrais ao se considerar o estabelecimento de uma democracia no Brasil. Os dilemas enunciados a seguir permearam a discussão teórica empreendida nesta parte do trabalho:

- Existência de 50% da população que beira o limite da pobreza absoluta e a pressão social destas camadas sociais que se expressa através de formas de resistência violenta a esta situação. Estas formas de expressão e resistência criam sociedades e governos

paralelos nos bairros miseráveis das grandes metrópoles, que ameaçam a própria sobrevivência da ordem social e política como um todo. Trata-se de uma situação bem próxima àquela assinalada por Hobbes da "guerra de todos contra todos", na qual ou uma nova ordem social e política procura se fundar através do estabelecimento de um regime democrático ou a ameaça de um "poder absoluto", não necessariamente militar - como as tentativas do governo Collor demonstraram - pode vir a ser uma realidade.

- Paralelamente, existem propostas de reformas substantivas no âmbito social. A Reforma Sanitária é a maior expressão delas, mas a dificuldade na implementação da mesma marca o difícil percurso para a constituição de um sistema político democrático e traz à tona a necessidade de uma discussão da própria noção de democracia, à qual me referi. Como se pode compatibilizar uma política reformista que necessariamente exige profundas transformações do Estado com uma situação do tipo enunciado acima? Qual a relação entre Reforma e Democracia no Brasil de hoje?
- Uma última questão em relação a esta discussão é a diversidade de interesses que estão em jogo no processo de construção da democracia - interesses de indivíduos, grupos, sindicatos, entidades profissionais, usuários de diversos sistemas. Como lidar democraticamente com a diversidade? Desde o interior da mesma, sendo um indivíduo em associação e formando parte de associações que são compostas por indivíduos; e desde a perspectiva do sistema político, de forma a viabilizar a construção de um regime democrático, que seja socialmente justo e que respeite, mantenha e incorpore ao exercício de governo as diferenças de interesses existentes na sociedade.

Em trabalho recente sobre a consolidação da democracia, o tipo de instituições que a mesma comporta e a forma destes processos, SCHMITTER (1991b:18) coloca que a consolidação da democracia atravessaria grandes dificuldades naqueles países que estiveram sujeitos simultaneamente a pressões de diferentes modos de transição. O autor denomina esta situação de "Black Hole":

*These are countries which are simultaneously subjected to the pressures of different modes of transition: incumbent authoritarian elites sought to hand over power on their own terms (often in a considerable hurry); opposition elites were seeking a pact among themselves (and refusing to make one with the incumbents); masses were mobilized in the streets and there was wvwn the specter of widespread violence and a revolutionary takeover... Our hunch is that*

*this simultaneity of conflicting logics make it virtually impossible for either mass or elite actors to come up with a winning strategy. Everyone thinks he or she is playing a different game... Brazil also comes close, due to the untimely death of Tancredo Neves that removed the actor most intent on and capable of moving the country sequentially toward pacted outcome.*

A situação política se encaminhou através de linhas de forte tensão política, onde resultava muito difícil definir as regras e as instituições sobre as quais se assentaria a consolidação democrática. A transição no Brasil foi uma das mais longas que se conhece; estendeu-se por 10 anos, sendo claramente controlada durante os primeiros cinco, até 1979. O escândalo do Rio Centro, as denúncias sobre a atuação da repressão e o crescimento das associações da sociedade civil, fossem elas partidos, movimentos ou sindicatos, colocaram limites à atuação das forças armadas. Isto não significou a perda de controle destas no processo da transição, mas obrigou-as a ter maiores cuidados e efetuar negociações com as forças de oposição.

Nos anos de 1983/84 aconteceram as maiores mobilizações populares; milhões de pessoas reuniram-se para exigir eleições diretas para Presidente da República, o que significou uma enorme pressão política sobre as forças armadas. O desfecho deste processo foi um complexo emaranhado de negociações políticas entre os militares, as elites políticas e as forças de oposição.

A transição negociada promoveu em janeiro de 1985 eleições indiretas através de um Colégio Eleitoral que elegeu Tancredo Neves como Presidente e José Sarney como Vice-Presidente. Porém, a maior garantia para o processo de democratização era dada pela figura de Tancredo Neves, que tinha o apoio da maioria do país.

Com a morte de Tancredo Neves e assumindo o governo o Vice-Presidente se produziu um grande vácuo político que colocou o Brasil em uma situação do tipo descrito por Schmitter. O Gabinete já tinha sido escolhido por Tancredo Neves; tratava-se basicamente de uma composição que refletia as diversas forças políticas que tinham participado da negociação, à qual faltava o comando.

Esta falta de comando deixou imersa a "Nova República", numa configuração política bastante distante da "democracia". De uma parte, velhos pactos e velhas elites, já não militares mas civis, dentre as quais Sarney foi um representante, justificaram a reapropriação do espaço nas instituições do Estado enquanto usavam como apelo o *slogan* "Tudo pelo Social". De outra,

nas forças políticas de oposição existia consenso a respeito da necessidade de implementar políticas reformistas que significassem alguma forma de compensação ao crescimento das enormes desigualdades sociais que o regime militar tinha produzido.

A política econômica refletiu muito bem estas contradições políticas. Implementou-se o Plano Cruzado como política de contenção da inflação, ao mesmo tempo em que desapareciam os produtos de consumo massivo, sem que o governo tivesse a suficiente autoridade para punir os empresários, a oligarquia rural ou as empresas multinacionais. Tentou-se aumentar as exportações, mas o setor exportador considerou os preços internos não competitivos. A renegociação da dívida externa emperrou, já que a política econômica do governo não correspondia às políticas de "ajuste" ditadas pelo Fundo Monetário Internacional. Enquanto isso, a dívida do setor público continuava aumentando, já que os compromissos políticos do governo Sarney com as velhas elites políticas se efetivavam através do preenchimento de cargos na máquina estatal, que, por sua vez, funcionavam como plataforma eleitoral destes políticos que, ao velho estilo, usavam a máquina do Estado para trocar votos por favores. Ou seja, a política clientelística foi a tônica do governo da "Nova República". Ao mesmo tempo, algumas transformações aconteciam nos aparelhos de Estado na medida em que alguns representantes da oposição eram chamados a ocupar cargos, sem que isto significasse transformações substantivas nos vícios da máquina estatal.

Mas, no Brasil, nos momentos de maior acirramento das contradições há uma homogeneização do discurso político, o que poderia fazer pensar na existência, de acordos políticos entre forças conflitantes. Em verdade, trata-se exatamente do contrário: o discurso progressista das elites conservadoras não tem nenhuma correspondência com a conhecida atuação política das mesmas. Trata-se de impedir, via os meandros burocráticos da máquina política estatal - a compra direta de postos-chaves (negociatas econômicas que envolvem grandes transações de dinheiro), sofisticação tecnocrática, compra de votos - transformações substantivas do Estado Brasileiro. Estes procedimentos, que são visceralmente opostos à democracia, se fazem em nome da democracia, convivem com reformas parciais e só vêm à tona através de grandes escândalos públicos, onde *"accountability"* é somente uma consequência forçada à qual os governantes são compelidos pela via dos fatos.

Assim, a "Nova República", não nas intenções mas nos resultados, produziu uma paralisação na construção das instituições e procedimentos democráticos, questões estas fundamentais para

que seja possível partir da transição para a consolidação da democracia. Em outras palavras, para que o peso da modalidade autoritária, clientelística e patrimonialista da atuação política do Estado brasileiro, incrementada ainda pelo exercício da política dominante do regime autoritário, não se constitua na determinação principal que impeça criar instituições e procedimentos democráticos que possibilitem o exercício permanente ou a reprodução da democracia, é preciso considerar algumas questões.

A principal questão é que, diferentemente do momento da transição, a consolidação da democracia requer a constituição de um regime democrático. Os princípios enunciados por DAHL (1979:108) como os "*procedural minimum*" - voto secreto, sufrágio universal, eleições regulares, competição partidária, liberdade de associação, transparência do executivo - são necessários, mas não suficientes para garantir que não se retroceda a uma situação anterior nem à "reprodução da democracia". Trata-se de procedimentos mínimos sem os quais não poderia haver democracia, ou poliarquia como ele a denominou, mas, ainda que sejam imprescindíveis para eleger governos democráticos, não garantem "*per se*" regimes democráticos.

A diferença entre um governo democrático e um regime democrático, seria dada pela transformação de um padrão ou traço democrático em uma estrutura, SCHMITTER (1991a:10). Que significa a existência de uma estrutura política democrática? Denomino de estrutura democrática a capacidade reprodutiva da democracia, ou seja, a capacidade de o governo e a sociedade virem a autogerar comportamentos políticos democráticos.

É necessário neste ponto chegar a um acordo a respeito do que seja a idéia de "estrutura democrática", o que remete à própria noção de "democracia". Percorrer a noção de democracia ao longo da história é um árduo caminho já desenvolvido pelos mais diversos pensadores e através das mais diversas perspectivas. Não pretendo me aventurar por ele. Procurarei sustentar a minha argumentação nos dilemas atuais que se colocam para gerar uma estrutura política democrática, no Brasil, ao levar em consideração a praxe do exercício da política, das relações sociais e dos comportamentos individuais.

A democracia, na sua acepção política, refere-se à modalidade de governo em que, através de eleições, cidadãos livres e iguais escolhem, via sistema partidário, aqueles que serão seus representantes. Em um trabalho recente de SCHMITTER e KARL (1991:76), agrega-se que:

*Modern political democracy is a system of governance in which rulers are held accountable for their actions in the public realm by citizens, acting indirectly through the competition and cooperation of their elected representatives.*

É necessário acrescentar, ainda, que as modernas democracias têm um importante viés societário que se sustenta na tradição social democrata europeia dos últimos 50 anos, devido à qual a democracia política é hoje indissoluvelmente relacionada a certos padrões de bem-estar social.

Mas, ainda considerando esta definição "ampliada" de democracia, resta-nos aproximarmos à consolidação da democracia ou à maneira pela qual regimes democráticos viriam a se estabelecer. No trabalho acima mencionado se define como regime (SCHMITTER e KARL, 1991:76):

*A regime or system of governance is an ensemble of patterns that determines the methods of access to the principal public offices; the characteristics of the actors admitted to or excluded from such access; the strategies that actors may use to gain access; and the rules that are followed in the making of publicly binding decisions. To work properly, the ensemble must be institutionalized - that is to say, the various patterns must be habitually known, practiced, and accepted by most, if not all, actors. Increasingly, the preferred mechanism of institutionalization is a written body of laws undergirded by a written constitution, though many enduring political norms can have an informal, prudential, or traditional basis.*

Sob esta perspectiva, acredito que a consolidação da democracia política é possível sempre que: a) comportamentos políticos democráticos tenham sido internalizados com antecedência pelos atores políticos, b) exista consenso entre os atores políticos, a respeito de que a diversidade de interesses presentes na sociedade impõe, de uma parte, substituir a satisfação imediata dos interesses próprios por interesses de caráter coletivo. A condição de possibilidade da afirmação anterior seria dada pelo consentimento tácito dos atores sociais de que a democracia garantiria a satisfação em um momento posterior dos próprios interesses. Estas duas pré-condições não são dadas e, no caso do Brasil, elas são completamente inexistentes.

SCHMITTER (1991a:9) considera que a consolidação da democracia consistiria em transformar padrões *ad hoc* em "estruturas" - os grifos são nossos - que assegurem procedimentos/canais de acesso, inclusão/exclusão dos atores, recursos/estratégias para a ação e regras/normas a respeito da tomada de decisões de acordo com um *standard* específico: que o princípio reitor da democracia é a cidadania". Incorporando a idéia de GUIDDENS (*apud*

SCHMITTER, 1991a:9) de estruturação, para a qual as noções de rotinização, institucionalização, estabilização e "reificação" foram os conceitos usados primeiramente para conhecer este fenômeno, o autor (GUIDDENS *apud* SCHMITTER, 1991a:9) afirma que:

*...a idéia básica, comum a tudo isto é que as relações sociais se tornem estruturas, ou seja padrões de interação ocorram regularmente, estejam dotados de significado e sejam tão capazes de motivar condutas que eles venham a ter um funcionamento autônomo como para resistir a mudanças induzidas do exterior. Em palavras simples, estruturas são coletividades nas quais 'o todo é maior que a soma das partes'. As estratégias e normas dos indivíduos dentro delas são restringidas pela totalidade. As ações e metas da estrutura não são reduzíveis aquelas de suas partes componentes. O que se precisa é uma mais específica definição e teorias da estruturação/institucionalização /estabilização/rotinização que capture esta modalidade e explique não só como ela poderia ser adotada, mas também porque os atores poderiam preferi-las com prazer.*

Reproduzimos este longo parágrafo porque ele nos parece particularmente incitante, assim como um desafio central para refletir em relação à constituição de uma estrutura democrática. Neste sentido, acreditamos que a possibilidade de abrir uma senda nesta intrincada floresta, no sentido de uma metáfora "hobbesiana", poderia acontecer a partir da discussão dos pares acima enunciados: esfera pública/privada, indivíduo/sociedade, justiça/eqüidade, ética/moral. Parece-nos ser este o momento apropriado para refletir a respeito da maneira pela qual os atores sociais e políticos poderiam "preferir com prazer" ter comportamentos democráticos ou uma atuação política democrática.

### ***Esfera Pública/Esfera Privada***

Estas duas categorias de análise, pensadas pelo liberalismo a propósito do Estado como duas ordens, a segunda correspondendo à esfera da sociedade onde se realizam os interesses dos indivíduos e a primeira à esfera do Estado, como o espaço onde se desenvolvem os assuntos que são de caráter público, ordenam e separam o indivíduo da sociedade e separam esta última do Estado.

Esta ordenação e separação não é somente uma construção ideal do pensamento, mas obedece à necessidade de fundar o Estado moderno e não só como consequência da dissolução da ordem

feudal. O Estado virá a ser a maior construção política, a mais aperfeiçoada organização político-institucional, produto da transformação da sociedade feudal com o surgimento da burguesia como "classe universal" ou expressão do "homem moderno".

Assim a idéia do Estado como instância que se erige por cima dos homens particulares e, também, da sociedade, adquire uma dimensão singular não somente enquanto "idéia" mas, principalmente, enquanto estrutura jurídico-institucional, política e administrativa da Nação.

Esta nova ordem social burguesa se caracteriza por ser formada de indivíduos livres e iguais, que se satisfazem no mercado, sendo que a realização da satisfação não é encargo do Estado, mas privada. Trata-se de indivíduos livres, na medida em que não estão ligados ao modo de exploração feudal, nem à servidão do trabalho da terra, nem à entrega do produto da mesma para o senhor feudal. As formas de produção feudal e a sua ordenação política perdem valor econômico, social e político perante o rápido processo de acumulação capitalista que a troca de mercancias facilita através do mercado.

O mercado requer, de indivíduos livres que possuam o direito de escolher o lugar e o tipo de trabalho desejado, a liberdade de ir e vir, morar onde quiser e se expressar a respeito de desejos e opiniões sem serem constrangidos pela ordem política - o Estado. Assim, a condição de igualdade é suposta pelo mercado na medida em que os indivíduos se igualam no ato da troca; cada indivíduo é igual a si mesmo e aos outros no exercício do ato econômico de comprar ou vender o que seja no mercado, independentemente do valor que possua o que está sendo trocado neste. Dito de outra maneira, o valor desigual passa a ser colocado na mercancia objeto da troca, sem que este contamine seus possuidores. Esta fantástica construção do pensamento liberal não é mais que o que Marx denominou de "fetichismo da mercancia".

Este ato simbólico e, ao mesmo tempo, real - a igualdade formal e a desigualdade real - é, também, fundador da cidadania. Neste sentido, a mercancia pode ser equiparada à noção de cidadania, no que ambas têm em comum seu componente "fetichista". Os indivíduos são em relação ao mercado, à sociedade e/ou esfera privada, o que os cidadãos são em relação à esfera pública e/ou Estado. Que se dê aos indivíduos o *status* de cidadãos vai permitir justificar que a esfera pública regule relações particulares entre indivíduos privados, equiparando os indivíduos como cidadãos.

De fato, a intervenção da esfera pública na ordem privada se sustenta nas necessidades do próprio processo de acumulação, sejam estas explicitadas ou não. Neste sentido, é indiscutível a presença de alguns interesses privados na ordem pública, assim como o fato da esfera pública "representar" mais alguns interesses que outros. Esta afirmação é bem exemplificada pela intervenção do Estado ainda nos primórdios do capitalismo, ao responder às exigências da burguesia para o melhor andamento do próprio processo de acumulação, tais como: os decretos sobre vestimentas, a criação de taxas e impostos ou, nos momentos que faltava o trigo, a proibição do consumo de pão nas sextas-feiras (HABERMAS, 1984:39); ou mesmo, pela intervenção da ordem política para garantir a própria sobrevivência do mercado, como as leis de terras e a regulamentação da jornada de trabalho.

A cidadania outorga aos indivíduos uma certa identidade coletiva uma vez que estes, enquanto cidadãos, passam a formar parte da Nação. Mas este aspecto da cidadania é profundamente contraditório, porque ao mesmo tempo em que possibilita a percepção do indivíduo como formando parte de um todo maior, esta totalidade não lhe é própria. A esfera pública, como expressão da cidadania na ordem liberal burguesa, é circunscrita aos possuidores de bens: sejam estes terras, instrumentos de trabalho ou mercancias. Mas, ao mesmo tempo, a esfera pública é separada dos produtores privados - sejam eles assalariados ou proprietários - e é isto que a constitui como o espaço no qual estão "representados" os interesses públicos do conjunto da comunidade e, ainda, o que permite que se legitime como autoridade pública: O Estado de Direito.

A contradição embutida na idéia de cidadania, acima mencionada, é sustentada na existência de direitos e, portanto, na possibilidade da satisfação destes, o que não significa necessariamente a efetivação da satisfação. Este aspecto contraditório da cidadania é que possibilitou a luta pela efetiva conquista dos direitos de cidadania e a consecução dos direitos sociais como a expressão mais desenvolvida desta, à qual se chegou depois de profundas lutas sociais que levaram dois séculos da história da humanidade. Este momento da obtenção de direitos sociais que MARSHALL (1967:57-113) denominou de "cidadania completa", referindo-a ao modelo clássico da obtenção de direitos exemplificado pela Inglaterra, teve e tem percursos históricos específicos nas diversas realidades nacionais.

O efetivo preenchimento dos direitos sociais presente nos Estados democráticos modernos expressado pelo *Welfare State* é, talvez, o momento de maior aproximação da esfera pública

ao "público". Uso o termo "público" aqui para designar a presença, na esfera do Estado, de interesses de classe diversos dos da classe dominante. As social-democracias modernas conseguiram pluralizar o Estado, ao incorporar os interesses das classes subalternas a partir do reconhecimento da desigualdade social como característica inerente ao modo de produção capitalista e atenuar estas desigualdades pelo exercício da democracia social e política sem interferir no processo de acumulação capitalista. Este percurso histórico da cidadania levou a uma interpenetração crescente da esfera privada pela esfera pública e, vice-versa, a propósito do qual HABERMAS (1984:177) afirma que:

*A partir da esfera privada publicamente relevante da sociedade civil burguesa constitui-se uma esfera social repolitizada, em que instituições estatais e sociais se sintetizam em um único complexo de funções que não é mais diferenciável. Essa nova interdependência de esferas até então separadas encontra a sua expressão jurídica na ruptura do sistema clássico de Direito Privado... Na sociedade industrial organizada como Estado-social multiplicam-se relações e relacionamentos que não podem ser suficientemente bem ordenados em institutos quer do Direito Privado, quer do Direito Público; obrigam, antes, a introduzir normas do assim chamado Direito Social.*

Esta sobreposição não é mais que a constatação de que a participação social e política, possível a partir da condição de "cidadania", alterou o caráter restrito da esfera pública. Estas mudanças se refletiram no Direito, como resultado das transformações que se operaram no Estado.

Se pensarmos agora esta questão da perspectiva dos indivíduos em sociedade não resulta muito difícil concluir que: posso aceitar que meus interesses não estejam incluídos na esfera pública sob duas condições, a obtenção no presente de algum ganho compensatório e a possibilidade de sua inclusão em um futuro. A primeira condição é indissolúvelmente ligada à segunda, pois sua comprovação é a prova do cumprimento da outra. Trata-se de condições, ambas contidas no exercício da cidadania: ser cidadão me permite usufruir de direitos. Remetamo-nos, por exemplo, à condição de libertos da servidão à terra e ao senhor feudal, à "livre" escolha de ir e vir, ao direito de defesa sob injusta acusação de algum crime não cometido, ou ao direito de falar livremente.

Dos direitos civis os indivíduos podem fazer uso quando quiserem, desde os primórdios do capitalismo até os dias de hoje. Quanto isto tem de ilusão corresponde à segunda condição enunciada; estes direitos não são iguais para todos, mas se em parte o são, talvez um dia

possam vir a ser completamente e isto seria possível na medida em que a parcialidade da esfera pública não fosse absoluta. Em outras palavras, sempre que a esfera pública constitua um espaço a ser definido pela disputa de interesses opostos e, por vezes, enfrentados e na qual exista a possibilidade de que interesses não satisfeitos no presente possam ser realizados no futuro.

Outra leitura sobre o caráter desta interpenetração é dada pela manutenção e ampliação, ao interior da esfera pública, de interesses de grupos privados, muito bem exemplificada pelo Brasil do regime autoritário e, em grande parte também, da transição. O processo de desenvolvimento econômico que o país atravessou durante o regime autoritário - e que se caracterizou por taxas elevadas de crescimento econômico, pelo importante investimento de capital internacional tanto nos setores produtivos como nos investimentos públicos e pela alta concentração de renda com a marginalização de amplos setores da sociedade - criou uma sociedade altamente complexa e segmentada.

Alguns autores têm se referido à sociedade brasileira como a "Belíndia", a mistura entre a Bélgica e a Índia, como uma forma de dar conta da existência de mais de um Brasil, um altamente desenvolvido e rico e outro extremamente subdesenvolvido e pobre. Isto precisamente foi possível em grande parte pelo encurtamento da esfera pública, devido à intervenção e ao papel crescente que grupos econômicos e políticos tiveram na mesma.

Desta forma, o "público" é barrado do Estado e este continua a incrementar a capacidade já existente do exercício público de interesses privados (leia-se de grupos) até a não diferenciação entre o que é público e o que é privado.

### ***Indivíduo/Sociedade***

O homem em sociedade deixa de ser indivíduo para passar a ser sujeito de si mesmo e dos outros no processo de interação social. Somente posso me reconhecer como indivíduo em sociedade porque o reconhecimento dos meus direitos, ainda que de maneira imperfeita, em relação aos outros é a comprovação da existência, no futuro, da possibilidade de satisfação destes.

Considerando que a teoria liberal separa o indivíduo da sociedade e a trata como um agregado de indivíduos, apresentando-a, desta maneira, como atomizada, parece-nos interessante destacar o tratamento que FREUD (1957:59) dá ao tema, por ser o primeiro teórico que, a partir de uma perspectiva do indivíduo, enfocou a questão sob uma visão societária, tal como podemos ver na citação abaixo:

*Nós agora temos que considerar o último, mas não certamente o menos importante dos componentes da cultura, a saber, o caminho no qual as relações sociais, as relações entre os homens são reguladas, o que acontece com ele como vizinho, nas relações de solidariedade, como um objeto sexual para outros, como membro de uma família ou do Estado. É especialmente difícil neste assunto não ter preconceitos que obedeçam a padrões ideais e determinar com exatidão o que é especificamente cultural. Possivelmente poder-se-ia começar por estabelecer que a primeira tentativa para regular as relações sociais, conteve de maneira acabada os elementos essenciais da civilização. Se esta tentativa não tivesse sido feita, estas relações seriam sujeitas ao arbítrio dos indivíduos: isto é, o homem mais forte psicologicamente poderia decidir as coisas de acordo com seus próprios interesses e desejos. Esta situação não mudaria já que este homem forte encontraria a sua volta outro homem mais forte do que ele. A vida humana em comunidades apenas se torna possível quando os homens se juntam e isto constitui uma força superior a de qualquer homem isolado e esta unidade se mantém contra toda a singularidade individual. A força deste corpo unido é oposta, como 'Direito', a força de um indivíduo, o qual é condenado a força bruta. Esta substituição do poder pela união dos indivíduos perante um homem singular é um passo decisivo em direção a civilização. A essência disto é que os membros de uma comunidade têm restringido suas possibilidades de gratificação enquanto o indivíduo não tem reconhecido tal restrição.*

A condição da civilização para Freud é colocada na renúncia ao desejo, mas isto se torna possível não exclusivamente como um ato de repressão imposto pela vida em sociedade. O instinto reprimido no indivíduo, para obter o reconhecimento da autoridade, ou dito de outra maneira, trocado pelo amor paterno, é o que possibilita ao homem a formação do superego como restrição. O superego é para Freud a mesma coisa que a consciência. Neste sentido, o desejo premente afasta o homem do outro e de usufruir dos benefícios de se associar aos outros, sejam estes benefícios imateriais - não sentir culpa, ser apreciado ou ser amado pelos outros - sejam estes materiais - a produção social é mais lucrativa do que o trabalho individual.

A realização do desejo afasta o homem da capacidade de um domínio mais amplo do mundo e, por sua vez, a capacidade de antecipar resultados é o que lhe permite a postergação do desejo. Esta capacidade de antecipação coloca o homem numa contradição permanente, a de

ser um indivíduo em sociedade submerso num jogo entre perdas e ganhos, mas ao mesmo tempo, à decisão de continuar vivendo em sociedade que parece se atualizar repetidamente através da história humana

A decisão de continuar vivendo em sociedade, que se expressa historicamente através da ordem política, tem mudado profundamente na sua forma, levando em consideração, cada vez mais, o conjunto da sociedade assim como os indivíduos que a compõem.

Neste sentido, a separação entre a ordem dos indivíduos e a esfera social, correspondendo esta às formas de organização específicas da associação humana, são também construções ideais do pensamento. Não há indivíduos sem sociedade. Parece mais plausível falar de sujeitos como uma categoria relacional e da individualidade como o conjunto de interesses, preferências, inclinações, gostos que compõem a percepção que os homens têm de si mesmos (*self*) e as opções que fazem nas relações interpessoais.

A incorporação de FREUD nesta parte do trabalho se sustenta porque o tema do sujeito em psicanálise (BIRMAN, 1991) é de ordem estritamente intersubjetiva. Diferentemente, a ciência política tem resistido, até muito recentemente, (LANDI, 1979; GIDDENS, 1984, 1991; EVERS, 1984, TOURAINE, 1989, HABERMAS, 1984), a incorporar o plano do sujeito nas análises políticas. Questão que nos parece de fundamental importância quando se trata de pensar formas de exercício da política no mundo moderno como viabilizadoras de melhores condições de existência para os homens. A ciência política tem procurado uma objetividade sustentada sobre um modelo de conhecimento estrutural onde a política e as políticas públicas, especialmente, participam de uma lógica macro-política alheia à atuação política de sujeitos dotados de vontade.

Nossa idéia, presente ao longo do trabalho, é a recorrência a "sujeitos" como protagonistas às vezes conscientes, às vezes não, do acontecer político. Neste sentido, a reprodução da democracia, questão que nos ocupa prioritariamente, é indissoluvelmente relacionada à constituição de sujeitos democráticos. Vamos considerar, assim, que a referência a indivíduos ressalta o plano pessoal de satisfação de necessidades estritamente econômicas, encaminhadas à reprodução da vida ) ou ao consumo enquanto modo de vida na sociedade capitalista moderna e esquecendo que estes são também comportamentos sociais e culturais, especialmente o consumo, para restringirmo-nos ao mero ato de satisfação de uma necessidade material. Ao

nos referirmos a "sujeitos" estaremos lidando com um plano de análise no qual o reconhecimento do "si mesmo", a construção da própria identidade é sempre relacionada aos outros.

A referência a sujeitos políticos não pode se desvincular deste nível de compreensão psicológica da noção do "sujeito". A disposição para a ação social ou política é relacionada, neste sentido, ao preenchimento de necessidades de cunho estritamente psicológico, tais como: as respostas dos outros a meus comportamentos políticos ou reconhecimento do outro, emocional, afetivo, ideológico, etc. Mas também à capacidade que o homem tem de postergar no tempo os benefícios resultantes da sua intervenção ou, dito de outra maneira, à capacidade de antecipar resultados que aconteceriam no futuro. Por um lado, o reconhecimento do outro ainda que constitutivo da ordem social, como Freud afirma, pode não ter uma correspondência consciente da alteridade quando se trata da atuação social e política. Por outro, a representação que se tem do "si mesmo" - *self* - e do outro na ação política passa a ter uma conotação democrática quando a decisão de agir no plano político é um cálculo que necessariamente inclui o outro e onde, por sua vez, há certa confiabilidade da inclusão do *self* nos comportamentos externos ao mesmo.

Na dimensão do governo o reconhecimento do outro (social) não significa a eliminação dos conflitos sociais. Pelo contrário, a existência dos mesmos poderia ser dirimida na arena da luta política dentro da diversidade de atores e interesses que esta comporta, desde que as regras de "competência" democrática sejam suficientemente claras e explícitas para todos os atores sociais que participam do "jogo democrático" sob a garantia de não exclusão, qualquer seja a questão política em jogo. Esta possibilidade poderia provocar maior disposição ou encorajar amplos setores da sociedade a disputar, através da luta política, a "publicização" da esfera pública.

Em sociedades extremamente desiguais, a constituição do *self* é privilégio a ser usufruído por aqueles indivíduos que acederam à satisfação plena das necessidades e onde o "outro" remete à quase a metade da população desprovida do direito de se alimentar diariamente, ter um teto onde morar, ter direito ao trabalho e fazer parte da sociedade; condições estas que por sua ausência colocam em questão a própria ordem civilizatória. Em verdade, quando refletimos a respeito das políticas sociais não estamos pensando exclusivamente em políticas de ordem redistributiva de bens de consumo social, cujo *locus* administrativo é dado na esfera do Estado,

ainda que esta seja uma primeira aproximação à compreensão do papel das políticas sociais. Mas o que pretendemos focalizar é a constituição de agentes sociais em estreita relação com as políticas, o que implica na definição das demandas referidas à política social e o fato de estes serem 'sujeito' da política. A idéia de constituição de sujeito em estreita relação com as políticas sociais requer a existência prévia de direitos de cidadania universais legitimados pela ordem política. As políticas sociais passariam assim a adquirir na nossa compreensão o *status* do que GUIDDENS (1991:212-213) denominou de "políticas emancipatórias".

*I define emancipatory politics as a generic outlook concerned above all with liberating individuals and groups from constraints which adversely affect their life chances. Emancipatory politics involves two main elements: the effort to shed shackles of the past, thereby permitting a transformative attitude towards the future; and the aim of overcoming the illegitimate domination of some individuals or group by others (...) Emancipatory politics is concerned to reduce or eliminate exploitation, inequality, and oppression.*

### ***Eqüidade/Justiça Social***

A questão da eqüidade é, sob a perspectiva que estamos desenvolvendo, um componente principal da democracia. A eqüidade é embutida na idéia da cidadania, não como princípio, mas como o resultado das lutas sociais que transformaram esta idéia de cidadania na obtenção de direitos concretos usufruídos pela população. Os direitos civis, políticos e, por último, sociais constituíram os três momentos dos quais a cidadania se nutriu até alcançar um significado "pleno", segundo MARSHALL, bem distante daquele com o qual a concepção liberal lhe deu origem. A história pôs em movimento a idéia da cidadania e este movimento redefiniu a própria noção de cidadania. Daí que entre a noção de igualdade formal e a de eqüidade se interpõe o reconhecimento da incapacidade do mercado de dar conta das desigualdades inerentes à sociedade.

As transformações históricas protagonizadas pelo movimento operário e pelos partidos de esquerda levaram a profundas reformas do capitalismo (PRZEWORSKI, 1989), através da intervenção do Estado na economia e da regulação do mercado. De fato, os direitos sociais constituíram-se em uma conquista das lutas operárias. A incorporação destes direitos através

de políticas sociais tiveram sua expressão mais aperfeiçoada nos *Welfare States* europeus, em que a igualdade formal se aproximou da igualdade real. Assim, a **equidade**, enquanto resultado, não é mais que a maneira pela qual as modernas democracias sociais traduziram politicamente, sob o capitalismo, as enormes desigualdades sociais numa distribuição mais equitativa da riqueza e num maior bem-estar social garantido pelo usufruto dos direitos sociais de cidadania.

A ampliação dos direitos sociais requer a progressiva intervenção do Estado através de políticas sociais. De um lado, as políticas sociais, implementadas extensamente pelos países europeus a partir da década de 40, precisaram de uma forte intervenção política do Estado e, portanto, de uma mudança na concepção liberal da democracia. A própria noção de democracia começa a ser relacionada à ampliação da participação social e política e às condições de vida que esta é capaz de proporcionar à população. De outro lado, as políticas sociais, como maneira de implementação política das transformações, que atravessou a própria concepção de democracia, exigiram a presença reguladora do Estado na economia.

Uma parte do investimento estatal, aquele destinado às políticas sociais, passou a ser considerado como compensatório da pobreza e como investimento de capital sem retorno de lucro. As políticas sociais funcionaram como salário indireto. Aquela parte do trabalho não retribuída pelo empregador e apropriada por este no processo de produção, coluna vertebral do processo de acumulação capitalista - a mais-valia -, passa a ser compensada pelo Estado através de bens de consumo social como aposentadoria, saúde, educação, moradia.

Uma das idéias que perpassou, na época, a teoria econômica keynesiana, foi que a ampliação do consumo era a chave para o crescimento econômico: os benefícios sociais, através das políticas sociais, têm um papel principal ao liberar uma parte considerável do salário, que já não precisa ser destinada à reprodução da força de trabalho e que poderá ser destinada ao consumo. Neste sentido, o Estado teve também um papel importante regulando o papel do mercado e agindo como planejador, investidor e direcionador do próprio processo de acumulação capitalista. Além disso, uma forma de evitar modificações estruturais pode ser atenuando os efeitos do capitalismo sobre a classe trabalhadora.

De fato, o desgaste excessivo da força de trabalho inviabiliza um melhor aproveitamento da mesma no futuro, pela diminuição das capacidades necessárias para absorção de mudanças

tecnológicas no processo produtivo e pela própria deterioração das condições de saúde do trabalhador. O Estado tem apoiado os investimentos privados e regulamentado os públicos, o que significa, também, assumir tarefas de controle e do equilíbrio do ciclo económico.

Este processo foi extremamente complicado e longo na medida em que implicou em alterações substantivas na economia capitalista e no modelo teórico liberal que tinha sustentado, até a década do 30, a não intervenção do Estado na economia e a própria noção de democracia, como democracia liberal. Estas transformações que sofreu o capitalismo foram possíveis pelo grau de enfrentamento produzido pelas desigualdades sociais e pelo desmascaramento do discurso da igualdade entre os indivíduos, que o liberalismo vinha exercitando desde os primórdios do capitalismo.

Este processo teve origem e referência no campo da política. A própria teoria marxista da sociedade capitalista, junto às experiências socialistas de princípios do século, colocou a questão de uma maior "equidade" - distribuição da riqueza - como exigência das classes trabalhadoras europeias em relação ao sistema económico capitalista e sua contraparte política à democracia liberal. A estruturação de fortes sindicatos nos setores vitais da economia, ligados aos partidos comunista e social-democrata que adquiriram um peso crescente no eleitorado europeu, abriram uma nova perspectiva para o capitalismo, centrada na administração de importantes benefícios sociais para as classes trabalhadoras pela via do *Welfare State*.

Equidade e Justiça Social não são mais que as duas faces da mesma moeda. A equidade é agora uma condição da cidadania, re-dimensionada a partir das transformações do capitalismo. Enquanto a justiça social diz respeito à incorporação da equidade como um novo código moral e ético das democracias modernas. A Justiça Social, ao mesmo tempo que dá conta da inclusão da "igualdade real" na noção de cidadania, retraduz no plano formal uma nova ordenação jurídica, que poderia ser considerada na ordem do Direito Social. Trata-se de uma esfera na qual se interpenetram instituições estatais e sociais e que, conseqüentemente, não permite ser enquadrada nem no Direito Público nem no Privado.

É interessante notar que, apesar deste processo histórico ao qual fizemos referência, não há, no sistema capitalista como um todo, nenhuma necessidade indefectível de incorporar estas transformações. Pelo contrário, nos países em que não houve uma classe trabalhadora ou

movimentos sociais que tenham acumulado importantes quotas de poder político, o capitalismo, como sistema econômico, tende a ser tanto ou mais predatório e reprodutor de enormes desigualdades sociais que quando de sua instalação originária.

Neste sentido, seriam necessárias transformações na concepção e no exercício da política ao levarmos em consideração que, historicamente, a ação política tem tido um valor substantivo nas transformações do capitalismo, fazendo com que este se torne mais flexível. A incorporação da equidade na concepção da democracia e a maneira de implementá-la nos ser uma das questões substantivas que hoje se colocam para o Brasil e outros países que atravessaram regimes autoritários e se encontram hoje com enorme parcela de sua população no limite da pobreza absoluta.

Outra maneira de colocar esta questão, que nos parece muito interessante e que retoma a extensa discussão da literatura marxista a respeito das contradições do capitalismo, desde outra perspectiva, é a que nos apresenta PRZEWORSKI (1992:109):

*Minha versão a respeito desta questão - as contradições inerentes ao capitalismo - defende que o capitalismo é irracional porque não pode aceder a certas distribuições de bem-estar que são tecnicamente factíveis. Nós podemos ter meios tecnológicos e organizacionais de alimentar a todos na Terra e a vontade de fazê-lo; mas ainda assim, ser incapazes de conseguir isto sob o capitalismo (...) Imagine uma economia na qual há dois agentes, P e W. Se os resultados não dependessem das taxas de retorno dos investimentos controlados por estes agentes, logo sob um dado estágio da tecnologia toda a distribuição do bem-estar se resume ao nível em que os resultados sejam acessíveis (...) Mas sob o capitalismo, os resultados dependem das taxas de retorno dos investimentos. Se os capitalistas recebessem o retorno completo do capital e os trabalhadores o retorno completo do trabalho, logo os recursos poderiam ser eficientemente alocados, e a distribuição dos ingressos poderiam refletir a produtividade marginal dos dois fatores (...) Mas se os capitalistas ou trabalhadores não têm o retorno completo, isto é, se a distribuição de ingressos difere do mercado competitivo, eles poderão retirar capital ou trabalho, e os recursos seriam subutilizados. Sob o capitalismo, investimentos - capital e força de trabalho - são propriedade privada e quem decide 'se vão e como vão' utilizá-los são os próprios interessados.*

Não há no capitalismo *per se* equidade possível, a não ser quando o resultado da luta política coloca, como condição para o próprio desenvolvimento do projeto resultante do embate das forças sociais em conflito, restrições ao mercado e ao comportamento dos agentes econômicos no mercado.

## *Ética/Moral*

Se retomarmos agora a discussão sobre equidade e justiça, duas questões saltam à nossa vista: a) se a equidade é incompatível com a "natureza" do mercado e portanto do capitalismo, como compreender neste contexto o papel da Justiça; b) qual a dimensão que daríamos à noção de Justiça no processo de consolidação da democracia.

A primeira destas questões foi amplamente debatida nos fundamentos da filosofia moderna do Direito e cujas expressões mais "iluminadas", das quais consideraremos basicamente duas, colocam a resolução desta problemática ou na concepção de uma justiça progressiva como em Kant (*apud* HABERMAS, 1984:126-142); ou na idéia de que na base da sociedade há cooperação, o que possibilita que esteja embutida na noção de justiça o caráter ético-moral como base das escolhas racionais de homens livres e iguais como afirma RAWLS (1978:4). Em ambos os pensadores em que se expressam as concepções, que no nosso entender pretendem dar uma resolução à ausência de equidade no capitalismo, existe mais do que uma resolução da questão, uma postergação da mesma. Diferentemente, Hegel, na sua Filosofia do Direito, mais do que resolver o problema aponta para o reconhecimento da contradição embutida na idéia de justiça no capitalismo.

Como HABERMAS (1984:146) assinala, a "publicidade" não é mais considerada um princípio do Iluminismo; serve só para a incorporação da opinião subjetiva na objetividade que o espírito adquire na figura do Estado:

*Hegel se fixa na idéia da realização da razão numa 'ordem completamente justa', nela justiça e felicidade coincidem (...) o Estado assume para si, enquanto realidade da idéia ética, tal responsabilidade através de sua mera existência.*

Mas isto não significa que a justiça efetivamente se realize no cotidiano dos homens. A esfera pública não é mais que a "vulgarização" da razão, portanto é falsa; só que leva dentro de si a potencialidade do aprendizado da razão (*HEGEL, apud HABERMAS, v. VII, p.274 §318*):

*Por isso, a opinião pública merece, por conseguinte, tanto ser prezada quanto ser menosprezada: menosprezada, por sua consciência concreta e sua manifestação; prezada, por seu fundamento essencial, que mais ou menos confusamente, só aparece naquela manifestação concreta. Como ela*

*não tem em si mesma a escala para diferenciar, nem tem a capacidade de elevar o seu aspecto substancial a um saber definido, a primeira condição formal para fazer qualquer coisa de grande e de racional é a independência em relação a ela (tanto na realidade quanto na ciência).*

O que podemos observar é o descrédito de Hegel a respeito da esfera pública, que não pode ser justa porque expressa interesses parcializados. Ele define a função da esfera pública de acordo com o modelo do século XVIII, ou seja, como a racionalização da dominação.

Mas voltando, agora, aos esforços por compatibilizar equidade e capitalismo, Kant considera a "publicidade" e a "opinião pública" como o lugar onde se realiza a "razão pura", o produto mais elevado do pensamento, o conhecimento universal verdadeiro, aquele no qual é contido o progresso do homem enquanto gênero e que se encontra além de qualquer indivíduo concreto.

HABERMAS (1984:132) afirma a respeito da compreensão kantiana da justiça:

*...na Filosofia do Direito, essa "concordância de todos os juízos independente da diversidade dos sujeitos entre si" garantida pela publicidade (...) recebe para além de seu valor pragmático, um significado constitutivo: as ações políticas, ou seja, as ações voltadas para o direito dos outros só devem poder, elas mesmas, estar em concordância com o Direito e a Moral a medida que as suas máximas podem ter publicidade e mesmo a exigirem (...) em um regime plenamente sujeito a normas (que reúne numa ordem plenamente 'justa' a constituição civil e a paz eterna), a lei natural da dominação é substituída pela soberania das leis jurídicas - a política pode passar a ser fundamentalmente moral (...). Kant constrói um progresso da espécie humana e uma melhoria de sua constituição social a partir da mera imposição da natureza...*

O Direito é justo e ético na medida que independe da vontade dos homens particulares e, mais ainda, ele se realiza além dos próprios seres humanos. Uma sociedade regida universalmente pela lei é plenamente "justa", ainda quando esse Estado de Direito não exista, e isto será possível porque o próprio processo de desenvolvimento da ação e do pensamento do gênero humano, em um "público", é capaz através da livre concorrência dos cidadãos de extirpar os interesses dos indivíduos, ainda que estes não contribuam ou a revelia dos mesmos (KANT *apud* HABERMAS, 1984:137). Isto é possível porque o "público" é o reino da "felicidade", do bem, da realização do interesse universal. Ainda que a esperança kantiana a respeito do progresso da sociedade, fosse sepultada pela própria natureza do capitalismo, tal como se esboça em Hegel e adquire um contorno nítido com Marx, a noção de justiça e da constituição de uma ordem "justa" foi motor do pensamento de Kant e iluminou, quer para ocultar quer

para pôr em evidência, que o Estado de Direito continua ainda, como pensamento e como *praxis*, efetivamente distante da Justiça.

Acredito que a força do pensamento kantiano sobrevive até nossos dias e neste sentido Rawls parece constituir o mais brilhante e ousado continuador do mesmo. Na nossa perspectiva, a riqueza do pensamento de Rawls é constituída pela sua intenção de fundar uma "Justiça" na qual exista equivalência entre justiça e equidade; e o seu principal defeito é a impossibilidade desta "justiça" ser efetivada, porque a base dos princípios originários da justiça se sustentam, para Rawls, na natureza fundamentalmente cooperativa da sociedade.

Os dois princípios de justiça são o da igualdade e o da diferença com seus correspondentes postulados (RAWLS apud DAMASO, 1992). Pelo princípio de igualdade: cada pessoa tem um direito igual ao sistema mais amplo possível de liberdades básicas onde todos os societários tem direito à mais extensa liberdade compatível com a liberdade dos demais. Pelo princípio da diferença, as desigualdades econômicas e sociais devem ser tais que: a) sirvam ao maior benefício dos mais desfavorecidos, dentro dos limites de um justo princípio de repartição - o ARGUMENTO MAXIMIN, um mínimo social o mais elevado possível - e b) devem estar relacionadas a funções e posições abertas a todos, em acordo com o princípio da justa igualdade de oportunidades. RAWLS (1971:61) exige que esses princípios sejam lidos em ordem serial:

*These principles are to be arranged in a serial order with the first principle prior to the second. This ordering means that a departure from the institutions of equal liberty required by the first principle cannot be justified by, or compensated for, by greater social and economic advantages. The distribution of wealth and incomes and the hierarchies of authority, must be consistent with both the liberties of equal citizenship and equality of opportunity.*

A primeira questão, o princípio das liberdades iguais, é somente um princípio formal inerente à própria noção da cidadania, que, como discutimos acima, nunca existiu a não ser quando as lutas políticas, a partir do reconhecimento das diversas cidadanias, impôs transformações à democracia liberal pelas quais a igualdade formal se aproximou das desigualdades reais. Se na base da sociedade não há igualdade, mas o conflito inerente às desigualdades resultantes do processo de produção capitalista, como aplicar o segundo princípio? A condição de existência de ambos os princípios não parece viável na sociedade capitalista nem em uma democracia liberal. É necessário fundar a sociedade onde a justiça rawlsiana seja possível. Neste sentido,

o caminho percorrido por DAMASO (1993:10) para discutir o papel da justiça parece extremamente interessante:

*O que devemos perguntar-nos é se uma moral, qualquer que ela seja - já que não se pode falar da moral nas nossas sociedades eminentemente desiguais, pluralistas, com enorme variabilidade institucional - é outra coisa que não um sistema normativo formal: a formulação e codificação de sistemas normativos não estipula conteúdos que garantam a sua satisfação. As normas são elaboradas sobre tácita abstração frente a realidade. A norma não pode ser mais que uma referência para o julgamento das situações práticas decisivas; é preciso reconhecer todavia que as sociedades, assim como os indivíduos, - societários e cidadãos - carecem desses sistemas de referência, que configuram seus universos simbólicos. Os sujeitos ético-morais e sócio-políticos constituem-se simbolicamente. Sem a **Lei ético-moral** e a **Regra sócio-política** não existe horizonte possível para o homem.*

A resolução encontrada pelo autor se sustenta no pensamento de FOUCAULT (apud DAMASO, 1993:11):

*...uma coisa é uma regra de conduta; outra, a conduta que se pode medir a essa regra. Mas, outra coisa ainda é a maneira pela qual é necessário 'conduzir-se', isto é, a maneira pela qual deve-se constituir a si mesmo como sujeito moral, agindo em referência aos elementos prescritos que constituem o código. Essas diferenças (...) concernem ao que se poderia chamar de determinação da **substância ética**.*

Acreditamos que, em boa medida, a reconstrução da ética nas nossas sociedades passa pelo "sujeito" como autoconstrução, um sujeito que não é dado, que emerge como um indivíduo em sociedade e que, nas palavras de Freud, deixa de ser indivíduo para ser "homem" porque é capaz de postergar o desejo. Mas como o "sujeito" acede à ética em situações de quase desintegração social como a das nossas sociedades? A liberdade ético-moral requer um processo educativo que só ocorre em sociedade: nas instituições de base como a família, escola, vizinhança etc...; na estrutura política da sociedade e no código moral da sociedade entendido como estrutura jurídico-legal, com as suas correspondentes instituições administradoras de justiça.

Não é suficiente aplicar o "*império da lei para os recalcitrantes*" e reservar o "*autodisciplinamento para o sujeito*" (DAMASO, 1993:11). Quando o que predomina na sociedade e na política é a corrupção e a impunidade, a lei que possibilitou um estado de coisas como este precisa também ser mudada. Não há adequação possível entre a construção de uma

estrutura democrática e um código ético-moral, que ignora a existência de um sistema político sustentado sobre a corrupção. Entendemos aqui, por sistema político, o sistema partidário e os procedimentos eleitorais, a organização governamental e os processos de tomada de decisões de políticas e, finalmente, a relação de posse da burocracia estatal em relação aos cargos ocupados. Todas estas questões merecem uma legislação específica a ser criada junto à constituição de instituições efetivamente democráticas. Um amplo processo "discursivo" e deliberativo, que envolva a sociedade e as instituições, poderia contribuir para a construção de uma ética da democracia e, conseqüentemente, a reprodução e consolidação de uma estrutura democrática da sociedade.

### *Democracia e Reforma*

A democracia comporta qualquer reforma? Qual a capacidade que a democracia tem de absorver reformas? Que tipo de reformas?

Em relação à nossa primeira pergunta, se pensarmos a democracia apenas como um sistema de governo acabaríamos confirmando necessariamente as premissas elaboradas sobre pela teoria liberal no século XIX. Esta pensou a democracia como o mais aperfeiçoado dos sistemas políticos: um sistema formal de igualdades e liberdades expressos politicamente através do voto de cidadãos livres e iguais; representados por partidos políticos competindo pela conquista do governo, através de eleições onde a decisão seria das maiorias, mas sem que isto significasse que as minorias tivessem que se sujeitar ao domínio despótico das maiorias. A teoria da democracia se colocava no contexto da economia capitalista e dentro de uma concepção do Estado na qual a economia e a política eram instâncias diferentes e separadas.

No entanto, o percurso histórico do exercício da democracia a partir do movimento das forças políticas e sociais fez com que sua praxe se distanciasse enormemente daquilo que a teoria clássica pensou como tal, ao mesmo tempo que o campo teórico da democracia - acrescido pelo pensamento marxista a respeito do Estado capitalista - procurou acompanhar as transformações histórico-políticas das democracias. Acredito que as mudanças no campo teórico acompanham um eixo que se estende da democracia formal à democracia substantiva, entendendo por

democracia substantiva o acompanhamento teórico do processo histórico pelo qual agentes sociais conquistam uma efetiva cidadania produzindo uma ruptura no "discurso" democrático liberal. Afirmamos que o capitalismo *per se* não comporta reformas: quando estas ocorrerem tiveram sua origem no campo da política; e a luta política nas democracias modernas levou a profundas mudanças no capitalismo.

A vitalidade da idéia da 'Democracia' reside precisamente na sua indefinição teórica, na sua capacidade de se adequar às transformações históricas do agir político sem realizar-se em uma teoria 'acabada' da democracia. Neste sentido, a 'democracia' é uma construção histórico-política e também teórica. Se aceitarmos esta afirmação, concluir-se-á que a democracia, enquanto enunciado, comporta qualquer reforma.

A respeito da pergunta seguinte, a absorção (ou não) das reformas está diretamente relacionada ao grau de profundidade das mesmas? Quando as reformas colocarem em perigo forças constituídas ou consolidadas no regime anterior, a dificuldade da sua implementação crescerá proporcionalmente à dimensão das mencionadas forças. Será necessário, portanto, um diagnóstico apurado ou o mapeamento das forças políticas e sociais envolvidas e não envolvidas no processo de reforma, a relação de força entre elas e um cálculo estratégico que possibilite a acumulação de poder para a implementação das reformas. Mas seria possível chegar, talvez, a otimizar resultados com um investimento de tempo maior, se se trata de implementar reformas parciais.

*SCHMITTER (1991b:4)* realiza uma discussão, muito interessante e sugestiva a respeito da consolidação da democracia, mediante a constituição do que ele chama de "regimes parciais" e sustentada sobre a idéia gramsciana da construção de hegemonia através da "guerra de posições":

*Com o propósito de analisar este processo - a consolidação da democracia - pode ser proveitoso pensar a democracia moderna não como um regime, mas como um mix de regimes parciais, cada um articulando e governando um diferente conjunto de instituições (...) Qualquer que seja a identidade e a significação destas, a consolidação deste conjunto de instituições não acontece ao mesmo tempo. A lógica das mudanças no regimes obedece a certas prioridades (...) Algumas mudanças são intrínsecas a natureza genérica da democracia, como a institucionalização de um regime de controle civil sobre os militares ou acordos de negociação coletiva entre capital e trabalho, mas podem não ser implementadas até mais tarde do que seria conveniente, pelo poder dos grupos de interesse que se veriam afetados*

*(...) Estas diferenças nas seqüências nas quais distintos conjuntos de instituições são objeto de mudanças (ou não o são) pode ser crucial para compreender os resultados eventuais.*

A questão à qual Schmitter nos encaminha é que, em última instância, os regimes parciais que consigam se estabelecer, vão nos prover de importante informação a respeito do tipo de democracia que está sendo implementada. Ou seja, a luta dos diversos interesses em jogo, representados por uma ou outra proposta, as estratégias utilizadas e o *timing* para sua implementação vão possibilitar que reformas parciais ou setoriais sejam ou não efetivadas. Neste sentido, a democracia tem uma quota importante de "incerteza" (PRZEWORSKI, 1992; O'DONNELL e REIS, 1988; SCHMITTER, 1991a), mas condicionada a uma relativa certeza. Esta certeza, na minha opinião, estaria dada pelo fato de que cidadãos munidos de uma "cultura cívica" estarão em condições de aceitar que "outros interesses de classe, pessoas ou grupos" definam os cursos de ação política sempre que existam os canais e um tempo possível para a implementação dos "próprios interesses". Como assinala SCHMITTER (1991a:6):

*A consolidação da democracia pode ser vista como um processo (o melhor dos processos) que torna estes reassseguros possíveis (...) Esta institucionaliza a incerteza em um subconjunto de papéis políticos e arenas políticas, enquanto institucionaliza a certeza em outras.*

Acredito que a Reforma Sanitária e a luta em prol de sua implementação atualizam, por conseguinte, a disputa pelo predomínio da representação de interesses na ordem do setor da saúde que se inscreve no contexto político mais amplo do processo de democratização. A Reforma Sanitária pode ser compreendida como um processo de estabelecimento de uma "democracia parcial" ou como um "regime parcial", em que a sua efetiva instituição e institucionalização atualizaria na arena política da saúde, a condição de possibilidade do exercício da democracia, tal como ela foi compreendida nesta primeira parte do trabalho. Ou seja, não é condição suficiente para a consolidação da democracia o estabelecimento das instituições políticas, eleições periódicas e partidos políticos: a questão da **equidade** é principal para que a **democracia** se efetive. A Reforma Sanitária atualiza no campo da saúde esta condição.

Para discutir a última das perguntas, acerca do tipo de reformas, acredito na necessidade de distinguir as transições do Leste das transições na América Latina. Esta questão é importante

porque, de maneira geral, quando hoje se discute a questão das reformas no campo das ciências políticas, há uma assimilação entre Reformas e Economia de Mercado.

Reformas e liberalização do mercado são, a nosso ver, questões diferentes. Acreditamos que elas não o são no caso dos países que estão transitando do socialismo real para a democracia. A necessidade de liberalização política, traz consigo nos países do Leste a recuperação do indivíduo não como sujeito, ainda que isto também esteja presente, mas à reivindicação de um indivíduo diferenciado da sociedade; de uma ideologia de homogeneização social sustentada na ditadura do proletariado para a qual o indivíduo não tem valor. A recuperação do indivíduo pareceria trazer consigo a obtenção de um maior bem-estar econômico e condições de vida mais confortáveis e, portanto, as demandas pela ampliação do consumo e da propriedade privada. O indivíduo, como proprietário, é um indivíduo que alcança a sua realização pessoal pela diferença; assim, a posse de bens o diferenciara dos outros.

Não pretendemos, a respeito destas observações, estabelecer juízos de valor. Em definitivo, qualquer forma de imposição política via autoritária, seja militar ou partidária, conduz a altos graus de compressão social, que necessariamente encontram algum tipo de resolução com a desaparecimento do regime autoritário e da ideologia que o sustentou. Quando as barreiras de contenção se quebram, os movimentos sociais crescem e a constituição de processos de construção de identidades políticas se opera pela formação de um campo simbólico próprio e diverso daquele que tinha prevalecido em um momento anterior. Neste sentido, as reformas políticas nos países do Leste, precisariam ser acompanhadas por reformas econômicas encaminhadas à liberalização da economia e, portanto, à constituição do mercado.

No caso da América Latina ocorre precisamente o contrário. Os regimes autoritários aprofundaram a acumulação capitalista (O'DONNELL, 1977), o que significou, particularmente no caso do Brasil, um processo de aprofundamento das desigualdades sociais e da pobreza até um ponto que pode ser considerado intolerável para o conjunto da sociedade. Somado a isto, os estertores do regime autoritário foram acompanhados por uma crise econômica importante, derivada da elevação internacional dos preços do petróleo, o que levou a uma elevação considerável da inflação e também a um empobrecimento das classes médias.

Neste sentido, o que o processo de transição trouxe consigo foi o anseio por mudanças políticas que acabassem com o arrocho salarial e pudessem prover a distribuição mais justa dos ingressos

e menores desigualdades sociais. Assim, a construção de identidades políticas nos movimentos sociais que cresceram enormemente neste período, questão que será tratada de maneira detalhada mais adiante, criou um campo simbólico sustentado sobre a justiça social. Por este motivo, as reformas no campo da economia foram entendidas como a necessidade de controle sobre o capital monopolista e, portanto, sobre o lucro das empresas, a eliminação dos anéis burocráticos (CARDOSO, 1975) no interior do Estado, o crescimento do investimento em políticas sociais, a Reforma Agrária e o não pagamento da dívida externa. As reformas tinham um conteúdo claro de socialização da economia.

Pelo contrário, o que aconteceu foram governos que, com plataformas e subterfúgios políticos pouco claros, ganharam as eleições e pretenderam implantar, com maior ou menor êxito (Argentina, Chile, Brasil), reformas econômicas, no sentido de desregular a economia e cumprir as ordens do FMI. Estas diretrizes foram seguidas não só em termos do pagamento da dívida externa, mas fundamentalmente em medidas de economia interna destinadas a controlar a inflação, dando um maior predomínio ao livre exercício das forças econômicas no mercado, abrindo as importações, restringindo a inversão interna, diminuindo o consumo e produzindo em definitivo a recessão e o maior aumento da pobreza e das desigualdades sociais.

Isto nos leva a afirmar que, as únicas reformas possíveis em América Latina são as colocadas pelo conjunto da sociedade e de caráter progressivo, em que o mercado, ainda que mantido, precisa ser regulado. É neste contexto que se inscreve o processo da Reforma Sanitária no Brasil.

## CAPÍTULO II

---

## O PROCESSO DE REFORMULAÇÃO DO SETOR SAÚDE

O processo de transição à democracia trouxe em seu bojo a emergência de novos atores coletivos. Movimentos sociais proliferaram em todo o país, junto a novas formas de exercício da política, ao mesmo tempo em que novos partidos faziam sua entrada na cena política nacional. Em cada canto do país as demandas por profundas mudanças de liberalização política e de justiça social tomavam conta da sociedade.

No conjunto dos partidos de oposição, o "resgate da dívida social" - resultante das políticas econômicas de alta concentração de renda do regime autoritário - era considerado o "*leit motiv*" da construção da democracia. Um amplo debate perpassou a sociedade como um todo, no qual a possibilidade de reverter as enormes desigualdades sociais e a extrema extensão da pobreza se traduziu em propostas políticas que se centraram na redefinição de políticas sociais. Estas foram vistas pelos partidos políticos de oposição como iniciadoras de um processo redistributivo de renda, ao mesmo tempo que o caminho para a universalização de benefícios sociais para toda a população.

Neste contexto inscreve-se o processo de reformulação do setor da saúde que culminou com a proposta da Reforma Sanitária Brasileira. O processo se iniciou em meados dos anos 70 e teve como liderança intelectual e política o autodenominado "Movimento Sanitário". Tratava-se de um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor da saúde, provenientes na sua maioria do Partido Comunista Brasileiro (PCB), que exerceu um papel destacado de oposição ao regime militar, assim como uma trajetória política própria na área da saúde.

Este grupo influenciou fundamentalmente o âmbito acadêmico e pode ser considerado como o mentor do processo de reformulação do setor. Foi profundamente influenciado pelo modelo da Reforma Sanitária italiana e desempenhou, também, um papel importante em organismos internacionais, como a Organização Panamericana da Saúde (OPS), e nas experiências alternativas de saúde que foram implementadas em alguns municípios brasileiros na década de 70. A partir da abertura política e no período em que ia bem avançada a transição à

democracia passou a ocupar espaços importantes nos aparelhos institucionais da saúde no âmbito do governo federal, assim como, nos governos estaduais e municipais.

A constituição do projeto reformador no seio do Movimento Sanitário teve seu primeiro impulso na década de 70, com a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva nas faculdades de Medicina, a partir de onde se difundiu o pensamento crítico da saúde. Junto a este percurso acadêmico, houve também avanços progressivos na implementação de políticas de saúde alternativas às impostas pelo regime militar, fosse através de programas de extensão universitária, fosse a partir das Secretarias Municipais de Saúde no interior de alguns Estados onde se tinha certo controle político sobre as prefeituras, fosse mesmo através da ocupação de cargos técnico-administrativos no Ministério da Previdência Social, à medida que a transição à democracia adquiria um perfil mais nítido.

O projeto reformador sustentou-se sobre uma ampla crítica ao modelo prevalecente, baseado no crescimento do setor privado às custas do setor público (o primeiro sendo financiado pelo segundo), o que levou à falência, deterioração, ineficiência e crise do sistema público de saúde (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

Sem pretender fazer a história das propostas reformadoras na saúde (OLIVEIRA e FLEURY, 1986), cabe assinalar alguns de seus momentos principais. Um deles, o Programa de Ações Integradas de Saúde que se desenvolveu no interior da Previdência Social, propunha mudanças na relação entre o setor público/privado, passando a privilegiar o financiamento do setor público. Pretendia-se também alterar o modelo médico-assistencial, promovendo uma relação integrada interna ao setor público, e dando prioridade à assistência ambulatorial, estendendo a cobertura e melhorando a qualidade dos serviços. Ainda que se tratando de experiência parcial, pois seria implementada apenas em alguns Estados e Municípios, a assinatura dos convênios das Ações Integradas de Saúde (AIS), iniciada em 1982, previa de maneira incipiente a existência de instâncias de participação da população na gestão dos serviços de saúde, o que se constituiria também numa primeira tentativa de descentralização do Sistema de Saúde.

A partir de 1983, o Movimento Sanitário intensificou o aprofundamento da proposta de reformulação do Sistema de Saúde, com a ocupação de espaços nas instituições estatais da saúde, com o objetivo de produzir mudanças na política de saúde e na medida que o próprio processo de transição à democracia o permitia. Este crescimento da proposta e do processo de

reformulação da política de saúde adquiriu sua mais acabada expressão com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, na qual se definiu o projeto da "Reforma Sanitária Brasileira", o qual introduziu profundas mudanças no setor da saúde, de forma a torná-lo democrático, acessível, universal e socialmente equitativo.

O projeto da Reforma Sanitária sustentou-se numa conceitualização da saúde ampliada, relacionada às condições gerais de vida, como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação, lazer. A saúde, neste sentido, é definida como um **direito do cidadão** e, conseqüentemente, um **dever do Estado**. Ou seja, os cuidados à saúde ultrapassam o atendimento à doença para se estenderem também à prevenção e ao melhoramento das condições de vida geradoras de doenças. Profundas transformações são necessárias na política de saúde para que isto se efetive. Assim, as políticas de saúde encaminhadas pela proposta foram: a criação de um Sistema Único de Saúde com notável predomínio do setor público, a descentralização do sistema e a hierarquização das unidades de atenção à saúde, a participação e o controle da população na reorganização dos serviços e, por último, a readequação financeira do setor.

O retrocesso político notório depois do primeiro ano do governo da "Nova República", a respeito do qual fizemos referência na primeira parte deste trabalho, imprimiu considerável estagnação, a nível governamental, no ritmo e aprofundamento da implementação do processo de reformulação do setor se comparado com os avanços notáveis conseguidos na definição da reforma do sistema na VIII Conferência Nacional de Saúde.

A partir da aprovação, na VIII Conferência Nacional de Saúde, do projeto da Reforma Sanitária, dar-se-ia continuidade às resoluções emanadas desta através da formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que teria em suas mãos o processo de implementação do projeto na esfera do governo. Paralelamente, criou-se a Plenária Nacional de Entidades de Saúde, cuja finalidade seria a de dar continuidade à articulação dos organismos da sociedade civil que participaram da VIII Conferência e elaborar um Projeto Constitucional para ser apresentado no processo Constituinte.

A Comissão Nacional da Reforma Sanitária - proposta pelo Ministério da Saúde como desmembramento da VIII Conferência Nacional de Saúde - previa uma composição paritária de entidades do governo e da sociedade. No entanto, sua composição não correspondeu ao

peso real das associações da sociedade civil, ficando estas em minoria em relação aos organismos estatais e privados do setor saúde. A Comissão foi aprovada e constituída por 22 representantes, dos quais somente seis eram representantes de organismos populares: a Central Única de Trabalhadores (CUT), a Confederação Nacional de Trabalhadores (CGT), a Confederação dos Trabalhadores da Agricultura (CONTAG), a Federação Nacional dos Médicos (FNM) e a Confederação Nacional de Associações de Moradores (CONAM). Os outros 16 membros pertenciam a organismos governamentais, parlamentares, centrais patronais e prestadores privados de serviços de saúde. A composição da Comissão colocou desde o início a forma de preservação do Estado perante políticas oriundas das entidades organizadas da sociedade e alternativas ao modelo hegemônico no setor saúde. Ela pode se constituir em um bom exemplo de como o Estado filtra demandas da sociedade, através do exercício da "seletividade estrutural" (OFFE, 1984). Este mecanismo não se operou pelo veto de algumas temáticas e a seleção de outras, mas antes pelo procedimento utilizado por organismos estatais para compor a Comissão.

A partir da formação da Comissão produziu-se um deslocamento da luta que vinha ocorrendo no âmbito do social e que culminou com uma proposta de amplo alcance e consenso social para o interior dos organismos estatais da saúde. A disputa pela implantação da Reforma Sanitária passou a se expressar no terreno dos enfrentamentos políticos das diversas facções da tecnoburocracia do setor e a propósito da execução dos avanços operacionais previstos pelo projeto. Estes enfrentamentos que ocorreram no Ministério de Saúde e mais fortemente na Previdência Social, estiveram permeados pelas próprias lógicas do setor público, portanto, limitados pela própria relação de forças no interior dos aparelhos de Estado, afeiçoadas ao clientelismo político, à política de favores pessoais e às rotinas burocráticas como uma maneira de impedir a implantação de políticas inovadoras das próprias práticas institucionais.

As tentativas de transformação do sistema de saúde através da ocupação de espaços nestes Ministérios não conseguiram produzir avanços continuados na implantação da Reforma. Paulatinamente, os representantes do Movimento Sanitário foram sendo demitidos de seus cargos (ESCOREL, 1992:23):

*Na Previdência Social, a condução comprometida com as reformas manteve-se até meados de 1988, quando da negociação do mandato presidencial e do regime de governo. A partir de 1988, nenhum 'representante' do movimento sanitário permaneceu em cargos da direção do INAMPS.*

Quanto à efetiva implantação da Reforma, em 1987, aprovou-se o Decreto pelo qual se criaram os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e que contemplava: o encurtamento da máquina previdenciária de nível estadual, a transferência dos serviços de saúde e dos recursos financeiros para os Estados e municípios, o estabelecimento de um gestor único de saúde para cada esfera de governo e a transferência para os níveis estadual e municipal dos instrumentos de controle sobre o setor privado (ESCOREL, 1992). No entanto, a implementação dos SUDS acabou decepada no que tinha de transformação substantiva do sistema de saúde, acontecendo somente algumas mudanças administrativas no setor.

A política de saúde do governo da "Nova República" acompanhou os percalços da transição, caracterizando-se por idas e vindas no processo de descentralização, na integração interinstitucional e no que diz respeito ao privilegiamento do setor público. Através de mecanismos políticos, contábeis e burocráticos no INAMPS e no Ministério da Saúde, criaram-se obstáculos à implementação dos SUDS, dentre os quais o mais notável foi o desaparecimento dos recursos nos meandros das máquinas federais, estaduais e municipais. Certamente, as destinatárias finais do financiamento do setor, as unidades locais de saúde, viveram em permanente crise por não terem condições de pagar aos profissionais de saúde, bem como pela falta de instrumental, manutenção dos equipamentos e de medicamentos para o atendimento dos pacientes.

Os percalços à implantação da Reforma geraram uma grande desconfiança na população em relação ao setor público da saúde. Esta situação foi muito bem aproveitada pelo setor privado, que cresceu consideravelmente neste período, principalmente os seguros privados de saúde. Em 1989, aproximadamente um quarto da população - 32 milhões de pessoas - estavam cobertas por seguros privados de saúde, os quais movimentavam em torno de 2,5 bilhões de dólares, cerca de 19% do gasto total com saúde<sup>1</sup>.

A Plenária Nacional de Entidades de Saúde teve significativos avanços em termos da articulação de um movimento social de caráter nacional em torno da questão de saúde, conseguindo plasmar na Constituição Nacional os princípios da Reforma Sanitária. A Plenária Nacional foi constituída em meados de 1987, alimentada pelas Plenárias Estaduais que se criaram imediatamente depois da VIII Conferência Nacional de Saúde. Compunha-se de

---

<sup>1</sup> Conjuntura em Saúde, Julho 1992.

entidades representativas do movimento popular em saúde<sup>2</sup> (CONAM e Federações Estaduais), do movimento sindical (CUT, CGT, CONTAG), dos partidos políticos de esquerda (PCB, PCdoB, PT, PSB, PDT), dos profissionais de saúde, de representantes do Movimento Sanitário e Academia (CEBES, ABRASCO, UNE, etc) e de entidades estaduais e municipais da saúde favoráveis à Reforma (CONASS, CONASEM).

De fato, a articulação e organização das forças populares na Plenária Nacional possibilitou que o capítulo da saúde na Constituição Nacional contemplasse o direito universal à saúde e a criação de um sistema único de saúde, descentralizado, acessível e democrático. Incluiu a complementação das necessidades de saúde da população com serviços preferencialmente filantrópicos e estabeleceu com o setor privado em geral contratos regidos pelas normas de direito público. Assim, enquanto a Reforma Sanitária era incorporada à Constituição Nacional no capítulo referente à saúde, paradoxalmente a implementação do SUDS atravessava o momento de maior retrocesso. Por sua vez, este retrocesso repercutiu fortemente no movimento popular em saúde, como veremos mais adiante.

### *A Reforma Sanitária Enquanto Processo de Formulação de Políticas Sociais*

Ao considerarmos a Reforma Sanitária como uma particular política de saúde estamos incluindo-a dentro do campo mais amplo das políticas sociais no contexto de democratização. Neste sentido, o que nos interessa no momento é discutir as diversas formulações teóricas sobre política social, de maneira que estas contribuam para desvendar o processo da Reforma Sanitária brasileira, especificamente no tocante à sua implementação, que começou em 1987 com a reforma administrativa do sistema de saúde e a criação do SUDS e que atravessou grandes empecilhos para efetivar-se. A Reforma Sanitária coloca-nos perante questões que remetem ao campo teórico das relações entre o cidadão e o Estado no direcionamento e na implantação de políticas sociais em um contexto de construção/consolidação da democracia.

---

<sup>2</sup> Consultar o significado das siglas no Glossário.

No interior da Ciência Política, desde o século XVIII e sob diferentes perspectivas, a política social constituiu um âmbito de reflexão no sentido de problematizar se o Estado deveria intervir ou não para suprir ou remediar as carências ocasionadas pela pobreza; se a pobreza deveria ser atribuída à incapacidade das pessoas ou se, pelo contrário, o movimento natural da economia e suas flutuações é que geravam pobreza. Já no século XIX vários pensadores se preocuparam em discutir o papel que caberia ao Estado perante o processo de industrialização capitalista, que destituiu da proteção social os milhares de trabalhadores que abandonavam as formas feudais agrárias de produção para se constituírem em trabalhadores livres. No liberalismo clássico ou no liberalismo conservador de nossos dias entende-se que o Estado não deve intervir nem na economia nem para corrigir desigualdades sociais, restringindo-se à sua expressão mínima as políticas sociais.

Outras correntes de pensamento que se distanciam do liberalismo, aproximando-se de propostas social-democráticas, defendem a incorporação por parte do Estado de políticas regulatórias em relação ao mercado para contrabalançar os efeitos nocivos do mesmo, principalmente o desemprego, e prover de seguridade social as camadas sociais desprotegidas, eliminando as grandes desigualdades sociais. Exponentes desta tendência são a teoria econômica keynesiana e o Plano Beveridge, enquanto proposta política concreta para o Estado fornecer seguridade social a todos os cidadãos.

Já no caso do marxismo clássico nega-se que o Estado capitalista possa prover bem-estar às classes trabalhadoras ou avaliar os males que ele mesmo cria, pois isso significaria a existência de valores que contrariam frontalmente as instituições capitalistas. No entanto, é de salientar o reconhecimento da proteção da mão de obra por parte do Estado, no tratamento que *MARX* (1978a:96) dá à diminuição da jornada de trabalho na Inglaterra, afirmando que:

*... sobre a constante pressão dos operários agindo por fora, nunca essa intervenção dar-se-ia. Em todo caso, este resultado não teria sido alcançado por meio de convênios privados entre os operários e os capitalistas.*

Este tem sido o ponto de partida para o pensamento das políticas sociais, embora diferentes teorias ou abordagens teóricas das ciências políticas tenham tido apreciações próprias a respeito do domínio da política social.

Para o pluralismo, as políticas sociais são entendidas como consequência da existência de diversos grupos de interesse presentes na sociedade e que, por atuarem numa determinada arena política, influenciam a tomada de decisões a respeito das políticas sociais. Na concepção "elitista" são os administradores (*policy makers*) que interagem no interior do Estado e dão substância concreta tanto às iniciativas como à implantação das políticas sociais. A "teoria da convergência", que constitui uma variante do modelo funcionalista, entende que as políticas sociais são uma resultante do desenvolvimento econômico e industrial e que em torno deste a estrutura social, como um todo, se integra funcionalmente.

Nas abordagens mais recentes da teoria marxista há, em alguns casos, uma preocupação expressa pelas políticas sociais que se sustentam em estudos mais aprofundados sobre a complexidade do Estado capitalista de nosso tempo. Em outros, a preocupação pela política social não se manifesta de maneira expressa, como é o caso de POULANTZAS (1980:191), que, no entanto, refere-se a elas, ainda que de maneira não explícita, ao analisar o papel atual do Estado.

Diante da diversidade de visões e definições da política social procuraremos neste trabalho incorporar a riqueza e os ângulos diferentes de algumas dessas abordagens teóricas, buscando um marco conceitual que, sem perder de vista a teoria marxista, possa nos encaminhar a uma visão mais compreensiva das políticas sociais que evite tanto a pura determinação estrutural quanto o voluntarismo dos atores.

Denominarei este marco conceitual, que integra elementos da teoria marxista e da teoria weberiana das instituições, de "enfoque integrado das políticas sociais", identificado com a ótica de OFFE (1984:133), mas complementado por algumas contribuições da bibliografia latino-americana sobre o tema.

Para OFFE (1984), existem dois planos de análise da política social, um plano estrutural e um plano singular, articulados mediante relações que se estabelecem no plano específico do político. No plano estrutural as políticas sociais estão ligadas ao Estado capitalista e às suas determinações estruturais. No plano singular, elas são consideradas pelas suas peculiaridades que as distinguem de outras políticas, e sua singularidade pode ser capturada por meio da pesquisa empírica centrada em dois eixos básicos: a) a evolução, modificações e inovações de

uma política social dada, e b) a relação entre estratégias de racionalização administrativa e a implementação de inovações políticas.

No plano estrutural, a política social cria condições sócio-estruturais para que o trabalho assalariado funcione como tal. Através da política social, o Estado vai regulamentar quem participa e quem não participa do mercado de trabalho. Para isto as formas de existência externas ao mercado precisam ser organizadas e sancionadas pelo Estado. Aquelas pessoas que pela idade não estão em condições de trabalhar passam a ser atendidas pelo sistema previdenciário; as pessoas que não estão em boas condições de saúde ficam sob a responsabilidade do sistema de saúde e as crianças e jovens são atendidos pelo sistema de educação. Neste sentido, a política social responde às reivindicações da classe operária, mas também a constitui, na medida que:

- integra a força de trabalho ao mercado;
- as diversas instituições de previdência, saúde, educação e habitacionais exercem o controle da força de trabalho e socializam os custos do desgaste da mesma;
- regulamenta quantitativamente a relação entre oferta e demanda no mercado de trabalho.

Como se poderia compreender sua evolução, suas modificações e inovações no plano singular do estudo das políticas sociais? Perante uma visão marxista de cunho estrutural-funcionalista que explica as políticas sociais ou porque servem ao processo de acumulação capitalista ou porque possibilitam que o Estado se legitime junto às exigências da classe operária organizada, Offe coloca que as inovações nesta área obedecem à **compatibilização** de estratégias que se dão na esfera do político. O Estado reage tanto às "exigências" como às "necessidades", de acordo com as instituições políticas (adequando-as, modernizando-as etc.) e as relações de força existentes na sociedade canalizadas por estas instituições. A política social não está a serviço das necessidades ou exigências de qualquer classe, mas reage aos problemas estruturais do aparelho estatal de dominação e de prestação de serviços. Se a afirmação anterior é verdadeira, as inovações na política social criam condições de interações conflitivas entre grupos e classes sociais, e seus resultados são não previsíveis ou ambivalentes. Estes princípios teóricos podem ser visualizados no quadro seguinte.



descaracterizou a sociedade civil como geradora também de processos com dinamismo próprio. Por isso, defende-se a necessidade de captar essa articulação de interesses, suas conexões com agências governamentais e técnicos localizados em pontos estratégicos da burocracia pública. Distingue-se entre uma fase puramente decisória das políticas e outra de implementação, chamando a atenção para a distância entre a decisão e a aplicação. É aí precisamente que se fazem sentir os pesos dos diversos interesses que estão em jogo. Há medidas que são aprovadas e cuja execução é bloqueada ou pela burocracia ou através do poder de veto do grupo afetado pela medida. Trata-se de (DINIZ, 1978:25):

*...levar em conta a um tempo as determinações estruturais e o peso das opções feitas por atores ou grupos de atores que ao escolherem uma alternativa ou outra atualizam as possibilidades estruturais...*

A idéia introduzida por SANTOS (1979:59) da **complexificação do social** refere-se ao processo de diferenciação social e de multiplicação organizacional que se operou nas sociedades nas últimas décadas. Aparecem novos grupos com uma grande heterogeneidade como resultado de novos papéis, ocupações e posições sociais, sendo difícil reconhecer nesta diversidade classes sociais mais homogêneas. Ao mesmo tempo, este processo é acompanhado também pelo aumento de uma multiplicidade de organizações que cumprem o papel de mediatizar a ação destes movimentos e grupos sociais.

Finalmente OSZLAK e O'DONNELL (1976) analisam as políticas sociais a partir de uma perspectiva centrada na recuperação da **história dos problemas sociais** ou demandas políticas e da **história das políticas**. Considerando que as políticas sociais ocorrem no seio do Estado, na "ossatura" institucional do Estado, caberia perguntar como se retraduzem exigências sociais em problemas e, por sua vez, estes em respostas do Estado através de políticas específicas. Há uma seletividade das instituições políticas, pela qual determinadas demandas se traduzem em problemas e, conseqüentemente, em políticas e que opera nos dois planos da política social. De um lado, a tematização ou exclusão de questões refere-se ao plano singular da política social; estes procedimentos, por outro lado, operam no plano estrutural, não deixando que determinadas questões possam ameaçar a própria existência do Estado, enquanto Estado capitalista.

Trata-se para OFFE (1984:140) de uma seletividade estrutural do Estado capitalista. Um sistema de filtros vinculados a interesses de classes não visíveis faz com que determinadas

questões sejam excluídas pelas instituições do Estado, enquanto outras são transformadas (de substanciais em menos relevantes) e algumas favorecidas.

HIRSCH (1977:100) trata também este sistema de barreiras e filtros que operam na órbita do Estado, transformando exigências políticas em uma agenda viável de problemas e questões. Acrescenta a este tratamento quatro modalidades ou formas em que funciona na prática esta seletividade:

- mediante um sistema estrutural de não decisões, as determinações fundamentais de desenvolvimento social não são objeto de decisões políticas;
- os recursos materiais à disposição do Estado são estruturalmente limitados; seu limite está dado pelo lucro do capital;
- a seletividade do sistema político se coloca na repressão física e na integração ideológica, marginalizando grupos que se afastam dos padrões de comportamento aceitos pelo Estado;
- e, de maneira principal, as exigências que penetram nos aparelhos de Estado são tratadas de maneira funcional por burocracias que atuam autonomamente e que têm suas competências, clientelas e percepções próprias dos problemas. Isto toma a forma de um processo de barganha entre grupos de pressão administrativos e "testas de ferro de interesses". Através deste processo há uma destematização das relações sociais e do caráter de classe das diferentes estratégias administrativas.

Em relação a como se opera essa seleção, Oszlak e O'Donnell chamam a atenção para um estudo não só das transformações do Estado capitalista e suas modalidades de relacionamento com a sociedade civil, mas, de maneira mais específica, também de como o Estado opera para transformar questões sociais em políticas concretas. Tratar-se-ia de recuperar um processo histórico tanto dos problemas como das políticas.

Articulando agora as contribuições discutidas acima com a proposta elaborada por Offe, teremos o seguinte quadro de análise:

Corte Diacrônico	Corte Sincrônico		Corte Diacrônico	Corte Sincrônico
PLANO ESTRUTURAL			PLANO SINGULAR	
COMPLEXIFICAÇÃO DO SOCIAL			PAPEL DOS ATORES	

A complexificação do social proveniente do enfoque de análise pluralista, articular-se-ia no plano de análise estrutural, possibilitando complexificar a análise marxista de classes sociais, pois no estágio atual do processo de acumulação capitalista não podemos localizar com nitidez as duas classes fundamentais e antagônicas - burguesia e proletariado. Este processo de estratificação dificulta tanto a delimitação objetiva de classe como a própria identidade de classe. Grupos sociais que se superpõem à estrutura produtiva, assim como movimentos sociais urbanos que surgem na esfera da reprodução da força de trabalho via consumo de bens coletivos proporcionados pelo Estado através de políticas sociais, têm formas organizativas próprias expressando demandas sociais.

Nesta diversificação social sustentam-se os comportamentos dos atores políticos, os quais são fundamentais para compreender inovações políticas. Ao mesmo tempo, estes atores podem assumir interesses diversos - de classe, corporativos, de grupos, individuais - que podem ou não se exprimir ideologicamente. O procedimento de adequação de estratégias políticas aos processos de racionalização administrativa e/ou inovações políticas, assim como o direcionamento das mesmas, é gerado pelo desempenho dos atores políticos.

Por último, incorporar à análise a história das demandas sociais e das políticas sociais coloca-nos perante a necessidade de realizar um corte diacrônico (histórico) tanto no plano da análise estrutural quanto no plano singular das políticas sociais. Isto complementaria a análise de Offe na medida que este autor só fazia referência à importância de se realizar um corte diacrônico no plano "singular" das políticas sociais que reconstrua a "história dos efeitos" das políticas sociais.

No marco da discussão teórica, a Reforma Sanitária enquanto política social foi uma proposta surgida de um movimento da sociedade que, no bojo do processo da transição à democracia, teve a capacidade de se articular em um movimento social. Ainda que se tenha conseguido uma proposta acabada de reformulação do sistema de saúde sancionada na Constituição

Nacional, há grandes dificuldades para implementá-la. Diversos interesses presentes tanto na sociedade como no Estado, oferecem resistências, utilizando desde mecanismos de veto à política até tentativas de modificá-la substancialmente.

Offe menciona algumas dificuldades, dilemas e possíveis soluções ao tratar das inovações sociopolíticas e de racionalização administrativa experimentadas na Alemanha com a crise do Welfare State, que tentou poupar recursos fiscais destinados a políticas sociais. A social democracia enfrentou estas medidas alegando que, em lugar de produzir um saneamento das finanças públicas e das taxas de lucro do capital, conduziriam a uma radicalização dos conflitos distributivos.

No plano das inovações sócio-políticas procurou-se, então, aumentar a eficiência das políticas sociais, especificamente em relação à política de saúde e uma das soluções encontradas foi através de estratégias preventivas, buscando melhorar as condições de trabalho e de vida da população. Mas, o dilema embutido na extensão de serviços gratuitos era se o resultado dessas inovações poderia trazer como consequência a "infantilização burocrática da clientela" ou se, pelo contrário, uma mobilização provocaria maior autonomia da mesma.

As dificuldades e resistências assinaladas acima podem nos servir de referência ao aprofundarmos os problemas concretos que a implementação da Reforma Sanitária traz no caso do Brasil, sem significar que seja viável a reprodução das experiências realizadas nos países com democracias avançadas e estas nos ajudam a pensar as questões políticas e econômicas relacionadas com processos de reformas ou inovações sociopolíticas que passam a adquirir uma importância decisiva na consolidação da democracia.

Um dos problemas atuais de maior complexidade para o estabelecimento da democracia é a representação dos interesses "subalternos" nas agendas políticas ou, mais precisamente, a existência de espaços para que isto aconteça no interior das políticas sociais. Ainda que hoje, nos países de capitalismo avançado, o Estado não possa incorporar demandas sociais como em décadas anteriores, diversos interesses, de maneira institucionalizada ou não, se fazem representar. No meio de uma profunda crise do *Welfare State*, os sindicatos e outras organizações se sentam à mesa de negociações participando da formulação e implementação de políticas sociais. No caso de Brasil, nunca existiu um sistema político de corte liberal-democrático, fato que tolheu e retardou profundamente o reconhecimento da existência de

direitos de cidadania e, especificamente, do direito de usufruir de um mínimo de bem-estar social. Os direitos sociais que foram uma extensão do modelo político democrático não aconteceram.

As políticas sociais não atingiram essa grande massa de "despossuídos" que estão na miséria absoluta e constituem 50% (ABRANCHES, 1985) da população. Esta situação é agravada pela implantação de políticas econômicas de ajuste à crise, que trouxeram cortes nos gastos destinados às políticas sociais, agravando ainda mais o problema estrutural da miséria.

O que caracteriza as políticas sociais no Brasil é a falta de uma articulação entre os mecanismos de financiamento e a natureza dos gastos sociais, assim como o caráter altamente regressivo dos impostos.

Especificamente no setor da saúde, os mecanismos de ajuste à crise foram: diminuir os recursos do Tesouro, aumentar as contribuições de empregadores e empregados e criar novos fundos sociais. Mas estes fundos, em lugar de serem destinados a financiar ações para os setores sociais, se destinaram a suprir a crise fiscal. Estas medidas de política econômica tiveram um impacto ainda acrescido pelo desvio dos recursos públicos nos meandros do Estado. Neste sentido, ao compreender o processo de democratização do setor da saúde como a constituição de um regime de democratização parcial, os percalços no andamento da Reforma Sanitária remetem às dificuldades mais gerais que dizem respeito ao próprio processo de consolidação da democracia. A Reforma Sanitária tem sido obrigada a conviver com uma falta permanente de recursos, que afetou profundamente o setor público da saúde, alterando a credibilidade dos usuários e seus movimentos sociais organizados e também, fazendo diminuir a adesão dos trabalhadores de saúde - médicos, enfermeiros etc. - em virtude do achatamento dos seus salários no setor público.

## CAPÍTULO III

---

## OS MOVIMENTOS SOCIAIS EM SAÚDE

Pretendemos nesta seção explorar uma perspectiva analítica das políticas públicas centrada nas relações Sociedade/Estado, no âmbito específico do setor da saúde e enfatizando o papel dos atores sociais, por nós escolhidos, nas trajetórias das políticas de saúde. Mais precisamente, o faremos através da atuação dos movimentos sociais, não só como reformuladores críticos das construções políticas no setor; mas também através do papel do movimento social em saúde na mediação entre a formulação da política e os processos decisórios e de aplicação, em que o Estado tem um papel de destaque. Por último, analisaremos os mecanismos através dos quais os diversos interesses, presentes particularmente no interior do movimento médico, se fazem representar nas políticas de saúde.

O movimento social em saúde é formado pelo movimento popular em saúde e pelo movimento médico. Ainda que se caracterizem pelas profundas diferenças na composição, institucionalização, grau de articulação, problematização das questões e eixos da atuação, existem importantes elos entre ambos. A discussão teórica das questões acima consideradas será realizada posteriormente à colocação de algumas referências que nos localizem em relação ao movimento popular em saúde e ao movimento médico.

O final da década de 70 foi um momento *sui-generis* na política brasileira em termos do papel da sociedade civil, com o surgimento de diversas entidades em diversos setores da vida social. Um movimento febril de agitação e oposição política atravessou a sociedade como um todo, promovendo um amplo debate e mobilização social em prol do fim do regime autoritário e da democratização do país. A ditadura militar, em processo singular, acompanhou as propostas de abertura política. De uma parte, as forças armadas assumiram o papel de tutelar um processo que, se fosse além do "razoável", poderia colocar em xeque o próprio papel e relevância das mesmas no contexto político brasileiro, assim como os parâmetros de sociedade e Estado cuja sobrevivência justificara a intervenção militar na década de 60. A abertura "lenta, gradual e segura" foi a estratégia escolhida pelas direções militares que viam no endurecimento e na repressão, posição representada por uma parte dos altos comandos das

mesmas, o caminho mais curto para a radicalização da sociedade, com a conseqüente ameaça aos objetivos estratégicos das forças armadas. Enquanto isto era medido e ponderado nas reuniões e apreciações das cúpulas militares, o descontentamento na sociedade brasileira ia crescendo proporcionalmente à dimensão da crise econômica pós-milagre e às dificuldades de expressão política. Na medida que as contradições começavam a se colocar no interior das forças armadas, a sociedade ganhava espaço e força nas reivindicações por mudanças políticas. Neste contexto o movimento social em saúde se originou e teve uma presença marcante nas suas duas vertentes: o movimento popular em saúde e o movimento médico.

Os movimentos populares em saúde se originaram nos bairros pobres das periferias das grandes cidades e/ou nas favelas localizadas dentro mesmo dos grandes centros urbano-industriais<sup>3</sup>. Tratou-se de uma primeira fase no surgimento destes movimentos, que começam a proliferar na década de 70 e que denominarei de "fase reivindicativa". Os moradores destes bairros se agruparam ao redor de associações comunitárias, buscando alguma forma de organização primária em torno de reivindicações por melhores condições de vida, saneamento, postos de saúde, água, esgotos, moradia, transportes, etc. Estas formas de associação possibilitaram criar laços de solidariedade e organização que levaram à eleição de representantes para a condução das associações de moradores, que exerceram um papel principal no encaminhamento das demandas ao estado. O movimento popular em saúde teve uma presença marcante de médicos, profissionais e agentes de saúde. Estes profissionais de saúde exercitaram um certo paternalismo, ao mesmo tempo que políticos "fisiologistas" estabeleciam bases para a obtenção de votos em troca de algumas melhorias como a instalação de bicas ou de luz em algumas favelas. Cabe assinalar que nenhuma relação existia entre estes profissionais de saúde que na década de 70 desenvolveram uma militância política através da prática profissional nos bairros carentes das grandes metrópoles com a intenção de colaborar para a organização política das mesmas, e os políticos fisiologistas que operavam através de máquinas político-partidárias - como foi o caso do chaguismo no Rio de Janeiro - com uma finalidade exclusivamente eleitoral.

---

<sup>3</sup> A trajetória histórica do movimento popular em saúde e do movimento médico no período de estudo será tratada em profundidade no II Capítulo.

Tratou-se de um momento inicial na constituição do movimento popular em saúde em torno de reivindicações "pontuais" nas quais atribuíam-se ao estado a responsabilidade pela falta de assistência médica, postos de saúde e hospitais e conseqüentemente pela não-resolução destes problemas. Este momento de constituição está intimamente ligado à agitação política presente na sociedade e à atividade desenvolvida na busca de liberdades políticas e na expressão dos problemas de carência social à qual tinha conduzido a política econômica do regime autoritário. Esta efervescência política se estendeu à década de 80, com a campanha pelas eleições diretas para presidente da República; podemos afirmar, sem temor de equivocarmos muito, que foi o fracasso do Plano Cruzado que deu por terra com as expectativas populares e a crença de que a mobilização política podia proporcionar mudanças substantivas na política nacional.

Na segunda fase, associada à primeira pois se mantiveram os mesmos eixos reivindicativos, as associações de moradores dos diferentes bairros conseguiram se articular para a discussão dos problemas comuns, fazer uma leitura política dos mesmos e propor uma atuação destinada a interferir nas soluções que o estado viesse prover. A esta fase denominaremos de "politização" do movimento popular em saúde. As associações se organizaram em torno de Federações de Associações de Moradores nacionais e estaduais, se reunindo periodicamente, elegendo suas direções e se organizando em seções ou departamentos de saúde, terras e moradia, educação, etc... Os momentos mais notáveis na organização e mobilização do movimento popular em saúde conduzido pelas Federações estão associados às situações nas quais o quadro sanitário da população tornou-se crítico, como aconteceu com a epidemia de dengue. Ainda que tenham existido outros momentos críticos, como a epidemia de meningite no início da década de 70, o movimento não alcançara uma expressão própria que lhe permitisse irromper na cena nacional. A luta política para erradicar a epidemia de dengue foi uma conquista que marcou o movimento popular de saúde. Diversas manifestações populares tiveram ampla difusão nos meios de comunicação, devido à gravidade e extensão da epidemia e ao caráter das associações do movimento popular, que conseguiram fechar as estradas que comunicam os estados mais importantes do país. Os resultados da ação empreendida tiveram amplo alcance, seja no interior do movimento popular, seja no tocante às medidas implementadas pelo estado para combater a epidemia. Esta segunda fase, entrelaçada à primeira, se caracterizou por um "continuum" no crescimento da ação coletiva do movimento, e percorreu os primeiros dois anos da "Nova República", até 1986, quando as expectativas políticas desapareceram e a conjuntura adquiriu um claro caráter de estagnação. Nenhum dos grandes males políticos que

assolavam o país - a corrupção, o clientelismo, a política de favores pessoais, a impunidade, a pobreza calamitosa de mais da metade da população - foi enfrentado ou combatido pelo governo da "Nova República". A retomada da inflação, os quadros políticos (civis) da ditadura militar ocupando mais espaços-chaves no governo, tudo acobertado por um discurso de cunho transformador, produziram um enorme descrédito não somente quanto às possibilidades de mudança; mas o que é ainda pior, a convicção da população de que a ação e a mobilização política não poderiam alterar este quadro.

Finalmente uma terceira fase pode ser caracterizada como de "acesso a formas orgânicas da política" ou de "institucionalização". Esta etapa está relacionada com a formação da Plenária Nacional de Saúde, à qual fizemos referência acima. O movimento teve um papel central na formação das Plenárias Estaduais e Nacionais e, as Plenárias, por sua vez, tiveram um papel decisivo na elaboração da Constituição Nacional de 1988. Precisamente no momento em que o movimento popular em saúde esteve mais próximo das decisões políticas substantivas, a ausência de maturidade política para absorver a institucionalização como uma exigência do processo político no setor se traduziu numa cisão interna, resultado das diferenças políticas no interior do movimento que trouxe como consequência o descenso na atuação do mesmo. Neste sentido, identificamos a presença de duas grandes facções, que podem ser caracterizadas como segue:

Uma facção é mais crítica e radical na sua visão do estado, referindo-se a ele como um espaço exclusivo das classes dominantes. Tem um discurso anti-estado, rejeita qualquer ação estatal e considera que se houver medidas que favoreçam as classes mais pobres, elas terão por objetivo o controle social. Assume, conseqüentemente, uma postura mais "autonomista" e de distanciamento da máquina estatal.

A outra facção, ainda que caracterize o Estado como domínio da burguesia, não acredita que seja tão monolítico a ponto de não haver no seu interior fraturas através das quais seja possível pressionar e negociar para a obtenção de conquistas sociais em saúde.

No processo mais amplo em torno da discussão da Constituição apareceram as diferenças políticas entre as duas facções. A luta ideológica no interior do movimento teve conseqüências singulares em relação à ação política coletiva. A atuação política "para fora", que tinha caracterizado o movimento na fase anterior, transformou-se em uma ação encaminhada "para

dentro" do movimento, na qual sobrevieram infinitas discussões de caráter político-ideológico, que levaram progressivamente a um esvaziamento do movimento popular em saúde. A paralisação política do movimento foi notável nos finais dos 80 e começos dos 90 e será tratada em detalhe no capítulo seguinte.

No que se refere ao movimento médico, o outro componente do movimento social em saúde, optei por estudá-lo através da atuação das entidades médicas - as associações de caráter sindical, as que regulam o exercício da profissão médica, as de caráter científico-técnico e as que congregam os profissionais com a finalidade de discutir questões próprias da profissão médica. Ainda que se trate de um movimento de profissionais, é mais que uma associação profissional ou uma modalidade de articulação sindical na defesa de interesses da classe médica. É composto de diversas entidades, caracterizadas por um alto grau de institucionalização -diferentemente do movimento popular em saúde - e presença, nos diversos planos em que se desenvolve a vida profissional do médico. Há certa homogeneidade de classe na composição do mesmo, à diferença, também, do movimento popular.

Na década de 70 e começo da de 80 o movimento médico liderou o setor, no questionamento às políticas de saúde e na elaboração da proposta de reformulação do sistema que culminou na Reforma Sanitária. A partir da primeira metade da década de 80, deslocou-se a discussão política da Reforma Sanitária para o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), observando-se um abandono dos princípios, questão principal da década anterior, por orientações mais pragmáticas na categoria a respeito dos problemas da implantação da política de saúde. Para o movimento médico, a relação com o Estado não constitui uma preocupação central à prática do mesmo, como no caso do movimento popular. Pelo contrário, os aspectos críticos considerados em relação ao SUDS apontam para a "prefeiturização" e a "partidarização" dos recursos, mas não a respeito da inviabilidade do Estado para implementar a Reforma Sanitária; considerando-se o SUDS como a "única saída" para a caótica situação do sistema público de saúde. As entidades buscaram engajar-se nas questões atinentes à política de saúde e entenderam que o SUDS era a estratégia para alcançar o Sistema Único de Saúde. No entanto, percebe-se uma grande distância entre as proposições gerais da categoria e a transformação de sua prática, dentro de uma orientação onde interesses de caráter corporativo ficassem em um segundo plano. Esta afirmação se fundamenta na não aceitação pela categoria

dos princípios embutidos na implementação do SUDS em relação ao exercício da profissão médica: emprego único, tempo integral e cumprimento de horários.

É possível perceber, também, que outra das questões que mereceu destaque no âmbito da Reforma Sanitária foi a isonomia salarial. Apesar de apontada como necessária desde a formulação do Plano das AIS, sem a qual esta ou qualquer outra iniciativa de mudança na assistência ficaria comprometida; a isonomia passou a ter importância para a categoria, ao nosso ver, superior ao próprio projeto da Reforma Sanitária.

Em relação à organização do trabalho médico, a preocupação da categoria tem sido de estabelecer parâmetros que limitem qualquer interferência sobre tal trabalho, certamente no sentido de garantir a prática liberal, mesmo sob condições de assalariamento. Cabe destacar o papel premente que a categoria se atribui nas políticas de saúde. Ao mesmo tempo que não é aceita a renúncia aos privilégios que comporta o exercício liberal da medicina, obriga-se o Estado a cobrir os riscos do mercado. Paralelamente, tenta-se manter uma parte importante do poder médico nas mãos dos próprios médicos e impedir que o Estado interfira sobre o trabalho dos mesmos. A diferenciação entre o exercício da prática médica e o Estado, no sentido deste não interferir mas garantir condições para o exercício da mesma através das políticas de saúde, relaciona-se também com a natureza liberal das associações médicas, que se originaram no começo do século como confrarias de profissionais independentes.

A atuação da categoria médica é institucionalizada e diferenciada. As questões que se referem à atuação profissional dos médicos são canalizadas por diversas instituições médicas, as quais possuem, por sua vez, orientações político-profissionais diversas. A denominação de movimento médico obedece a esta atuação diferenciada do conjunto das entidades ou instituições médicas. Neste sentido, o Sindicato dos Médicos teve um papel essencialmente trabalhista, defendendo os interesses econômico-corporativo dos médicos, utilizando como procedimento principal para o encaminhamento das reivindicações médicas as greves no setor público da saúde. Enquanto isso, os Conselhos Regionais e Federal de Medicina tiveram um papel principalmente político, especialmente no que se refere à reformulação do Código de Ética Médica e na atuação dentro da Plenária Nacional de Saúde para a elaboração do Capítulo da Saúde na Constituição Nacional de 1988.

As greves médicas, no setor público da saúde, contribuíram para o processo de desmonte na implantação da Reforma Sanitária. Independentemente ou não da justiça das reivindicações, estas greves levaram à maior crise de atendimento dos hospitais e postos de atenção médica. Durante meses as filas, as mortes por falta de atendimento, a insensibilidade com o sofrimento humano foram a tônica da atuação da categoria médica. Ao mesmo tempo que aumentava enormemente o desprestígio e a ineficiência do setor público da saúde - somado à falta de repasse dos recursos do SUDS às unidades locais, o que ocasionou falta de instrumental, medicamentos e manutenção das instalações - cresciam as seguradoras privadas de saúde e sua procura pela população.

Paralelamente, a discussão em torno do processo constituinte foi plenamente assumida pelos Conselhos de Medicina, transformando-se estes em centros de mobilização política, em torno da proposta da Reforma Sanitária. Posteriormente, já no processo de implementação da política de saúde logo após sancionada a Constituição Nacional, o anteprojeto para a Constituição do Estado do Rio, onde analisei particularmente a atuação das Entidades Médicas, foi elaborado pelo Conselho Regional local. Neste, se defendia a criação do Sistema Estadual de Saúde vinculado ao Sistema Único de Saúde; a municipalização dos recursos, o financiamento pelo orçamento do Estado, da seguridade social, da União, dos municípios e de outras fontes e, a participação de entidades representativas de usuários e profissionais de saúde nas decisões sobre o sistema, através dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

Voltou à tona o importante papel de mobilização política que desempenharam os Conselhos, liderando as lutas com conteúdos mais transformadores no campo da saúde. Não obstante, a nossa impressão é que, da mesma forma que na discussão sobre a Ética Médica, não se conseguiu adesão substantiva da categoria em seu conjunto a estes processos transformadores; estas questões serão desenvolvidas no segundo capítulo, sobre a trajetória histórica dos movimentos sociais em saúde.

Discutimos a atuação do movimento popular em saúde e do movimento médico em duas conjunturas políticas, a transição à democracia que culmina com a "Nova República", caracterizada por uma onda ascendente da ação coletiva destes movimentos que se arrasta até meados da década de 80 e o declínio da ação, simultâneo ao desinteresse e descrença na própria atuação que marca a conjuntura que se inicia com o governo Collor. Esta apresentação tem como finalidade, introduzir a análise da trajetória do movimento social em saúde à luz das

teorias da ação coletiva, testar seu alcance explicativo e nos prover de instrumentos que possibilitem prever acontecimentos futuros.

Vamos partir da concepção de OLSON (1965) sobre a ação coletiva. Enquanto ação orientada por grupos em estado "latente" ou grandes grupos, esta ação é o resultado de um cálculo racional de custos e benefícios guiado pelos interesses dos indivíduos. Supondo-se que os indivíduos são racionais, a estratégia dominante será que o que é melhor para cada indivíduo é melhor para mim. Assim, ainda que o melhor seja a obtenção de um bem coletivo, ou seja, grupal, se posso me abster de atuar e que outros o façam é a saída mais racional.

Na base da teoria da ação coletiva está a motivação egoísta dos indivíduos, o que levaria a que o comportamento mais racional seja o do "carona". Esta situação configura o "Dilema do Prisioneiro": o mais racional é não atuar e esperar que os outros o façam, os outros também não atuam com base no mesmo princípio, e as conseqüências são que a racionalidade individual leva ao desastre coletivo.

Outra motivação possível, para OLSON, é o altruísmo incondicional, só que trata-se de um imperativo categórico e neste sentido ele o rejeita como sendo uma "expressão de desejos" sem base no comportamento dos indivíduos. Dado que a motivação egoísta está na base da conduta humana, OLSON conclui que as greves e revoluções só podem ser produzidas de cima para baixo através de uma disciplina que raia a coerção.

Ainda que o autor considere a existência de "incentivos seletivos", estes não operam indiscriminadamente, como ocorre no caso dos bens coletivos, sobre o conjunto do grupo, mas seletivamente através dos indivíduos que compõem o grupo. Um indivíduo mobilizado positivamente pode contribuir para a ação coletiva, porém é mais provável que isso aconteça em pequenos grupos do que em grandes grupos.

Se observamos o que aconteceu com os movimentos sociais nas duas conjunturas escolhidas, veremos que: no caso do movimento popular em saúde na conjuntura que culmina com a "Nova República" há um crescimento da ação coletiva, seguido de um período de esvaziamento no momento de criação e consolidação da institucionalidade democrática.

O que ocorreu na conjuntura da transição, por que foi um período extremamente marcado pelo ascensão das mobilizações populares? As motivações egoístas não foram o princípio da ação? Os custos da ação coletiva eram menores que os benefícios?

Se entendemos por custos as possíveis retaliações que o poder político autoritário poderia desenvolver como resposta à ação coletiva do movimento popular em saúde, há como ponto de partida um risco alto. De outra parte, ninguém garante que o custo, esforço gasto em mobilização, vai significar a provisão de um bem público. Assim, os custos são palpáveis enquanto os benefícios são prováveis, no entanto a ação coletiva aconteceu.

O problema nesta teoria é que a noção do "coletivo" não é discutida, simplesmente ela é vista como a produção de uma "ação agregada" pelo conjunto de indivíduos que são essencialmente egoístas. Mas se isto é o coletivo, como poderia haver ação coletiva, que é a mesma coisa que dizer ação cooperativa? Ou seja, por que ou como um coletivo se cria, se todos seguem seus interesses egoístas?

Voltemos a fazer a nossa pergunta: por que a paralisação da ação coletiva foi o sinal que marcou a atuação do movimento popular em saúde no fim da "Nova República" e durante o governo Collor? Só na formulação da pergunta observa-se a dificuldade explicativa da teoria. Se houve um momento anterior de aumento da mobilização, da gestão do coletivo, como esta poderia existir se são as motivações egoístas, por excelência, as que caracterizam o comportamento humano? Se também não se pode explicá-la pela relação entre custos e benefícios, como explicar então a ação coletiva? Não explicada a ação antecedente, como explicar a inação consequente?

Esta última questão remete a outra limitação desta teoria, que é a de não dar conta da **dinâmica** da ação coletiva. Os momentos de mudança da ação para a inação não conseguem ser capturados pela teoria, na medida em que se estabelecem relações lógicas, exclusivamente, e portanto absolutas entre variáveis não absolutas. Entendendo por variáveis não absolutas as particularidades do próprio movimento na gestão do coletivo, a noção mesma de coletivo e a complexidade da conjuntura política que media e atravessa os diversos atores que dela participam.

Neste sentido, nossa idéia é que o "coletivo" opera a nível simbólico no interior do movimento popular em saúde. Isto significa que a ação se recompõe (o coletivo), enquanto as expectativas

dos membros do movimento conduzem a uma identidade em prol de um objetivo, independentemente da certeza de obter o bem público. Isto não significa que não exista um cálculo por parte dos membros do movimento a respeito de participar ou não da ação coletiva, mas a expectativa leva à configuração de um si mesmo e do outro, o que tornará o cálculo favorável à participação ou não. Quando eu não me percebo como **formando parte de** também não percebo que os outros possam ser partes integrantes de um "coletivo" que passe a atuar de maneira conjunta numa situação dada, ou seja, não percebo a cooperação como comportamento possível. Neste sentido a cooperação, ao mesmo tempo que um comportamento induzido por mim, é também induzido pelos outros em mim.

Para outra vertente de reflexão teórica (LACLAU, TOURAINE, LANDI), estes são processos de constituição de identidades coletivas; estas construções não são dadas e portanto estão sujeitas a transformações permanentes que têm a ver com o próprio movimento, sua formação, organização, atuação política, composição de seus membros, etc. Cabe assinalar também que as conjunturas políticas mais gerais, a existência de crises e o caráter destas marcam os próprios processos de formação, avanço e estagnação dos movimentos populares em saúde.

Observando agora a atuação do movimento médico, constatamos que em nenhuma das duas conjunturas existiu uma paralisação da ação coletiva do movimento; pelo contrário, em ambos os momentos sua atuação foi intensa. No entanto, o que mudou foram os eixos sobre os quais a atuação aconteceu. Enquanto que de fins da década de 70 até a culminação da "Nova República" o movimento médico teve uma atuação fundamentalmente política e também reivindicativo-trabalhista, no qual o sistema de saúde, seu caráter de reprodutor das desigualdades, a relação perversa entre setor público/privado, os problemas derivados do assalariamento médico maciço foram as principais questões levantadas, mudanças significativas registraram-se no final da década de 80.

O movimento médico desenvolveu uma ação coletiva profundamente corporativa, com penetração importante nas entidades médicas do ideário neoliberal e cuja atuação teve como característica marcante sucessivas e inúmeras greves que afetaram profundamente o setor da saúde. O que aqui observamos é praticamente um contrasenso da teoria olsoniana da ação coletiva, já que a ação coletiva se produz precisamente a partir de "motivações egoístas", se assim pudéssemos qualificar os interesses corporativos.

Parece-nos necessário neste ponto fazer algumas referências que caracterizem melhor o movimento médico. Em primeiro lugar, ele é profundamente articulado em torno da profissão médica. Trata-se de uma categoria profissional de índole diversa da de outras categorias profissionais ou de trabalhadores. É formada por diversas entidades médicas altamente institucionalizadas, com atuação de longa data, já que surgiram no princípio do século e subsistem até hoje, com uma considerável solidariedade orgânica resultante da existência de um Código de Ética Médica e da própria modalidade de exercício liberal da profissão. Isto torna necessário compreender a ação coletiva do movimento, no sentido antes mencionado da "gestão do coletivo", na sua especificidade, assim como os processos de construção de identidades políticas que têm a ver com o próprio movimento, mas também com as conjunturas políticas mais amplas e para as quais a concepção olsoniana da ação coletiva não nos provê dos instrumentos metodológicos necessários.

De qualquer maneira, consideramos que a teoria olsoniana traz um aporte fundamental para a compreensão da ação coletiva ao considerar a presença do componente racional que move aos atores sociais e políticos, sustentada sobre a base de um cálculo de custos e benefícios. As críticas aqui levantadas em relação às teorias da ação coletiva visam a uma complementação e aprofundamento das mesmas, em relação ao nosso objeto de estudo, e não à sua invalidação.

O considerável avanço que registramos nas correntes teóricas do individualismo metodológico em relação à teoria olsoniana da ação coletiva foi sua sensibilidade para capturar a dinâmica da ação coletiva. Neste sentido, ainda que não haja discussão acerca do que é o "coletivo" e quais as motivações que induzem os homens a atuarem coletivamente, o fato de considerar a teoria dos jogos como instrumento metodológico principal para "qualquer análise do processo histórico, centrado na exploração, conflito, alianças e revolução", ELSTER (1989), possibilita uma maior aproximação explicativa a situações nas quais a ação se produz perante aquelas nas quais esta não acontece. Ou seja, se perante determinada situação "X" um conjunto de atores tem que decidir uma ação de conjunto "Y", sendo o comportamento racional de cada um deles e do conjunto a melhor garantia para o êxito da ação, é plausível inferir que meu comportamento não será definido *a priori*, mas a interação com os outros me permitirá escolhê-lo.

A noção de "coletivo" é substituída, na teoria dos jogos, pela de "cooperação". Neste sentido, a teoria dá conta da dinâmica da ação coletiva do movimento popular em saúde. Restaria saber por que o movimento popular em saúde, agiu cooperativamente na Conjuntura (1) e não do

mesmo modo na Conjuntura (2). A meu ver, isto requer uma análise do estado do movimento popular em saúde em ambas as conjunturas, combinada à própria caracterização destas conjunturas.

No que diz respeito ao movimento médico, as coisas tendem a se complicar ao se trabalhar com o enfoque do individualismo metodológico. Mas ELSTER (1989) faz uma distinção entre a cooperação como modalidade da teoria dos jogos que se dá na classe operária e diz que o problema da solidariedade da classe capitalista requer outros instrumentos de análise.

*A tarefa dos dirigentes empresariais será a de convencer os empresários individuais a agir de maneira tal que, embora do ponto de vista de cada um deles sua ação não traga nem ganhos nem benefícios, ela trará benefícios coletivos caso seja adotada por todos. A liderança, portanto, consiste em utilizar a "zona de indiferença" dos indivíduos.*

No caso do movimento médico esta distinção estabelecida por ELSTER não se adequaria aos comportamentos observados neste "particular" movimento social. As questões relativas à profissão médica provêm de uma identidade forte e de uma ideologia médica que marca os comportamentos individuais e coletivos dos membros da corporação. Trata-se de uma corporação com características singulares e diversas formas de expressão social composta por entidades que operam em um amplo espectro de atribuições - desde as que remetem ao próprio exercício da profissão até as sindicais e políticas - e se exprimem no âmbito privado (social) mas também na esfera pública (Estado).

Só a título de marcar semelhanças e sem entrar numa discussão específica sobre o assunto, acredito que a corporação médica se assemelha à corporação militar tanto na sua concepção e modelo de organização como no seu papel, uma atuando na esfera privada e outra na pública. Neste sentido, quando os interesses médicos são afetados ou existe uma ameaça à vida da corporação, ou seja, o espaço privado da corporação é invadido pelo Estado, o movimento médico tem reagido de maneira forte e imediata. Isto ocorreu na década de 70, em que as entidades médicas sofreram uma intervenção e a consolidação do sistema de saúde levou a mudanças no processo de trabalho médico, tornando estes assalariados submetidos ao mercado e às condições de arrocho salarial de qualquer outro trabalhador.

A corporação passou, então, a fazer parte dos outros movimentos de oposição e sua atuação foi marcada pela ação cooperativa, tendo um papel quase de liderança das outras forças sociais

- as primeiras greves que aconteceram no país naqueles anos foram dos médicos. Neste sentido, acredito que à "cooperação universal", à maneira do individualismo metodológico, falta precisão para ser aplicada a ação coletiva do movimento médico. Ou seja, minha disposição a atuar, embora dada pela disposição dos outros e vice-versa, não é suficiente para explicar a ação coletiva do movimento médico, regulada em grande medida pelo fato de pertencer à corporação. Não atuar pode significar não ser reconhecido por mim e pelos outros **como fazendo parte** de e nisto há punições morais, de autoestima etc. Assim, a corporação médica na conformação de sua atuação política tem um eixo ou medula pela qual o termômetro desta é dado pelo grau em que são afetados pelo Estado os parâmetros estabelecidos para a categoria e definidos pela própria corporação.

A conjuntura pós-transição marcada pelo governo Collor mostrou que os médicos voltaram a se predispor a atuar coletivamente, colocando em risco a sobrevivência do setor público da saúde, na consecução de melhorias salariais e de autonomia no processo de trabalho médico, sem interferência do Estado. A categoria médica não se submeteu a outras lógicas que não as da corporação, embora isto significasse o abandono da própria proposta da Reforma Sanitária, que tinha sido o eixo de atuação política do movimento médico até o fim da "Nova República".

Tratar-se-ia de um subtipo de cooperação que chamaríamos de "cooperação corporativa", onde não haveria só um cálculo que me levasse a participar se os outros participam, mas também um jogo simultâneo em que todos participam porque a participação é mediada pela corporação. Na **cooperação corporativa** todos usariam de um tipo particular de solidariedade restrita à corporação. Neste caso, a cooperação tal como formulada por Elster poderia ser "qualificada", ao acrescentar o tipo de cooperação à qual estamos nos referindo ao discutir o movimento médico.

A lógica dual da ação coletiva, teoria concebida e assim denominada por SANTOS (1989), se sustenta sobre o modelo olsoniano da ação coletiva, mas precisamente por isto, ao mesmo tempo em que resolve uma das questões principais embutidas na teoria clássica da ação coletiva, o início da produção de um bem público, fica presa a este modelo explicativo e a suas limitações. A idéia do autor é que a ação coletiva acontece para a provisão de um bem público e não atuar não significa somente que me privarei de consumir um bem público potencial - que aconteceria se todos participassem da ação coletiva - mas que serei obrigado a usufruir de um mal público.

Parte-se da idéia olsoniana de que participar ou não da ação implica em um cálculo de custos e benefícios, sendo a premissa básica do comportamento humano a de evitar o sofrimento. Esta premissa não deixa de ser, também, um imperativo categórico, ainda que mais inclusivo que o egoísmo. Se participar da ação coletiva tem custos, isto não significa que não participar não implique em custos. Pelo contrário, a idéia é que os custos de não participar, para mim, podem ser maiores que os custos de participar, se pelo fato de não fazê-lo me vejo obrigado necessariamente a consumir um mal público. Ou seja:

$$C_{np} > C_p$$

sendo que  $C_{np}$  = custo de não produção ou participação

$C_p$  = custo de produção

Esta condição formal ocorre quando a consecução de objetivos privados depende da produção de bens públicos - tratar-se-ia de um tipo de interação social que corresponde ao dilema da vontade geral rousseauiana, onde  $b_p$  (bem privado) =  $B_p$  (bem público) - e ela acontece independentemente da existência de "caronas", ainda que às vezes seja necessário eliminar os "caronas" para diminuir o custo da produção de um bem.

A relação estabelecida pela teoria entre o custo de produzir um bem privado e a eliminação dos "caronas" não acrescenta nada à explicação original, simplesmente formaliza a afirmação de que sendo mais econômico eliminar os "caronas" o custo de produzir um bem privado diminui com a eliminação deles, o que é uma verdade óbvia. A teoria não diz nada a respeito do significado de eliminar ou não os caronas dentro das hipóteses por ela estabelecidos:

$C_{2bp} = C_{1bp} - (C'_{bp} - C_{efr})$ , onde  $C_{2bp}$  é menor que o original  $C_{1bp}$ . Quando

$C'_{bp} - C_{efr}$  (custo de eliminar os caronas) = 0 (se for econômico fazê-lo)

$C_{2bp} < C_{1bp}$  alcançará seu valor máximo

Se passamos agora a observar os movimentos sociais em saúde à luz destas idéias nos parece que elas poderiam explicar por que o movimento popular em saúde teve um desenvolvimento marcante na Conjuntura (1). Atuar significaria - no **plano simbólico**, ainda que isto não seja dito pela teoria - a obtenção de um bem coletivo, medidas governamentais para acabar com a epidemia de dengue; não atuar significaria - no **plano real** - que ninguém estaria eximido de

usufruir de um mal público (a epidemia da dengue). Ou seja, o momento inicial da ação coletiva consegue ser capturado pela teoria, mas por ser **estática** ela não consegue explicar porque a ação tem continuidade e mais ainda, a paralisia da ação coletiva no momento posterior da Conjuntura (2).

A teoria não explicita qual é o custo de não produzir um "bem público", já que tanto atuar quanto não atuar vão me levar ao mesmo resultado, a obtenção de um "mal público". No plano simbólico, perderam-se as expectativas a respeito da ação coletiva e no plano real sucessivas políticas governamentais de consumo de males públicos foram impostas. A teoria não inclui a dinâmica da ação nem a temporalidade da mesma, mas o fato de definir o resultado da não atuação dos agentes como a obtenção de alguma coisa que não é boa para ninguém, e não somente como a perda da obtenção de um bem, possibilita, no caso do movimento popular em saúde, explicar a atuação deste como necessária para evitar ser alvo da epidemia de dengue.

No caso do movimento médico, a teoria também não nos permitiria discriminar porque tanto na Conjuntura (1) quanto na Conjuntura (2) há ação coletiva, ela não consegue dar conta do caráter diverso da ação coletiva dos médicos nestes dois momentos.

Por último, queria me referir, também, à capacidade explicativa da teoria de OFFE (1984), sobre a existência de duas lógicas da ação coletiva, para a compreensão da atuação dos movimentos sociais em saúde. Divergindo de OLSON, o autor mostra como não há uma lógica unitária e utilitária da ação coletiva que cubra todas as associações e que as diferenças de poder conduzem a diferenças no tipo de ação coletiva - trabalha aqui com as classes trabalhadoras e capitalistas. Estas diferenças tendem também a ser obscurecidas pelo paradigma de "grupo de interesse". Os interesses da classe trabalhadora e os da classe capitalista estão sujeitos, sob o capitalismo, a graus distintos de distorção. Por isso, um processo "dialógico" - um entendimento comum e um acordo compartilhado - de definição de interesses é necessário para aqueles que se encontram em uma posição de poder inferior e que dependem, por isso mesmo, de um conceito comum e coletivo do seu interesse.

OFFE coloca que há um conflito de classe dentro das formas políticas e um conflito de classe referido às formas políticas. O primeiro ocorre dentro das formas processuais que são dadas, enquanto que o segundo é latente, escondido por uma pretensão de "neutralidade". Neste sentido, a teoria de OLSON só considera a existência deste primeiro nível do conflito, onde

os parâmetros se tornam variáveis e a ação coletiva se preocupa com o que quer dizer "custos" e "benefícios". O que caberia agregar é que estes dois tipos de conflito nas classes dominadas nunca se dão de maneira separada e quando o conflito começa por demandas pontuais, como no caso do movimento popular em saúde, ele não se mantém estanque; muito pelo contrário, assume rapidamente formas político-organizativas que conduzem à redefinição de interesses e à constituição de uma identidade coletiva.

As organizações empresariais representam uma forma política de racionalidade individualista, chamada pelo autor de lógica "monológica". As organizações sindicais operárias constituem um "caso misto", contendo elementos das duas lógicas, já que nelas há uma contradição sempre presente entre burocracia e democracia interna, agregação de interesses individuais e formação de uma identidade coletiva. Poderíamos agregar que se trata de uma condição sempre presente não só nas organizações sindicais mas também inerente a todo o processo de institucionalização no interior dos movimentos sociais.

A partir daqui o que nos interessa sublinhar de OFFE é o aspecto dinâmico no tratamento da ação coletiva, a interação entre os membros da organização e os contextos políticos mais amplos, que ao mesmo tempo que lhe permite incluir as diferenças no caráter do conflito, na definição de interesses e conseqüentemente o tipo de ação coletiva, lhe permite também formular um modelo dinâmico baseado em estágios da ação coletiva nas organizações operárias. Esta construção conduz a uma teoria - que OFFE denomina de sociológica e, portanto, não valorativa - do oportunismo. O "oportunismo" é compreendido por este autor como a maneira de resolver o conflito que se apresenta nos estágios posteriores à formação de qualquer organização social. Enquanto as organizações surgem como resultado da mobilização social, num momento posterior esta é substituída pelo crescimento das burocracias e da legitimação das rotinas burocráticas.

A sobrevivência da organização deixa de ser assegurada pela disposição a atuar de seus membros e passa a ser garantida por mecanismos de negociação política, pautados por procedimentos institucionalizados. Trata-se, para Offe, de uma escolha "oportunista" na medida em que esta cresce burocraticamente sem arriscar a sua existência e para isso utiliza garantias externas à organização. O "oportunismo", na acepção que o autor lhe dá, tem o *status* de uma formulação teórica e, neste sentido, não tem nenhuma conotação valorativa.

Pode-se classificar os estágios mencionados da seguinte forma:

Estágio 1: corresponde ao momento de formação das entidades, o padrão da ação é dialógico.

Estágio 2: a organização se tornou suficientemente forte para acumular algum poder real derivado de seu potencial de poder reconhecido. Por um lado, a organização precisa recrutar, mobilizar e ativar os membros com a finalidade de atualizar seu poder mas, ao mesmo tempo, deve tomar medidas para que os membros não se disponham a agir prematuramente. Uma vez que não há solução segura e permanente para este dilema, pode-se retornar ao estágio inicial, mas isto só poderia acontecer se houvesse um alto grau de politização da luta de classes; na ausência dessas condições favoráveis se passaria ao próximo estágio.

Estágio 3: a única transformação que não ameaça nem a sobrevivência da organização, nem interfere em suas perspectivas de êxito é a resolução oportunista do dilema da organização. Conseguir crescer burocraticamente, sem arriscar a sobrevivência da organização, é possível se esta for assegurada de fora. As garantias de sobrevivência interna passam a ser substituídas pelas externas; a organização passa a se sustentar sobre posições de negociação enquanto antes tinha, exclusivamente, a disposição para agir de seus membros. Estas práticas passam a ser institucionalizadas através de estatutos legais. Mas esta solução do dilema se constitui num dilema em si mesmo.

Estágio 4: a organização não tem mais nenhuma capacidade de resistir às tentativas de retirada do suporte externo, bem como dos estatutos institucionais e legais que lhe são proporcionados a partir do exterior. Neste sentido ela se verá obrigada a manter as garantias e o resultado será a burocratização, com a qual os custos a longo prazo do "oportunismo" se tornam manifestos.

Estágio 5: uma nova fase de mobilização e ativação dos membros se torna necessária para defender ambos os termos do dilema, a sobrevivência e as probabilidades de êxito da organização.

Observando a trajetória do movimento popular em saúde, constatamos que sua formação respondeu a uma lógica dialógica, com uma resistência muito grande de entrar no Estágio 2. Entrar neste significaria, de uma parte, a institucionalização e reconhecimento por parte do Estado dos movimentos como interlocutores que agiriam no campo da negociação política. De outra parte, haveria conseqüentemente uma perda de autonomia das entidades populares em

relação ao Estado. O problema com o movimento popular em saúde foi que esta questão suscitou uma forte polarização de posições, junto a uma ideologização da discussão que levou também a uma paralisação na ação do movimento popular e à ameaça de não sobrevivência ou esvaziamento das entidades do movimento. OFFE coloca que esta questão do oportunismo, de uma perspectiva analítica, pode ser defendida como a única solução racional e realista para aquelas tensões, dilemas e contradições internas que se tornam manifestas como uma consequência do Estágio 2. Se uma organização quer proteger tanto sua existência quanto suas realizações potenciais, parece não haver outro caminho senão o sacrifício parcial de sua autonomia, que se tornou uma carga e não um valor.

Estes estágios que o autor explicita no desenvolvimento das organizações das classes dominadas, se aplicados ao movimento popular em saúde, se tornam profundamente contraditórios para o caso do movimento popular em saúde. Ao mesmo tempo em que o "oportunismo" talvez constitua o caminho mais curto para acabar com estes, devido às características intrínsecas à formação e organização destes movimentos, a opção pela não institucionalização, como discutimos acima, produziu uma paralisia na ação coletiva do movimento. Mas, ao mesmo tempo, a fluidez dos mesmos colaborou para a sua reestruturação perante situações que o afetavam diretamente, como foi a crise dos hospitais do setor público e a falta de atendimento médico-hospitalar para estas populações.

No caso do movimento médico, o modelo de ação aplicado para as organizações da classe operária se ajusta perfeitamente ao sindicato dos médicos. Em relação às outras entidades médicas que compõem o movimento não se aplica nem a lógica dialógica nem a monológica, de forma estrita, ainda que possamos encontrar elementos das duas. Minha idéia, já assinalada em outra parte deste trabalho, é que os médicos constituem uma corporação que possui características singulares e neste sentido a "ideologia médica" que articula à corporação merece uma ênfase particular.

Finalmente, como uma síntese, a discussão inicial a respeito da transição à democracia e o processo de construção e/ou consolidação da democracia, teve como propósito, estender a noção de democracia além da consideração a respeito dos procedimentos necessários à implementação da democracia política. A consolidação da democracia é indissolúvelmente relacionada à conformação de estruturas democráticas nos diversos níveis da sociedade para as quais o estabelecimento de certas condições necessárias à relação Estado/sociedade parecem-nos

fundamentais. Neste sentido, discuti a questão da cidadania como uma categoria central à democracia, tentando distinguir o conceito clássico da cidadania do exercício histórico da mesma. Esta distinção e o percurso que escolhi para desenvolvê-la me levaram à conclusão de que a **equidade** está embutida na cidadania não como **princípio**, mas como o resultado das lutas sociais que transformaram a **idéia de cidadania** na obtenção de direitos concretos usufruídos pela população, enquanto a justiça social refere-se à regulamentação da equidade como valor ético-moral.

Estes direitos de cidadania, consagrados juridicamente, se concretizaram através de uma forte intervenção do Estado na economia, restringindo o papel do mercado e produzindo importantes reformas no capitalismo, junto à implantação de políticas sociais que trouxeram importantes benefícios sociais para as classes trabalhadoras pela via do *Welfare State*. Enfrentar estas questões possibilita, sem que isto constitua um modelo a ser reproduzido, colocar as bases para a discussão a respeito da construção de um regime democrático.

A segunda parte do trabalho discute a reformulação da política de saúde enquanto política social; sua origem e seu desenvolvimento até culminar com a proposta da Reforma Sanitária. A visão das políticas de saúde sob a perspectiva das políticas sociais nos obrigou a mergulhar no campo teórico-conceitual envolvido nesta área de conhecimento. Neste sentido, as dificuldades que acompanharam o processo de implementação da política de saúde exemplificam de maneira bastante aproximada as difíceis relações Estado/Sociedade no momento de consolidação do processo democrático; sendo a Reforma Sanitária um caminho de reconstrução da democracia através de reformas parciais, ou, dito de outra maneira, de consecução da democracia pela via do estabelecimento de "regimes parciais" democráticos.

Devido à necessidade de aprofundar o processo de implantação da Reforma Sanitária, iniciamos uma discussão teórica a respeito dos processos de formulação e implementação de políticas sociais. As dificuldades de regimes de democratização parcial prosperarem e se instalarem são estreitamente relacionadas ao encaminhamento das inovações políticas no campo das políticas sociais.

A última parte deste capítulo se referiu ao papel dos movimentos sociais em saúde nestes dois momentos, a formulação e a implantação da política de saúde com ênfase na particular atuação destes movimentos à luz das diversas teorias explicativas da ação coletiva. A reflexão crítica

a respeito das teorias da ação coletiva nos possibilitou identificar, a partir das trajetórias dos movimentos sociais em saúde, as adequações, proximidades e distanciamentos entre os diversos enfoques teóricos e o desenvolvimento da atuação política dos atores por nós privilegiados.

Acreditamos que estas nos proporcionaram um arcabouço teórico, que nos aproximou a idéia de pensar as políticas de saúde desde a perspectiva dos atores e sua relação com o Estado, nos processos de transição e construção da democracia. A política de saúde foi vista ao longo deste trabalho sob uma perspectiva societária, ainda que, pela própria natureza desta, seja na arena do Estado que estes processos adquirem concretude. Neste sentido, a complexidade do processo da Reforma Sanitária exigiu um exercício teórico-metodológico que nos obrigou a expandir nosso ângulo de visão em múltiplas direções.

**PARTE II**

---

## O MOVIMENTO SOCIAL EM SAÚDE

Nosso foco de análise, que se constituiu no eixo temático desenvolvido ao longo destes capítulos, foi o estudo do papel dos movimentos sociais em saúde - entendendo-se por tais o popular e o médico - no processo de formulação e implementação da política de saúde no período compreendido entre 1976 e 1990.

Este momento político que o país atravessou foi da maior importância na história brasileira devido à luta pela quebra do regime autoritário e à discussão, no seio da sociedade, a respeito de um novo modelo político não sustentado sobre a exclusão de amplos setores sociais e sobre o exercício do autoritarismo, fosse este de cunho civil ou militar.

Os finais dos anos 70 e começo dos 80 constituíram-se, assim, em um marco na política brasileira em torno do processo de democratização do país. Um amplo espectro de forças sociais - como sindicatos, entidades profissionais, associações de bairro, movimentos contra a carestia, minorias e partidos políticos - empreenderam uma luta política que conseguiu aglutinar diversas formas de associação para exigir do regime militar eleições diretas para presidente da República.

A luta em prol da democratização constituiu-se na saída política de oposição à *ditadura militar* perante a proposta das forças armadas de realizar uma abertura lenta, gradual e segura, anunciada pelo então Presidente da República, Ernesto Geisel. Era um momento em que a sociedade, como um todo, estava mobilizada e direcionada para a consecução de eleições diretas.

Denominaremos 'movimento social' o conjunto destas novas formas de associação, independentemente de qual fosse o tipo de reivindicação e de qual tipo de articulação institucional tivessem conseguido alcançar.

Esta definição ampla obedeceu, de um lado, a uma maneira determinada de compreensão do nosso objeto de estudo e, de outro, à abertura que ofereceu, neste sentido, a teoria a respeito dos movimentos sociais. DOIMO & BANK (1989:15) consideram que:

*(...) para se analisar os movimentos sociais, não se deve ensejar generalizações apressadas, mas ter em mente a necessidade de um conceito que seja suficientemente abrangente para dar conta da diversidade de movimentos, surgidos em contextos sócio-políticos diferentes e/ou marcados por matrizes organizativas distintas. Considerar que os movimentos sociais em sua concretude podem ser definidos pela conjugação das contradições históricas e estruturalmente dadas, das influências da conjuntura política e sobretudo, pela forma como agem e reagem as partes em conflito, ou seja, pela efetividade que assumem as proposições de natureza organizativa/política/ideológica no jogo das relações sociais, cultura e instituições.*

Nestes anos da transição à democracia, a efervescência social expressou-se em uma grande quantidade de organismos provenientes da sociedade civil, os quais emergiram e se reproduziram nas grandes metrópoles e nos seus bairros periféricos sob a forma de sociedades de fomento, associações profissionais de classe média, postos de atendimentos básicos de saúde, escolas comunitárias, creches.

No cerne da constituição da vertente popular dos movimentos sociais estavam, de uma parte, as reivindicações por demandas de habitação, saúde, educação, saneamento, decorrentes das necessidades pelas quais passavam grandes parcelas da população; de outra, proliferaram as associações de classe média, registrando-se as primeiras greves de oposição ao regime militar no sindicalismo desta classe e, particularmente, no setor médico.

De fato, o arrocho salarial com o qual se defrontou a sociedade brasileira - como um dos resultados da política econômica do regime militar - não afetou só as classes operárias, mas importantes setores assalariados de classe média também sofreram consideráveis deteriorizações nas suas condições de vida.

Neste contexto, originou-se o movimento social em saúde como aquela parte específica do movimento social cuja articulação e reivindicações relacionavam-se à questão da saúde<sup>1</sup>. Os "Movimentos Populares em Saúde" foram por nós considerados como uma denominação genérica de todas as formas associativas que agrupavam os moradores de bairros e favelas em torno de reivindicações relacionadas à saúde da população, fossem elas referidas a atendimento

---

<sup>1</sup> As informações obtidas sobre o Movimento Social em Saúde - movimento popular em saúde e movimento médico - foram o resultado da pesquisa denominada "Movimentos Sociais, Construção de Hegemonia e Formulação de Políticas: Um Estudo sobre o Movimento Médico e os Movimentos Populares em Saúde no Estado do Rio de Janeiro". Coord.: Sílvia Gerschman.

médico, saneamento, condições de saúde da população, prevenção à saúde, ou, em um estágio mais avançado de organização e articulação, às próprias políticas de saúde.

Designamos "Movimento Médico" à atuação do conjunto das entidades médicas no período da transição à democracia devido, fundamentalmente, ao papel político que os médicos - organizados através de suas associações de caráter profissional, científico e sindical - tiveram neste processo, característica que se diluiu na medida que a transição adquiriu um perfil mais nítido. Mantivemos a denominação de "movimento médico" até fins da década do 80, para nos referirmos à atuação política do conjunto das entidades de representação dos médicos, e intitulamos de "corporação médica" a atuação dirigida mais especificamente para reivindicações de caráter econômico-corporativos dos médicos.

O movimento popular em saúde foi estudado durante o período compreendido entre 1979 e 1990. Nas suas origens, a composição deste esteve relacionada às experiências locais de saúde experimentadas por associações de moradores e por outras entidades de bairro em algumas regiões do país. Já nos começos dos anos 80 e até meados da década constituiu-se um movimento estadual, e logo nacional, de Federações e Confederações de associações de moradores de bairros e favelas, sendo que o movimento popular em saúde - que assim se autodenominou nos sucessivos encontros de caráter nacional - foi parte constitutiva destas federações e confederações.

Em fins dos anos 80 houve uma importante desarticulação do movimento popular em saúde. Ainda que este tivesse continuado a existir nacionalmente, as diferenças regionais na atuação do mesmo foram notáveis, às quais se somaram a descentralização do sistema de saúde e a formação dos Conselhos de Saúde, que aprofundaram ainda mais esta tendência.

Com relação ao "Movimento Médico", analisamos sua atuação no período que vai de 1976 até 1990 sob uma perspectiva ampla, que incluiu não só as formas associativas sindicais dos médicos como categoria profissional, mas o conjunto das associações médicas - aquelas que regulavam o exercício da profissão, as de caráter científico-técnico, e as que congregavam os profissionais médicos com a finalidade de discutir questões próprias da profissão médica.

As entidades analisadas foram: o Conselho Regional de Medicina (CREMERJ), a Sociedade Médica (SOMERJ), a Sociedade de Medicina e Cirurgia (SMCERJ) e o Sindicato dos Médicos

(SINMED). O material e as entrevistas realizadas com as lideranças das associações médicas localizadas no Estado do Rio de Janeiro cobriu o período compreendido entre 1983 e 1990.

O Conselho (CREMERJ) corresponde, a nível nacional, ao Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Sindicato (SINMED), à Federação Nacional dos Médicos (FNM), ambas entidades reconhecidas pelo Estado. A primeira regula e supervisiona a prática médica, outorga o registro profissional e atinge, portanto, toda a categoria médica; a segunda representa os interesses profissionais - condições de trabalho e salários - da mesma. A SOMERJ e a SMCRJ são entidades de caráter privado e correspondem, a nível nacional, à Associação Médica Brasileira (AMB). As duas, como entidades de filiação voluntária, congregam os médicos em defesa de seus interesses profissionais, discutem as políticas de saúde e desenvolvem atividades de caráter científico-técnico.

Ainda que tenhamos definido desenvolver a pesquisa somente no nível estadual, os resultados alcançados, tanto no âmbito médico quanto no popular, foram rediscutidos permanentemente à luz de outras experiências locais, o que nos possibilitou chegar a conclusões mais abrangentes em relação ao nosso objeto de estudo.

## CAPÍTULO IV

---

## O MOVIMENTO POPULAR EM SAÚDE

### COMPOSIÇÃO E TRAJETÓRIA: 1976-1990

No capítulo anterior, discutimos a teoria da ação coletiva como um modelo teórico de explicação da atuação política dos movimentos sociais em saúde e enfatizamos, também, as limitações que estas teorias teriam, caso pretendêssemos utilizá-las exclusivamente para dar conta da atuação tanto do movimento popular em saúde como do movimento médico.

Sublinhamos a dificuldade, embutida nestas concepções da ação coletiva, de dar conta de processos de formação de identidades sociais e políticas, que dizem respeito não só a um cálculo a respeito da participação mas que envolvem também a própria noção do "coletivo". Para melhor precisarmos esta questão do "coletivo", vimo-nos compelidos a penetrar nas questões específicas colocadas pela trajetória e atuação dos movimentos sociais.

A problemática teórica que envolve a análise dos movimentos sociais de extração popular e, em nosso caso, a dos movimentos populares em saúde, relaciona-se, fundamentalmente, com três eixos de questões que apresentam um papel decisivo em seus processos de formação, assim como na atuação dos mesmos: a relação com o estado, a sua institucionalização e a autonomia em relação a outras forças políticas.

No cerne da constituição dos movimentos sociais estavam as reivindicações por demandas de habitação, saúde, educação, saneamento etc., decorrentes das necessidades que atravessavam grandes parcelas da população urbana. Ao considerarmos que o movimento popular em saúde teve seu eixo de atuação no plano das políticas de saúde - uma área específica de intervenção do estado - constatamos também que a concepção do estado, assim como a relação com este, constituiu-se no seu "calcanhar de Aquiles". O movimento deixou de ter uma existência virtual no momento em que se relacionou com o Estado, já que este passou a ser o alvo da ação coletiva e, neste sentido, elemento polar em sua constituição.

Os processos de construção de identidades políticas no movimento popular em saúde e nos movimentos sociais em geral, estão intimamente relacionados ao papel do estado, na medida

que este ocupa uma posição de destaque para a consecução de melhores condições de vida, de saúde e de atendimento à doença. Mas como esse processo é operado a nível do simbólico - ou seja, mediante as "representações" que o movimento popular tem sobre si mesmo - não se torna necessário que o estado preencha efetivamente este lugar. Pelo contrário, a sua omissão no desempenho deste papel obra à maneira de interpelação através da qual o movimento popular se constitui para exigir sua presença na esfera da saúde. Trata-se de uma tensão permanente, de uma dinâmica contraditória e constituinte que caracteriza a relação entre movimento popular em saúde e estado.

Cabe agregar que a existência do movimento está indissolúvelmente relacionada à mobilização na medida que, através desta, deixa de ser virtual e adquire realidade. Se considerarmos ainda que toda ação coletiva nas classes populares é encaminhada a reivindicar a presença do estado para a melhoria das condições de vida destas populações, fica evidente o papel constitutivo do estado na dinâmica dessas relações.

É interessante observar que os movimentos sociais, quando provêm da sociedade civil, nascem desvinculados da ordem política, mas passam a ocupar um espaço público ao reivindicarem demandas cuja satisfação requer a intervenção estatal e, deste modo, também reavivam a discussão do social no interior do Estado. O movimento social tem, portanto, papel principal no encurtamento da distância entre a esfera privada e a ordem pública. Mas isto só pode acontecer na medida que a ação política do movimento efetivamente aconteça e, portanto, que recrie a relação com o Estado.

A institucionalização dos movimentos populares constitui um outro eixo problemático no desenvolvimento da atuação política dos mesmos. Trata-se de uma preocupação legítima nos movimentos populares em saúde, uma vez que essa atuação esteve marcada pela heterogeneidade de seus membros, pela presença de diversos partidos políticos - junto ao esforço para manter a independência em relação a estes - e pela maleabilidade do próprio movimento, o que dificultou o estabelecimento de regras de funcionamento para a sua organização.

A ação coletiva nestes movimentos freqüentemente tem um importante componente de *decisão* política não direcionada institucionalmente. A ausência de estruturas institucionais mais sólidas que contenham as práticas do movimento popular em saúde é uma característica, com certeza,

compartilhada com os movimentos populares em geral. De fato, observa-se uma resistência à institucionalização, associada à auto-percepção de perda de autonomia, ao encastelamento das lideranças e à instrumentalização do movimento por políticos locais, os quais se apóiam nas burocracias dos ministérios para a obtenção de favores - para estes, é mais fácil negociar com as direções do movimento que, em situações de mobilização popular, podem controlar os termos da negociação. Ainda que esta auto-percepção tenha um forte viés ideológico, também se sustenta na própria prática do movimento popular, já que mais de uma vez foram trocados "votos" por "bicas".

Cabe destacar que, tanto neste ponto quanto no que se refere à autonomia dos movimentos, importantes ganhos foram obtidos pelo movimento popular em saúde naqueles momentos em que, pelo próprio crescimento da sua ação coletiva, houve também uma tendência crescente à institucionalização e a procedimentos de negociação política mais formalizados.

A institucionalização constitui, portanto, outro de seus pontos de estrangulamento ou de tensão. Quando se pensa no grau de articulação dos movimentos populares, geralmente se faz referência à sua capacidade para agir coletivamente - reivindicações de melhores condições de vida, de saúde, de atendimento etc. - mas não à qualidade de ser institucionalizado. Porém, esta modalidade de articulação, sustentada exclusivamente na ação coletiva, dificulta a percepção, por parte do próprio movimento popular em saúde, de um fio condutor que dê continuidade ou historicidade à sua ação política, o que resulta, também, em um impedimento no desenvolvimento de avanços continuados e sustentados que o transforme em definitivo protagonista das políticas de saúde.

Em relação à autonomia do movimento, ela se coloca perante outras forças políticas - tais como partidos, técnicos, religiosos etc. - e, também, perante o Estado. No que diz respeito à emancipação quanto às outras forças políticas, esta é uma questão falsa; na verdade, essa tão propalada autonomia não passa de um discurso pois, na realidade, os movimentos necessitam de articulações para terem existência própria e não serem simples manifestações. Tal como afirma JACOBI (1989:156):

*De fato, observa-se que os articuladores sociais têm desempenhado um papel significativo, o que não tem representado necessariamente uma perda de autonomia, tão reivindicada pelos movimentos. Mas este ocultamento das conexões políticas que envolvem posições "partidárias ou confessionais" não pode ser minimizado no caso do movimento popular em saúde. Já que, apesar*

*das resistência dos seus integrantes, salta aos olhos a influência dos setores progressistas da Igreja através das Comunidades Eclesiais de Base, dos médicos sanitaristas e de militantes do Partido dos Trabalhadores, que, se bem não formalizam laços orgânicos com a estrutura partidária, explicitam uma cultura política característica do partido.*

Efetivamente, como veremos mais adiante, na análise da trajetória do movimento popular em saúde, constatou-se que foi decisiva a influência da Igreja progressista, assim como a dos partidos de esquerda, na sua formação e desenvolvimento. Neste sentido, quando os movimentos populares carecem de articulação com outras forças políticas, dificilmente conseguem incidir nas decisões políticas mais amplas. Ainda que isto possa significar um risco de diluição do movimento dentro de outras forças sociais ou políticas mais estruturadas, cabe ao próprio desenvolver mecanismos que garantam a sua continuidade.

Desse modo, a autonomia em relação ao Estado foi uma questão principal para o movimento. Em verdade, o que se observa freqüentemente é o esvaziamento destas mobilizações quando são cooptadas pelo Estado (NUNES e JACOBI, 1983). A idéia predominante no movimento popular em saúde, desde a sua formação, foi a de que a política do Estado visava cooptá-lo nos canais de participação popular abertos por ele, uma vez que nestes o movimento não teria poder de decisão.

Ao mesmo tempo que o Estado é constituinte do movimento popular em saúde, sob a perspectiva deste é percebido como desorganizador da sua ação coletiva. Esta questão se situa no cerne da atuação do movimento face às políticas de saúde e pode ser bem exemplificada pela discussão interna a respeito da participação ou não nas instâncias institucionais criadas pelo Estado no setor da saúde, dado que estas poderiam vir a se constituir em uma via de cooptação e de desmobilização.

Paralelamente, o que a experiência mostra é que isto às vezes tem acontecido e às vezes não. Este tema da autonomia nos movimentos sociais parece-nos estar associado à sua institucionalização pelo fato de colocá-los perante a necessidade de estabelecer mecanismos formais de organização e de funcionamento - os quais, por sua vez, servem de controle da própria atuação do movimento nos Conselhos de Saúde - sempre que os movimentos cheguem a ter uma atuação decisiva nas políticas estatais de saúde, como está acontecendo com o processo de descentralização e com a formação dos Conselhos de Saúde.

O dilema que a institucionalização coloca é o da quota de burocracia que a acompanha e que constitui uma ameaça importante de extinção do movimento - se considerarmos que este não é um sindicato e nem um partido político - e que, nesse sentido, as mobilizações sociais se sustentam na capacidade de atuação coletiva, mais do que na organicidade político-institucional.

### ***A Formação - Fase Reivindicativa***

A formação do movimento popular em saúde iniciou-se paralelamente à discussão que vinha acontecendo no campo da saúde a respeito da medicina comunitária e esteve intimamente ligada às experiências das comunidades de base da Igreja do Terceiro Mundo, que se expandiram por todo o país na década do 70.

Em suas origens, tais movimentos localizavam-se principalmente nos Estados de Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo. Compunham-se de médicos sanitaristas, estudantes, religiosos, militantes católicos, integrantes de partidos políticos e das populações carentes que se agrupavam ao redor das sociedades vicinais e de experiências comunitárias católicas em bairros das periferias urbanas e favelas.

As Universidades, através dos departamentos de Medicina Preventiva, tiveram também uma influência importante, já que nelas ocorria a contestação ao modelo médico hegemônico, caracterizado por seu elitismo, pela sua sofisticação tecnológica com baixo impacto nos níveis de saúde da população e, sobretudo, pelo seu caráter privado e mercantilista. A partir daí surgiram propostas de modelos alternativos, sendo a medicina comunitária a mais importante.

Deste modo, dezenas de experiências começaram a ser realizadas no país, ligadas às universidades, à Igreja, ou mesmo ao voluntarismo dos agentes da pastoral da saúde, dos militantes dos partidos de esquerda e também dos profissionais de saúde que tinham uma prática nas comunidades. Estas experiências introduziram uma nova concepção do exercício da medicina, sustentada na simplificação do ato médico, na valorização do trabalho auxiliar dos leigos e na participação comunitária. Foi neste momento, e a partir destas experiências localizadas, que começou a gestar-se uma articulação nacional do movimento popular em saúde.

O Primeiro Encontro de Experiências de Medicina Comunitária originou-se por iniciativa do Instituto Paulista de Promoção Humana, em Lins, São Paulo - instituição, pertencente à Diocese local, que desenvolvia à época um trabalho de formação de agentes de saúde em algumas regiões do Estado e do Triângulo Mineiro -, do Movimento de Amigos de Bairro de Nova Iguaçu (MAB) - ligada à Diocese de Nova Iguaçu e que vinha desenvolvendo um trabalho na área de saúde na região da Baixada Fluminense desde 1975 - e de outras experiências de medicina comunitária em outras regiões do país.

Naquele momento, a medicina comunitária colocava-se como alternativa ao Sistema de Saúde, na medida que o setor público se deteriorava como resultado da crescente privatização da assistência médica. O setor público de saúde caracterizava-se pelo repasse de verbas do setor público para o setor privado - com a conseqüente deterioração dos hospitais públicos -, pelas enormes filas para atendimento, pela ausência de assistência que cobrisse as necessidades mais prementes da população carente e pela tecnificação e medicalização da medicina, sem condições de acesso para a população.

Intensas discussões e a produção crítica do movimento sanitário levaram à existência de uma corrente de pensamento e à introdução de políticas alternativas de saúde através de experiências de medicina comunitária. Esta tinha como princípios a simplificação dos cuidados de saúde de maneira que estivessem ao alcance da comunidade através da atenção primária, sem instrumental de alta complexidade e com a participação de agentes de saúde da própria comunidade e a supervisão e adestramento dos profissionais de saúde inseridos na comunidade.

O movimento popular em saúde contou, nas suas origens, com a participação de líderes religiosos que se constituíram em dirigentes populares - geralmente padres e irmãs - e também com técnicos do setor da saúde. Estes últimos eram na sua maioria médicos, enfermeiras e outros profissionais de saúde de nível superior, funcionários de Universidades e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que atuavam nas localidades organizadas através de experiências locais de medicina comunitária. Exemplos dessas experiências foram os projetos "Monte Claro", "Lajes", "Niterói", "Cachoeiras de Macacu" e tantos outros. Esses profissionais, na sua maioria, estavam ligados a uma militância política no Partido Comunista Brasileiro (PCB) e no Partido dos Trabalhadores (PT). Os técnicos, os religiosos e os dirigentes populares compunham um variado mosaico de tipos políticos, visões do mundo, contradições, mas apresentavam uma grande identidade de princípios e de posições.

Não é fácil estabelecer a influência que cada componente desses exerceu sobre o conjunto do movimento, mas é inegável o poder da opinião dos técnicos e religiosos no direcionamento político e na atuação do movimento popular em saúde.

O movimento procurou manter uma atuação independente, ainda que seu início tivesse coincidido, como já mencionamos acima, com a mobilização no interior da academia e, timidamente, nos aparelhos de Estado, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Mas junto desta postura autônoma, a questão saúde era vista como instrumento de conscientização e de politização para o crescimento do movimento popular em saúde, sem que se percebesse que essa questão, por si mesma, poderia vir a se tornar uma área de decisão política sobre a qual o movimento poderia exercer uma influência importante.

Neste momento inicial da formação do Movimento Popular em Saúde (MOPS), em fins da década de 70, a problemática a respeito da política nacional de saúde não era visualizada como um eixo de atuação do mesmo; muito pelo contrário, o que predominava era o afastamento das políticas estatais de saúde, entendendo-se que a participação nestas colocaria em perigo a autonomia do movimento. Este afastamento voluntário das políticas de saúde levou à postergação, no tempo, da emergência do movimento como ator político a nível nacional. A postura de "independência" ou autonomia constituiu-se, ao longo da história do MOPS, como uma das questões mais paradoxais observadas na pesquisa.

Registrou-se em 1979 a primeira proposta de promover uma articulação nacional do MOPS, reunindo as diversas experiências locais que estavam se expandindo por todo o país de uma maneira espontânea e também com o apoio das Dioceses locais. Assim, realizou-se o I Encontro Nacional de Experiências de Medicina Comunitária (ENEMEC) em julho, na cidade de Lins, São Paulo. Foi patrocinado pelo Instituto Paulista de Promoção Humana (IPPH) de Lins - instituição ligada à Diocese de Lins -, pelo Serviço de Estudos e Planejamento de Programas Educacionais e Sociais e por uma instituição alemã, que apoiava os movimentos ligados à Igreja (MISEREOR).

O temário discutido no I Encontro foi: O Agente Local de Saúde, A Saúde do Povo Brasileiro, O Método Diagnóstico para Assistente Médico e Apresentação e Discussão de Experiências em Medicina Comunitária. No relatório final do encontro registrou-se a participação de 332 representantes de 18 Estados e de 1 Território. Neste momento, a presença dos delegados foi

ainda, em sua maioria, a de técnicos ligados às Universidades ou às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

A característica marcante desse encontro foi uma tendência a valorizar as experiências que apontassem para uma organização popular independente. As experiências institucionais em andamento - Lajes, Montes Claro etc. - incentivavam a participação da população, mas quando esta ocorria, não chegava a superar o nível instrumental, dado que ela era convidada a contribuir com o projeto sem que houvesse uma participação na política mais decisiva. Isto fazia com que crescesse enormemente a idéia de "independência" e de afastamento das políticas estatais de saúde, por parte do movimento e de suas lideranças. O relatório apresentava a descrição das experiências desenvolvidas e revelava a preocupação dos delegados presentes com a conscientização e politização das camadas populares através da saúde abordada de forma ampla.

Este processo de organização do movimento popular em saúde - através das práticas de medicina comunitária - foi em um crescendo e no II ENEMEC pudemos observar como ocorreu uma mudança na composição dos delegados, na sua maioria representantes dos movimentos populares já articulados organicamente em Federações, Associações de Moradores, Comissões de Saúde etc. Algumas regiões do país propuseram, neste encontro, transformar o ENEMEC em encontros nacionais de movimentos populares em saúde, mas a proposta só conseguiria vingar mais adiante.

Em 1983, o tema principal do III ENEMEC, realizado em São Paulo, foi a relação entre os técnicos e profissionais de saúde e a população, propondo-se a seguinte fórmula:

*(...) enquanto existir o dilema opressor versus oprimido, também existirá o dilema técnico versus base. O técnico precisa tomar consciência que a proposta de trabalho vem sempre da base e ele é alguém que ajuda a viabilizar a organização popular.<sup>2</sup>*

A novidade, neste encontro, foi a preocupação dos movimentos populares em discutir e acompanhar as propostas institucionais, como por exemplo o caso do PREV-SAUDE. A assistência médica foi colocada como dever do estado e o sistema de saúde como devendo ser universal, igualitário (referindo-se a um tratamento igual para os trabalhadores rurais) e com

---

<sup>2</sup> Relatório final do III Encontro Nacional de Experiências de Medicina Comunitária.

a participação dos trabalhadores, no seu conjunto, na elaboração da Política Nacional de Saúde. No aspecto organizativo, a Comissão Organizadora passou a ser composta por um representante de cada Estado do país.

O IV Encontro, realizado no mesmo ano que o anterior, abandonou a medicina comunitária como principal eixo temático-organizativo do movimento popular em saúde para constituir-se, ele próprio, na motivação principal dos encontros, que seriam transformados em uma instância de organização política do movimento a nível nacional. A denominação mudou a partir deste momento, sendo este o IV Encontro do Movimento Popular em Saúde. O tema geral do encontro foi o mesmo que no anterior, "Saúde, Uma Conquista do Povo".

Pode ser observado, tanto em relação aos temas específicos considerados quanto ao tratamento dos mesmos, que esta reunião teve um carácter marcadamente ideológico. Os temas foram: Controle dos Serviços de Saúde pelo Povo; Movimento Popular em Saúde e Movimentos Populares no Momento Atual; Avaliação, Diretrizes e Organização do Novo Movimento. O relatório final incluiu uma série de diretrizes para a atuação destes que se expressavam nos seguintes pontos: o controle dos serviços de saúde pelos trabalhadores, a melhoria e igualdade dos direitos previdenciários e de serviços de saúde no campo e na cidade e ações preventivas para a conquista da saúde, tais como terra para plantar e morar, salário justo, emprego, saneamento.

A partir deste encontro foi se conformando a articulação nacional do movimento, assim como a preocupação de estabelecer contatos mais estritos com outros movimentos sociais e sindicais. Esta articulação foi definida como tendo uma base local. Optou-se, também, pela sua não institucionalização, que era entendida como a obtenção de personalidade jurídica. Foi proposta uma Coordenação Nacional para a organização do movimento, constituída esta por dois coordenadores de cada Estado, que se encontrariam duas vezes por ano e definiriam os seus rumos. Os Encontros teriam, como estrutura de apoio, uma Secretaria Executiva que funcionaria no Estado e que também sediaria o Encontro Nacional seguinte.

Tanto a Secretaria Executiva quanto o Encontro Nacional a serem realizados seriam financiados por organismos não governamentais europeus, ligados à religião católica, como SEPROESO da Holanda e a alemã MISEREOP. O financiamento por parte dos organismos internacionais da Igreja Católica deveu-se ao apoio que deram às lideranças do movimento, na sua maioria

religiosos ou militantes católicos, praticantes da "teologia da liberação". Esta era uma questão ainda não discutida, mas que no encontro seguinte veio a ser objeto de polêmica devido às mudanças que começavam a operar-se no interior do próprio movimento.

O encontro de 1983 foi um ponto de inflexão na trajetória do movimento popular em saúde, o qual seria reforçado na reunião seguinte. Nesta já se pode perceber a entrada em uma nova fase, que teve um caráter marcadamente político não somente em relação aos temas considerados mas também nas suas tentativas de desvincular-se das lideranças religiosas e técnicas, assim como pela procura de uma articulação sustentada nas lideranças de extração popular das federações Estaduais e Federais das associações de moradores de bairros e favelas.

Os Encontros Nacionais, a partir de então, passaram a ser constituídos por dois grandes momentos:

- Um primeiro momento de discussão, para o qual foram convidados assessores especialistas no tema, com eficiência e compromisso junto ao movimento popular, cuja função era a de formação e informação das lideranças populares. Neste, a conjuntura política nacional foi analisada e as políticas de saúde e os serviços de saúde foram objeto de profundo debate.
- Num segundo momento de discussão, ocorreu a definição da estratégia política do próprio movimento como um todo em relação às políticas de saúde, quando foram lançadas as teses, as diretrizes e as bandeiras de luta.

O V Encontro refletiu, então, os avanços que teve em todos estes anos, não só no que diz respeito à organização, mas também à passagem de uma organização centrada na atuação política local/regional, que na realidade já exercia uma grande pressão e tinha influência junto aos órgãos municipais e estaduais. Foi realizado em Salvador, Bahia, em novembro de 1984 e teve como temas centrais: Análise de conjuntura e a Política Nacional de Saúde; Definição do Tema do Encontro Seguinte e Troca de Experiências. A grande mudança observada em torno da temática e das propostas do relatório final do encontro foi a ênfase na Política Nacional de Saúde como uma questão de destaque.

Assim, suas diretrizes foram formuladas como: a participação do povo na elaboração, execução e organização de conselhos populares de saúde para a fiscalização dos serviços;

mudança e controle da Previdência Social pelos trabalhadores; fim de convênios com empresas particulares e de medicina de grupo; uma Central de Medicamentos (CEME) controlada pelo povo e com incentivo e financiamento de pesquisas em medicina popular; a formação de profissionais de saúde voltados para a medicina preventiva e para as práticas de medicina popular; igualdade, nos serviços de saúde, para o homem de campo e o da cidade; serviços públicos gratuitos em todos os níveis de atendimento ambulatorial e hospitalar e prioridade à medicina preventiva.

O debate que teve maior peso em termos da futura organização do movimento foi a sua transformação em uma entidade com personalidade jurídica. Esta discussão foi particularmente difícil pelas implicações que acarretava. O principal argumento em defesa desta tese repousava sobre a possibilidade de **independência financeira do movimento**, que desta forma poderia receber recursos de várias fontes, inclusive de órgãos governamentais, possibilitando uma estrutura centralizada mais forte e ágil. Este *status* jurídico, facilitaria, também, a existência de uma direção que tomasse decisões mais rápidas e a de uma equipe assessora para fomentar o trabalho de formação das bases do movimento. A esta idéia se contrapunha - dentro de uma postura de independência perante o estado, partidos etc. - o argumento de que aí estava o caminho para o atrelamento do movimento ao Estado e sua conseqüente burocratização e afastamento das bases.

Ainda que, de fato, a institucionalização e a obtenção de personalidade jurídica não significassem necessariamente o atrelamento ao Estado, esta visão era predominante no movimento popular e bastante defendida pelos coordenadores. As diferenças, em torno desta questão, não foram resolvidas e voltaram à tona nos sucessivos encontros, influenciando decisivamente na própria atuação do movimento popular em saúde.

A composição social destes coordenadores era bastante heterogênea, já que incluía tanto lideranças de origem popular como profissionais de classe média e religiosos. As diferenças políticas entre essas lideranças eram consideráveis, começando pelo divisor de águas entre a esquerda secular e a esquerda católica e, por sua vez, as divergências entre os diferentes partidos políticos de esquerda dentro destas duas vertentes. Mas, neste momento de transição do movimento eram defendidas posições ideológicas de autonomia extrema, até como uma forma de preservação do movimento popular. Assim, vemos refletida na reunião de coordenadores - realizada em Brasília, no mês de setembro de 1985 - esta posição em relação

aos partidos políticos. A seguir reproduzimos uma parte do relatório desta reunião<sup>3</sup>, para ilustrar este ponto:

*Vimos que o partido político é uma das ferramentas, ou seja, uma das formas de organização que temos; e nós, agentes pastorais e/ou educadores, temos um grande desafio, o de construir um novo exercício político de forma séria e comprometida com as bases. Por esta razão é que devemos ter claro a natureza de cada ferramenta que dispomos, o que cada uma nos oferece e onde, como e quando podemos usá-la. **O MOPS tem que ser alheio aos partidos**, por ser um movimento formado por entidades, grupos e pessoas de diferentes religiões e ideologias. Não devemos ser puristas, mas termos claro os pontos que nos unem e encontrarmos uma forma democrática de convivermos com essas várias diferenças. (Grifo nosso)*

Até começos da década do 80, a identidade do movimento popular em saúde foi dada principalmente pela mobilização em torno de demandas pontuais em relação às condições de saúde da população e a respeito das quais o Estado se omitia. Neste momento inicial do MOPS, a Igreja terceiro-mundista e a doutrina da teologia da liberação tiveram um papel decisivo na sua própria formação, através das comunidades eclesiais de base.

A primeira metade da década de 80 caracterizou-se pela organização regular das associações de moradores dos diferentes bairros e favelas do país para discutir problemas comuns, fazer uma leitura política dos mesmos e propor uma atuação encaminhada a intervir nas decisões estatais a respeito do setor da saúde. As associações se organizaram em torno de federações de associações vicinais nacionais e estaduais. Estas se reuniam periodicamente, elegiam suas direções, organizavam-se em seções ou departamentos de saúde, terras, moradia, educação etc. e adquiriram, ao longo da década, cada vez maior visibilidade e relevância política.

O aparecimento de outras formas de atuação política, que neste momento da vida política nacional começavam a adquirir expressão saliente, marcou também a década de 80. Os partidos políticos e os sindicatos deixavam de ter uma atuação limitada para passarem a definir plataformas de governo, políticas e linhas de ação. Neste contexto, de democratização do país e de liberalização política, a Igreja e as comunidades eclesiais de base perderam a hegemonia política que caracterizara a década anterior em termos do papel de oposição e de articulação da sociedade civil.

---

<sup>3</sup> Relatório final da Reunião de Coordenadores realizada em Brasília em 1985.

Estas transformações foram acompanhadas pelo MOPS, podendo-se observar nestes anos, de uma parte, uma evolução das diretrizes que guiaram a sua atuação - deslocadas da problemática local para a nacional - e, de outra, o abandono da medicina comunitária pela discussão da política nacional de saúde. Neste sentido, as origens do movimento foram marcadas pela sua atividade a nível local. O centro de preocupação nos bairros e nas comunidades rurais era o atendimento médico, os remédios caseiros, as parteiras, a formação dos agentes de saúde etc., tudo o que fazia parte do cotidiano destes movimentos e que eram contempladas pela concepção da "medicina comunitária".

Nenhuma das questões referidas aos modelos assistenciais, ao financiamento do setor, ao gerenciamento, ao caráter público ou privado do sistema de saúde, despertava interesse nos integrantes do movimento. Ainda que começasse a existir uma preocupação a respeito da política nacional de saúde quando da divulgação do PREV-SAÚDE em 1983 - política de saúde anterior ao projeto das Ações Integradas de Saúde (AIS) - esta discussão adquiriu seu ponto de maior inflexão na VII Conferência Nacional de Saúde.

Pode-se visualizar os aspectos principais que caracterizaram o MOPS no período analisado no Quadro I.

QUADRO 1 - ETAPA DE FORMAÇÃO 1979-1984

PERÍODOS E PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA POLÍTICO BRASILEIRO	PERÍODO E PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO SETOR SAÚDE	PRINCIPAIS ATORES	PRINCIPAIS BANDEIRAS	FORMAS DE ATUAÇÃO	GRUPOS ALLIADOS	GRUPOS DE OPOSIÇÃO
Regime Autoritário em Processo de Transição	Predomínio do Setor Privado com Financiamento do Setor Público	Comunidades Eclesiais de Base	Democratização do País	Pastoral de Favelas	Movimento Sanitário	Empresas Médicas
Crisis Militares em torno da Sucessão	Fraudes das Contas Hospitalares Setor Privado	Movimento Sanitário	Melhores Condições de Saúde	Pastoral de Saúde	Dtos. de Medicina Preventiva	Federação Brasileira Hospitais FBH
Presidencial/Amnistia Política	Hospitais Setor Privado	Sindicato dos Médicos SINMED	Melhor Atendimento	Formação Entidades Populares	Organizações Não Governamentais ONG	Associação Brasileira Indústria Farmacêutica ABIFARMA
Reestruturação do Sistema Partidário	Ineficiência Setores Público/Privado	Associação Moradores Populações Carentes	Fim das Filas nos Hospitais Públicos	Encontros Nacionais	Partido Comunista Brasileiro PCB	
Crisis Econômicas 79 e 83/Aumento Preço Petróleo	Surgimento Propostas Alternativas	Populações Carentes	Contra Setor Privado Saúde	Secretários Estaduais de Saúde	Partido dos Trabalhadores PT	
Processo Econômico Inflacionário	Departamentos Medicina Preventiva	Centro Brasileiro Estudos Saúde CEBES	Privado Saúde	Saúde	Partido Socialista do Brasil PSDB	
Eleição Parlamentar e/avanços da oposição	Universidades	Academia	Contra Medicina de Grupo	Secretários Municipais de Saúde	Partido Democrático Trabalhista PDT	
	Experiência de Medicina Comunitária	Associação Brasileira de Saúde Coletiva ABRASCO	Controle Setor Público sobre o Privado	Reforma Sistema Saúde	Partido Comunista do Brasil PCdoB	
	Proposta Reforma Sistema Saúde	Médicos e Associações Médicas				
	Crise da Previdência Social					

### ***A Ascensão - A Politização do Movimento***

Em fevereiro de 1986, realizou-se o VI Encontro Nacional de MOPS; este foi um dos seus últimos encontros nacionais e ocorreu pouco tempo antes da VIII Conferência Nacional de Saúde. Ainda que o tema geral tenha sido "Saúde e Constituinte" e os específicos fossem similares aos dos outros encontros, algo de novo e de grande importância surgiu para o movimento: a sua indicação como delegado nesta conferência.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Ministério da Saúde através do Decreto-Lei 91466 de 23/7/85, convidou as organizações da sociedade civil a participar com delegados eleitos para essa finalidade, diferentemente das Conferências anteriores. Tratou-se de um evento que contou com representantes de várias entidades da sociedade civil, da CGT, da Central Única de Trabalhadores (CUT), da CONTAG, de associações de profissionais de saúde e também do movimento popular em saúde, chegando a contar com mil representantes de organismos societários.

Este fato colocou os participantes do encontro diante da necessidade de explicitar as teses do movimento, em função dos temas da Conferência: Saúde, Dever do Estado e Direito do Cidadão, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor. Após a exaustiva discussão desenvolvida neste VI Encontro, foi elaborado e aprovado um documento amplo que continha duas partes, uma referida à Conferência e a outra encaminhada para discussão na Assembléia Nacional Constituinte.

A preparação deste documento resultou em transformações de monta, tanto na concepção do movimento - pelo fato de estar participando de uma instância de decisão nacional da política de saúde - quanto pelo exercício de explicitar as propostas e estratégias do movimento popular em relação à questão da saúde.

A primeira parte do documento incluiu os temas previstos na Conferência, que enfatizavam a saúde de forma ampla, sendo o atendimento médico apenas um aspecto da mesma. Assim, estes defendiam: a estatização dos serviços de saúde e o controle dos mesmos por parte da população; a autonomia dos movimentos populares em relação ao Estado; leis que assegurassem a participação dos trabalhadores no planejamento, execução e controle dos

serviços de saúde; a criação de Conselhos populares de Saúde junto às prefeituras; a unificação e a descentralização das decisões e do planejamento; o aumento das verbas para a saúde e a definição dos recursos, a nível nacional, estadual e municipal, através da criação de um Fundo Único de Saúde. Nesta parte ainda foi incluído um item referido à Constituição, no qual se colocou a suspensão do pagamento da dívida externa, o direito de greve, a reforma agrária, a proibição da propaganda de medicamentos, a política de saúde de acordo com interesses populares e a reformulação da lei 6179/74, que instituiu o amparo previdenciário para pessoas com mais de 70 anos.

A segunda parte do documento, a respeito de como o direito à saúde deveria ser assegurado na Constituição, afirmou que isto seria feito através do tratamento das aposentadorias, da assistência médica da Previdência Social, da diminuição do poder das empresas multinacionais de tecnologia médica e, principalmente, da indústria farmacêutica, no setor da saúde, e da implantação de medicinas alternativas. A última questão incluída no documento foi a divulgação destas propostas a nível estadual e nacional. O marco para a análise da trajetória do MOPS na última metade da década do 80 foi dado pela realização da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Com a finalidade de compreender a particular importância desta Conferência, cabe colocar alguma referência a respeito deste órgão de definição da política de saúde.

As Conferências foram instituídas como instância decisória da política de saúde pela Lei 378, de 13/1/37, devendo sua convocação sobrevir com intervalo máximo de dois anos. Mas a I Conferência somente aconteceu em 1942, três anos depois do previsto por lei, e as seguintes ocorreram em intervalos irregulares.

Em relação ao conteúdo das Conferências, registraram-se na III Conferência - convocada pelo Ministro da Saúde Wilson Fadul, ardente defensor das teses de municipalização (LABRA, 1988) - conteúdos inovadores que anteciparam a reformulação do sistema de saúde. Mas, pela primeira vez na história das políticas de saúde, a VIII Conferência congregou a presença de organismos da sociedade civil e, principalmente, dos movimentos sociais em saúde.

As conclusões a que se chegou espelhavam o amplo consenso que existia quanto à necessidade de introduzir profundas mudanças no setor de forma a torná-lo democrático, acessível, universal e equitativo. Essas propostas, que confluíram para a formulação da "Reforma

Sanitária Brasileira", sustentavam-se em uma conceituação da saúde que, enquanto direito, extravasava os estreitos limites da assistência médica, o que implicava em uma série de direitos correlatos como educação, moradia, lazer, participação e liberdade, organização e expressão. Estes direitos, a serem usufruídos pelos cidadãos, deveriam ser efetivados pelo Estado.

A partir da VIII Conferência, o MOPS se constituiu em emergente força política no cenário da política nacional de saúde, que via o seu projeto como componente de uma proposta mais ampla de mudança no setor saúde do país, apresentada por outras forças políticas a nível da academia e de algumas instituições da sociedade civil, como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o movimento sindical e os partidos de esquerda.

Ainda que as discussões evidenciassem diferenças entre os representantes dos diversos organismos da sociedade civil, estas não chegaram a obstaculizar os resultados da Conferência. Os delegados do movimento popular em saúde levantaram a proposta da estatização completa do setor, sem participação nenhuma do setor privado. Esta proposta não contou com a aprovação da maioria das entidades representadas, dentre elas o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e as Centrais Sindicais.

As teses levadas pelo MOPS para a VIII Conferência também foram colocadas como proposta para a Constituinte tendo-se, inclusive, elaborado um cartaz - amplamente distribuído junto aos movimentos locais - e um documento para a discussão com as bases. Durante a campanha para a eleição dos candidatos à Constituinte o movimento popular apresentou-lhes as teses, procurando identificar os que se comprometiam com elas. Uma vez eleita a Assembléia Constituinte, o MOPS passou a fazer parte da Plenária Nacional de Saúde na Constituinte, levou suas teses para serem discutidas junto às forças políticas aliadas que integravam a Plenária e encaminhou, posteriormente, emenda popular para o setor da saúde.

O VII e último Encontro Nacional do MOPS foi em fevereiro de 1987. Ainda que o movimento a nível nacional continuasse existindo, os encontros não seriam mais realizados. Desde a VIII Conferência Nacional de Saúde, a trajetória do movimento popular adquiriu outras características devido à proposta que a Reforma Sanitária colocou, tendo como questões

principais da reformulação do sistema de saúde a existência de um sistema único e descentralizado nos Estados e Municípios.

O movimento passou, então, a ter uma feição estadual e municipal no processo de implementação da Reforma Sanitária, sendo substituídos os Encontros pela Plenária Nacional de Saúde como o âmbito de sua articulação nacional. Assim, as federações estaduais e os organismos municipais de bairros e favelas, as dioceses locais, os profissionais de saúde das secretarias estaduais e municipais de saúde, os militantes locais, deputados estaduais e vereadores dos partidos progressistas passaram a ter um papel preponderante no encaminhamento da proposta da Reforma Sanitária.

Este VII Encontro do MOPS foi realizado no Estado de Minas Gerais e organizado pelos movimentos da região metropolitana e do Vale de Mucuri, que aderiram à articulação nacional no encontro anterior. Aconteceu na cidade Cachoeira do Campo e contou com a participação de 138 delegados de 18 Estados. A dinâmica foi semelhante à dos encontros anteriores e os temas tratados foram: Saúde do Trabalhador, Saúde da Mulher, Saneamento Básico, Pastoral da Criança e da Saúde, Hanseníase, Plantas Medicinais, Hortas Comunitárias e Saúde do Consumidor.

A Constituinte, ainda tema deste encontro, foi exaustivamente analisada; delineou-se o perfil de seus integrantes - conservadores em sua maioria -, assim como as possibilidades das teses populares serem aprovadas no texto constitucional. Foram discutidos também os temas apresentados pelos assessores sobre a conjuntura nacional, o sistema de saúde do país e a reforma agrária<sup>4</sup>.

A articulação nacional do movimento, que tinha sido a tônica e a maneira pela qual este conseguira se estruturar e crescer, deslocou-se para o fortalecimento da articulação a nível estadual, devido ao grande impulso e vitalidade que este imprimiu à participação popular na VIII Conferência. Isto se relacionou, fundamentalmente, com o próprio processo da Reforma Sanitária, que colocou como eixo central da reformulação da política de saúde a descentralização do sistema de saúde, o que exigiu do movimento popular em saúde uma atuação reforçada nos níveis locais para adquirir condições de dinamizar os Conselhos de

---

<sup>4</sup> Os assessores do VII Encontro foram Herbert de Souza (Betinho), Sonia Fleury e Ivo Poletto.

Saúde, uma vez que neles a população passaria a ter assento e um papel decisório na implantação da Reforma Sanitária.

Houve um deslocamento também na temática do MOPS. Enquanto as origens foram marcadas pela "Medicina Comunitária" - como uma maneira de dar conta das imensas carências de saúde das populações pobres das grandes cidades e do interior do país - neste segundo momento, ligado à realização da VIII Conferência, passou a enfatizar a **política de saúde**.

As experiências estaduais e municipais do MOPS variaram de lugar para lugar e dependeram, em boa medida, do desenvolvimento que estes movimentos já tinham conseguido atingir a nível local antes da realização da VIII Conferência.

A recuperação da trajetória do MOPS até se constituir em um movimento articulado e de caráter nacional, não nos autoriza a avaliar sua presente evolução, atuação, relação com os partidos e com o Estado, os momentos de avanço e retrocesso e as suas formas de representação, já que estas são questões que diferem muito de caso para caso.

A escolha do Estado do Rio de Janeiro para exemplificar essa trajetória se fundamentou na feição estadual do movimento na segunda metade da década do 80, devido a centrar-se em tal aspecto a pesquisa que coordenamos no estudo do movimento popular neste Estado<sup>5</sup>. Esta decisão se apoiou, também, no desenvolvimento que à época tinha adquirido o MOPS no Estado que possuía a maior federação de associações de moradores de bairro a nível estadual, a Federação de Associações de Moradores do Rio de Janeiro (FAMERJ), e à existência na Baixada Fluminense, desde 1975, do Movimento de Amigos do Bairro de Nova Iguaçu (MAB), o qual agrupava todas as associações de moradores de Nova Iguaçu e que se tornou Federação em 1981 (MAINWARING, 1988).

---

<sup>5</sup> *Movimentos Sociais em Saúde, Formulação de Políticas e Construção de Hegemonia*. Coord.: Sílvia Gerschman. Pesq.: Lenaura V.C. Lobato, Paulo Nascimento, Valéria R. de Oliveira, Eneida Santos Correia Lima. Cons.: Romualdo Damaso. Estag.: Maria Emília Sant'Anna Souza, Rosemary Hohlenwerger, UPES/ENSP/FIOCRUZ. Financiamento: Organização Panamericana da Saúde - OPS.



### *O MOPS no Estado do Rio de Janeiro*

Nova Iguaçu era a maior cidade dormitório do Estado. Tinha, segundo dados do último censo, em 1980, 1.522.400 habitantes: tratava-se exclusivamente de local de moradia ou de alojamento, isolado do local de trabalho. Por tratar-se de uma cidade-dormitório, sua população possuía características sócio-econômicas que a distinguiam do Município do Rio de Janeiro e do resto do Estado. A população de Nova Iguaçu era, na sua maioria, constituída de jovens, de maneira geral migrantes do Nordeste, sem qualificação profissional, inserida no mercado informal de trabalho com localização laboral no Município do Rio e que morava, de maneira precária, em assentamentos sem infra-estrutura urbana, esgoto, água, serviços sanitários e de saúde etc.

Estas características fizeram com que o MAB, ao se transformar numa Federação, agrupasse uma população homogênea que tinha como eixo exclusivo de atenção o próprio local de moradia, sem que se considerasse outras questões tais como trabalho etc. Constatou-se, assim, uma proximidade muito grande entre as entidades representativas do movimento popular e as bases comunitárias do mesmo, as quais sustentavam-se na solidariedade existente entre os moradores e no trabalho desenvolvido neste sentido pelo próprio MAB.

As associações de moradores que constituíam o MAB apresentavam uma composição bem mais homogênea do que no caso da FAMERJ. Enquanto o MAB agrupava o conjunto das associações de moradores de bairros extremamente pobres que compunham a população de Nova Iguaçu, na FAMERJ estavam representadas, também, associações de moradores de bairros de classe média e alta. No total, a FAMERJ tinha, em 1989, aproximadamente 1200 entidades filiadas<sup>6</sup>. Das entidades que compunham a FAMERJ, 82% pertenciam a associações de moradores de bairros de classe baixa e 18% a associações de moradores de classe média e alta<sup>7</sup>. (Ver Quadro II)

---

<sup>6</sup> Segundo dados proporcionados pela própria entidade.

<sup>7</sup> Vivaldo Lima Sobrinho, liderança do Sindicato dos Médicos do Estado do Rio de Janeiro (SINMED) no meio da década do 80. Citado in: Lucia RIBEIRO. *Movimentos Sociais e Saúde: o caso da FAMERJ*. Mimeo. Rio de Janeiro: ENSP, FIOCRUZ, 1987.

QUADRO II - ETAPA DE ASCENSÃO - 1984-1987

PRINCIPAIS ATORES - AS ENTIDADES DO MOPS	PRINCIPAIS BANDEIRAS	GRUPOS ALIADOS	GRUPOS DE OPOSIÇÃO	FORMAS DE ATUAÇÃO
FAMERJ	Reforma Sanitária	Partidos: PCB, PT, PDT, PodoB, PSDB	FBH - Federação Brasileira de Hospitais	Encontros Estaduais
MAB	Sistema Único de Saúde	Movimento Sanitário	ABIFARMA	Preparação VIII Conferência
Federação Estadual Associação Moradores		SINMED CREMERJ Sindicatos		
Federação Municipal Associação Moradores	Cobertura Universal		Seguros Privados de Saúde	VIII Conferência
	Estatização do Sistema de Saúde			Processo constituinte
	Saúde Direito do Cidadão			Problemas Locais de Saúde
	Acabar com Setor Privado			Problemas Epidemias Locais (Dengue)

"A luta pela saúde ajudou a nascer a FAMERJ", assim como ajudou o MAB a surgir, poderíamos agregar, pois sua origem deveu-se a dois médicos que iniciaram a luta pela saúde em Nova Iguaçu<sup>8</sup>. Em 1980, esta constituiu-se numa das principais lutas da população de Estado do Rio de Janeiro e gerou um movimento coroado no I Encontro Popular de Saúde de Estado. Este Encontro foi realizado na Cidade de Deus, uma das maiores favelas da periferia do Município do Rio, contando com a participação de 3.000 pessoas, representando: federações e associações de moradores de bairros e favelas, a igreja, profissionais de saúde e entidades do movimento operário e sindical do Estado do Rio de Janeiro.

Existia, também, no Estado uma instância informal de discussão e articulação do movimento social em saúde como um todo, denominada Plenária de Saúde ou Fórum Popular, que reunia os movimentos populares de uma maneira não orgânica desde fins da década de 70. A FAMERJ e o MAB propunham-se coordenar a luta pela saúde no Estado do Rio de Janeiro, executar as decisões das plenárias de saúde, mobilizar as associações nas diversas regiões e representar o movimento junto aos órgãos públicos quando necessário.

Pode-se observar - desde o I Encontro referido acima até 1986 - o paulatino crescimento destas entidades, a formulação de um estatuto de funcionamento das mesmas, a definição da estrutura organizacional, eleições periódicas a cada dois anos e a obtenção de personalidade jurídica. Todos estes procedimentos conduziram as organizações do MOPS a uma certa institucionalização, apesar das resistências explícitas daquelas lideranças que tinham uma orientação ideológica "radical de esquerda", fortemente autonomista e de não-participação nas políticas estatais de saúde.

Ao longo de 1986/87 as principais tarefas enfrentadas pelo MOPS, no Estado do Rio, foram as de articulação da inicialmente denominado Plenária ou Fórum Popular pela Saúde e que foi nomeada, após a realização da VIII Conferência, Plenária Estadual de Saúde; esta começou a se desenvolver em fins de 1986 e a realização do II Encontro Popular de Saúde do Estado do Rio de Janeiro foi projetada para fins de 1987.

---

<sup>8</sup> Entrevista realizada com Lucia Souto, Coordenadora da FAMERJ, 1989. In: Relatório de pesquisa "Movimentos Sociais, Construção de Hegemonia e Formulação de Políticas: Um Estudo sobre o Movimento Médico e os Movimentos Populares em Saúde no Estado do Rio de Janeiro". Mimeo. Rio de Janeiro: ENSP/NUPES/FIOCRUZ, 1991/92.

O Fórum Popular pela Saúde constituiu-se em um espaço permanente de debates, de divulgação de informações e de mobilização em torno de denúncias e de propostas globais no sentido de exercer uma pressão articulada por conquistas de saúde. Agrupavam-se, no Fórum, um grande número de entidades da sociedade civil, entre elas a Central Única de Trabalhadores (CUT), o Instituto Brasileiro de Análise Sócio-Econômica (IBASE), o Sindicato dos Médicos (SINMED), o Conselho Regional de Medicina (CREMERJ), a Ordem de Advogados do Brasil (OAB), a Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro (AMERJ), a Federação de Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (FAMERJ), a Associação de Moradores de Nova Iguaçu (MAB) etc. Os partidos políticos tiveram também um papel importante através de seus representantes ligados ao setor saúde. Dentre eles destacaram-se o PCB, o PT, o PCdoB, o PDT e o PSDB. A primeira reunião realizada em setembro de 1986, contou com a participação de 200 pessoas e nela se definiu o encaminhamento da luta pela saúde segundo a proposta da VIII Conferência.

A criação do Fórum tinha o objetivo de formar uma articulação ampla do movimento social pela saúde relacionada às lutas concretas que estavam acontecendo no Estado - as quais visavam, como objetivo principal, enfrentar a epidemia de dengue - bem como o de prepará-lo para participar no processo político que começava a deslanchar-se com a Assembléia Nacional Constituinte.

A epidemia de dengue adquiriu proporções alarmantes no Estado do Rio e a população mais afetada foi, sem dúvida, a da Baixada Fluminense. A epidemia de dengue evidenciou a ruína do sistema de saúde - "*botou a tona a falência de tudo*", "*esse problema da falência dos serviços de saúde ficou exposto*"<sup>9</sup> -, que se expressou especialmente na desorientação dos níveis de governo municipal, estadual e federal frente à crise que exigia resposta pronta e efetiva. Mas, ao contrário, o MOPS assistiu à briga que ocorreu entre governos estadual, municipal e federal para saber de quem era o mosquito.

"*Não podíamos esperar resolverem de quem era o mosquito*", explicaram-se os líderes do MOPS com relação à necessidade de reação e desta nasceu o protesto popular da via Dutra, associada e alimentada pela expansão da epidemia. Foram organizadas várias manifestações

---

<sup>9</sup> Entrevista realizada com Dilceia Nahon, Presidente do MAB, 1989. In: "Movimentos Sociais, Construção de Hegemonia e Formulação de Políticas: Um Estudo sobre o Movimento Médico e os Movimentos Populares em Saúde no Estado do Rio de Janeiro", 1991/92.

populares, com ampla difusão nos meios de comunicação de massa, dada a gravidade e extensão da epidemia e ao caráter das ações do MOPS. Chegaram a fechar a rodovia que comunica o Estado do Rio de Janeiro com o Estado de São Paulo com a participação de moradores dos bairros periféricos mais atingidos, das entidades mencionadas acima e de representantes do Ministério da Previdência e da Secretaria Estadual de Saúde.

O fechamento da Dutra foi possibilitado pela resposta das organizações populares já existentes na Baixada Fluminense, como o MAB, a Federação de Favelas do Estado do Rio de Janeiro e também a FAMERJ. Cada uma dessas organizações congregava, por sua vez, subestruturas que lhes davam condições de acesso e de ação junto a população.

Outras mobilizações aconteceram na Assembléia Legislativa, na FIOCRUZ e na SUCAM, que generalizaram e expandiram a luta do MOPS contra a epidemia de dengue, além da criação do Comitê Popular de Combate a Dengue. Os resultados da ação coletiva empreendida pelo MOPS obtiveram grande alcance tanto para a unificação e atuação do mesmo como em relação às medidas implementadas pelo governo do Estado para o combate ao dengue - erradicado pela aplicação intensiva de produto utilizado para extinguir o mosquito e as larvas.

O que ficou suficientemente esclarecido foi a estreita relação entre este momento - o de maior ascenso do MOPS no período - e a crise sanitária provocada pela epidemia de dengue que assolou ao Rio de Janeiro. Neste sentido, a atuação do MOPS teve um caráter eminentemente político e não meramente reivindicativo, já que deixou em evidência a ausência de intervenção do Estado no combate à epidemia, que se mobilizou pela exigência de uma ação mais efetiva e que se organizou para a implementação de políticas alternativas de saúde através de agentes comunitários de saúde, vigilância sanitária nos bairros etc.

A própria atuação e pressão do MOPS, ao mesmo tempo que revelou a inoperância do Estado para enfrentar a epidemia de dengue, obrigou o governo estadual a adotar medidas mais efetivas para enfrentar o problema.

Vale frisar que, nesse caso, não estamos nos referindo ao estado como totalidade teórica ou sob uma perspectiva conceitual, mas como Estado, o complexo de decisões, de planejamento, de instituições e organizações que o tornam ativo.

Ainda que mais adiante retomemos a relação contraditória do MOPS com o Estado, por enquanto é importante assinalar neste momento as dificuldades governamentais para a implementação de políticas de saúde adequadas ao quadro sanitário tão grave que o país atravessa. Com o crescimento da pobreza, também cresceram assustadoramente nos últimos anos a carência de infra-estrutura urbana e doenças como meningite, dengue, AIDS, lepra, esquistossomose e cólera.

### *O Declínio - Acesso às Formas Orgânicas da Política*

Finalizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1980, com uma proposta que obteve o apoio das entidades representativas da sociedade, o passo posterior foi a articulação do movimento a fim de implantar a "Reforma Sanitária". Este pode ser considerado como o momento de maior complexidade na trajetória dos movimentos sociais em saúde.

O encaminhamento, a nível governamental, das resoluções emanadas da VIII Conferência através do Ministério da Previdência e Assistência Social, Trabalho e Educação, estabeleceu uma instância de discussão sobre as resoluções emanadas da VIII - denominada "Comissão Nacional da Reforma Sanitária" - cuja composição previa representações de entidades da sociedade civil. No entanto, do ponto de vista formal, a composição da Comissão não respondia ao peso real que as associações da sociedade civil deveriam ter, ficando estas em minoria em relação aos organismos estatais e privados da saúde.

Ao todo, a Comissão tinha somente seis representantes de organismos populares - CGT, CUT, CONTAG, CONAM, Federação Nacional dos Médicos - e dezesseis representantes de organismos governamentais - Ministério da Previdência Ministério da Saúde, Ministério de Trabalho, Ministério de Educação, Legislativo, Centrais Patronais e Prestadores Privados de Serviços de Saúde.

Neste sentido, a ação do Estado através da Comissão teve conseqüências importantes não só no que se refere à lentidão no andamento do processo de implantação da Reforma Sanitária, mas, ainda mais grave, na atualização da divisão já existente no interior do "Movimento Sanitário" e do MOPS, entre posições favoráveis a uma política de caráter institucional/estatal

versus aqueles que defendiam a necessidade de uma política própria e independente do MOPS. Conforme vimos precedentemente, esta já era uma preocupação do movimento que se expressava como a necessidade de independência das políticas governamentais, ou seja, a não participação nos Conselhos de Saúde e em outras instâncias de participação da população, por serem vistas como uma forma de controle social.

As diferenças existentes no interior do movimento popular em saúde tornaram-se evidentes com a formação da Comissão: enquanto uma parte do movimento começou a se referir à Reforma Sanitária como "uma proposta de cunho estatal" - cuja finalidade estaria dada pela necessidade que o Estado teria de operar modificações nas políticas de saúde sem que isto significasse a implementação de mudanças substantivas no sistema de saúde - uma outra, defendeu a Reforma Sanitária, mesmo com as dificuldades que a implementação deste processo comportava.

A partir da formação da Comissão Nacional pela Reforma Sanitária o que se produziu, em verdade, foi um deslocamento do embate que vinha ocorrendo no âmbito da sociedade e que culminara com uma proposta de amplo alcance e consenso social para o interior dos organismos estatais da saúde. Essa luta passou, então, a expressar-se no terreno dos enfrentamentos políticos das diversas facções da techno-burocracia do setor, na consecução dos avanços operacionais previstos pela Reforma Sanitária: a unificação do sistema de saúde, a descentralização da administração, a gestão e recursos, a hierarquização dos serviços e a formação dos distritos sanitários como porta de entrada ao sistema.

A mudança no terreno da luta política explica-se: o "Movimento Sanitário", vanguarda do processo de transformação das políticas de saúde, tinha como estratégia no setor penetrar nos aparelhos de Estado com o objetivo de tentar implementar suas táticas para mudar a direção da política e, assim privilegiar o setor público (SCOREL, 1992).

Esta era uma questão problemática e a respeito da qual não existia consenso entre as forças sociais que compunham o setor da saúde. Desse modo, a participação nos organismos estatais acabou sendo uma decisão unilateral do "Movimento Sanitário", o que dificultou a sua relação com o MOPS no transcorrer da década do 80.

Nas origens do movimento popular em saúde, os intelectuais e profissionais de saúde que organizaram o "Movimento Sanitário" assumiam-se intelectuais orgânicos do movimento popular e, de fato, tiveram um papel importante na formação deste. Na medida que ocorreu

o crescimento do movimento popular em saúde e que se desenvolveu a discussão a respeito da sua "autonomia" perante o Estado e os profissionais de saúde, os intelectuais e os técnicos passaram a ter uma dimensão *sui generis*, diferenciando-se e divergindo política e ideologicamente do "Movimento Sanitário".

A nomeação de quadros do "Movimento Sanitário" para cargos político-técnicos na direção do INAMPS colidiu com a burocracia e com as rotinas estabelecidas nestes órgãos. Os enfrentamentos que ocorreram a partir de 1986 no Ministério da Saúde e, mais fortemente ainda, na Previdência Social estavam necessariamente permeados pelas próprias lógicas de poder presentes nos organismos estatais e, portanto, limitados pela própria relação de forças no interior dos aparelhos de Estado.

As tentativas políticas de transformação do sistema de saúde por parte do "Movimento Sanitário" - com a ocupação dos espaços nos ministérios acima mencionados - produziram avanços importantes em prol da Reforma Sanitária, porém difíceis de serem mantidos no terreno da luta estatal e/ou burocrática. Isto levou, de fato, à obtenção de resultados relativos que aprofundaram as desavenças entre o movimento sanitário e o MOPS, ao mesmo tempo que produziram divisões no próprio MOPS.

Posteriormente à VIII Conferência, a FAMERJ também convocou o movimento popular em saúde do Estado do Rio a uma reunião para avaliá-la; dela resultou um documento que se referia a problemas de caráter organizativo - os quais limitavam uma participação mais efetiva dos representantes do movimento - e a outros problemas de caráter político, no sentido de levantar a suspeita de que a VIII Conferência tivesse sido uma forma de passar as propostas do governo ou de legitimá-las. Mas, apesar destas suspeitas, houve uma avaliação positiva da VIII, tanto em termos de procedimentos, a exemplo da participação do movimento popular, como em termos de resultados<sup>1</sup>.

Em fins de 1986, pouco tempo antes da formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, o movimento popular - através de suas diversas entidades - e o "Movimento Sanitário" atuavam ainda de forma conjunta na instância denominada, por vezes, Fórum Popular pela Saúde ou

---

<sup>1</sup> Documento da FEMERJ, abr/1986. Citado na pesquisa: "Movimentos Sociais, Construção de Hegemonia e Formulação de Políticas: Um Estudo sobre o Movimento Médico e os Movimentos Populares em Saúde no Estado do Rio de Janeiro". 1991/91. p.

então Plenária Estadual de Saúde, a qual também foi reproduzida pelo MOPS em outros Estados. O objetivo das Plenárias era garantir a participação do conjunto do movimento social em saúde no processo constituinte, ao mesmo tempo que propugnava dar prosseguimento institucional ao processo da Reforma Sanitária pela via da incorporação das conclusões a que se tinha chegado na VIII Conferência Nacional de Saúde na Constituição.

No processo constituinte, a Plenária Estadual de Saúde do Rio de Janeiro trabalhou a favor da Emenda Popular de Saúde que foi apresentada à Assembléia Nacional Constituinte, discutindo-a e recolhendo assinaturas para sua aprovação. A Emenda definia a saúde como um direito de cidadania e um dever do estado e propunha - tal como fora definido na VIII Conferência - a criação de um sistema único de saúde com comando e controle estatal, hierarquizado e descentralizado, nos Estados e Municípios brasileiros. Este poderia ser complementado pelo setor privado, caso em que o seria por contrato de direito público.

O trabalho desenvolvido constituiu-se em um ato político importantíssimo para o movimento, na medida que efetivou sua participação orgânica e institucional no processo constituinte, ao mesmo tempo que fortaleceu o crescimento geral da luta política do setor saúde.

Inicialmente, a Emenda Popular de Saúde situava-se no âmbito estadual, cujo eixo era a estatização do sistema de saúde. Realizou-se, porém, uma Plenária Nacional de Saúde em maio de 1987 que propôs trabalhar, a nível nacional, em favor de um sistema único de saúde. A Plenária Estadual decidiu apoiar o documento da Plenária Nacional de Saúde, abandonando sua proposta inicial. Entretanto, este posicionamento não foi consensual. Os pontos que marcaram as diferenças foram: o da estatização do setor saúde e o da autonomia do movimento popular em relação ao estado. Estas questões, que já estavam presentes nas discussões anteriores e que marcavam diferenças, tornar-se-iam um divisor de águas do movimento sanitário e do movimento popular em saúde a partir deste momento.

Cabe neste ponto fazer referência à composição política do MOPS. Identificamos a presença de duas grandes facções políticas que conviviam dentro do movimento e que poderiam caracterizar-se como se segue: uma facção era mais crítica e radical na sua visão do estado, concebendo-o como espaço exclusivo das classes dominantes; possuía um discurso anti-estado e considerava que se houvesse medidas que favorecessem as classes mais pobres, elas teriam por objeto o controle social. Assumia, portanto, uma postura mais "autonomista", de

distanciamento com a máquina estatal. A outra facção, ainda que apresentasse uma caracterização semelhante do estado como domínio da burguesia, não acreditava que este fosse tão monolítico que não houvesse fraturas no seu interior, através das quais seria possível pressionar, negociar e construir alianças que possibilitassem a obtenção de conquistas sociais em saúde.

A associação dessas facções com os partidos políticos não somente não era linear - os partidos de esquerda possuíam diferenças internas que não poucas vezes se distribuíam entre estas duas facções - como também havia mudanças freqüentes no interior das próprias facções do MOPS. Enquanto no primeiro caso se tratava de uma composição partidária das alas mais radicais do Partido dos Trabalhadores (PT), do Partido Democrático Trabalhista (PDT) e do Partido Comunista do Brasil (PcdoB), a segunda facção identificava-se mais com o Movimento Sanitário, que era composto por uma ampla gama de posições políticas hegemônicas pelo Partido Comunista Brasileiro (PCB). De fato, o Movimento de Amigos de Bairro (MAB) teve uma política mais próxima desta segunda facção, embora também reivindicasse independência e autonomia em relação ao Estado.

Parece-me pertinente mostrar de que maneira estas questões se apresentavam na própria dinâmica da atuação política do MAB na Baixada Fluminense. Os projetos que chegaram a ter um encaminhamento na Baixada - o S.O.S. Baixada, primeiro a transformar-se mais tarde no Programa Especial de Saúde na Baixada (PESB) - resultaram de "*uma sólida aliança nas estruturas institucionais oficiais*"<sup>2</sup>, conforme disse uma liderança do MAB. A aliança a que se referiu o entrevistado articulou o MOPS às instituições estatais de saúde - INAMPS, AIS, CIMS - e com as Universidades - ENSP, IMS etc. -, em uma conjuntura nacional de democratização em todos os níveis, o que permitiu a existência, na estrutura do Estado, de profissionais e políticos dotados de compromisso ético-político com suas funções de governo e de solidariedade social.

O Programa Especial de Saúde na Baixada foi uma iniciativa que contou com forte investimento da sociedade civil e mostrou a sua marca não-estatal, mesmo que necessitasse para existir da colaboração entre o MAB e a Secretaria Estadual de Saúde.

---

<sup>2</sup> Entrevista realizada com liderança do MAB. Citado na pesquisa: "Movimentos Sociais, Construção de Hegemonia e Formulação de Políticas: Um Estudo sobre o Movimento Médico e os Movimentos Populares em Saúde no Estado do Rio de Janeiro". 1991/91. p.

O Projeto foi elaborado e discutido pelos representantes da comunidade-MAB, pelo Conselho Comunitário de Saúde e pela FAMERJ, com a Secretaria Estadual de Saúde e o INAMPS. A proposta consistiu na implantação de mini-postos, unidades mistas englobando urgências, ambulatório e três hospitais gerais para a Baixada Fluminense, mas só foram implantadas as 12 unidades mistas previstas pelo programa.

A construção das unidades foi viabilizada pelo INAMPS, que também forneceu parte do equipamento necessário para o seu funcionamento e a verba necessária para a manutenção do projeto. O ambulatório funcionava com duas equipes de dois clínicos, um ginecologista, dois pediatras, um dentista e um nutricionista. Incluía, além de agentes administrativos, visitantes sanitários, assistente social e auxiliares de serviços gerais. O setor de urgência tinha seis equipes, sendo que a equipe de enfermagem, auxiliares, radiologia e laboratório assistiam também ao setor ambulatório.

A participação da comunidade na gerência das unidades estava prevista através de um representante no Conselho Diretor das mesmas e de uma reunião semanal entre os representantes das associações de moradores e a coordenação do Programa. Em relação aos profissionais de saúde valorizou-se o salário do pessoal contratado, por entender-se que era um programa de saúde diferenciado e com uma nova proposta de assistência em saúde; isto incentivou os concursados a assumirem seus cargos.

O Programa visava:

- garantir um atendimento digno, humano e personalizado através de um efetivo controle social que assegurasse a cada cidadão e às comunidades o direito de exigir que os profissionais de saúde cumprissem as suas obrigações contratuais.
- assegurar uma atenção contínua e integral aos pacientes dos postos comunitários de saúde e a suas famílias, o que implicaria o acompanhamento da evolução dos pacientes atendidos.
- realizar a detecção precoce de sub-grupos de risco, assim como atividades de educação para saúde.
- estabelecer mecanismos de referência para a realização de exames, consultas especializadas, atendimento de urgência e internações para outros serviços de saúde do

município, assim como de contra-referência para o posto comunitário de origem do paciente.

- priorizar o desenvolvimento de ações voltadas para a redução da morbi-mortalidade através da prevenção, acompanhamento e controle de doenças tais como hipertensão, diabetes, infecções respiratórias, diarreias, imunização, crescimento e desenvolvimento, pré-natal, prevenção de câncer na mulher e aleitamento materno.

O Programa não foi gerenciado pelo poder público, mas pela Caritas, instituição pertencente à Igreja Católica e com fortes raízes na pastoral popular. Tal instituição foi convidada a inserir-se no processo a partir dos fortes laços que mantinha com o MAB e com o Conselho Comunitário de Saúde e, também, porque se mostrou apta a gerenciar eficazmente o programa, dada a sua trajetória na Baixada desde 1966; além disso, porque se tratava de uma instituição sem fins lucrativos e com propósitos beneficentes. Depois de três anos ficaram comprovadas a eficiência e a qualidade da assistência à população, possibilitada pela intervenção da Caritas e pela participação do MAB.

No entanto, os postos começaram a atravessar sérias dificuldades a partir de 1990, devido a atrasos no repasse das verbas, as quais, além disso, não eram reajustadas de acordo com a inflação. Além disso, os funcionários foram estadualizados neste ano e o PESB passou a ser responsabilidade total do Estado de Rio, o que acarretou a supressão do caráter de projeto independente.

Os profissionais de saúde sofreram uma perda salarial de 800% ao fim de três anos. Em 1987, ano de iniciação do projeto, os salários dos médicos equivaliam a U\$ 800 e, em 1990, chegaram a valer U\$ 100. Os recursos repassados ao Projeto pelo Estado eram insuficientes para a manutenção das instalações dos postos de saúde e para a reposição do material e instrumental necessário ao atendimento dos pacientes. A deterioração salarial, as precárias condições de trabalho e a falta de segurança no desenvolvimento do mesmo levou os profissionais a se recusarem a trabalhar e, por tudo isto, tornou-se inviável o seu funcionamento.

Esta questão somente pode ser compreendida sob a perspectiva da política nacional de financiamento da área social e, em especial, da saúde, a qual ocupa um lugar subalterno nas prioridades governamentais. Se ainda acrescentarmos à escassez dos recursos as modalidades

do repasse dos mesmos, desde a Federação aos Estados e Municípios, tem-se que o que ocorreu com o financiamento do setor da saúde é quase incompreensível e nada transparente.

Constatamos, ao observarmos os valores repassados pela União para o setor da saúde - público estadual, municipal e privado contratado<sup>3</sup> -, que houve um aumento nos primeiros anos da década do 90, ainda que de maneira insuficiente. Enquanto em 1989 o orçamento para o setor da saúde correspondeu a 1.85% do PIB, em 1990 passou para 2.36% e em 1991 para 2.66%. A sua distribuição, porém, dependeu de uma tabela de procedimentos estabelecidos pelo MS/INAMPS, de caráter nacional e referida a valores diferenciados *per capita* por grupos de Estados, cuja aplicação levou os Estados que produziam serviços de maior complexidade, quantidade e qualidade a não conseguirem cobrir os custos dos serviços produzidos com os recursos a eles atribuídos (CARVALHO, 1992). A distribuição também não obedeceu aos preceitos estabelecidos na Constituição - os mecanismos instituídos não eram transparentes, os valores foram retidos sem explicação, o cálculo do orçamento não correspondeu à previsão realizada e assim por diante.

Retomando as divergências no interior do movimento popular em saúde, uma das questões mais polêmicas e conflituosas referia-se à proposta de estatização do setor saúde *versus* a proposta de criação de um sistema único de saúde que permitisse a presença do setor privado, desde que não fosse subvencionado pelo Estado. A partir de 1987 a trajetória do MOPS apresentou-se assinalada por momentos de divisão do movimento, ligados geralmente a uma paralisação na atuação do mesmo e momentos em que houve uma unificação e uma atuação importante na política de saúde.

Estes percalços do movimento também estavam profundamente relacionados à sua institucionalização. Dado que o MOPS foi um dos protagonistas da VIII Conferência Nacional de Saúde e que exerceu um papel relevante na definição da política de saúde, estes acontecimentos colocaram-no, de um lado, perante a necessidade de adquirir formas organizativas mais institucionalizadas que possibilitassem a sua participação na implementação das políticas e, de outro, ante a urgência de definir de que maneira participaria das instâncias institucionais criadas pelo Estado para o assentamento da comunidade no novo sistema de

---

<sup>3</sup> Ministério da Saúde, Brasília, 1992

saúde. Estes momentos diversos na atuação e organização do movimento podem ser visualizados no **Quadro III**:

DIVISÃO DO MOVIMENTO (NOVEMBRO 87)	TENTATIVA DE UNIFICAÇÃO (JULHO 88)	NOVA DIVISÃO (AGOSTO 88)	UNIFICAÇÃO DO MOVIMENTO SOCIAL DE SAÚDE (DEZEMBRO 88)	NOVA UNIFICAÇÃO (FEVEREIRO 89)
Estatização total versus alguma participação setor privado	Em torno da crise do sistema de saúde do Rio Ação coletiva do MOPS	Participação ou não das instâncias instituídas de saúde criadas pelo Estado Discussão política interna e paralisação da ação coletiva	Articulação do conjunto do Movimento Social Convocatória CREMERJ para Constituição Estadual	Crise da Saúde no Estado e Lei Orgânica de Saúde Ação coletiva do MOPS

As diferenças não superadas configuraram uma primeira divisão do movimento popular em saúde, o que rompeu uma unificação que se sustentava desde 1986, mais especificamente desde a VIII Conferência Nacional de Saúde. Este "racha" concretizou-se no trabalho em prol da Emenda Popular pela Saúde, ou seja, a facção do MOPS defensora da estatização total e imediata considerou que o texto único da Plenária Nacional de Saúde não postulava uma estatização efetiva, de modo que não assumiu este compromisso a nível nacional.

No ano de 1986 houve eleições para a renovação das diretorias - em maio na FAMERJ e em dezembro no MAB - e as diretorias que foram eleitas identificavam-se, na FAMERJ, com a proposta de estatização total do setor saúde, enquanto o MAB não tinha uma postura tão radical. A partir do segundo semestre de 1987, a FAMERJ não trabalhou mais a favor da Emenda Popular pela Saúde e se voltou para a organização do II Encontro Popular de Saúde do Rio, visando a reivindicação da autonomia do movimento perante o Estado.

O II Encontro Popular de Saúde do Estado do Rio de Janeiro realizou-se nos dias 28 e 29 de novembro de 1987 e contou com a presença de 250 pessoas, sendo que as mesmas representavam 57 entidades de caráter geral, sindicatos, funcionários de órgãos públicos,

organizações não-governamentais, etc.; 24 associações de bairro e 23 associações de favelas e de profissionais de saúde. O temário incluiu: Reforma Sanitária, Saúde do Trabalhador, Saúde da Mulher, Saúde Mental. Foram discutidos, também, o papel dos Conselhos de Saúde, Conselhos Comunitários de Saúde, Grupos Executivos de Saúde ou outras tantas denominações dadas às instâncias previstas pelo Sistema Único de Saúde para a participação da sociedade nos aparelhos de estado do setor saúde.

De maneira geral, pode-se afirmar que no II Encontro houve uma radicalização por parte do MOPS, se compararmos com as reuniões da Plenária. Isto pode ser explicado, em parte, pela identificação da diretoria da FAMERJ com a facção mais "radical" do movimento popular, e, de outra parte, pelas dificuldades de implantação da Reforma Sanitária, além das frustrações das aspirações a que foi submetida a população com o governo da "Nova República".

A radicalização do movimento e a divisão interna produziram um esvaziamento das propostas e da atuação do MOPS, o que ficou evidente neste evento, mas que já podia ser observado nas reuniões das Plenárias ou Fórum dos últimos meses. O Encontro contou com uma mobilização popular pobre e as conclusões resultantes tiveram um caráter marcadamente autonomista e anti-estado, nas quais Reforma Sanitária e Governo se confundiam; também sem uma proposta para o setor, a não ser a da "estatização".

Em meados de 1988 o MOPS, no Rio de Janeiro, buscou novamente a unificação. Este momento de reunificação foi fomentado basicamente por dois fatos. O primeiro relacionou-se com as conseqüências do II Encontro estadual, onde o MOPS, face ao seu esvaziamento, percebeu a necessidade de retomar o processo de luta unificadamente. A questão fundamental, porém, foi a crise do sistema de saúde do Rio de Janeiro que neste momento já demonstrava sinais claros, como a crise financeira e política da Prefeitura do Rio de Janeiro, responsável pelas principais unidades hospitalares emergenciais. O eixo de luta do movimento foi, de fato, a reivindicação de soluções para a crise da saúde no Estado. De certa forma, verificou-se uma "mudança de rota" na estratégia do Fórum ou Plenária na medida que se voltou para lutas mais pontuais, principalmente em relação às unidades de atendimento.

No entanto, esta reunificação rompeu-se novamente em fins de 1988. Convocada uma Plenária Estadual de Saúde, a partir deste momento abandonou-se a denominação de Fórum, e passou-se a aceitar a denominação única de Plenária, mas as divergências, agora, diziam respeito à

participação dos movimentos populares nos aparelhos de estado. A facção mais "radical" defendeu a criação de um Conselho Popular de Saúde ao invés de um Conselho Estadual de Saúde - este último aprovado na VIII Conferência e inserido na proposta da Reforma Sanitária. A facção favorável à criação do Conselho Estadual de Saúde considerou que este era um instrumento, uma via de controle popular da política de saúde.

Já a facção que defendeu a criação do Conselho Popular de Saúde analisou que o Conselho Estadual de Saúde significava a institucionalização e a conseqüente burocratização do movimento popular, ou seja, era mais um canal de participação aberto pelo Estado - como os Grupos Executivos Locais, Conselhos Governo Comunidade, etc. - que visava a cooptação do movimento. Portanto, conclui que se deveria construir uma instância genuinamente popular, sem a participação do Estado: um Conselho Popular de Saúde em lugar de um Conselho Estadual de Saúde.

As diferenças internas e a maneira como estas se processaram no interior do movimento, nos autorizam a incorporar algumas reflexões teóricas mais substantivas em relação às modalidades de atuação destes atores políticos. Os momentos de agregação do MOPS coincidiram com as crises no setor da saúde e se refletiram no crescimento da ação política o que, por sua vez, produziu a sua unificação, dando um novo ímpeto ao processo de construção de identidades políticas no setor da saúde.

Assim, as diferenças entre o Movimento Sanitário, o Movimento Médico e o Movimento Popular em Saúde perderam nitidez perante a dimensão societal que adquiriram as crises de saúde no país. Contrariamente, o desmembramento esteve profundamente ligado a períodos de inatividade política do MOPS, onde a "ação para fora", que caracterizara o MOPS, se transformou em "ação para dentro".

Quero significar com isto a existência de períodos em que a atividade dirigiu-se à discussão política interna, nos quais as duas facções acima mencionadas tentaram impor uma linha político-ideológica ao movimento e produziram uma discussão de cunho ideológico que, em verdade, operou como uma "camisa de força", paralisando o movimento. As questões centrais desta discussão passaram pela autonomia, por uma política anti-estado e pela estatização dos serviços de saúde.

A posição política do MOPS era anti-estado mas, curiosamente, defendia a estatização absoluta dos serviços de saúde. Um dos temas mais debatidos no Fórum Popular pela saúde e no II Encontro foi a atuação do movimento nas instâncias institucionais criadas pelo governo para dar andamento à política de saúde, primeiro denominadas Grupos Executivos Locais ou Conselhos Comunitários de Saúde. Posteriormente a discussão se posicionou a favor da criação de um Conselho Popular de Saúde e contra o Conselho Estadual de Saúde.

A facção favorável à criação do Conselho Estadual de Saúde considerou que ele era um instrumento, uma via de controle popular da política de saúde. Já para a facção que defendeu a criação do Conselho Popular de saúde, o Conselho Estadual significava a institucionalização e a conseqüente burocratização do movimento popular, ou seja, era mais um canal de participação aberto pelo Estado, como tinham sido os Grupos Executivos Locais e outros, que possivelmente visavam a cooptação do movimento. Portanto, pleiteavam que se deveria construir uma instância genuinamente popular, sem a participação do Estado.

Além das divergências ideológicas quanto à participação ou não do movimento nos Conselhos, houve também uma grande heterogeneidade na composição dos Conselhos em termos da representação popular e da sua maior ou menor abertura à participação da comunidade. Ou seja, na prática havia Conselhos em alguns municípios do Estado do Rio que apenas tiveram um papel burocrático, sem uma efetiva representação popular; enquanto outros, favoreceram e/ou conquistaram vitórias para a população.

Esta questão também não era desvinculada do peso político e da organização do movimento popular em saúde nas diversas regiões do Estado, mas não era percebida com clareza pelos quadros do movimento, embora a existência de um tal movimento forte e articulado tivesse uma incidência principal na definição política e na atuação dos Conselhos.

Outra polêmica que apareceu, intimamente ligada a esta, dizia respeito à criação das instâncias de participação e à sua forma institucional. Havia no interior do MOPS quem entendesse que, por terem sido criadas de "cima para baixo", estas instâncias careciam de participação popular e que havia também uma ausência de decisão em seu seio. No entanto, no caso do Conselho Comunitário de Saúde de Nova Iguaçu, avalia-se que ele conseguiu muitas vitórias e que tinha participação popular, embora tivesse surgido antes da institucionalização dos Conselhos Comunitários de Saúde pelo governo.

A institucionalização do movimento foi associada, por uma parte deste, com a burocratização interna e com a perda de autonomia em relação aos aparelhos estatais da saúde. De fato, o início de um processo de discussão e negociação com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde conduziria, necessariamente, a uma reorganização do movimento sobre bases diversas às que hoje constituem o movimento: a articulação sustentada exclusivamente na mobilização popular e na qual a identidade política é resultante do enfrentamento com o estado.

Com relação à proposta de criação do Conselho Estadual de Saúde, ainda que esta instância não existisse até muito recentemente - segundo semestre de 1993 -, fora aprovada em outubro de 1989 pela Constituição Estadual. O atraso na implantação do Conselho deveu-se à ausência de decisão política do governo e da secretaria estadual de saúde, tendo sido criado depois de Julho de 1993, quando o Conselho Nacional de Saúde aprovou uma resolução dispondo sobre a obrigatoriedade de formar os Conselhos em todos os Estados do país, a qual foi delegada aos Estados.

Há que se salientar que as diferenças do próprio movimento popular também contribuíram para que o governo do Estado adiasse a decisão. O seu posicionamento novamente não foi consensual: enquanto uma facção foi favorável por se tratar de uma instância que favoreceria o controle popular da política de saúde, a outra facção, entendeu que o Conselho Estadual de Saúde geraria um "impasse de decisão", o que justificava, portanto, a contra-proposta da criação de um Conselho Popular de Saúde totalmente autônomo, isto é, sem a participação do Estado, que o controlaria desde fora.

Finalmente, o Conselho Estadual de Saúde aprovado pela Constituição Estadual não teria o poder desejado por aqueles que o defenderam, na medida que o texto final promulgado não foi o do Anteprojeto da Sub-comissão da Ordem Social na sua íntegra, dado que sofreu uma série de cortes. Dentre estes cortes, incluiu-se a redução do poder do Conselho Estadual de Saúde sobre a política de saúde do Estado, embora sua composição fosse paritária entre o Estado e a sociedade civil organizada e detivesse poder deliberativo.

Ainda que não existisse uma estratégia única do MOPS com relação a estas instâncias institucionais, podemos observar uma certa amplitude e a maleabilidade destes movimentos, o que se evidenciou na sua atuação conjunta quando os problemas a enfrentar afetavam vitalmente as já precárias condições de vida destas populações. Aliás, saliente-se que esta

discussão se reproduziu naqueles estados do país que já possuíam um movimento forte e atuante.

Cabe frisar que o movimento sempre foi dividido em torno de questões centrais para sua atuação, o que, no entanto, não o impediu de atuar coletivamente. Essa ação coletiva ficou interdita sob as condições de agudização da luta ideológica interna, ou seja, no momento em que esta adquiriu uma dimensão exacerbada, perdeu-se de vista o objetivo principal: a ação coletiva como forma de viabilizar reivindicações populares.

Cada vez que o movimento procurou uma homogeneização ideológica, esta funcionou como uma camisa de força que impediu a atuação do MOPS. O espaço por ele conquistado na Plenária Estadual de Saúde foi ocupado pelo Conselho Regional de Medicina (CREMERJ), única entidade médica que nestes anos manteve a luta política no seio da categoria médica.

Em fins de 1988, o CREMERJ assumiu o papel de entidade articuladora do movimento social pela saúde no Rio de Janeiro, tanto na convocação da Plenária Estadual de Saúde quanto como uma forma de reunificação do movimento social em saúde como um todo.

O papel político do CREMERJ será analisado na parte referida ao movimento médico, mas cabe assinalar aqui que enquanto o Movimento popular se dilacerava em torno da sua institucionalização, uma entidade que tinha legitimidade e competência técnica específica na área de saúde tornou-se liderança do movimento social em saúde nas suas diversas vertentes.

A Plenária Estadual realizou-se na Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro em dezembro de 1988 e contou com a participação de 200 pessoas. Nela objetivou-se discutir a formulação da nova Constituição Estadual através da participação da sociedade civil organizada, segundo os princípios básicos da VIII Conferência Nacional de Saúde. A idéia era desenvolver a nível estadual a mesma articulação produzida no processo de formulação da Constituição Federal, ou seja, visava-se que a Plenária Estadual de Saúde se mirasse na Plenária Nacional de Saúde.

O CREMERJ convocou novamente a Plenária Estadual de Saúde em janeiro de 1989, que se constituiu de três reuniões, as quais abrangiam três temas: Constituição Federal - Texto Saúde aprovado e suas implicações; Diagnóstico de saúde e assistência médica no Estado do Rio de Janeiro; Avaliação e propostas dos movimentos populares e sindicais.

Quando da organização deste ciclo de debates, o MOPS discutiu a sua participação e houve manifestações contra e a favor; finalmente, decidiu-se a participar por considerar que a Plenária Estadual era um espaço representativo, com capacidade de articulação e mobilização, onde deveria estar presente. Este ciclo de debates da Plenária Estadual objetivou montar um anteprojeto para a Constituição Estadual. Porém, a crise do sistema de saúde do Rio de Janeiro fez com que esta questão passasse a ser de fato a finalidade principal da Plenária Estadual de Saúde, agregando-se ao objetivo de influenciar a Constituição Estadual.

A crise atingira um ponto de calamidade pública depois de três meses de greve dos médicos e servidores públicos municipais, com a ameaça de fechamento total de várias unidades de atendimento, especialmente as emergências dos três maiores hospitais do Município: Salgado Filho, Souza Aguiar e Miguel Couto. Junto ao fechamento técnico dos hospitais do município, havia a ameaça da proximidade do carnaval, quando o número de atendimentos de emergência aumentava substancialmente.

Após o ciclo de debates da Plenária Estadual, as lideranças do movimento popular em saúde retomaram o processo de unificação que vinham construindo. Ainda que a elaboração da Constituição Estadual permanecesse como prioridade na agenda da Plenária, a situação do setor saúde era tão grave no Estado do Rio, que se transformou no eixo principal das discussões. A aprovação de um anteprojeto único para a Constituição Estadual em apenas dois meses de sessões, assim como a presença maciça de pessoas e entidades nas reuniões, evidenciam esse fato. O movimento, de maneira unificada, encaminhou seus esforços no enfrentamento à situação da saúde do município e à aprovação do anteprojeto.

Cabe ressaltar que a crise no setor possibilitou novamente a postergação das diferenças internas no encaminhamento conjunto dos movimentos sociais em saúde e, fundamentalmente, na retomada da relação entre o movimento popular e o movimento médico. O descaso do governo do Rio de Janeiro perante a "nova" crise de saúde, trouxe à tona a contradição que existia entre o MOPS e o Estado. A omissão do Estado no funcionamento dos serviços públicos de saúde deixou praticamente sem atendimento as populações carentes, o que levou, por sua vez, o movimento a se articular novamente e reivindicar o direito da população de ser atendida.

Como frisamos no começo deste capítulo, tratava-se de uma dinâmica contraditória e constituinte que caracterizava a relação dos movimentos com o Estado, na medida que a

omissão do Estado interpelava estes movimentos, ao mesmo tempo que a ação coletiva era o instrumento através do qual o movimento exercia pressão sobre o Estado para este intervir na satisfação das demandas de saúde e das condições de vida da população.

Assim, o movimento voltou a estar presente na cena política, à medida que se posicionava exigindo a intervenção do Estado através de medidas regulatórias que aliviassem a situação calamitosa dos hospitais do Município e da Previdência Social.

Em 13/02/89, a Plenária Estadual de Saúde entregou o seu Anteprojeto de Constituição Estadual para a área da saúde. Nele constava a criação de um Conselho Estadual de Saúde, paritário, entre a sociedade e o Estado, e deliberativo a respeito da política estadual de saúde. A reunificação do movimento possibilitou que dentre as várias entidades que o assinaram, figurasse também o Conselho Popular de Saúde, instância interna do MOPS sem nenhum *status* jurídico e que tinha se manifestado contrário à criação do Conselho Estadual de Saúde, tal como mencionamos mais acima.

Em junho de 1989, a FAMERJ realizou o seu V Congresso, onde foi eleita uma nova diretoria mais heterogênea que a anterior e com posições políticas mais próximas do movimento sanitário. A FAMERJ tentou retomar a luta pela saúde no Estado junto ao MAB e às entidades médicas de uma maneira unificada. No mês de outubro de 1989, realizou-se um seminário para discutir as Leis Orgânicas Municipais, organizado conjuntamente pela FAMERJ, CREMERJ, MAB e outras entidades.

Este seminário foi uma proposta da Plenária Nacional de Saúde, que se rearticulou em 1989 para discutir, influenciar e garantir na Lei Orgânica da Saúde - que regulamenta os princípios constitucionais - as propostas do movimento social em saúde. Nele foi distribuída uma proposta de Lei Orgânica Municipal, a qual continha as idéias do movimento sanitário, para ser discutida junto aos movimentos sociais pela saúde nos diversos municípios. É interessante observar a adesão e encaminhamento desta proposta pelo MOPS, que se colocou desde o início do debate acerca das Leis Orgânicas Municipais favorável à criação de Conselhos Municipais de Saúde, bastante semelhantes ao Conselho Estadual de Saúde.

Desta forma, verifica-se que o MOPS foi inicialmente contra a criação do Conselho Estadual de Saúde - enquanto estava no processo "estatuinte" -, mas que neste momento se posicionou favorável à proposta dos Conselhos Municipais de Saúde desde o começo dos debates. Esta

mudança se explica pela perda de hegemonia da facção radical do movimento, a qual se refletiu na composição das lideranças das novas diretorias da FAMERJ e do MAB. O que deixou transparecer da experiência do MOPS, ainda que com enormes dificuldades, foi a capacidade de agir de maneira fluída na cena política e com um considerável componente de democracia interna. Tal condição facilitou que a facção mais radical não chegasse a se cristalizar na condução do movimento, pois existia uma alternância nas direções políticas e nas práticas do MOPS.

Pode-se observar ao longo destes anos um paulatino desgaste dos serviços públicos de saúde, que foi muito mais notável em alguns Estados - caso do Rio de Janeiro - com o conseqüente descrédito da população ante a falta de eficiência, de instrumental hospitalar, a desativação de leitos, as filas para atendimento e outras mazelas que assolaram o setor. Esta situação que o setor público atravessou poderia ser chamada de contra-reforma e caracterizou-se por uma coordenação de esforços daqueles setores que se viram afetados pela proposta da Reforma Sanitária.

Chamo este processo de contra-reforma porque existiu uma intenção explícita de boicote ao Sistema Único de Saúde e ao processo de descentralização. Em primeiro lugar, o próprio governo federal fez pronunciamentos freqüentes, desde seu estabelecimento em 1990, a respeito da ineficiência dos hospitais públicos ao mesmo tempo que repassava as unidades para Estados e Municípios sem o correspondente repasse dos recursos. A falência do setor público da saúde produzida pelo governo federal levou ao crescimento, neste período, dos seguros privados em detrimento da Reforma Sanitária.

Em segundo lugar, o setor privado de atendimento hospitalar se favoreceu com a afluência de usuários de classe média, que começaram a recorrer ao setor privado diante do descaso em que se encontrava o setor público.

Em terceiro lugar, os interesses políticos clientelistas no setor da saúde agiam através do favorecimento pessoal, nomeando pessoas sem idoneidade profissional para a direção dos hospitais públicos e de outros órgãos de saúde.

E, por último, o boicote surdo da burocracia estatal contra as mudanças nas rotinas institucionais resultantes do processo de implementação da Reforma, que levaram a uma perda de autoridade e de poder decisório por parte da burocracia e dos políticos clientelistas

incrustados nas instituições estatais do setor. Assim, foram enormemente dificultados os repasses dos recursos financeiros, o processo de descentralização e a participação da comunidade na gestão do sistema.

As crises no sistema de saúde no Estado do Rio de Janeiro não só refletiam o que estava acontecendo no resto do país, mas também os percalços no processo de implantação da Reforma Sanitária, cujos problemas de maneira geral eram os mesmos em todos os Estados, apesar das suas peculiaridades. Foi alarmante o desgaste da rede pública devido à dificuldade no repasse dos recursos da esfera federal para a esfera local, a qual por sua vez os transferia às unidades hospitalares.

De outra parte, a progressiva unificação e descentralização do sistema de saúde teve o seu funcionamento obstaculizado enormemente pelos conflitos interburocráticos havidos em vista do controle político, administrativo e financeiro entre INAMPS e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Um claro exemplo deste tipo de procedimentos pode ser visualizado através do conflito criado em torno do Hospital da Lagoa pelo Escritório Regional do INAMPS. Tratou-se de um conflito de poderes entre a Direção do INAMPS - que queria nomear o diretor do Hospital da Lagoa - e os novos procedimentos democráticos - como a eleição do diretor do hospital pelos trabalhadores e pacientes do mesmo - que se instalou como resultado das propostas de transformação do sistema de saúde. Neste sentido, o movimento em torno do Hospital da Lagoa, batizado de S.O.S. Lagoa, constituiu-se em um movimento de grande expressão no Rio de Janeiro e se tornou o eixo de luta do movimento social em saúde em fins de 1989<sup>4</sup>.

O S.O.S. Lagoa deflagrado com a exoneração do diretor do hospital pelo Escritório Regional do INAMPS, tomou grande dimensão e foi articulado por profissionais de saúde, das

---

<sup>4</sup> O Hospital da Lagoa é um dos maiores hospitais gerais do Estado do Rio e se situa na zona sul do Município. Apesar de sua excelente localização, atende à população das favelas de Santa Marta, Rocinha e Vidigal. Em março de 1988, em um processo peculiar, foi eleito como diretor o Doutor Waldinez Lima de Oliveira pelos trabalhadores, com a participação das comunidades atendidas pelo hospital. O hospital da Lagoa passou a enfrentar um grande impasse em razão das divergências entre as direções do hospital e do Escritório Regional do INAMPS. O tipo de administração implementada foi o alvo dos conflitos com o Escritório Regional do INAMPS. A administração pautou-se pela descentralização dos serviços, inaugurando um posto de saúde na favela de Santa Marta, assim como pelo maior rigor nos critérios de compra de materiais para o hospital, pelo aumento do número de atendimentos, etc., enfim, uma administração que casou eficiência e efetividade.

comunidades locais, associações e federações de moradores - como por exemplo a FAMERJ, o Conselho Popular de Saúde, o MAB - os partidos políticos, os agrupamentos sindicais, deputados, vereadores, artistas e outros, solidários na luta pela manutenção do Dr. Waldinez Lima de Oliveira no cargo. Isto porque identificava-se esta luta com a luta pela democracia, bem como defendia-se a manutenção de um tipo de administração que ele implementara, o alvo dos conflitos com o Escritório Regional: voltou-se prioritariamente para as comunidades mais carentes da área, particularmente as favelas do Vidigal, Rocinha e Santa Marta, e assumiu uma nova postura perante elas, bem como elevou de fato o número de atendimentos.

Desse modo criaram-se as bases pelas quais a comunidade local, o MOPS e os profissionais de saúde não poderiam aceitar passivamente o seu desmantelamento. O mais significativo deste movimento foi a agregação não só do MOPS, mas do movimento social em saúde em seu conjunto, ao redor de uma luta de caráter local, porém que tinha um forte conteúdo político, qual seja, a luta pela democratização da saúde e a defesa de um tipo de trabalho voltado para a população mais carente.

Cabe assinalar que, a nível reivindicativo, o conteúdo político a que nos referimos acima traduziu-se na luta pela efetiva implementação do Sistema Único de Saúde. Estes procedimentos não foram aprovados pelo Escritório Regional do INAMPS, que acabou por exonerar o diretor do hospital. Muito embora o Escritório Regional do INAMPS tenha imposto sua política e que o S.O.S. Lagoa não tenha conseguido reverter a exoneração do diretor apoiado pelo MOPS, a atuação e mobilização do movimento possibilitou um novo momento de reunificação.

Algumas considerações teóricas de caráter geral merecem ser colocadas com a finalidade de compreender quais os efeitos e alcances da ação coletiva na trajetória do MOPS. A agregação do movimento em saúde constituiu o modo pelo qual o MOPS encaminhou suas lutas, o que resultou na sua unificação e deu um novo ímpeto ao processo de construção de identidades coletivas no setor. As diferenças entre o "Movimento Sanitário", como um todo, o movimento médico e o movimento popular perderam nitidez perante a dimensão que adquiriram as crises de saúde da população. O MOPS viu-se refletido num espelho que não lhe devolveu uma imagem em pedaços; adquirira uma presença marcante e de grande repercussão na esfera pública, ainda que em um espaço temporal e de ação limitado.

Não pretendo afirmar, a partir destas reflexões, que momentos de unificação e de estruturação venham a significar transformações ou avanços duradouros na construção da identidade política do movimento. Muito pelo contrário, a trajetória histórica do MOPS mostrou que, em diversos momentos e segundo a conjuntura política, o que viabilizou ou não a efetividade na implementação de suas propostas foi o próprio encaminhamento político dado pelo movimento à sua atuação. De outra maneira: os processos de construção de identidades políticas se desenvolveram na própria prática social e na relação com diversas forças políticas<sup>5</sup>.

Em se tratando de construções históricas, estas são sujeitas tanto a mutações e a transformações da sociedade como da própria esfera da cultura e da política, assim como a ação dos movimentos populares também se sujeita a variações e aos impactos e respostas da esfera pública. A continuidade destes movimentos no tempo não é dada nem pela existência de uma estrutura formal e/ou hierárquica, nem pela institucionalização, mas pelos momentos de atuação política nos quais a associação entre seus membros é marcada pela gestão do coletivo que consegue penetrar na esfera pública.

Num outro plano de análise, referido à potencialidade que estes movimentos têm para se estabelecerem e para incidir na política, TOURAINE (1989:54) afirma que:

*...os três elementos constitutivos de um Movimento Social - a definição do próprio setor social, de seu adversário e do campo de disputa de seu conflito - encontram-se simultaneamente separados uns dos outros, desintegrados e invertidos, o que leva a uma ação mais expressiva do que instrumental, segundo o vocabulário clássico da sociologia. (...) a defesa de interesses específicos, a luta contra os empregadores ou mesmo contra a política urbana é que impedem o espírito comunitário de fechar-se sobre si mesmo e permitem-lhe contribuir para a formação de Movimentos Sociais. Porém, os movimentos comunitários que se formam nas cidades e ainda, é necessário sublinhar, a sua fragilidade e a sua fragmentação, permanecem antes de tudo no domínio dos movimentos históricos. Isto quer dizer que o seu interlocutor é mais o estado do que uma categoria social, estado que é adversário e protetor ao mesmo tempo.*

Referimo-nos acima às condições constitutivas do MOPS, nas quais a situação de carência e necessidade a que são jogadas as populações paupérrimas teve um papel de destaque. Precisamente por isto, o aspecto reivindicatório foi detonador da mobilização popular para a obtenção de bens como saúde. Mas tratava-se de um momento na sua trajetória em que o

---

<sup>5</sup> Oscar LANDI. "Crisis y Lenguajes Políticos". Buenos Aires: Estudios Cedes, 4. vol.4, 1981.

movimento não havia feito ainda uma leitura mais abrangente, no sentido de uma visão política da sua *praxis*, que desse conta de sua existência.

Um outro patamar foi alcançado quando o MOPS conseguiu identificar como alvo da sua atuação não só a falta de assistência médico-hospitalar, a falta de vacinas, a existência de epidemias não controladas pelas autoridades, mas, principalmente, a política de saúde. Ou seja, acreditamos ter havido um avanço substantivo na conformação da identidade política destes movimentos quando estas mazelas da saúde foram vistas como o resultado das políticas de saúde e quando o MOPS se chocou com a política vigente e colocou alternativas próprias à sua formulação, já que a ação coletiva não remetia exclusivamente a demandas pontuais, mas à política de saúde como a geradora das desigualdades na distribuição da saúde.

No entanto, ao observarmos a trajetória histórica do movimento foi possível constatar uma fraca articulação social com uma ausência de expressão política própria. O fato destes movimentos estarem constituídos por moradores das periferias pobres das grandes cidades, colocou as diferenças - a origem dos moradores, a inserção no mercado de trabalho - na frente das semelhanças. E isto que, por um lado, constituiu a força/riqueza destes movimentos, ou seja, a pluralidade, a solidariedade e a democracia interna, constituiu também, por outro lado, a sua debilidade, a incapacidade de se estruturar mais solidamente e, conseqüentemente, de ter uma influência mais decisiva e permanente nos processos de definição de políticas.

Neste sentido, o MOPS encontrava-se em um estágio intermediário na medida que sua atuação não se restringia apenas às demandas específicas de saúde. Mas de outra parte, ainda não expressava uma categoria social com articulação e expressão política autônomas.

No Quadro IV, a seguir, damos conta da caracterização e das principais questões que ocuparam o MOPS no período considerado:

**QUADRO IV - ETAPA DE DECLÍNIO - 1987-1992**

PRINCIPAIS ATORES	COMPOSIÇÃO	PRINCIPAIS BANDEIRAS	FORMAS DE ATUAÇÃO	GRUPOS ALIADOS	GRUPOS OPOSIÇÃO
FAMERJ	MOPS Federação de associações de moradores	Implantação do SUDS Unificação	Plenárias Nacionais de Saúde	Movimento Sanitário	Seguros privados FBH
MAB	Associação de moradores	Descentralização	Plenárias Estaduais de Saúde	CREMERJ	ABIFARMA
Conselho de Saúde	Associação de moradores	Universalização	Local - Problemas epidemiológicos	Profissionais não médicos	
Associação de moradores locais	Militantes de partidos e de sindicatos	Controle da população em Serviço de Saúde	Constituição Estadual	Partidos Políticos	
Movimento Sanitário	Profissionais de Saúde	Fim das greves médicas	Partidos nos Conselhos de Saúde	Sindicatos	
CEBES		Formação dos Conselhos			

## Conclusões

O MOPS teve nestes anos, desde seu surgimento, e no contexto da Reforma Sanitária Brasileira uma atuação intensa e complexa que dificultou a tarefa de avaliar resultados. Mas a incidência do movimento na definição da política de saúde esteve estreitamente relacionada com: a capacidade de viabilizar demandas através da ação coletiva; o desenvolvimento de articulações políticas com outras forças que integravam o movimento social e partidos políticos, sindicatos, etc.; e com a capacidade de reação e articulação perante crises do setor da saúde que evidenciavam a omissão do Estado diante de graves problemas epidemiológicos e de funcionamento dos serviços de saúde.

Sua atuação foi irregular, alternando momentos de uma importante presença no cenário das políticas de saúde e momentos mais voltados à discussão interna do movimento, os quais dificultavam a atuação do MOPS e o distanciavam dos centros de decisão na implementação da Reforma Sanitária.

As origens do movimento foram marcadas pelo intento de conseguir uma articulação nacional. No entanto, o surgimento, evolução, os momentos de crescimento, assim como os períodos de desmobilização, ou seja, a forma como se estruturou e como levou adiante a suas propostas políticas - especialmente a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde e com a aprovação da Reforma Sanitária na Constituição Nacional - incentivou a atuação do movimento nos níveis estadual e municipal, adquirindo este uma feição estadual, o que nos conduziu a reorientar metodologicamente nosso trabalho para a realização de um estudo de casos no Estado do Rio de Janeiro.

A questão da saúde sempre esteve presente nos movimentos populares, seja entendida como assistência médica ou como condições de vida, falta de esgoto, água, alimentação, etc.. Mas seu aparecimento como elemento central de uma forma de organização popular data só de fins da década de 70.

O surgimento do MOPS coincidiu com dois grandes fatos. O primeiro foi a revitalização do movimento popular como um todo, que se deu nos meados de 70, nos primeiros sinais de desgaste da ditadura militar. Esta revitalização trouxe à cena política brasileira movimentos

diversos com um eixo comum: a postergação econômica, social e política de crescentes contingentes sociais. O outro fator, que colaborou para a mobilização popular foi a crise do sistema de saúde com as conseqüentes e intermináveis filas para o atendimento no setor público, assim como, o surgimento de uma proposta de política de saúde alternativa que se expressou em experiências como Montes Claro, Lajes, Niterói, etc. com as quais se procurava, via Secretarias de Saúde estaduais e municipais de oposição ao regime militar, que o Estado passasse a investir em cuidados de saúde para as populações carentes.

Nas universidades começou a ser criticado o modelo médico hegemônico, sobretudo por seu caráter privado e mercantilista. Destas contestações propuseram-se modelos alternativos, sendo a medicina comunitária a proposta mais importante. Deste modo, dezenas de experiências de medicina comunitária começaram a se estender por todo o país. Apesar do seu início coincidir com esta movimentação no interior da academia e ainda que timidamente, nos aparelhos de Estado, o MOPS procurou seguir uma rota independente.

Esta postura pela organização popular independente como instrumento de conscientização e politização, explica o afastamento entre o movimento e as políticas de saúde implementadas pelo Estado em torno da formação dos Conselhos de Saúde, registrando-se diferenças entre a FAMERJ e o MAB. No entanto, o que a trajetória e experiência do MOPS refletiram foi uma atuação não homogênea neste sentido.

Assim, o MAB seguiu uma linha política tipicamente aliancista em relação às instituições estatais de saúde, ainda que mantivesse um discurso de independência e autonomia em relação ao Estado. De fato a ação do MAB pesou fortemente na implementação das políticas de saúde na Baixada Fluminense; o Programa chamado inicialmente S.O.S. Baixada e depois denominado de Projeto Especial de Saúde na Baixada(PESB) foi um resultado da mobilização popular e do peso da mesma no processo de implantação da Reforma Sanitária. Mas estes projetos tiveram vida curta; paulatinamente deixou-se de repassar as verbas necessárias para seu funcionamento e no ano de 1990 o PESB foi extinto e diluído no aparato da Secretaria Estadual de Saúde.

Estes fatos tiveram uma correspondência com o retrocesso político que gerou a modalidade de atuação governamental, sustentada no arbítrio do executivo, sem discussão com a sociedade ou com suas entidades representativas. De fato, a reedição do tradicional autoritarismo que

permeou a política brasileira expressou-se nos procedimentos de governo utilizados, que desconheciam a existência do Parlamento e que se valeram, para governar, de Decretos do Poder Executivo; situação que reforçou ainda mais as dificuldades existentes nas instituições democráticas e a impossibilidade de gerar uma dinâmica democrática sustentada em instituições confiáveis.

Os antigos aliados do MOPS nas instituições estatais foram deslocados e ocorreram graves mudanças na condução das políticas de saúde. Essa realidade encontrou a estrutura e o funcionamento dos serviços em franca decadência: médicos e funcionários já se afastavam das unidades, faltavam equipamentos básicos, medicamentos, leitos e os salários dos profissionais de saúde foram novamente degradados. Em tal conjuntura observamos que o MAB, por um caminho diverso da FAMERJ, entrou também em uma fase de desmobilização que o levou a distanciar-se da cena política. De fato, o MAB tinha uma expectativa importante a respeito do financiamento estatal do PESB, mas o abandono do projeto, em lugar de estimular a resistência política, deixou o MAB inerte.

Nesta situação, as diferenças políticas no interior do movimento popular reanimaram-se e as discussões de caráter político-ideológico passaram a ser o eixo do MOPS. Assim, a falta de atuação e de mobilização em defesa da efetiva implementação da Reforma Sanitária foi suplantada pela ação para dentro e esta levou progressivamente a um esvaziamento do mesmo.

Mas uma nova crise no setor da saúde possibilitou novamente a postergação das diferenças internas no encaminhamento conjunto do MOPS e houve, fundamentalmente, um ponto de encontro importante entre o movimento popular e o movimento médico, particularmente pela atuação do Conselho Regional de Medicina (CREMERJ) que convocou, no fim de 1989, à luta conjunta em defesa da política reformadora de saúde. Deste modo, o MOPS voltou a ser presente na cena política exigindo a intervenção do Estado através de medidas regulatórias que aliviassem a situação de pane na qual tinham entrado os hospitais do Município e da Previdência Social no Estado do Rio de Janeiro.

As crises no setor da saúde foram desencadeadoras da organização e atuação do MOPS, fossem elas alimentadas pela inoperância e pela inefetividade do sistema de saúde fosse pelas graves epidemias que afetavam reiteradamente a população brasileira e especialmente as camadas mais pobres. Acreditamos que estas crises se situavam no campo das necessidades sociais básicas.

Elas foram um mecanismo de disparo em múltiplas direções, devido à ameaça que representavam à estabilidade relativa dos sistemas produtivos e à ordem social mínima que os mesmos requeriam para se reproduzirem, ou devido a uma epidemia ou à impossibilidade do sistema de saúde atender a doença. Tratava-se, em ambos os casos da "doença sofrida de maneira coletiva"; dito de outra maneira, tratava-se de uma situação na qual a população se via obrigada a usufruir de um "mal público".

Finalmente, a trajetória do MOPS mostrou que a sua atuação foi profundamente marcada pela presença insuficiente do Estado ou pela ausência de intervenção do mesmo na situação sanitária da população. No entanto, ainda que o Estado tivesse falhado estrategicamente na consecução deste objetivo, havia uma dinâmica constitutiva e constituinte na relação dos movimentos populares com ele; estes reagiram à omissão do Estado perante problemas graves de saúde da população se articulando e desencadeando a ação coletiva que deu existência concreta a estes movimentos, o que por sua vez obrigou o Estado a ter algum tipo de intervenção.

Conseqüentemente, e em estreita relação com a prática política do movimento, observamos - a partir dos resultados da pesquisa - que no momento em que o movimento popular em saúde tentou resolver a contradição com o Estado desconhecendo a existência deste, ou seja, eliminando um dos termos da contradição, sobreveio a paralisia política. A eliminação do Estado só passou pelo imaginário do discurso da "facção radical do movimento". De fato, não só o Estado continuou existindo, mas o "feitiço virou contra o feiticeiro". A resultante deste "procedimento" foi a exclusão dos seus interlocutores políticos: os organismos estatais da saúde, o movimento sanitário qualificado como os "tecnocratas da saúde" e, por último, aquela parte dele mesmo que tinha uma posição política diversa.

O MOPS teve um papel principal no encurtamento da distância entre a esfera privada - social - e a esfera pública - ordem política -, incidindo marcadamente na formulação das políticas de saúde. Mas, apesar das diferenças internas do movimento em relação à Reforma Sanitária, os avanços que a mesma teve foram devido em muito ao papel que a mobilização popular e as lideranças do MOPS exerceram pressionando para que o Estado tivesse um papel ativo a respeito das condições sanitárias da população.

Acredito que no difícil percurso da democracia brasileira o papel que o MOPS consiga desenvolver será definidor na implementação da Reforma Sanitária.

## CAPÍTULO V

---

## O MOVIMENTO MÉDICO

A denominação de movimento médico, que demos à atuação do conjunto das entidades médicas, obedeceu ao leque de atribuições, atividades e aspectos diversos que as mesmas comportavam: a representação sindical, a regulação da profissão médica e a reprodução, informação e difusão da informação científico-técnica. Ainda é necessário ressaltar que durante o período estudado, 1979-1990, a atuação das entidades médicas foi complementada por formas de atuação política que se constituíram numa particular modalidade de representação dos interesses médicos.

As características das entidades médicas - o importante grau de institucionalização das associações e a as diversas modalidades de atuação das mesmas - cuja trajetória será considerada nesta parte do trabalho, nos possibilitará compreender a enorme distância existente entre estas e as entidades que compuseram o movimento popular em saúde, mas também a sua inclusão dentro do que considerarei como movimento social em saúde, assim como a denominação de movimento médico à atuação do conjunto das entidades médicas.

Em primeiro lugar, foi possível constatar que existia uma indiferenciação quanto às funções desempenhadas pela Sociedade de Medicina e Cirurgia (SCMRJ) e a Sociedade Médica do Estado do Rio de Janeiro (SOMERJ), duas entidades de caráter privado, sem vinculação com o Estado e com atividades em muito voltadas para o terreno técnico-científico (onde aliás a SCMRJ tem tradição reconhecida). Filiadas à Associação Médica Brasileira (AMB), ambas seguiram linhas políticas similares àquela e, portanto, com grande penetração das correntes médicas denominadas neo-liberais, notável nos últimos anos da década do 80, constituindo-se, também, em importantes centros de defesa do corporativismo médico.

À SOMERJ filiavam-se entidades de âmbito municipal, não sendo esta filiação de caráter compulsório; a diretoria era eleita diretamente pelo voto de todos os associados às filiadas; em 1983 registraram-se 20 entidades filiadas, enquanto que em 1989 contava com 28 entidades. A filiação na SCMRJ era individual ou através das sociedades filiadas e conveniadas, não compulsória, e contava em 1983 com 4.060 filiados e em 1989 com 6.530. Já o Conselho Regional de Medicina (CREMERJ) e o Sindicato dos Médicos (SINMED) eram entidades

vinculadas ao Estado através do Ministério de Trabalho; tinham, portanto, suas funções definidas por este que, como é sabido possuía uma legislação corporativa. Mas, ainda que o SINMED e o CREMERJ estivessem inseridos na estrutura corporativa estatal, desempenharam um importante papel político na defesa do sistema público de saúde e voltado ao atendimento das populações carentes. Considerando o controle do Estado exercido sobre o CREMERJ e SINMED, as funções que estas assumiram em defesa da categoria foram conquistas efetivas, oriundas das diretrizes políticas assumidas a partir do final da década de 70 e durante a década do 80.

As funções de caráter institucional atribuídas ao CREMERJ eram dirigidas a regular e supervisionar a prática médica; a eleição do Conselho - realizada diretamente pelos médicos credenciados, com exceção dos médicos militares - ocorria de cinco em cinco anos e a diretoria era indicada pelo Conselho anualmente. Em 1983, o CREMERJ contava com 28.889 filiados e em 1989 com 37.000.

Quanto ao SINMED, a filiação não era compulsória; qualquer médico diplomado podia se filiar. Elegia-se a diretoria a cada dois anos por todos os médicos que tivessem pelo menos seis meses de filiação e que fossem diplomados há mais de dois anos. Em 1983 o número de filiados era de 7.000 e em 1989 cresceu para 13.800.

O CREMERJ esteve sob intervenção do Conselho Federal de Medicina (CFM) de 1978 até 1983<sup>6</sup>, após este período vem elegendo diretorias bastante homogêneas no que diz respeito à sua posição crítica ao sistema de saúde vigente, defendendo as propostas de unificação do sistema de saúde sob responsabilidade do Estado.

No plano específico da categoria médica, essas diretorias eram também críticas quanto aos interesses de caráter individualista, privatista e corporativista, que se tornaram mais fortes a partir dos últimos anos da década do 80. Assim, a entidade destacou-se por um importante papel na busca de um contato mais estreito com o movimento popular em saúde. É bom ressaltar que essa homogeneidade na condução política da entidade poderia estar relacionada

---

<sup>6</sup> A intervenção do CREMERJ obedeceu ao fato de que a chapa Renovação e Unidade, formada por profissionais afinados com a concepção de reformulação do sistema de saúde, ganhou as eleições com mais de 75% dos votos e em aberta oposição ao regime militar e ao Ministério do Trabalho.

com a baixa rotatividade na composição do Conselho, renovado de cinco em cinco anos, enquanto a Diretoria era indicada pelo Conselho anualmente.

O SINMED foi, talvez, a entidade que mais se manteve fiel às funções de representação dos interesses profissionais dos médicos estabelecidos legalmente no período estudado, enquanto a SCMRJ, a SOMERJ e, mesmo, o CREMERJ estenderam em muito suas funções originais, definidas estatutariamente, tomando para si a tarefa de defesa dos interesses da categoria e de participação na discussão dos destinos da área de saúde no país.

Ainda que com orientações políticas diversas e em diferentes graus, observamos que o SINMED a partir de 1983 priorizou a atuação no terreno estritamente sindical, diferentemente do período que se estende de 1976 até 1983. Neste, o SINMED tinha-se constituído na liderança política hegemônica da categoria médica, conduzindo a discussão política do setor da saúde no Estado do Rio de Janeiro. Essa mudança, na atuação do sindicato deveu-se a ter havido uma reorientação de caráter corporativa nas chapas sindicais sem que tivessem ocorrido mudanças na conformação das diretorias nos anos recentes, já que estas eram compostas praticamente pelas mesmas pessoas que delas faziam parte no período "áureo" do Sindicato.

A diversidade de associações que articulavam a categoria médica e a variação da atuação tanto política como profissional das mesmas nos sugeriram algumas reflexões teóricas iniciais a respeito do papel dos médicos e de suas entidades no processo de formulação e implementação das políticas de saúde, que serão exploradas no transcorrer do trabalho.

A denominação de movimento médico não parece inteiramente ajustada à maneira clássica em que têm sido compreendidos os movimentos sociais, mas as formas de articulação profissional assim como a atuação dos médicos e de suas instituições, em relação às políticas de saúde e ao Estado, sofreram importantes variações no período estudado. Em relação à composição do movimento médico, ele foi multifacetado. Ainda, que se tratasse de um movimento de profissionais, representou mais que uma associação de profissionais ou uma modalidade de articulação sindical na defesa de interesses corporativos da classe médica. Tal como afirmamos na Parte I, deste trabalho, assemelhava-se bastante às antigas corporações e possuía uma unidade e "espírito de corpo" comparável à corporação militar. Composto por diversas entidades donas de uma longa existência, com funções bem diferenciadas, caracterizava-se por

um alto grau de institucionalização, presentes nos vários planos em que se desenvolvia a vida do profissional médico.

No que se refere à atuação do movimento médico, ela foi bastante complexa. De um lado, a década dos 70, particularmente seus últimos anos, mostraram uma atuação política especialmente intensa, que justifica amplamente a denominação de "movimento médico". Não estou querendo afirmar que esta tenha sido exclusiva; muito pelo contrário, o que pretendo sublinhar é que foi predominante, ocupando um segundo plano a atuação de caráter profissional e/ou sindical dos médicos. De outro lado, a década dos 80 nos apresentou uma face diversa da atuação médica, profundamente marcada pela atuação profissional e corporativa dos médicos e expressa também, em graus diversos, pelo conjunto das entidades médicas.

Dois eixos temáticos me parecem de importância substantiva para a análise da atuação da categoria médica a respeito das políticas de saúde. São estes: a corporação médica e a representação dos interesses médicos face às políticas de saúde e ao Estado.

A corporação médica é composta por instituições das quais algumas datam do século passado, como é o caso da SMCRJ ou da Associação Médica Brasileira (AMB). Estas associações sustentaram-se sobre um código de exercício da profissão médica fortemente compartilhado e respeitado pelo conjunto da categoria médica: o segredo médico, a liberdade de eleição do médico por parte do paciente, a liberdade de prescrição, a autonomia do trabalho médico e o pagamento direto da consulta médica (CARO, 1969). Essas questões conformaram o ideário médico em torno do exercício liberal da medicina. No entanto, o pertencimento à corporação não implicava nem na existência de uma organização hierarquizada, nem na obrigatoriedade no cumprimento de regras de comportamento estabelecidas pela corporação, exceto aquelas que se referiam ao código de Ética Médica e que regulamentavam o exercício da profissão médica, mas que não interferiam na relação dos médicos com suas associações.

Ainda, que estes princípios tenham perdido vigência ou tenham se adequado às mudanças no sistema de saúde e, conseqüentemente, ao processo de trabalho e de exercício da profissão médica, nos últimos 20 anos, eles outorgavam unidade e identidade à categoria médica. Neste sentido, à diferença de qualquer outra profissão liberal, a unidade e identidade de princípios - a existência de um código médico - fizeram da categoria médica um tipo singular de "corporação".

A primeira consequência ao considerar-se a categoria médica como corporação é a de não aceitação de regras externas à mesma na definição de padrões de intervenção terapêuticos, processos de trabalho e aspectos relacionados à remuneração. Isto significou que os processos de adaptação às mudanças nas políticas de saúde - basicamente a mercantilização da medicina, a perda da autonomia e o assalariamento médico - acarretaram uma forte resistência dos médicos no que diz respeito às tentativas de defesa do ideário da medicina liberal. Apesar de haver mudado a inserção profissional desde o exercício liberal da medicina ao assalariamento, o médico continuou a se considerar possuidor do poder que lhe conferiu o "saber" e que se mantém resguardado ao longo do tempo de interferências alheias à relação médico-paciente.

Um dos traços significativos da política de saúde na década do 70, foi a privatização e capitalização do setor sustentado pelo modelo da medicina previdenciária, o que provocou profundas mudanças no tipo de inserção profissional dos médicos. A acumulação capitalista do setor da saúde - maior número de intervenções médicas resultou no crescimento desmedido dos lucros do setor privado conveniado com a Previdência Social - fez-se acompanhar por profundas mudanças na inserção profissional do médico. Este passou a ser massivamente assalariado do setor público/privado, mantendo ao mesmo tempo outras formas de inserção no mercado de trabalho como profissional liberal, autônomo ou proprietário de clínicas ou hospitais (DONANGELO, 1975). Em 1970 o setor de assistência médico-hospitalar, empregava 44,8% dos médicos, enquanto em 1980 empregava 62% dos médicos em atividade. A porcentagem de médicos empregados em relação aos que trabalhavam de maneira autônoma cresceu entre 1970 e 1980, registrando-se 65,35% de médicos empregados e 32,05% de autônomos em 1970, face a 67,33% de empregados e 24,58% de autônomos em 1980 (MEDICI, 1987)<sup>7</sup>. No transcorrer da década os salários dos médicos empregados sofreram importante diminuição, tal como ocorreu com as demais categorias profissionais.

Segundo MEDICI (1987) a redução dos rendimentos dos médicos ou a sua "proletarização" pode ter ocorrido pela redução do seu padrão salarial, mas não pela redução da renda real e isto se explica pela múltipla inserção profissional dos médicos. Em outras palavras, estas mudanças obrigaram os médicos a terem dois ou três trabalhos para evitar o empobrecimento. Mas a

---

<sup>7</sup> A porcentagem restante nas duas datas consideradas corresponde, na tabela original, à categoria "outros setores". Planejamento I. Recursos Humanos em Saúde. RJ: Textos de Apoio PEC-ENSP, 1987.

múltipla inserção laboral resultou na depreciação do trabalho médico - falta de tempo para estudar, diminuição da responsabilidade médica no lugar de trabalho, aumento dos erros médicos - e, também, na extensão das lutas salariais na categoria médica.

O processo de trabalho médico na medicina assistencial ou previdenciária tendeu a tornar-se cada vez mais especializado; a relação médico-paciente foi intermediada pela instituição; a utilização da tecnologia médica intensificou-se, assim como a medicalização. De fato, ocorreu uma perda da autonomia dos médicos no processo de trabalho que afetou, também, os próprios princípios da medicina liberal; dado que as instituições assistenciais passaram a interferir diretamente no trabalho do médico.

A resistência dos médicos às transformações no processo de trabalho, ao assalariamento maciço e à proletarização da categoria não se fez esperar e na metade da década de 70 a corporação médica, nucleada em torno da chapa Movimento de Renovação Médica (REME) que vinha conquistando as direções das entidades médicas, começou a ter singular importância no seio da categoria médica.

Ainda que o REME possuísse uma clara orientação de esquerda, adquiriu uma importante penetração nas instituições médicas e iniciou uma clara oposição de caráter político e sindical ao regime militar. Devido principalmente à atuação política das entidades médicas, que tinham o apoio do conjunto da categoria, estas foram submetidas a forte intervenção do regime militar que, no caso do CREMERJ, designou uma junta interventora do Ministério do Trabalho para instituir as direções eleitas em 1978 pelos membros da entidade.

A representação de interesses da categoria médica requer uma discussão em separado. Poder-se-ia deduzir que, se a categoria médica conformava uma "corporação", a mesma representava seus interesses de maneira corporativa? Não necessariamente, mas estas coisas freqüentemente são confundidas em estudos acerca da categoria médica, quando se afirma que estes defendem seus interesses corporativamente e isto é definido independentemente das modalidades de atuação do conjunto das entidades médicas.

A representação de interesses de maneira corporativa implicaria no controle por parte das entidades médicas dos seus membros mas, também, na institucionalização de certos canais formais de relacionamento entre as entidades médicas e o Estado nos processos de formulação de políticas. A reformulação do sistema de saúde que culminou na proposta da Reforma

Sanitária foi o resultado das pressões políticas conjuntas das associações médicas, dos movimentos populares e do "Movimento Sanitário", onde um processo de acumulação de forças sociais e de luta no terreno político, com um projeto definido para o setor da saúde junto a uma definição estratégica acorde ao mesmo, impôs profundas reformas ao Estado no campo das políticas de saúde.

Poder-se-ia interpretar que a forte reação política da corporação médica teria sido produzida porque os interesses médicos foram afetados pelas políticas de saúde do regime autoritário; mas não existiu no período nenhum canal institucionalizado por parte do Estado para a representação dos interesses médicos. Neste sentido, acredito que não é apropriado pensar a representação de interesses médicos na década do 70, como sendo de caráter corporativo (CASTRO, 1989), nem que o poder e identidade da corporação médica encontrava "suporte material" na produção de equipamentos, insumos, medicamentos e fármacos (VIANNA, 1987). Esta observação seria válida enquanto tendência geral na constituição do poder médico, mas é inadequada ao se referir ao processo que atravessou a categoria médica na década do 70.

Muito pelo contrário, enquanto a identidade da corporação médica se sustentou sobre os princípios da medicina liberal as transformações do sistema previdenciário de saúde na década do 70, mudaram profundamente o processo de trabalho médico, levando a categoria médica a enfrentar a política de saúde dominante. De fato, a medicina previdenciária sustentada na assistência hospitalar e no complexo médico-industrial (tecnologia e fármacos), levou a profundas mudanças na relação médico-paciente, no processo de trabalho e no papel social do médico; isto aconteceu sob grande resistência dos médicos.

Feitas estas considerações de caráter geral a respeito da corporação médica e a representação de interesses, caberia distinguir as formas de representação de interesses assim como fazer uma nova leitura teórica a respeito das modalidades da corporação médica representar os interesses da categoria - já que estas mudaram no período analisado.

Poderíamos nos aproximar de uma definição de representação de interesses a partir da idéia da associação de pessoas que possuem uma ou várias características comuns ao conjunto das mesmas e que aspiram a influenciar nos processos de políticas específicas que estejam relacionadas com aquilo que é comum ao grupo de interesse. De maneira geral a bibliografia sobre o tema (SCHMITTER, 1992; OFFE, 1989) estabelece uma primeira grande distinção

entre a representação plural de interesses e a representação corporativa. SCHMITTER (1992:129) sintetiza esta idéia afirmando que há:

*... el tipo de determinación de interés "múltiple, disperso, no jerárquico y voluntario" - es decir, el pluralismo -, y el tipo singular, concentrado, diferenciado funcionalmente, jerárquico y obligatorio: es decir el corporativismo. Una hipótesis obvia es que existe una compatibilidad estructural o afinidad selectiva entre el corporativismo y la concertación y entre el pluralismo y la presión... En el primero, los intereses afectados, por muy organizados que sean quedan incorporados al proceso político como negociadores reconocidos e indispensables y son corresponsables (y en ocasiones totalmente responsables) de la aplicación de las decisiones políticas, que entonces adoptan una calidad característicamente semipública o paraestatal. En la última los intereses afectados quedan esencialmente fuera del proceso político, como consultores o combatientes en las cuestiones que se trate, y la aplicación ocurre exclusivamente bajo la responsabilidad de las autoridades públicas, por muy influenciadas que puedan estar por las acciones autónomas de los intereses organizados en el curso de sus actividades.*

A notável síntese elaborada por SCHMITTER, corresponde necessariamente a um modelo ou construção de "tipos ideais" de representação de interesses. De fato, a relação entre intermediação de interesses e modos de formação de políticas adquirem especificidade segundo os países e de acordo com processos histórico-político singulares, o que necessariamente implica em gradações diversas no exercício real da representação de interesses que podem, por vezes, se aproximar ou distanciar-se desse "tipo ideal".

OFFE (1989) acrescenta que existem quatro dimensões do conceito de corporativismo que tem a ver com o *status* formal dos grupos de interesse e que são: "*status* de recursos", quando o Estado provê de recursos as organizações de representação de interesses-subsídios, isenções fiscais, filiação compulsória, acesso aos meios de comunicação controlados pelo Estado; "*status* de representação", quando o alcance da representação é definida pelo Estado - áreas em que esta pode operar, região, número de filiados, posição; "*status* de organização", quando são reguladas as relações internas entre os membros e as direções; "*status* de procedimento", quando as organizações são reconhecidas para assumir, junto a um conjunto específico de participantes, um papel na legislação, no sistema judiciário, no planejamento e na implementação de políticas. Isto é definido em contraposição a relações de cooperação informal e trata-se, portanto, de um *status* definido por lei ou de regras de procedimento formalmente adotadas.

Tanto na compreensão de SCHMITTER como na de OFFE a representação corporativa de interesses supõe alguma forma de concertação na formulação da política. Constitui uma das formas de resolver o conflito nas sociedades de democracia avançada entre uma multiplicidade de interesses e a ameaça freqüente de polarização dos mesmos, que pode conduzir à ingovernabilidade. Trata-se de uma maneira de canalizar os interesses que não leve as forças sociais e os governos a um jogo de soma zero.

Se olharmos a corporação médica, sob esta perspectiva poderíamos voltar a refletir a respeito da distinção acima considerada. De uma parte a corporação médica é composta por diversas entidades, das quais unicamente duas tem *status* público, o CREMERJ e o SINMED. Elas são reconhecidas pelo Estado, mas, a partir dos anos 80, com o avanço do processo de democratização do país adquiriram uma forte autonomia, desvincilhando-se da interferência e/ou controle do Estado que havia caracterizado a década anterior.

As demais - AMB, SOMERJ, SCMERJ - são de caráter privado e ainda que perfeitamente institucionalizadas quanto aos procedimentos internos - regras para a composição das diretorias, eleições periódicas, cursos e outras atividades de caráter científico - elas não têm *status* público e historicamente exerceram o papel ideológico de aglutinar os médicos sob aqueles princípios clássicos da medicina, oferecer atualização científica e, também, de representação dos interesses médicos quando estes se vêem ameaçados pela intervenção do Estado ou de quando os mesmos são afetados por políticas específicas.

A respeito da representação dos interesses médicos, referimo-nos a dois momentos bem diferenciados na atuação dos médicos. Um primeiro momento na década do 70, em que a atuação médica teve um componente principalmente político de oposição à ditadura militar, às políticas de saúde implementadas nestes anos e à intervenção militar nas entidades médicas. Principalmente, devido à intervenção nas associações médicas, antes mencionadas, existiu uma imediata solidariedade das restantes e uma atuação conjunta que teve a característica de ser pluralista, inorgânica e de pressão política sobre o regime militar. Neste sentido, o processo de reformulação do sistema de saúde foi o resultado da **imposição das forças sociais em saúde, entre estas, o movimento médico**, que através de uma representação de interesses de caráter pluralista, colaborou na produção de importantes mudanças no delineamento das políticas de saúde.

Um outro momento, o da segunda metade da década dos 80, caracterizado pelo processo avançado de democratização do país, teve como eixo no setor saúde - em 1988 a Reforma Sanitária foi estabelecida na Constituição - a implantação no setor da saúde do novo modelo político-sanitário, que embora tivesse conseguido o apoio da maioria envolvida no setor da saúde precisava, agora atravessar a prova de fogo, passar do papel à realidade. Este projeto não se concretizou até hoje, ele tem tido avanços e retrocessos notáveis dos quais uma parte deve ser atribuída as dificuldades do processo e a outra, ao fato de ser precisamente o momento da implementação da política, onde a diversidade dos interesses médicos relacionados às diversas formas de inserção da categoria médica no mercado de trabalho vão incrementar ainda mais as dificuldades no andamento da Reforma Sanitária.

Neste sentido, registramos notáveis transformações na atuação do Sindicato Médico em direção à representação corporativa dos médicos, mas que não chegou a ser institucionalizada e que, conseqüentemente, não se encaminhou em direção a um modelo de concertação de políticas. A atuação do SINMED se aproxima, ainda que não completamente, ao modelo italiano de relações entre Estado e sindicatos nas quais se estabelecem formas de colaboração entre as partes pelas quais representantes sindicais participam em organismos públicos ou em "juntas de diretores", ainda que as consultas na formação da política sejam de caráter informal e constante (REGINI, 1992). No caso do SINMED, somente por vezes aconteceram consultas informais entre governo e sindicato, como no concurso público no Hospital da Posse, que será discutido na análise da trajetória histórica do movimento médico.

A combinação das tipologias analisadas, nos possibilitará estabelecer relações entre as modalidades de representação de interesses e o tipo de organização das entidades médicas no período considerado, que podem ser visualizadas nos seguintes quadros:

**QUADRO V - Representação de Interesses e de Tipos da Organização Médica  
1976 - 1986**

Representação de Interesses	<i>Status Público</i>	<i>Status Privado</i>
Plural	SINMED - CREMERJ	SOMERJ-SCMERJ-AMB
Corporativa	_____	_____

**QUADRO VI - Representação de Interesses e de Tipos da Organização Médica  
1986 - 1992**

Representação de Interesses	<i>Status Público</i>	<i>Status Privado</i>
Plural	CREMERJ	_____
Corporativa (não institucional em relação ao Estado)	SINMED	AMB-SOMERJ-SCMERJ

Se considerarmos nos Quadros VII e VIII, a seguir, as relações entre a representação de interesses e o tipo de formação de política segundo o modo de organização médica, observaremos que em nenhum dos períodos considerados houve concertação da maneira como esta foi compreendida pela reflexão teórica mais recente sobre o corporativismo, acima discutida.

### QUADRO VII

**Representação de Interesses, Formação de Políticas e Tipos da Organização Médica  
1976 - 1986**

Representação de Interesses	Pressão		Concertação	
	<i>Status Público</i>	<i>Status Privado</i>	<i>Status Público</i>	<i>Status Privado</i>
Plural	SINMED CREMERJ	AMB-SOMERJ SCMERJ	_____	_____
Corporativo	_____	_____	_____	_____

## QUADRO VIII

Representação de Interesses, Formação de Políticas e Tipos da Organização Médica  
1986 - 1992

Representação de Interesses	Pressão		Concertação	
	Status Público	Status Privado	Status Público	Status Privado
Plural	CREMERJ	_____	_____	_____
Corporativa (não institucional)	SINMED	AMB-SOMERJ SCMERJ	_____	_____

A tipologia de representação de interesses desenvolvida por LANGUE & REGINI (1987), relacionou interesses e instituições no processo de formação de políticas mediante a consideração do grau de exclusão/inclusão dos interesses organizados (Apud. CASTRO, 1989). No primeiro caso, a exclusão seria uma modalidade típica dos regimes totalitários, enquanto que a inclusão corresponderia ao máximo grau de concertação e resultaria na *"delegação de funções públicas a governos privados"* (SCHMITTER & STREECK, 1992:68).

Esta distinção nos possibilita incluir gradações ou diferenciações na inclusão/exclusão dos interesses médicos na formação de políticas no regime autoritário e no processo de democratização. As modalidades de representação de interesses, assim como o grau e o tipo de inclusão/exclusão dos mesmos no regime autoritário, remete-nos, também, à dificuldade para criar procedimentos políticos mais adequados de representação de interesses médicos no processo de implantação da Reforma Sanitária, a qual pode ser observada hoje no estabelecimento do regime democrático. Trata-se de um obstáculo que se inscreve nas instituições estatais da saúde, mas também, e especialmente, na corporação médica.

Esta tipologia parece-nos sugestiva para incorporar diferenciações ou gradações à discussão da representação de interesses da corporação médica, que estão relacionadas à diversidade de inserções profissionais dos médicos no mercado de trabalho.

Os médicos no serviço público e privado são trabalhadores assalariados, agrupados pelo sindicato e em condições "relativamente similares" às das outras categorias. Mas quando ocupam cargos técnicos ou de direção nos organismos estatais - sejam estes de aplicação de políticas ou de serviços de saúde - fazem parte da tecno-burocracia de estado com autoridade

e poder de decisão a respeito de recursos, gestão e procedimentos do sistema de saúde e, também, com interesses profundamente associados aos das instituições e políticas estatais.

Se consideramos, agora, os médicos proprietários de clínicas e hospitais, vemos que representam os interesses do setor privado e que tiveram, no período do regime autoritário, forte influência sobre a tecno-burocracia de estado, mencionada acima, através de mecanismos de pressão e de influência, denominados por CARDOSO (1982) de "anéis burocráticos".

A entidade que os representa é a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), uma associação de empresários da saúde. Contudo, na medida que uma grande proporção de pequenas clínicas e hospitais são propriedade de médicos e já que a concepção desses proprietários, em termos da prática médica, não se distânciava da categoria como um todo, acreditamos deverem ser considerados como uma das formas de inserção profissional dos médicos.

Finalmente, a designação do médico liberal ou autônomo não significa muito mais do que uma categoria em extinção; embora pudesse corresponder ao exercício médico no consultório privado, esta modalidade está quase desaparecendo e, em verdade, os médicos que trabalham no consultório privado hoje, na sua maioria, são conveniados com o setor privado. Neste caso, a forma de representação de interesses se sustenta mais do que em nenhuma outra forma de inserção profissional, na defesa dos princípios da medicina liberal. Esta modalidade de inserção profissional oculta o assalariamento médico sob a forma do exercício liberal da profissão.

Do resultado dessa diferenciação ocupacional dos médicos poder-se ia estabelecer relações entre as modalidades de inserção profissional e o tipo de representação de interesses.

**QUADRO IX - Tipo de Inserção Profissional e Representação de Interesses**  
1976 - 1986

<b>Tipo de Inserção Profissional</b>	<b>Plural</b>	<b>Corporativa ("anéis burocráticos" ou círculos de pressão)</b>
Assalariamento	Sim	Não
Liberal ou Autônoma	Sim	Não
Tecno-burocracia	Não	Sim
Proprietários Clínicas ou Hospitais	Não	Sim

**QUADRO X - Tipo de Inserção Profissional e Representação de Interesses**  
1986 - 1992

<b>Tipo de Inserção Profissional</b>	<b>Plural</b>	<b>Corporativa (não institucionalizada)</b>
Assalariamento	Não	Sim
Liberal ou Autônoma	Sim	Não
Tecno-burocracia	Sim	Não
Proprietários Clínicas ou Hospistais	Não	Sim

A formação das políticas de democratização e de construção de uma institucionalidade democrática tendeu a se efetivar pela via da 'pressão' no período recente do país. Configurou-se uma situação na qual todos os atores sociais, cujos interesses haviam sido postergados no regime militar, pretenderam a obtenção ou a compensação de benefícios, o que poderia encaminhar à inviabilidade da democracia já que não existia uma tradição de negociação, nem no Estado nem nas forças políticas conflitantes.

As diferenças políticas substantivas não faziam parte do jogo político na medida que o regime autoritário operou pela via da "exclusão" de interesses, considerados como incompatíveis com os lineamentos políticos e econômicos do mesmo. A construção da institucionalidade democrática requereu a incorporação de mecanismos de negociação na decisão e na implantação de políticas, mas atravessou grandes dificuldades.

De uma parte, a ausência de uma prática de negociação política levou a que fossem considerados, como única maneira de viabilizar interesses, os mecanismos de pressão sem negociação entre as partes envolvidas. De fato, a possibilidade de incorporação de interesses estava, em definitivo, diretamente relacionada à força política e aos recursos que o grupo possuía, sem que existissem modalidades apropriadas de discussão entre as forças conflitantes e o governo; nesta situação, os governos tendiam a dar a uns e tirar de outros segundo a intensidade da pressão e dos compromissos políticos em jogo.

Diríamos que o uso reiterado desta modalidade de pressão política dificulta a constituição de instituições estáveis, assim como o estabelecimento de mecanismos de negociação política compatíveis com a existência de um governo democrático, já que esta maneira de lidar com interesses conflitantes conduz necessariamente à desestabilização política permanente, a não ser

que o governo tenha suporte político para enfrentar o embate entre interesses conflitantes mediante o fato de ter sido investido do reconhecimento e da autoridade suficientes para conduzir, de uma maneira mais isenta, um processo de negociação desta natureza. Mas dificilmente isso poderia ocorrer com as características da sociedade brasileira e do seu sistema político-partidário.

Criou-se, por outro lado, uma modalidade de formação de políticas combinada a uma particular maneira de exclusão/inclusão de interesses via regime autoritário, que O'DONNELL (1975:143) denominou de "*corporativismo bifronte e segmentado*", o qual dificilmente pode ser expulso do domínio do estado. Neste, haveria uma ocupação do estado por parte de grupos dominantes da sociedade - grande capital e profissionais de alta renda -, sem a preocupação de mediar nem a representação corporativa de interesses nem formas de "concertação" de políticas, como também haveria uma intervenção ou controle do estado, pela força ou através de legislação, que impediria que se desenvolvessem as entidades da sociedade civil representativas de interesses "da classe operária ou de classes subalternas".

A primeira destas formas de corporativismo, instalou-se nos aparelhos institucionais do estado e constituiu uma "colonização", inversa àquela que SCHMITTER atribuiu ao neo-corporativismo ainda que, às vezes, os resultados possam ser semelhantes.

As greves dos profissionais médicos, como única forma de canalizar os interesses da categoria, constituíram-se em uma modalidade de competição política extremamente frágil, já que somente se podia observar uma exacerbação da representação corporativa dos médicos na medida que seus interesses eram afetados diretamente pela política; quando a política não os afetava o que se observava era a omissão de ação. Mas, estas são questões que teremos oportunidade de discutir especificamente a propósito da trajetória histórica do movimento médico.

### *Etapa de Politização das Entidades Médicas e das Reivindicações*

O objetivo desta parte do trabalho é analisar a atuação do conjunto das entidades médicas - que passarei a denominar de movimento médico - em relação à formulação das políticas de saúde.

As entidades médicas - fundamentalmente o SINMED - tiveram uma atuação política importante no processo de democratização do país, no período que se estende de 1976 até 1986, e na formulação de uma nova estrutura para o setor da saúde, cuja maior expressão foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, com a proposta de reformulação do sistema, a Reforma Sanitária Brasileira.

Produziram-se profundas mudanças na atuação e no posicionamento político do movimento médico posteriormente a 1986, no momento de implementação da Reforma Sanitária. De um lado, o comportamento político de oposição ao regime militar que caracterizou as entidades médicas na transição à democracia, assim como sua inserção no processo de reformulação do sistema de saúde, cedeu lugar a uma atuação encaminhada à defesa dos interesses econômico-corporativos dos médicos, ou seja, à revalorização do exercício liberal da profissão médica e à readequação das "agendas" e questões das entidades médicas - que serão analisadas a seguir - aos novos rumos da política nestes anos recentes.

A organização temática da exposição que segue terá como eixo a recuperação das principais questões na articulação política do movimento e de sua atuação a respeito das políticas de saúde. Ainda que a pesquisa tenha sido desenvolvida com particular ênfase no período 1976-1990, o ordenamento da exposição foi dividido em duas partes - o período que se estende de 1976 a 1986 e o período entre 1986 e 1990 -, para permitir melhor visualização das diferenças na trajetória do movimento, desde seu surgimento até a década de 90.

O período compreendido entre 1976 e 1986 foi marcado pela presença política do movimento médico, tanto nas lutas específicas da categoria pelos direitos trabalhistas como nas críticas a respeito do Sistema Nacional de Saúde vigente na época, e pela participação dos médicos no processo de democratização do país.

Este movimento começou a tomar corpo com a criação da chapa denominada Movimento de Renovação Médica (REME), formada por um grupo de médicos do Rio de Janeiro e de São

Paulo com a intenção de concorrer às eleições de todas as associações médicas. Alcançou influência política na categoria a partir de 1977 - quando ganhou as eleições do Sindicato do Estado do Rio, da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Estado do Rio, da AMB - e se expandiu para a maioria dos estados brasileiros.

Consolidou-se, então, e levou adiante a luta política pela democratização e de oposição ao regime militar, influenciando fortemente as associações profissionais de classe média que começavam a se espalhar nas grandes cidades do país. No que se refere à luta sindical dos profissionais de saúde, o REME liderou as greves dos médicos e residentes, que cresceram consideravelmente em todo o país a partir de 1978, reivindicando melhores salários, menor número de horas e melhores condições de trabalho.

A intensa mobilização política nestes anos decorria, na realidade, das modificações ocorridas na área de saúde, as quais acarretaram um assalariamento generalizado da categoria médica e levaram os médicos, tradicionalmente considerados profissionais liberais, a ser massivamente assalariados do setor público/privado da saúde.

Assim, o REME soube interpretar as dificuldades da categoria resultantes das novas formas de inserção profissional e utilizou as greves e o fortalecimento do Sindicato como instrumento de luta e de reivindicação das demandas médicas. Apresentou-se como defensor dos médicos assalariados propugnando formas de luta e de atuação típicas dos assalariados e procurou, ao mesmo tempo, transcender as lutas de cunho corporativo e mobilizar a categoria tanto para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde como para a participação nas lutas mais gerais pela democratização do país.

Com essa política, o REME questionava o ideário tradicional vigente na medicina brasileira de "autonomia" do médico de consultório, que era o ideário hegemônico nas instituições médicas daquela época; esta era a questão mais polêmica que permeava o exercício da prática médica e que outorgava identidade à corporação médica, independentemente das mudanças que se produziram no processo de trabalho médico.

O REME transformou-se em uma vertente importante do "Movimento Sanitário"<sup>1</sup>. Este era formado por intelectuais, sanitaristas, médicos e outros profissionais da saúde coletiva, os quais se caracterizavam por práticas políticas, teóricas e ideológicas que enfocavam a questão da saúde como uma questão mais ampla, relacionada ao âmbito da sociedade e da política (ESCOREL, 1987).

Seu projeto se sustentava em uma ampla crítica ao modelo prevalente, baseado no crescimento do setor privado mediante o financiamento pelo setor público, o que levou à falência, deterioração, ineficiência e crise do sistema público de saúde (OLIVEIRA & FLEURY, 1984). Propunha a reversão deste modelo traçando uma estratégia baseada em propostas alternativas para o setor, que tiveram uma relativa penetração nos aparelhos estatais da saúde na medida que progredia o processo de democratização do país.

Nestes anos o REME teve um desenvolvimento importante em todas as entidades médicas. Em 1978 ganhou as eleições, também, no CREMERJ, mas sua vitória não foi sancionada pelo Conselho Federal de Medicina, dirigido desde 1957 por um grupo conservador, que se caracterizava pela omissão ante assuntos ligados à política de saúde, assim como pelo caráter autoritário de suas decisões, sempre tomadas sem qualquer consulta ao conjunto dos médicos. De 1978 a 1983 o Conselho foi dirigido por uma junta interventora, o que significou a completa desinformação quanto aos assuntos referidos à Ética Médica, atividade prioritária do Conselho, além de não apresentar condições de julgamento dos médicos por infrações éticas, visto não possuir uma direção eleita.

Esse quadro foi modificado em 1983, quando o Tribunal Federal do Trabalho reconheceu a situação de irregularidade mediante o impedimento da posse da chapa vencedora e a decretação de novas eleições. A chapa ligada ao REME, denominada de Renovação e Unidade, obteve 75% dos votos e estes resultados tiveram de ser aceitos pelo CFM, que já não possuía o espaço político anterior devido ao avanço do processo de democratização.

Diversas entidades médicas, como a AMB, o CFM, a SOMERJ, a SCMERJ, também foram conquistadas pelo REME, o que possibilitou a unidade na atuação das associações médicas.

---

<sup>1</sup> Ainda que, este estudo não inclua o "Movimento Sanitário" como objeto específico de análise, fazemos freqüentes referências às relações entre o movimento popular em saúde e o movimento médico com o "Movimento Sanitário", na medida que estas relações nos possibilitam compreender melhor os referidos movimentos.

Mas o SINMED foi sem dúvida a entidade que melhor expressou a ascensão do movimento médico no Estado e se constituiu em uma das principais entidades da sociedade civil de oposição e de luta contra a ditadura militar, junto à OAB, ABI e outras.

O Sindicato dos Médicos teve uma atuação marcante neste período. Liderou a categoria médica em grandes mobilizações pela democratização do país e pelas condições de exercício da prática médica. Este papel saliente do sindicato se explica pela capacidade que teve na época de agrupar os médicos, de fazer uma releitura dos interesses da categoria a partir das transformações que vinham acontecendo no mercado de trabalho e de abrir um espaço político para que ali se gestasse o REME.

Sua plataforma baseou-se, precisamente, na defesa dos médicos assalariados, na renovação dos lineamentos políticos das entidades médicas, fortemente influenciadas pelo regime autoritário, e na luta por mudanças políticas em prol da democratização do país.

Entre 1977 - ano da primeira diretoria do REME no Sindicato - e 1983, o Sindicato triplicou o número de associados, o que mostra a decisiva penetração do Sindicato na categoria médica e também que soube aproveitar o espaço político que o CREMERJ deixou vacante por estar sob intervenção do Ministério do Trabalho.

Em um dos primeiros números do jornal do SINMED, sob a gestão do REME, a diretoria do Sindicato reivindicou os princípios da "ética hipocrática da medicina", a respeito da dignidade e da honra no exercício da medicina, esquecidos pelo caráter mercantilista, comercial e privatizante que o setor saúde adquiriu com o desenvolvimento capitalista das últimas décadas. Neste se afirmava que: "a privatização e o empresariamento da área de saúde, a existência do mercado e o afã de lucro, denigrem o médico como profissional e o paciente enquanto usuário". É interessante, sublinhar que esta questão foi abandonada pelo sindicato no período posterior a 1986.

Em relação ao processo político geral pós-1983, o movimento médico teve, através de suas entidades, participação direta na campanha pelas "Diretas Já" e pelo estabelecimento de uma Assembléia Nacional Constituinte.

Neste sentido, o CREMERJ instalou uma comissão de Eleições Diretas que coordenou as atividades da entidade e das demais associações médicas na campanha pelas eleições diretas.

Esta entidade deu início, também, a um programa de fóruns, abertos a toda a categoria e à sociedade, sobre questões ligadas aos problemas da prática médica. Com estes Fóruns cresceu, paulatinamente, a consciência da necessidade de uma modificação no sistema de saúde através de uma maior participação da categoria.

Os temas considerados nestes encontros exemplificam bem os eixos principais da atuação política do movimento médico, nesses anos: "Controle de Natalidade", "Doenças Infecciosas e Parasitárias", "Ensino Médico". Tais temas estavam relacionados a projetos de governo ou ao descaso do mesmo no tratamento destes problemas; outros - como "Constituinte", "Código de Ética Médica", "Emergência e Reforma Sanitária" - tinham como finalidade repensar a própria prática médica e influir nos rumos da política de saúde do país.

Em relação às outras entidades médicas, cabe referirmo-nos à Sociedade de Medicina e Cirurgia do Estado do Rio, já que esta teve um papel fundamental na reorganização da Associação Médica Brasileira, com a qual organizou o I Congresso Brasileiro de Entidades Médicas.

Este congresso contou com a participação de 2.000 médicos e discutiu desde temas médicos específicos até a Política Nacional de Saúde. Todas as entidades médicas participaram e, também, a Confederação Nacional das UNIMEDs, representante das cooperativas de trabalho médico. Esta última teve a função de organizar as discussões sobre mercado de trabalho médico.

Tal fato permite inferir que, no seio do movimento, as cooperativas médicas, na época, eram consideradas uma alternativa à mercantilização da medicina. Em verdade, tratava-se de uma tendência no movimento médico que a SMCRJ vinha defendendo, desde 1971, em todos os documentos da associação. Mas, esta questão tendeu a desaparecer no transcorrer da década, já que as cooperativas médicas acabaram se transformando em empresas privadas de seguros de saúde, ao mesmo tempo em que começaram a ganhar espaço as concepções neo-liberais de exercício da medicina.

Antes de entrarmos no segundo momento na evolução e transformações que se produziram no movimento médico, pareceu-nos necessário ilustrar, através do Quadro XI, as características que consideramos principais em relação ao movimento médico neste período:

Quadro XI - Etapa de Politização das Entidades e das Demandas 1976-1986

Características do Período	Composição do Movimento Médico	Principais Bandeiras	Formas de Atuação	Forças e Instituições Aliadas	Forças e Instituições Oposição
Transição à Democracia	AMB	Democratização do País	Greves	Movimento Sanitário	FBH
Desgaste Governo Militar	SINMED	Oposição Sistema Saúde	Fóruns / Seminários	Movimento Popular Saúde	ABIFARMA
Crise Sucessão Presidencial	SMCRJ	Melhoria Salários	Conferências / Congressos	Partido Comunista Brasileiro	Seguros Privados de Saúde
Lei de Anistia	CREMERJ	Condições Trabalho	Encontros Nacionais	Partido dos Trabalhadores	
Morre Tancredo Neves	SOMERJ	Isonomia Salarial	Publicações das Entidades Médicas	Partido Democrático Trabalhista	
"Nova República"	UNIMEDs	Reforma Sanitária	VIII Conferência Nacional de Saúde	Partido Comunista do Brasil	
"Plano Cruzado"					
VIII Conferência Nacional Saúde					
Assalariamento Médico					
Crescimento do Setor Privado					

### ***Etapa de Despolitização das Entidades e das Reivindicações***

Apesar do caráter altamente mobilizador e questionador das instituições médicas perante a situação política que atravessou o país, bem como das políticas de saúde consolidadas no período anterior e expressas nos programas das diretorias eleitas, a atuação política do movimento caracterizou-se por um processo de desmobilização da categoria a partir de meados da década de 80.

Analisaremos, à continuação, a atuação do movimento médico nestes anos a partir da agenda de questões consideradas pelas diversas entidades selecionadas, da maneira pela qual as questões foram tratadas e as transformações políticas que se produziram no interior das próprias Associações Médicas. A ênfase da análise nesta parte do trabalho, será colocada nas questões enunciadas a seguir: a ética médica, o movimento médico e as políticas de saúde, as greves e o corporativismo médico, as transformações no mercado de trabalho e a ideologia neo-liberal.

A mudança de enfoque e a diferença entre a organização da exposição escolhida na parte anterior - sustentada na trajetória das instituições médicas e na inter-relação entre estas -, nos possibilitará introduzir na discussão a dinâmica da atuação política num momento em que se evidenciou o processo de clara despolitização das instituições médicas.

#### ***A Ética Médica***

A Ética médica foi progressivamente adquirindo relevância e se tornou objeto de discussão e de reflexão; passou a constituir o eixo político principal na articulação da categoria nos finais da década de 80.

Foi através do Conselho Regional de Medicina que a questão da Ética Médica entrou na agenda do Movimento Médico, estimulando a formação de comissões de ética nas unidades hospitalares e intensificando um trabalho de discussão, de modo a elaborar um novo código

compatível com a realidade da prática médica no Brasil. Essa linha de atuação foi levada a cabo tanto nos Fóruns de Debate, aos quais fizemos referência acima, como na reuniões das comissões de ética, que forneceram importantes subsídios para a formulação de um projeto de código com a participação da categoria. Paralelamente, o CREMERJ reunia-se periodicamente com Conselhos de outros Estados e discutia propostas para um novo código junto ao Conselho Federal de Medicina.

Em fins de 1988, mais de cem Comissões de Ética haviam sido constituídas em hospitais Municipais, Estaduais e da rede do INAMPS, bem como em hospitais da rede privada. Aproximadamente, dois mil médicos do Município do Rio de Janeiro e do interior do Estado participaram ativamente destas comissões de ética médica, chocando-se inúmeras vezes com diretores de hospitais, empresários do setor saúde e autoridades municipais e estaduais<sup>2</sup>. O Sindicato, pelo auxílio que deu ao Conselho nesta tarefa, teve importante atuação na formação das comissões de ética nas unidades hospitalares.

A atividade desenvolvida pelo CREMERJ na elaboração de um novo Código de Ética Médica foi muito intensa nestes anos. As discussões realizadas em hospitais, entidades médicas, delegacias regionais e Comissões de Ética, tiveram uma importante participação dos médicos, que expressavam a sua preocupação em colocar as questões relativas aos problemas enfrentados no trabalho cotidiano dentro da nova realidade complexa da sua prática profissional, na qual interferiam diversos fatores, além da relação médico-paciente. Foram enfatizados aspectos tais como a relação dos médicos com as instituições de saúde, a desumanização do atendimento, a garantia de exame e a elaboração do prontuário para o paciente, assim como a definição de responsabilidades na remoção do paciente.

O anteprojeto do Código de Ética elaborado na Conferência Estadual de Ética Médica, acentuava aspectos relacionados com pesquisas em seres humanos, transplantes de órgãos e de tecidos e questões de direitos humanos que deveriam ser respeitadas no exercício profissional dos médicos. Foi levado, como proposta do Rio - a segunda maior bancada de delegados -, à I Conferência Nacional de Ética Médica.

Neste evento, inédito na história da medicina no país, elaborou-se o novo Código de Ética Médica, o qual detalhou e aprofundou as normas éticas, ficando bem mais extenso que o

---

<sup>2</sup> Segundo dados fornecidos pela Diretoria do CREMERJ.

anterior. Ao considerar o médico como majoritariamente assalariado, inovou em conceitos como a extensão da responsabilidade pelo ato médico à unidade de saúde e da obrigatoriedade do médico em denunciar ao Conselho as más condições de trabalho.

Inovador, também, foi o capítulo sobre direitos humanos, onde a prática da tortura foi execrada, bem como ficou proibida a participação do médico, direta ou indiretamente, na execução da pena de morte. Estas questões entraram no projeto a partir do momento em que se tornou conhecida a tortura e que os processos foram iniciados, por parte de organismos de direitos humanos e de familiares dos presos políticos durante o regime militar, em relação à participação de médicos. Outra diretriz inovadora foi a que se referiu à não mercantilização da medicina.

De acordo com as diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde, o novo código adotou o conceito ampliado de saúde, entendendo-a não como ausência de doença, mas como resultante de adequadas condições de alimentação, habitação, saneamento, educação, renda, meio ambiente, emprego, lazer, garantia dos direitos sociais assegurada pelo estado, etc.

O novo Código de Ética refletiu as principais aspirações do movimento social em saúde e foi o resultado de anos de debates e reflexões sobre as experiências da prática médica e da luta dos profissionais de saúde no novo contexto brasileiro, constituído a partir da década de 70. Refletiu ainda a vitória das concepções "trabalhistas" sobre o ideário liberal da prática médica. Em seus princípios fundamentais, o Código ligou igualmente a atividade dos médicos às condições de saúde e aos padrões dos serviços médicos; dessa maneira, fazia com que o médico tivesse o dever e a responsabilidade com o sistema de saúde e com seu bom funcionamento.

O papel aglutinador que desempenhou a implantação de Comissões e a elaboração do Código de Ética Médica fez com que o Conselho Regional de Medicina se tornasse o principal órgão de expressão política da categoria, em substituição ao Sindicato dos Médicos.

No entanto, as épocas mudaram e a constituição da democracia no país colocou problemas e desafios que a categoria médica não teve condições de assimilar nem de responder através da elaboração de estratégias que se adequassem ao novo momento político-econômico que o país atravessava. A questão da ética médica não teve a força suficiente, como bandeira de luta política, para se impor ao conjunto da categoria, já que esta questão correspondia a um momento de caráter marcadamente político na atuação da categoria.

Mesmo que o Código tenha sido aprovado e, portanto, obrigatoriamente respeitado nas suas diretrizes pela categoria médica, este expressou um certo deslocamento entre o movimento médico, que não mudou as suas propostas políticas, e a categoria médica que caminhou numa direção mais afinada com o corporativismo médico. Neste sentido, o Código representou uma reminiscência da luta política da categoria dos começos da década de 80.

O momento político correspondente à constituição de um regime democrático difere substantivamente do período de transição do autoritarismo para a democracia. As questões democráticas na transição se relacionam à ampliação das liberdades políticas, fundamentalmente da liberdade de expressão e de organização da sociedade. Se às restrições políticas do regime autoritário somarmos as mudanças no sistema de saúde que levaram a uma pauperização dos profissionais médicos, pode-se concluir que a junção da luta política com a luta por melhores condições salariais e de trabalho dos médicos, empreendida pelas lideranças das entidades médicas, encontraram grande receptividade no interior da categoria.

A estratégia seguida pelo movimento médico teve como alvo a queda do regime militar e, neste sentido, houve adequação entre o objetivo e a estratégia para alcançá-lo, centrada na desconformidade da categoria médica com as transformações no exercício da profissão.

A consolidação da democracia colocou, porém, como questão principal, a construção da institucionalidade democrática: novos padrões de relacionamento entre Estado e Sociedade e mecanismos políticos que garantissem a discussão ordenada das reivindicações de diversos setores sociais, ou seja, as condições para impulsionar o processo de mudança.

De um lado, este processo enfrentou, para se estabelecer, a resistência às transformações por parte das elites políticas no Brasil e, fundamentalmente, à renúncia a benefícios estabelecidos de longa data e aprofundados com o regime militar; essa resistência evidencia as dificuldades no Estado brasileiro.

Por outro lado, no que diz respeito ao movimento médico, este deixou de ter uma atuação política unificada - como aconteceu na oposição e resistência ao regime militar - para expressar as profundas diferenças existentes na categoria médica. Os interesses e demandas dos médicos assalariados do setor público, daqueles inseridos nos seguros privados, dos proprietários de hospitais e dos conveniados diferiam entre si e exigiam modalidades próprias de discussão.

Da perspectiva da sociedade, já não a do estado, a representação plural de interesses sem que tivesse existido um processo de adequação e de sua formação política de representação pela via institucional, levou a que "todos queiram tudo" num tempo quase imediato e sem que existisse um escalonamento de demandas e de propostas que colaborassem na viabilização da democracia.

Neste sentido, os médicos apelaram às greves como único instrumento de canalização de demandas, o que conduziu a categoria a um beco sem saída, à rejeição da sociedade - dos usuários, especialmente do setor público - e à impossibilidade do Estado de satisfazê-las, fosse pelos motivos acima mencionados, como também pela crise econômica que o país atravessava.

### *O Movimento Médico e as Políticas de Saúde - Relação com o Estado e o Processo Constituinte*

Na década de 70 e na primeira metade dos anos 80 o Movimento Médico caracterizou-se por ter tido uma atuação relevante no setor da saúde, no questionamento às políticas de saúde e na elaboração de uma proposta de reformulação do sistema que culminou com a proposta da "Reforma Sanitária". A partir da segunda metade da década de 80 houve um deslocamento na discussão política da "Reforma Sanitária" para o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). A Reforma Sanitária era mais ampla que o SUDS; enquanto a primeira era uma proposta de cunho político-filosófico a respeito do setor da saúde, o segundo era um instrumento administrativo do Estado para encaminhá-la.

A implantação do SUDS, em 1988, foi guiada pelos princípios da Reforma Sanitária, mas não conseguiu efetivá-los. Tratava-se de uma reforma administrativa do sistema de saúde, na qual o Instituto Nacional da Previdência Social (INAMPS) - sede principal do sistema público de saúde - repassou suas unidades, segundo a sua localização, às secretarias de Saúde de Estados e Municípios. As unidades passaram, assim, a serem administradas localmente, tanto na gestão quanto no financiamento das mesmas.

O SUDS atravessou enormes dificuldades devido a causas diversas; dentre elas cabe destacar: o avanço das burocracias locais e a interferência de políticos clientelistas no nível municipal, o emperramento dos repasses dos recursos para Estados e municípios, sem que se conseguisse detectar em que lugar estes desapareciam, e os entraves legais e operacionais no funcionamento

dos Conselhos de Saúde que obstaculizaram a participação da população na gestão das unidades locais.

Ainda que se observe, já nos inícios da implementação da política de saúde, um importante retrocesso em relação à proposta da Reforma Sanitária, manifesto de maneira visível com a saída dos quadros ligados ao "Movimento Sanitário" - impulsionadores da proposta - dos cargos de direção do INAMPS e com o boicote, em 1990, do governo Collor e do setor privado, as críticas das entidades médicas restringiram-se ao uso que os governos estaduais e prefeituras faziam dos recursos com objetivos político-partidários e/ou clientelísticos.

O SUDS foi constantemente apontado pela SOMERJ e compartilhado por outras entidades como a "única saída" para a situação caótica do sistema público de saúde, mas as denúncias relacionadas com as dificuldades na implementação da Reforma Sanitária, na sua totalidade, eram pouco enfáticas e muito gerais se comparadas às ações desenvolvidas pelo governo no emperramento do SUDS.

Para seu efetivo sucesso, a SOMERJ apontava para a criação de um Fundo Único de Saúde com recursos dos estados, Municípios, INAMPS e uma dotação orçamentária federal, para a criação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e, a médio prazo, para a isonomia salarial para os médicos.

Fica claro, através destas iniciativas, que as entidades mantiveram um discurso comprometido com as questões relacionadas com a Reforma. No entanto, não houve uma contribuição de vigilância mais concreta da categoria para implementar um sistema único de saúde que controlasse a multiplicidade de inserções profissionais dos médicos e que exigisse do médico a dedicação integral e o cumprimento de horários de trabalho. Ou seja, é possível observar uma grande distância entre as proposições gerais da categoria e a transformação da prática médica dentro de uma orientação onde os interesses da corporação fossem compatibilizados com as mudanças no sistema de saúde.

Esta questão fica ainda mais clara ao se analisar o material que recolhemos a respeito da atuação das entidades médicas na VIII Conferência Nacional de Saúde, onde já se percebe que duas questões começaram a merecer destaque no âmbito da Reforma Sanitária. A primeira foi a isonomia salarial para os médicos. Apesar de ser considerada como uma necessidade, desde a formulação do Plano das Ações Integradas de Saúde em 1983, a isonomia passou a ter uma

importância superior aos próprios projetos que a circunscreviam, inclusive à própria Reforma Sanitária.

A segunda questão era bem mais polêmica, pois tratava-se do emprego único, com os conseqüentes salário único e tempo integral de trabalho. As lideranças médicas reconheceram haver uma grande resistência da categoria a essa proposta e assumiram que muitos deveriam ser conscientizados, enquanto participantes do novo sistema. No entanto, apontaram para algumas pré-condições:

*...os médicos aceitariam discutir emprego único com tempo integral caso em adequadas condições de trabalho e se fossem estabelecidos mecanismos institucionais que impedissem, em qualquer hipótese, a redução ou achatamento desses salários.<sup>3</sup>*

Mas é necessário ressaltar que estas pré-condições eram impossíveis de serem encontradas no fim da década de 80.

Em relação à organização do trabalho médico anotamos como interessante, também, que no VI Encontro Nacional de Entidades Médicas, em 1987, definia-se o trabalho médico como uma "forma de compromisso social", onde deveria ser sempre "auscultado e respeitado o interesse da sociedade". Por outro lado, afirmava-se que a "inserção do trabalho médico na produção social constitui um direito de todos os médicos cuja garantia deve ser assegurada pelo Estado."<sup>4</sup> Destas afirmações depreende-se que a categoria aparentemente assumiu que o compromisso social era inerente à profissão médica e que caberia ao estado assegurar trabalho para todos os médicos.

Ademais, neste Encontro foi ressaltada a necessidade de preservar a relação médico-paciente na prestação dos serviços, procurando os médicos desobrigar-se de quaisquer tipo de controle sobre seu trabalho, como se pode observar na seguinte afirmação: "...as instituições que intermediam o trabalho médico não podem interferir com seu compromisso ético e social."<sup>5</sup> Fica, portanto, evidente a preocupação da categoria em estabelecer parâmetros que limitem a

---

<sup>3</sup> Declarações de Roberto Chabo, presidente do SINMED. *Edição Médica*. Rio de Janeiro: No. 67, mar/abr, 1987, p.7.

<sup>4</sup> *Edição Médica*. Rio de Janeiro: No.68, mai/jun/jul, 1987, p. 7.

<sup>5</sup> *Edição Médica*. Rio de Janeiro: No.68, 1987, p. 7.

interferência do Estado sobre o trabalho médico, certamente no sentido de garantir a prática liberal, mesmo sob condições de assalariamento.

Cabe ressaltar, através do tratamento destas questões, o papel prevalente que a categoria se atribuiu na formação das políticas de saúde. Havia na categoria médica uma posição ambígua que pode ser observada também na atuação das entidades médicas.

Ainda que o CREMERJ tivesse preservado um papel mais político e menos corporativo, a tônica do conjunto das instituições médicas foi bastante equívoca. As tentativas de preservar o exercício liberal da medicina naqueles aspectos que interessavam aos médicos fez-se acompanhar da exigência de intervenção do Estado para favorecer questões que eram do interesse da categoria, tais como: garantir emprego para todos os médicos, isonomia salarial, não obrigatoriedade de tempo integral, garantia de estabilidade e as 40 horas semanais apontadas pela Reforma Sanitária. Ou seja, ao mesmo tempo em que se defendiam posturas liberais, exigia-se a intervenção do Estado em aspectos nos quais o liberalismo prejudicava o exercício da medicina.

Esta ambigüidade nos encaminha à discussão do tema da autonomia médica, que configura um dos componentes principais da ideologia médica, à qual é ligada, e do exercício da medicina desde seus inícios até os nossos dias, o que merecerá um tratamento específico na parte referida à ideologia médica.

Retomando agora o papel das entidades médicas nas políticas nacionais de saúde observamos que a discussão em torno da Constituinte foi assumida completamente pelo Conselho Regional de Medicina (CREMERJ). No acompanhamento dos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte esta entidade teve uma de suas mais destacadas atuações a nível nacional.

Com a proximidade da votação da Seção da Saúde pela Plenária da Constituinte, o CREMERJ se transformou no centro mobilizador do movimento nacional em defesa das diretrizes da VIII Conferência Nacional de Saúde e lançou boletins, cartazes e um manifesto - em defesa da proposta da Reforma Sanitária - assinado pelos governadores, secretários de saúde, Prefeito do Rio de Janeiro e centenas de entidades do setor de saúde.

Destacamos que, posteriormente à aprovação da Constituição Nacional e dentro dos esforços por levar a questão da saúde à sociedade, a Plenária Estadual de Saúde - convocada pelo

CREMERJ em outubro de 1988 - reuniu cerca de sessenta entidades da sociedade civil para discutir a Constituinte Estadual.

Volta à tona o importante papel de mobilização política que desempenhou o Conselho ao liderar as lutas pela reforma do sistema de saúde. Não obstante, a nossa impressão é a de que, da mesma forma que na discussão sobre a Ética Médica, isto acontece sem que possamos registrar uma mobilização importante da categoria na definição da Constituição Estadual.

No entanto, apesar da ausência de adesão substantiva da categoria - à qual interessava muito pouco os princípios que guiaram à Reforma Sanitária - a proposta encaminhada pelas entidades à Constituinte foi essencialmente a mesma da sub-comissão de saúde da Câmara, na qual tinham assento o movimento sanitário e as organizações do movimento social em saúde.

Finalmente, já em 1989, durante a Plenária Estadual de Saúde, foi elaborada para a Constituinte Estadual uma proposta de anteprojeto relativa ao setor pela SOMERJ, juntamente com outras entidades de saúde, Sindicatos e Associações de Moradores.

Em linhas gerais, o anteprojeto defendia a criação do Sistema Estadual de Saúde vinculado ao Sistema Único de Saúde. Neste propunha-se: a "municipalização" dos recursos; o financiamento da seguridade social através do orçamento do Estado, da União, dos Municípios e de outras fontes; a participação de entidades representativas nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, de usuários e profissionais de saúde nas decisões sobre o sistema .

De maneira geral, o papel do movimento médico no processo constituinte estadual foi bastante progressista - sem que existissem aspectos polêmicos de envergadura no interior das entidades médicas - e o CREMERJ foi o porta-voz na articulação do movimento social em saúde, como um todo, no Estado do Rio de Janeiro.

De qualquer maneira, para não dar lugar a confusões, enfatizamos que, ainda que o projeto tenha sido aprovado pela constituinte, toda esta atividade política do Conselho teve uma repercussão relativa no conjunto da categoria médica, devido ao desinteresse dos médicos pelas questões políticas mais amplas.

### *As Greves e o Corporativismo Médico*

No período pós 85 percebe-se um crescimento desmedido de reivindicações econômico-corporativas da categoria médica em relação aos períodos anteriores. De fato, registrou-se no final da década uma mudança nessa categoria: da atuação política de oposição ao regime militar - que acompanhou as greves realizadas na década de 70 - à entrada da década de 80 cresceram as greves que reivindicavam exclusivamente aumentos de salários e melhores condições de trabalho.

A expectativa inicial com a "Nova República" não demorou a se desfazer e, junto com esta, as reivindicações por melhores salários, condições de trabalho, redução de carga horária, etc., começaram a ocupar um lugar principal no seio da categoria. A greve dos funcionários do Ministério de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, em 1985, reivindicava 80% de reposição salarial, a efetivação do pessoal das Campanhas Nacionais (Tuberculose, Câncer e Saúde Mental) e a redução da carga horária de 40 para 30 horas semanais.

Em 1986 e 1987 a greve dos médicos previdenciários exigia um aumento de salários e a elaboração de um Plano de Cargos e Salários. Nesses mesmos anos, no interior do Estado do Rio, assim como em outros Estados do país, sucederam-se também movimentos grevistas.

Dentre as lutas salariais travadas pela categoria, destacou-se, sem dúvida, a greve de 162 dias dos funcionários municipais, a qual gerou uma crise sem precedentes na assistência à saúde na cidade do Rio de Janeiro. Inicialmente decidida durante o VII Encontro Nacional de Entidades Médicas, o "Dia Nacional de Luta" (22/09/88) teve a participação de todos os previdenciários e profissionais de saúde federais, estaduais e municipais.

As reivindicações dos médicos foram: a isonomia salarial com o INAMPS; implantação imediata da tabela de honorários médicos da AMB para hospitais conveniados e para o INAMPS; elaboração de Plano de Cargos, Carreiras e Salários unificado nacionalmente; mudança da legislação do trabalho médico, com definição de piso salarial.

Dentre os participantes no Dia Nacional de Luta, apenas continuaram em greve os médicos previdenciários e os profissionais municipais. A greve só finalizou em março de 1989 porque a prefeitura havia cancelado o pagamento de todo o funcionalismo municipal.

O Sindicato destacou-se na condução das greves, o que ajudou a redefinir seu papel principal no setor com ênfase no exercício da representação dos interesses trabalhistas da categoria, mais do que na representação política e também trabalhista que caracterizara a atuação do SINMED na década anterior.

Durante a greve acima mencionada, o CREMERJ foi a única entidade que se posicionou claramente ao lado da população e contra a greve. Garantiu um mínimo de atendimento por parte da categoria e liderou a luta para exigir providências das autoridades.

As greves dos médicos, sem solução de continuidade, foram criando uma situação de desproteção da população que se arrastou durante meses. Como não existisse nenhuma forma de planejamento para que alguns serviços prestassem atendimento, ainda que emergenciais ou provisórios, a população atribuía à categoria médica a culpabilidade do completo abandono em que se encontrava o setor público da saúde.

As entidades médicas, se bem que defendessem a greve, apoiaram também as demandas do movimento popular em saúde e da população em geral, atribuindo os problemas de atendimento ao governo. Por último, a categoria médica levou a greve até o esgotamento e esta forma de resistência à situação de deterioração salarial e das condições de trabalho dos médicos empregados no setor público da saúde perdeu efetividade.

O posicionamento de responsabilidade civil assumido pelo CREMERJ na greve possibilitou novamente uma reunificação entre as entidades médicas e as entidades do movimento popular em saúde, o que se evidenciou na participação conjunta na Plenária Estadual de Saúde e na mobilização popular que se denominou "Marcha pela Saúde", da qual participaram grande quantidade de entidades da sociedade, como também a SOMERJ, a Confederação Nacional dos Médicos, a Federação Nacional dos Médicos e o SINMED do Rio de Janeiro e de Niterói.

Independentemente da justeza ou não das reivindicações torna-se necessário assinalar que esta greve provocou a maior crise de atendimento do setor público. Foram meses em que as filas, as mortes por falta de atendimento e a insensibilidade com o sofrimento humano foram a tônica que marcaram a atuação da categoria médica noticiada incansavelmente pela imprensa local. Como desdobramento desta situação, o que ocorreu foi um notável desprestígio dos médicos, preocupados muito mais com a defesa de seus interesses do que com as conseqüências das greves.

Outro fato que demonstra choques entre a categoria e a população no período foi a determinação do Instituto Nacional do Ministério da Previdência Social (INPS) de transferir médicos de diferentes unidades hospitalares de bairros residenciais de classe média e alta para o Hospital da Posse de Nova Iguaçu, localizado em uma das regiões mais pobres da periferia da Cidade do Rio de Janeiro.

Tratava-se da questão referente a médicos concursados para o Hospital da Posse, mas que conseguiram ser alocados nos hospitais melhores situados do município devido a influências políticas. Houve reação à decisão por parte da categoria e das entidades médicas, principalmente o SINMED, as quais protegeram os médicos que se recusavam à transferência; conseguiram influenciar a decisão do Ministério da Previdência, o qual acabou concordando em chamar médicos aprovados em outros concursos ainda em vigor.

Neste período também aumentou, aparentemente, a preocupação da categoria com a desconfiança da população em relação aos médicos, enfatizando-se a necessidade de recuperar a credibilidade perdida. Mas, para a categoria, essa desconfiança se devia à culpa sempre creditada aos médicos por erros que na realidade seriam causados pelas deficiências do sistema do saúde. Poucas vezes os médicos aceitaram a responsabilidade pela situação<sup>6</sup>.

Acredito que isto tenha ocorrido porque havia uma compreensão confusa, que permeava a categoria, a respeito da diferença entre condições de trabalho e exercício da medicina. Ou seja, na medida que não se distinguia o fato de ser assalariado - questão que tem a ver com a inserção laboral -, do exercício da prática médica independente da condição de assalariamento e inerente ao profissional médico - lidar com o ser humano doente -, também

---

<sup>6</sup> Como exemplo há um editorial do *Edição Médica*, onde a situação da medicina no Estado do Rio é criticada. Segundo o editorial, as lutas do movimento médico teriam conquistado importantes avanços salariais, mas com poucos reflexos na maioria do atendimento médico, o que tirava sua respeitabilidade até para "reivindicar melhores salários e condições de trabalho". Acrescenta que: "...é crescente o número daqueles que compreendem que sem o resgate da respeitabilidade do médico perante a sociedade em geral, qualquer movimento médico cairá no vazio". *Edição Médica*. R.J.: No.70, 1988, p.

não se conseguia separar quais responsabilidades cabiam ao Estado quanto ao atendimento hospitalar e quais ao profissional médico.

### ***As Transformações no Mercado de Trabalho: Os Convênios com o Setor Privado e o Credenciamento Médico***

Importantes transformações ocorreram no mercado de trabalho médico a partir da segunda metade da década de 80. A deterioração visível que apresentou o setor público da saúde pela falta de recursos para a manutenção das instalações e para o pagamento dos profissionais de saúde evidenciou-se na diminuição de leitos hospitalares: de 4,28 leitos/1000 habitantes em 1980 caiu para 3.72 em 1989, tendo havido, no período, a expansão de leitos no setor privado (+4,68%) enquanto ocorreu decréscimo no setor público (-2,61%) (BUSS, 1994).

De fato, o atendimento no setor público implicou num incremento dos riscos ao se submeter o paciente a intervenções médicas. Esta situação foi muito bem aproveitada pelos seguros privados que cresceram significativamente no período. Ou seja, quem tinha disponibilidade de recursos passava a adquirir um seguro privado de saúde, ficando o atendimento público para aquela parcela da população que não tinha condições de efetuar gastos em saúde, estreitando ainda mais o círculo da pobreza.

Com o crescimento recente dos convênios privados de assistência à saúde - os seguros de saúde no Brasil - e a concomitante decadência da assistência pública, o trabalho por credenciamento tomou importância singular para a categoria, sendo mesmo fonte exclusiva de renda de grande parte dela.

O credenciamento médico é uma modalidade específica de contrato entre os médicos e seguros privados, hospitais ou outros de atendimento. Através deste, a parte empregadora credencia (habilita) médicos para o atendimento, sem se comprometer a derivar pacientes nem a pagar salários, mas inclui o médico na lista dos que integram a empresa. O paciente escolhe dentro desta listagem e a empresa lhe fornece tickets para o pagamento da consultam, que são trocados pelo médico segundo tabela de honorários previamente estabelecida pela empresa. Isso explica a atenção dada pelas entidades a essa questão e a preocupação em estabelecer critérios que

garantissem direitos a essa parcela dos médicos, principalmente tendo em vista a não exploração do trabalho médico.

As entidades reconheceram<sup>7</sup> que o credenciamento vinha sendo utilizado muitas vezes como forma de sub-emprego aplicado de diferentes maneiras, tanto no setor privado quanto no próprio setor público. Assim, procuraram estabelecer critérios que melhorassem essa relação de trabalho para a categoria e a principal proposta foi a de que o credenciamento deveria ser universal. Além disso, determinaram que fosse feito exclusivamente nos consultórios particulares e de nenhuma forma no sistema público, onde o ingresso deveria ser apenas por concurso.

O credenciamento universal, nesse sentido, viria como forma de prestação de serviço relativamente autônoma, já que os médicos não seriam obrigados a se filiar aos convênios - podendo atender pacientes de diferentes convênios -, os quais sem dúvida os assalariavam e indiretamente os impediam de "escolher" pacientes e, ao mesmo tempo, não exigia nenhum tipo de controle sobre a formação do médico.

Esse posicionamento representou uma visão estritamente liberal da forma como deveria ser exercida a prática médica. Ademais, a nosso ver, é uma situação contraditória com o reconhecimento, pela própria categoria, do baixo nível de formação acadêmica, uma vez que não exigindo concurso, requereria um outro controle sobre o exercício do profissional.

Manteve-se, nessas discussões, a proposta de que a modalidade de pagamento aos credenciados fosse feita com base sempre na tabela de honorários médicos da AMB e desvinculado das contas dos hospitais. Como era de se esperar, boa parte das Empresas de Medicina de Grupo ignorou a tabela, o que resultou em várias greves por parte dos médicos conveniados. O Sindicato procurou então conscientizar os médicos da rede particular de seus direitos, promovendo encontros com esse setor da categoria. Esta luta ampliou consideravelmente o alcance do SINMED.

A preocupação das entidades com essa vasta parcela da categoria inserida no setor privado demonstra, por um lado, a diferença com períodos anteriores, em que não eram consideradas

---

<sup>7</sup> VI Encontro Nacional de Entidades Médicas realizado em 1987.

Por outro lado, cabe ressaltar as mudanças ocorridas na prática "liberal", onde o mercado passou a ser cada vez mais dependente dos convênios com empresas. Em verdade, essa mudança seria apenas, a nosso ver, parte do processo de aniquilamento da prática liberal, mascarado pela utilização dos convênios, indicando a forma latente com a qual se apresentava a ideologia liberal entre os profissionais médicos.

### **A Ideologia Neo-Liberal**

O Movimento médico pós-83 mostrou como as entidades médicas voltaram a cuidar mais dos seus problemas corporativos, solidificando uma nova ideologia, a partir da proposta de engajamento num projeto reformador da saúde.

O visível descenso do Sindicato dos Médicos - enquanto entidade que se fortaleceu com o REME e dirigiu importantes lutas da categoria - ao voltar-se para problemas especificamente corporativos foi um dos indicativos.

A prioridade dada pelo REME ao processo de democratização do país, ao projeto reformador na saúde e ao assalariamento médico, junto a um certo abandono dos problemas específicos que urgiam para a categoria médica, pode ter significado a abertura de espaço suficiente para o aparecimento de uma nova corrente política no seio do movimento médico, chamada por CAMPOS (1986) de neo-liberais, que privilegiavam, ao contrário, as questões específicas da categoria.

Este fenômeno poderia ser explicado pelo fato de não ter existido uma preocupação mais específica do REME, com questões que faziam parte do dia a dia do exercício da prática médica e que mobilizavam a categoria, principalmente a questão salarial. De fato, esta

questão estava embutida nas demandas políticas mais amplas de democratização do país porque se entendia que era a via para mudar a situação profissional dos médicos.

Mas a ideologia liberal hoje não é mais a ideologia tradicional, que se opõe à presença do estado na prestação da assistência à saúde, que nega o assalariamento como forma anti-ética do exercício profissional e que usa essa ética como forma de relacionamento primordial tanto entre os próprios médicos quanto com a sociedade em geral.

Fruto das transformações ocorridas no setor saúde principalmente nas décadas de 60 e 70, essa ideologia passou a conviver com a heterogeneidade na inserção dos profissionais médicos no mercado de trabalho, cada vez mais de forma independente de sua própria vontade.

A inserção massiva dos médicos nos serviços de saúde, fossem eles públicos ou privados, determinou que os profissionais médicos não mais respondessem a uma conduta decidida entre eles próprios, mas que esta fosse definitivamente intermediada por outra - a da organização hospitalar que o empregava. Tornava-se necessário, portanto, reavaliar essa conduta, no sentido de responder à heterogeneidade e não perder o que, a nosso ver, é a base da unidade da profissão, ou seja, a legitimidade, imputada pela sociedade ao trabalho do médico no enfrentamento da enfermidade, importância essa que lhe dá prestígio e lugar diferenciado na hierarquia social.

As novas formas de inserção profissional contribuíram para o surgimento de três tipos diversos de ideologia na década de 70. Segundo DONANGELO (1975), seriam elas a ideologia liberal, a empresarial e a "estatizante". Estas enfrentavam conflitos, em última instância, resolvidos no âmbito da Ética Médica.

No entanto, o acirramento das contradições entre os diferentes interesses, desnudava mais uma vez a fragilidade do pacto firmado sobre a ética - aqueles "princípios" da medicina que guiam o exercício da prática médica. As diferenças ficaram evidentes principalmente a partir da reorganização do movimento médico, na segunda metade da década de 70, com a entrada do REME na cena política.

Ao defender a prestação dos serviços de saúde pelo Estado e condenar a sua mercantilização, o REME fez também uma opção clara pela transformação da assistência à saúde em benefício da maioria da população e assumiu claramente a defesa dos assalariados médicos.

Representava, portanto, uma diferenciação explícita tanto em relação aos liberais tradicionais quanto aos empresários médicos. A proposta empreendida pelo REME tomou corpo com a conquista, no período 79 a 83, de inúmeras entidades brasileiras.

A resposta a esse crescimento não tardou em se articular. Ainda em 1980 começou a se organizar uma terceira corrente política que visava, a nosso ver, reorganizar a unidade cindida da categoria médica, então baseada na representação quase exclusiva dos médicos assalariados. A divisão da categoria punha em risco a posição da profissão médica, ameaçando-a de vir a ser uma profissão 'como outra qualquer'.

Essa nova corrente, chamada por CAMPOS (1986) de neo-liberais, adotou o que o autor chama de "*sincretismo político*", no sentido de aliar interesses tanto dos liberais quanto do REME. Propunha-se defender tanto os médicos liberais quanto os assalariados; assumia que a categoria tinha se afastado dos centros de poder e que necessitava unir-se à população para exigir do governo uma política de saúde em benefício de todos.

Por outro lado, centrava o foco de suas acusações ao governo no INAMPS, cujos planos de saúde visavam, para os neo-liberais, apenas administrar recursos escassos e adequar a saúde às suas disponibilidades financeiras. Para atingir seu objetivo, não titubeava em aliar-se aos hospitais privados contratados pela Previdência Social e propor-lhes uma aliança com os próprios médicos credenciados.

Dessa forma, os neo-liberais visavam a "unidade" dos médicos e realmente se entendiam enquanto representantes de toda a categoria, ao procurar responder com as propostas de atuação os anseios dos profissionais em suas diferentes formas de inserção no mercado.

No entanto, como afirma o autor acima mencionado, privilegiavam efetivamente a autonomia do trabalho médico. Segundo CAMPOS (1986) os neo-liberais propunham uma terceira via que combinasse propriedade privada, exercício autônomo e intervenção do estado baseada, principalmente, na assistência previdenciária - esta enquanto produtora direta de serviços e financiadora, via credenciamento, de médicos particulares - e no cooperativismo médico. Criticavam, contudo, a lucratividade desmedida no setor, procurando com isso uma via que aliasse a prática liberal às necessidades de atendimento da população carente.

Apesar desta nova corrente ter surgido em São Paulo, no ano de 1980, com o apoio principal neste estado e no Rio Grande do Sul, parece ter influenciado em uma mudança de qualidade, também, no movimento como um todo. No Rio de Janeiro teve uma influência expressiva apesar do REME ser hegemônico. Esta mudança de curso se iniciou com as eleições realizadas na Associação Médica Brasileira (AMB) em que o REME perdeu para a chapa denominada "Nova AMB", presidida por Nelson Proença e identificada com a mencionada corrente.

Em verdade, o que esta "nova proposta" no seio da corporação estava marcando era a retomada dos valores tradicionais da profissão médica, adequando-os às circunstâncias políticas que atravessava o setor da saúde e os profissionais médicos nos anos 80. Neste sentido, não se tratava exatamente de uma proposta política de cunho neo-liberal para o setor da saúde, tal como era entendida pelas correntes e escolas econômicas do neo-liberalismo, uma vez que carecia de definição alternativa à Reforma Sanitária para a organização do setor, além de não assumir a sua defesa. No entanto, colaborou, em grande medida, na retirada da adesão à Reforma que a corporação médica manifestava em épocas anteriores.

A proposta dos neo-liberais tomou ímpeto e, certamente, onde não conquistou diretamente as entidades, influenciou bastante suas diretrizes. À entrada dos neo-liberais na Associação Médica Brasileira em 1983 - vencendo o então hegemônico REME - correspondeu o descenso deste.

Não estamos afirmando que os neo-liberais tenham sido os responsáveis diretos por essa queda. As mudanças conjunturais na cena política nacional e de saúde, junto às transformações que se operaram no próprio mercado de trabalho médico com o crescimento dos convênios e seguros privados de saúde e a deterioração do setor público, se refletiram em uma desmobilização política do movimento médico.

Assim, o REME não conseguiu enfrentar a proposta neo-liberal no que de mais importante ela oferecia para a categoria, ou seja, a recuperação do ideário médico: por um lado, a possibilidade de manutenção do exercício liberal como principal objetivo dos médicos, mesmo que concomitante à outras formas de inserção como o assalariamento, e, por outro lado, a "autonomia" do trabalho médico, na medida que a possibilidade de reversão da doença e promoção da saúde permanecia, em última instância, sob posse do médico. Mesmo que o

REME não se opusesse diretamente à prática liberal da medicina, via o assalariamento médico como definitivo.

O reordenamento da ideologia médica no que chamaríamos de uma "nova ideologia liberal" era, no entanto, mais extenso que aquele que foi proposto pelos neo-liberais explicitou. Ela era extensa no sentido de que recriava, com nova roupagem, antigos valores e buscava o apoio do conjunto da categoria independente de sua inserção no mercado de trabalho.

A preocupação com a autonomia não se restringia, para esta corrente, exclusivamente a uma questão ética, mas implicava também a garantia de que os médicos não estivessem condenados ao assalariamento, podendo procurar formas de múltipla inserção no mercado - que em realidade encobriam o assalariamento, como já discutimos oportunamente - e que, aliás, foi o praticado pelos médicos nos últimos anos. Ou seja, a autonomia não significaria somente a possibilidade de realização profissional dos médicos, em um plano simbólico da prática médica, mas também uma maneira de manutenção da renda ou possibilidade de incrementá-la.

Por outro lado, a manutenção do ideário de "posse" sobre a doença ratificava, ao revés, a manutenção de uma posição predominante nas instituições de saúde junto a um lugar privilegiado na hierarquia social, servindo como aval ao exercício "autônomo", tanto para manter os ingressos quanto para se desvencilhar de possíveis controles.

Finalmente, acredito que a ideologia liberal tenha penetrado no movimento médico não só pelas questões acima apontadas, mas por ter sido também constitutiva dos médicos enquanto corporação.

O nascimento da prática médica está associado ao indivíduo possuidor do conhecimento especializado que é exercido no começo da carreira de maneira individual, independente das instituições médicas, as quais só apresentam um caráter de congregação e de formador, onde a autoridade médica é o próprio médico.

Assim, desde a formalização do ensino médico universitário, denomina-se o profissional médico egresso das faculdades de medicina como profissional liberal. Embora esta denominação seja compartilhada com outras profissões que denotam a posse de um saber altamente especializado, no caso da medicina o exercício liberal norteia a atividade médica como referência principal.

Ainda que profundas transformações tenham se produzido no transcorrer de, aproximadamente, um século no exercício da prática médica e que hoje ainda nos deparemos com um "modelo médico hegemônico", baseado no assalariamento sob formas mais ou menos sofisticadas de exploração capitalista de "produção" e "consumo" de serviços de saúde, o "imaginário" individual e social da categoria remete ao ideário médico que sustentou o nascimento da medicina. O ideário médico se recria dia a dia na relação médico-paciente, com o caráter individual e o intransferível eixo do exercício da prática médica.

Segundo SCHRAIBER (1992:73) a autonomia médica tem razão de ser na medida que tanto o diagnóstico da patologia como o tratamento residem no julgamento do médico, na capacidade que este venha a ter de desvelar a doença:

*Qualifica-se, então, também por esta via, a prática médica como prática fundada na competência pessoal do médico para desenvolver tal senso de particularização e exercitar sua subjetividade, estabelecendo inclusive as próprias regras de decisão e os limites de sua intervenção, ou de auto-regulação. Para um tal exercício, carregado de tantos e tão complexos requerimentos, não poderia ser outra a forma de desempenho, por necessidade de adequação do médico a seu ato de prática, que não aquela realizada por meio de sua inserção autônoma, quando então disporá o médico de amplas condições de adquirir e exercer sua experiência clínica individual.*

Independentemente da adequação, ou não, desta ideologia ao exercício da prática médica, em nossos dias ela é completamente vigente na maneira como o próprio médico enxerga a sua prática profissional, atualizando-a desta forma em cada ato de intervenção médica.

Desta maneira, o ideário liberal aflora sob traduções atualizadas que compatibilizam o imaginário social do médico com as circunstâncias concretas que atravessam o exercício da prática médica, precisamente no momento em que a categoria sente-se ameaçada de perder aquilo que já perdeu na década de 70 com o assalariamento médico, mas que persiste no "imaginário" médico: o lugar privilegiado que este ocupava na sociedade.

Para finalizar a análise deste período, o quadro a seguir sintetiza os dados principais que foram acima considerados. Ver **Quadro XII**:

Quadro XII - Etapa de Despolitização das Entidades e das Demandas 1986-1990

Principais Características do Período	Composição Movimento Médico	Principais Bandeiras de Luta	Formas de Atuação	Forças e Instituições de Oposição
Fracasso Plano Cruzado	AMB	Isonomia Salarial	Greves do Setor Público	Movimento Sanitário
Crise Política da Nova República	SINMED	Diminuição da Jornada de Trabalho	Encontros Entidades Médicas	Movimento Popular Brasileiro
Crescimento da Inflação	SOMERJ	Exercício Liberal	Congressos e Seminários	Partido dos Trabalhadores
Retrocesso Político Reformista	CREMERJ	Melhores Condições de Trabalho	Greves do Setor Privado	Partido Comunista do Brasil
Collor eleito Presidente	SCMERJ		Publicações das Entidades Médicas	Partido Democrático Trabalhista
Reedição do Autoritarismo Político	UNIMEDs		Reforma Código de Ética Médica	Partido Socialista Democrático do Brasil
				População

## CONCLUSÕES

A primeira questão que queremos salientar após o estudo da atuação histórica das entidades médicas é a respeito da denominação de **movimento médico**. Na medida que nosso interesse está focalizado nas políticas de saúde e, especificamente, no processo de formulação e implementação da Reforma Sanitária, temos constatado o papel singular que as entidades médicas têm desenvolvido em relação às mesmas.

Assim como o movimento popular em saúde, o movimento médico possui um papel político decisivo no setor da saúde. Mesmo que se trate de dois tipos de movimentos diferenciados quanto às bases sociais, às formas de inserções na política e aos interesses - enquanto o primeiro reivindica serviços de saúde o segundo se relaciona com a reprodução da força de trabalho - ambos conformam o movimento social em saúde. A sua trajetória mostra como a política de saúde foi o alvo e o objetivo da atuação das entidades médicas, ainda quando mediatizada por reivindicações econômico-corporativas que dizem respeito ao papel, indiscutivelmente diferenciado, dos médicos no sistema de saúde.

Embora sejam, ao mesmo tempo, em sua maioria assalariados do setor público/privado da saúde que alternam com outras formas de inserção laboral, conformam uma corporação que mantém regras de pertencimento e solidariedade profissional fortemente orgânicas. Trata-se, no entanto, de uma corporação bastante peculiar que tem tido, ao longo das décadas de 70 e 80, diferentes modalidades de atuação política e de representação de interesses, mas sempre referenciadas ao exercício da prática médica e à maneira pela qual determinado contexto político, social e econômico afeta a prática médica.

Enquanto o período da transição à democracia dos finais da década de 70 foi marcado pela oposição política ao regime autoritário através de uma modalidade eminentemente plural da representação dos interesses da corporação médica, a década de 80 apresenta traços singulares da atuação política da categoria.

No período da construção da institucionalidade democrática houve uma fragmentação do movimento enquanto tal, na medida que as diferenças na inserção profissional dos médicos no mercado de trabalho se aprofundaram com o crescimento dos seguros privados de saúde e que

se agravou a crise do setor público, além de ter tomado corpo, para a categoria, a revitalização do ideário liberal.

Desta maneira, a diversidade dos interesses médicos passa a se exprimir - diferentemente do período anterior no qual as entidades médicas e principalmente o SINMED representavam a categoria enquanto assalariados - segundo a particular inserção dos médicos no mercado de trabalho.

Pode-se observar, em conseqüência, a ausência de uma atuação política unívoca da corporação concomitante ao crescimento da modalidade corporativa não institucionalizada de representação de interesses das entidades médicas. Ao mesmo tempo, observa-se que a relação entre a inserção profissional e as modalidades de representação de interesses no seio da categoria reflete, no caso dos assalariados e dos profissionais liberais, uma mudança da representação plural para a corporativa, enquanto nas outras modalidades de inserção profissional, na medida que passam a se constituir em oposição política, adquirem uma forma de representação plural de interesses.

O tratamento das questões que dizem respeito à ética médica, às políticas de saúde, às greves médicas, às transformações no mercado de trabalho e à ideologia neo-liberal, consideradas a propósito da trajetória histórica do movimento médico na construção da democracia, evidenciam as mudanças que se operaram na atuação das entidades médicas, assim como na categoria como um todo.

Tais mudanças propiciaram uma cisão nas entidades médicas, assumindo o CREMERJ um papel predominantemente político em relação ao processo do setor saúde, enquanto o SINMED passou a atuar exclusivamente como órgão sindical, liderando as greves econômico-corporativas da categoria e abandonando o rol político desempenhado durante a transição à democracia.

De outra parte, observamos em relação à categoria tanto transformações na inserção profissional dos médicos no mercado de trabalho quanto uma forte penetração da ideologia neo-liberal e um distanciamento da mobilização política característica da década de 70.

Para finalizar a discussão deste capítulo sobre o movimento popular em saúde e o movimento médico, caberia incorporar algumas reflexões teóricas a respeito dos movimentos sociais. Considerar a atuação destes atores sociais em termos de movimento social com relação às

políticas de saúde no processo de transição e construção da democracia, coloca-nos perante a necessidade de distinguir melhor os conceitos de ator social, de sujeito político e de indivíduo.

Entendo por atores sociais uma categoria social com organização própria e expressão política. Neste sentido atores sociais podem ou não ser sujeitos políticos. Constituem-se em sujeitos quando adquirem uma identidade política construída com o desenvolvimento de uma prática política e na inter-relação com outras forças políticas.

Neste sentido, os movimentos sociais, da maneira como eles têm sido entendidos no Brasil - mais referenciados aos movimentos populares das periferias dos grandes centros industriais - constituem-se em sujeitos políticos na relação com o Estado. Na medida que eles reivindicam saúde, moradia, educação, melhores condições de vida perante o Estado e são interpelados tanto pela presença quanto pela omissão do mesmo na satisfação das necessidades da população, é precisamente nessa prática política que os movimentos passam a conformar uma identidade e a se constituir em sujeitos políticos. Mas não se poderia dizer que estes movimentos são atores sociais na medida que sua base social é heterogênea e carece de organização e de expressão política duradoura e institucionalizada.

Se considerarmos, porém, o movimento médico, veremos que ele é um ator social na medida que constitui uma categoria social com organização e expressão política. Conforme afirmamos acima, os atores podem ou não ser sujeitos políticos e isto tem acontecido com o movimento médico em alguns momentos da história das políticas de saúde. Como atores sociais eles se guiam pelo pertencimento à corporação, mas como sujeitos políticos sua atuação não é dada, ela se conforma no exercício da política.

Assim, na década de 70, os médicos constituíram um movimento que teve uma atuação política contra-hegemônica em relação à política de saúde dominante, o que se explica pela própria conformação do setor baseada na privatização apoiada em complexos hospitalares, no assalariamento, na especialização médica e na incorporação maciça de tecnologia.

Todas estas mudanças no exercício da profissão afetaram profundamente a autonomia do trabalho médico, levando a categoria e suas entidades a se mobilizarem politicamente na oposição ao regime militar. Esta situação foi alterada por profundas mudanças e com elas também a atuação, tanto dos médicos como de suas entidades.

Feita a distinção entre atores sociais e sujeitos políticos cabe nos referirmos aos indivíduos. Os indivíduos se constituem em sujeitos pelo reconhecimento da alteridade, tal como assinalamos no primeiro capítulo deste trabalho, e até poderiam, enquanto sujeitos políticos individuais, exercer a representação de grupos ou classes sociais. Neste sentido, o surgimento, às vezes, de um indivíduo, compreendido enquanto **sujeito político único**, com uma proposta política decisiva e em um lugar político decisório pode ser o catalisador de um profundo processo de mudanças sociais, mas também não suficiente se sujeitos políticos não se constituem na sociedade para o encaminhamento destas mudanças.

Em um outro sentido é necessário resgatar os indivíduos na política, porque as sociedades são compostas de indivíduos que têm necessidades, anseios, desejos, intenções, gostos. Este resgate da individualidade significa recuperar, no âmbito da sociologia e da política, a categoria de indivíduo e, principalmente, recuperar o papel dos indivíduos nas atuais democracias. Não no sentido do individualismo possessivo, como dizia MC PHERSON (1979), e liberal, e sim no sentido do homem, do valor essencial à humanidade.

**PARTE III**

**CAPÍTULO VI**

---

# **OS MOVIMENTOS SOCIAIS EM SAÚDE E A POLÍTICA DE SAÚDE - DINÂMICA DO PROCESSO NA DÉCADA DE 90**

## **O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA REFORMA SANITÁRIA**

Este capítulo vai retomar, como questão central, as políticas de saúde no processo de construção da democracia, mas em um plano de análise diverso daquele considerado na primeira parte do trabalho. A discussão então empreendida possibilitou delimitar teoricamente o campo da democracia e, dentro deste, a capacidade dos sistemas políticos democráticos para assimilar processos de reformas políticas. Neste sentido, colocamos no centro da discussão a Reforma Sanitária Brasileira.

Da ênfase teórica que demos ao tratamento da mesma, passaremos agora a nos ocupar com a sua dinâmica, com aqueles aspectos escorregadios que se evidenciam nos percalços do processo da implementação das políticas de saúde, procurando mostrar que para a efetivação da Reforma Sanitária é necessária a continuidade e o aprofundamento do processo democrático. Consideramos que regimes de exclusão social e de cunho autoritário dificilmente poderiam assimilar um processo de reformas desta natureza.

Neste sentido, a incorporação de direitos sociais levou à incorporação de reformas estruturais no âmbito da economia e do estado nas modernas democracias políticas. Sob esse ponto de vista poderíamos afirmar que tem havido uma luta continuada entre o governo e as forças políticas e sociais que entendem a Reforma Sanitária como o único caminho possível para a democratização da saúde e de seu usufruto pelo conjunto da sociedade - especialmente pelas camadas pobres e despossuídas da população. Esta primeira seção ocupará-se de delimitar até onde se avançou no estabelecimento dos procedimentos legais previstos constitucionalmente para o setor saúde e qual o estado da arte até os finais de 1993.

O avanço na implementação do novo sistema de saúde tem sido difícil desde a regulamentação do arcabouço jurídico-institucional da Reforma Sanitária - estabelecido na Constituição Nacional em 1988 - até os nossos dias.

O último ano e meio do Governo Sarney caracterizou-se por uma grande deterioração política e por um notável retrocesso na área de saúde com a saída de quadros políticos "reformistas" da Previdência Social. Em 1988, o desenvolvimento do SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde) viu-se seriamente abalado (ESCOREL, 1992) quando da demissão do presidente do INAMPS e de sua equipe - quadros do movimento sanitário - pela resistência oferecida por políticos "fisiologistas", pela burocracia do INAMPS e do Ministério da Saúde, assim como pela oposição do setor privado.

Embora a articulação destes interesses contrários à proposta não tenha conseguido se impor no processo constituinte, teve um papel decisivo na paralisação do processo de implementação das medidas reformadoras estabelecidas na Constituição.

O Governo Collor, que tomou posse em março de 1990, não demorou em evidenciar os dois aspectos marcantes da sua política: as tentativas neo-liberais para desmontar políticas sociais - dentre estas, particularmente, a mais estruturada que era a Reforma Sanitária - e os escândalos relacionados à corrupção generalizada em todos os escalões de governo.

Poder-se-ia afirmar que, à revelia da lei inscrita na Constituição, os avatares políticos do Governo Collor e do seu Ministro da Saúde atravessaram completamente o setor da saúde, afetando o andamento da política de saúde sem deixar margem nem lugar à dúvida quanto à existência da profunda relação entre Reforma Sanitária e Democracia.

Entendemos que o avanço na implementação da Reforma necessariamente requereria o aprofundamento do processo político democrático, considerando que esta previa um espaço considerável de participação social na gestão do sistema de saúde e pensando, particularmente, no processo de descentralização do sistema, o qual constituiu a coluna vertebral desse processo. Por sua vez, dado o caráter profundamente democrático da mesma, estabelecer-se-iam as bases de um importante aprendizado político para o exercício da democracia no percurso de sua execução.

Mas o governo, eleito como resultado do processo de democratização do país, não tinha a intenção de percorrer este caminho e, mais ainda, teve uma atuação de cunho autocrático mediante a qual, valendo-se dos artifícios de governo que tinha à mão - tais como decretos do poder executivo, normas operacionais, etc. - emperrou o andamento da Reforma Sanitária,

tolhendo-a profundamente uma vez que exercia o poder de veto perante os projetos apresentados pela articulação das forças democráticas. Cabe assinalar que alguns aspectos foram cumpridos, até porque era impossível para um governo constitucional governar à revelia da Constituição.

De uma parte, a orientação neo-liberal da política de governo foi de encontro a uma proposta de caráter reformista como a que tinha chegado a ser plasmada na Constituição. De outra, o exercício da política Collor reeditou o velho autoritarismo da política brasileira, marcada pelo clientelismo político e pela corrupção, devidamente incrementada a nível nacional, e no tradicional estilo dos políticos do Nordeste. Com essas atitudes, o governo Sarney foi amplamente superado, chegando a corrupção a constituir-se em ato habitual da prática de governo e da qual nenhuma área de política foi poupada.

Voltando à política de saúde, regulamentou-se primeiro, em 1988, a Reforma Sanitária na Constituição Nacional e, posteriormente, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais, nas quais se estabeleceram os princípios que norteariam o modelo de atenção e de organização dos serviços de saúde locais, segundo as diretrizes da Constituição. O sistema descentralizado de saúde visava, portanto, integrar um Sistema Único de Saúde com cobertura universal, integralidade das ações, descentralizado e com a participação da comunidade através dos conselhos locais de saúde.

Conforme mencionamos acima, o processo de legislação do setor não foi acompanhado pela efetivação da política, criando-se uma situação *sui generis*, como a de se ter conseguido plasmar apenas na Constituição o que deveria ser a política de saúde no país; desse modo, a Reforma Sanitária foi definida no plano legal, sem que isto revertesse em melhor atendimento, prevenção ou condições de saúde da população.

No ano e meio que transcorreu da aprovação da Constituição até a assunção do Governo Collor, deu-se prosseguimento, com enormes dificuldades, à descentralização da política de saúde. Esta se caracterizou pelo repasse aos Estados e Municípios dos serviços de saúde tal como previsto na proposta da Reforma Sanitária, aprovada na VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve prosseguimento através do Decreto que criou o SUDS, em 1987, e que foi

legislada posteriormente na Constituição Nacional, sob o nome de Sistema Único de Saúde (SUS).

De maneira geral, as unidades eram repassadas sem que existissem nos estados e municípios as condições gerenciais e/ou financeiras para sustentá-las. Os recursos eram repassados da esfera federal para as instâncias descentralizadas através de transferências negociadas por convênio, o que favorecia aqueles estados e municípios que, por seu tamanho e/ou poder de negociação política, tinham melhores condições de lidar com o governo federal. Pôde-se observar que, nas instâncias descentralizadas em que existiu por parte de governadores e prefeitos um compromisso político com a proposta, houve consideráveis avanços na implementação da política.

A maior dificuldade que experimentou o processo de municipalização em todos estes anos, nos dois governos que se sucederam, foi a do repasse dos recursos do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) - primeiro - e do Sistema Único de Saúde (SUS) - sancionado na Constituição - para os estados e municípios. À diminuição progressiva dos recursos da Previdência nas décadas de 80 e 90 e que se relacionam com o desequilíbrio estrutural e progressivo entre receitas e gastos, devido ao envelhecimento da pirâmide populacional e ao crescimento do mercado informal de trabalho, somou-se o desvio de recursos através de mecanismos políticos, contábeis e burocráticos que caracterizaram o financiamento do setor.

SANTOS (1992) constatou que, sendo o orçamento público destinado à saúde proveniente em grande medida do orçamento da seguridade social, este sempre se encontra restringido devido a que os recursos não são recolhidos ou são desviados de maneira ilegal e através de artifícios diversos:

- a em 1991 não foi recolhido o montante de 40% das contribuições das empresas por sonegação ou inadimplência;
- b No mesmo ano também não foi recolhida a contribuição de mais de 20 milhões de trabalhadores sem carteira de trabalho que emigraram da economia formal para a informal, devido à recessão;

- c Foram cobertas despesas do orçamento fiscal com recursos da Seguridade Social;
- d Em 1990, 22,1% do orçamento foi desviado para os Ministérios de Exército, Economia, Educação e até para o Governo do DF;
- e Em 1991, o Ministério da Economia reteve 75% da arrecadação do Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL) e das taxações sobre o lucro, componentes do orçamento da seguridade social, para cobrir outros gastos da União;
- f A inclusão, pelo Governo, de gastos que correspondiam ao orçamento de outros Ministérios nos 30% do orçamento da Seguridade destinado à saúde.

Se acrescentamos a isto a diminuição geral dos recursos para o setor, não se torna difícil imaginar as penúrias da Reforma Sanitária. Enquanto em 1988 o gasto em saúde correspondeu a 2.32% do PIB, em 1991 representava 1.51% do PIB<sup>1</sup>.

O processo de implementação da política de saúde é de grande complexidade e seus desdobramentos - avanços e retrocessos nos diversos planos: legislativo, institucional, orçamentário e gerencial do sistema de saúde - obedecem ao papel de oposição e enfrentamento ao governo Collor desempenhado pelas forças reformistas, assim como, às relações de forças resultantes do embate de um conjunto de forças políticas, dentre estas: os movimentos sociais em saúde, sindicatos, partidos políticos progressistas, intelectuais e acadêmicos da saúde, entidades médicas, técnicos pró-governamentais, setor hospitalar privado, seguros de saúde.

No terreno constitucional, a aprovação da Lei Orgânica da Saúde - Lei Federal 8080 de 19/9/90 - foi possível dada à articulação das forças políticas em prol da Reforma Sanitária, nucleadas na Plenária das Entidades de Saúde que, como analisamos em outra parte deste trabalho, teve um papel fundamental na aprovação do capítulo da saúde na Constituição Nacional.

---

<sup>1</sup> Porcentagens calculadas a partir dos dados obtidos in: *Conjuntura e Saúde*, Quadro I - Gastos Sociais do Governo Federal. Rio de Janeiro: NUPES, Ag/1992, p.6.

Esta Lei regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), na qual ocupa lugar de destaque a participação social, exercida através das Conferências Nacionais de Saúde e dos Conselhos. Mas logo depois de sua aprovação foi vetada pelo Presidente da República, precisamente nos tópicos referentes à participação social (Conferências e Conselhos), à formulação de um Plano de Carreira, Cargos e Salários para o pessoal do SUS, à transferência automática dos recursos da saúde para os Estados e Municípios e por último os artigos referidos à reestruturação do Ministério da Saúde no que diz respeito à extinção e descentralização do Instituto Nacional do Ministério da Previdência Social (INAMPS), Superintendência de Campanhas (SUCAM) e Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP).

Perante o veto do Presidente novamente a pressão e a articulação da Plenária se fez presente, conseguindo do Congresso a apresentação de novo projeto de lei, que foi aprovado em 28/12/90. A nova Lei - número 8142 - sancionada na mesma data de aprovação do projeto, dispôs sobre a realização das Conferências e Conselhos de Saúde e sobre as transferências automáticas para Estados e Municípios, tornando obrigatório: a criação dos Conselhos Estaduais/Municipais de Saúde e Fundos de Saúde; a programação e orçamentação; o relatório da gestão local; a contrapartida orçamentária de 10% e a formação de uma comissão para a elaboração de planos de carreira, cargos e salários.

A resposta do governo não demorou a se apresentar. Em janeiro de 1991 estabeleceu-se a Norma Operacional Básica Nº 1, do Ministério da Saúde, equivalente a um decreto de Poder Executivo, que definiu os critérios de repasse de recursos para Estados e Municípios.

Ao contrário do que pregava a Constituição, criou-se um complexo sistema de financiamento com base na produção dos serviços e com igualdade dos pagamentos para diferentes prestadores. A Norma reeditou antigos procedimentos que favoreceram a corrupção no interior do setor, especificamente no INAMPS<sup>2</sup>, já que este continuava a ser o principal gestor dos recursos, mantendo-se a modalidade tradicional de pagamento dos mesmos, ou seja, por serviços.

---

<sup>2</sup> Um dos últimos atos do governo Sarney foi um decreto transferindo o INAMPS para o Ministério da Saúde.

Em artigo recente, CARVALHO (1993) afirmou que esta norma representou um importante retrocesso, já que restabeleceu a centralização e o controle dos fluxos financeiros, converteu as transferências financeiras intragovernamentais em pagamentos de faturas por serviços produzidos e colocou em pé de igualdade as empresas privadas, contratadas e conveniadas.

Finalmente, a segunda e última norma operacional do governo - de 7/2/92 -, que levou o N° 2, acrescentou à anterior a adoção do critério populacional para o repasse dos recursos e agregou o repasse automático dos mesmos aos municípios que tivessem cumprido com as exigências constitucionais.

O recuo do governo que se depreende do conteúdo desta segunda norma operacional explica-se pela importante deterioração do mesmo que lhe impediu acrescentar ainda mais obstáculos ao andamento do SUS. O que evidenciou essa deterioração foi o caráter público que adquiriram as irregularidades administrativas no Ministério da Saúde, que já tinham contaminado seu ministro, Alcení Guerra, além de que as denúncias de corrupção já estavam sendo veiculadas pela imprensa. Neste contexto, o ministro não tinha a autoridade suficiente para impor a política do governo. Mas os recursos continuaram com as mesmas dificuldades para serem repassados aos Estados e Municípios.

Em verdade, se considerarmos que a capacidade de contar com recursos constitui a única maneira de operacionalizar o sistema, resulta evidente que o esforço das forças em prol da Reforma Sanitária se localizou mais no terreno da formulação e da definição constitucional-legal - no qual as forças reformistas concentraram a luta. Mas houve um certo descaso destas em termos da factibilidade de sua implementação, considerando-se as restrições orçamentárias colocadas pela crise econômica - inflação, crescimento de economia marginal, desemprego, dívida externa etc. - à qual se somou o desinvestimento do governo na área social. Os avanços indiscutíveis alcançados no plano jurídico não foram acompanhados de um esforço de avaliação e de intervenção perante as dificuldades de financiamento do sistema que foram se apresentando com a implementação da Reforma num governo que era hostil ao projeto.

É interessante sublinhar o caráter *sui generis* dos avanços alcançados na definição da política de saúde que, diferentemente de outras experiências nacionais na América Latina, foram conseguidos devido à existência de um movimento político de oposição à política de saúde

vigente sob o autoritarismo e pela reformulação desse sistema, que conseguiu acumular forças e travar, também, uma luta política capaz de operar por linhas internas ao Estado. Em outros países de América Latina - Argentina, Colômbia, Venezuela, México - também surgiram propostas de transformação do sistema de saúde, mas estas não conseguiram extrapolar o setor específico da saúde, estabelecer alianças e convocar outras forças políticas, nem relacionar as propostas de mudanças no setor às transformações político-democráticas.

Conseqüentemente, dada a dimensão alcançada pela proposta da Reforma Sanitária, a implementação da política de saúde nos anos recentes no Brasil, não pode ser analisada de maneira independente à atuação das forças de oposição ao governo no setor da saúde, devido à capacidade de pressão que estas podiam exercer. Esta atuação pode ser bem exemplificada pelos obstáculos colocados ao governo pelas forças reformistas em relação à privatização e desmonte da política de seguridade social e saúde - veja-se o projeto de governo de privatização da Previdência, nos moldes chilenos que não conseguiu passar na Câmara até hoje. Mas, em compensação, os entraves colocados pelo governo e pelo setor privado da saúde obrigaram as forças de oposição no setor a operar sob constantes deslocamentos e redefinições das arenas de luta onde o enfrentamento e a definição da política acontece. Assim, os cenários municipais se tomaram espaço de luta privilegiado das forças reformistas, quando o andamento da política emperrou no nível central .

Concluir-se-á que a oposição demonstrou uma indiscutível efetividade no terreno da luta político-ideológica, se considerarmos que os princípios da Reforma Sanitária ficaram consagrados na Carta Magna do país.

Considerando-se as dificuldades para liberar a luta política no terreno da transformação efetiva do sistema de saúde a nível de governo central e finalizada a etapa de definição constitucional da Reforma, houve dois eixos de atuação política nos quais se concentrou a oposição: o convocatório e a realização da IX Conferência Nacional de Saúde, já prevista na Lei 8142, e o processo de descentralização da política de saúde. Aliás, a descentralização da política foi

estritamente associada à municipalização e esta última foi definida como o tema central da Conferência: "Municipalização é o caminho"<sup>3</sup>.

A idéia que aqui defendemos é a de reacomodação da estratégia política do movimento social em saúde nas duas direções acima explicitadas. De um lado, a IX Conferência possibilitaria, como em verdade aconteceu, a mobilização da sociedade para pressionar a implementação dos princípios da Reforma através do aprofundamento do processo de municipalização da política de saúde. De outro, tornaria a Reforma menos vulnerável ao nível central de decisão da política.

A partir do reconhecimento da dificuldade de obtenção de avanços consideráveis neste terreno, começou-se a incentivar os níveis locais na implementação da política, questão esta que se sustentou na concepção política que entendeu a municipalização como deslocamento de poderes e atribuições do nível central para o nível local, além de processos de democratização da política através da participação social na gestão local.

Caberia perguntarmos se esta é uma estratégia adequada quanto à proximidade entre os objetivos e a implementação da Reforma. Isto é, se a restrição que sofreu a descentralização da política no processo de municipalização por não ter havido uma definição do governo federal que incorporasse as questões contempladas pela Reforma Sanitária, assim como por não terem sido definidas atribuições aos níveis federal e estadual no processo de descentralização, o que conduzia a uma fragmentação da política, não diferenciaria ainda mais as condições de saúde, acentuando a atual distribuição da pobreza?

De fato, o processo de municipalização tal como vem sendo implementado contribuiu para uma fragmentação ou atomização da política de saúde na medida que o sistema passou a depender inteiramente da definição política dos prefeitos em relação à Reforma Sanitária e à disponibilidade de recursos das prefeituras para serem aplicados no sistema local de saúde. Neste sentido, poderemos constatar mais adiante, a partir do estudo de alguns municípios, como estas questões se equacionaram.

---

<sup>3</sup> Ver, sobre a IX Conferência, Sarah ESCOREL, *Reforma Sanitária: Um Processo de Reforma Democrática do Estado Brasileiro*. Brasília: UNB, jul/ag 1992, mimeo.

### ***A IX Conferência Nacional de Saúde***

A IX Conferência foi realizada em 9 de agosto de 1992, depois de sucessivos adiamentos, dos quais o primeiro correspondeu ainda ao Governo Sarney (ESCOREL, 1992). A realização da IX Conferência significou consideráveis esforços políticos das forças reformistas e uma definição política a respeito da importância decisiva que a mesma teria na vida política nacional e no setor da saúde particularmente.

Depois da experiência da VIII Conferência, à qual nos referimos no primeiro capítulo deste trabalho, ficaram assentadas as bases do papel principal que o movimento sanitário e o movimento social em saúde alcançaram na determinação de qual seria o sistema de saúde que melhor poderia atender as necessidades do conjunto da população e, especialmente, de suas camadas mais pobres. Mas, principalmente na memória das forças de oposição, este tinha sido um espaço conquistado como resultado da luta política do setor, ao qual se chegou devido à existência de um projeto proveniente da sociedade que contou com o apoio de consideráveis forças sociais - movimento social em saúde, profissionais de saúde, usuários - e que tinha sido capaz de se impor ao governo.

Neste sentido, o espaço para a participação social conseguido na VIII Conferência Nacional de Saúde conseguiu ser preservado, sendo realizada a IX Conferência com ampla participação das entidades da sociedade, apesar das dificuldades e dilações impostas pelo governo.

Foram realizadas, inicialmente, as Conferências Estaduais e Municipais - processo que regimentalmente precede a Nacional - e escolhidos os delegados e participantes credenciados. A etapa preparatória trouxe de volta à cena política o clima de mobilização social alcançado com a VIII Conferência, justamente em um momento de paralisação e de perplexidade política que afetou o país e a sociedade como um todo perante as transgressões éticas e morais do Presidente. Somente a título de exemplo da capacidade de mobilização conseguido pelas forças sociais em prol da Reforma Sanitária, um paupérrimo Estado do Nordeste Brasileiro, São Luiz

de Maranhão, reuniu 500 delegados de todo o Estado para a Conferência Estadual de Saúde<sup>4</sup>, representantes dos Conselhos de Saúde, movimentos populares, profissionais de saúde, etc.

No espaço de tempo que transcorreu entre a preparação e a realização, o Ministro da Saúde foi substituído, ou melhor, obrigado a renunciar porque as denúncias de corrupção o implicavam diretamente, o que se tornou objeto dos primeiros escândalos de corrupção que vieram à tona no governo Collor. O governo, em franco retrocesso, nomeou no cargo, em substituição ao ministro Alcení Guerra, o Dr. Adib Jatene, pessoa isenta dos escândalos de corrupção e que se comprometeu com a realização da IX Conferência.

O temário da Conferência incluiu os seguintes pontos: I. Sociedade, Governo e Saúde; II. Implantação do SUS; III. Municipalização; IV. Financiamento; V. Gerenciamento do Sistema de Saúde e Política de Recursos Humanos e VI. Controle Social.

A Comissão Organizadora contou, entre seus principais componentes, com o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, que conformaram a presidência do Comitê Executivo e cujo documento será discutido em particular, por constituir um dos aportes mais concisos e objetivos em termos de um diagnóstico das dificuldades que atravessava a implementação da política de saúde.

Dentre os documentos aos quais tivemos acesso (ver em Anexo), parece-nos interessante resgatar aqueles que se aproximaram de um diagnóstico e de propostas para efetivar o SUS.

Os documentos da Plenária Nacional de Entidades de Saúde, do Conselho Federal de Medicina (CFM) e dos Secretários Municipais de Saúde, de maneira geral, são documentos bastante coincidentes nos seus aspectos fundamentais, com algumas diferenças no grau de precisão na apresentação dos diagnósticos e propostas.

Em relação ao financiamento, destaca-se que eram destinados somente 3% do PBI para o setor saúde, com a proposta de dispor de 8 a 10% do PBI a ser investido na saúde, e que fossem destinados de 10 a 15% da receita própria de cada esfera de governo à área de saúde, junto com a viabilização imediata dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.

---

<sup>4</sup> Mesa sobre "Sociedade, Saúde e Governo", I Conferência Municipal de Saúde, São Luiz de Maranhão, Setembro, 1991.

No documento do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), considerou-se que não se devia permitir a dedução do imposto de renda das despesas com assistência médica privada, assim como dever-se-ia destinar ao SUS os recursos do seguro automobilístico obrigatório. Os recursos deveriam ser centralizados no Fundo Nacional de Saúde e transferidos de forma regular e automática aos fundos estaduais e municipais, sendo que o Conselho Nacional de Saúde teria a seu cargo definir os percentuais a serem repassados para cada uma destas instâncias. Contra a forma vigente de pagamento por serviços, os critérios adotados deveriam ser populacional e epidemiológico e estar de acordo com a capacidade e a complexidade dos serviços de saúde instalados.

Em relação aos Conselhos de Saúde, propôs a implantação imediata, com caráter deliberativo e composição paritária, conforme previsto na lei No. 8142, acrescentando o Conselho Federal de Medicina (CFM) que os Conselhos fossem articulados com as redes prestadoras de serviço. O documento do CONASEMS enfatizou o próprio processo de municipalização; afirmou que a municipalização plena compreendia, além dos recursos financeiros, a gestão efetiva do SUS e o controle social plenamente exercido e acrescentou que não se podia limitar a municipalização a uma determinada forma operacional - consórcio, distrito sanitário, ou outra -, mas que cabia aos municípios a resolução sobre a forma mais apropriada.

Finalmente em relação aos recursos humanos, defendeu a implementação imediata de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários, a formação de recursos humanos em todos os níveis, a valorização da dedicação exclusiva e a integração de recursos humanos de diversas instituições. O CFM agregou, em relação ao setor público, isonomia salarial, estímulo ao tempo integral, ascensão funcional e, em relação ao setor privado, a garantia de remuneração condigna dos honorários médicos, desvinculando-os das contas hospitalares.

Dentre as propostas e trabalhos apresentados destacou-se, por uma maior objetividade e precisão, o documento do CONASEMS, no qual se tratou, coincidentemente, do grupo de maior estruturação e articulação política da IX Conferência, questão que não foi casual uma vez que a implementação do SUS, pela própria definição política e tático-operacional do "movimento sanitário" e do movimento social em saúde, ficou nas mãos dos Secretários Municipais de Saúde; levando a municipalização a tornar-se o eixo central da IX Conferência.

De maneira geral, os documentos restantes foram pouco objetivos; alguns tiveram um caráter excessivamente teórico e outros um cunho mais político-ideológico - como o documento da CUT - que não conseguiram exprimir de maneira mais afinada quais deveriam ser os desdobramentos do temário em termos de um diagnóstico mais apurado da situação e dos possíveis encaminhamentos ou diretrizes para operacionalizar o SUS. O que estes documentos deixam transparecer são as diferenças nos encaminhamentos e posicionamentos entre os diversos grupos que sustentavam o projeto da Reforma Sanitária.

Acreditamos ser este um aspecto de fundamental importância, ou seja, a multiplicidade de grupos com interesses específicos que estavam em jogo no setor da saúde. Tal situação suscita a questão de como lidar com a diversidade de interesses, já que os favorecimentos da realização de uma determinada ação deixam de ser virtuais para favorecer a uns e prejudicar a outros. Trata-se de uma questão intrínseca ao exercício da própria democracia e que se atualiza no processo de implementação da política de saúde.

Mas o que nos interessa ressaltar, no momento, é que os próprios grupos que sustentavam a Reforma no momento da sua implementação, interagiram de uma maneira particularmente complicada, o que contribuiu para inviabilizar a política na medida que os conflitos internos adquirem uma dimensão principal, incrementando ainda mais as divergências entre os interesses dos usuários e os dos médicos.

Parece-nos necessário ressaltar, neste sentido, a ausência de condução política nas forças sociais pela Reforma, que levou, por exemplo, à adoção de diferentes posições por parte de um mesmo partido político, conforme expressassem os interesses dos profissionais de saúde ou o dos usuários. Referimo-nos à defesa feita pela CUT quanto aos profissionais de saúde, no que dizia respeito à dedicação de 30 horas semanais no serviço público e à posição contrária dos usuários organizados, representados majoritariamente pelo PT, que defendiam 40 horas semanais de trabalho médico no setor público.

Outro obstáculo que consideramos de importância é o viés ideológico adotado no tratamento dos Conselhos de Saúde a respeito da relação dos movimentos populares com o Estado, o qual dificulta discussões mais objetivas e precisas sobre as questões relativas à implementação da política nas discussões levantadas durante a IX Conferência.

A diferença de interesses, quando é colocada entre usuários e profissionais de saúde, deve ser considerada como chave, especificamente no que se refere aos médicos, para as dificuldades na implementação da Reforma.

No entanto, colocar na atuação destes o maior empecilho para a implementação da política de saúde (ESCOREL, 1992) constitui uma simplificação da questão. Em primeiro lugar, significa atribuir aos médicos, no sistema de saúde brasileiro, um papel que eles não têm. Embora os médicos possuam uma responsabilidade ética no atendimento aos pacientes - que é a de lidar com a dor humana, com a vida e com a morte - e embora nos últimos anos estes tenham mostrado uma maior preocupação com seus interesses corporativos do que com os valores essenciais do exercício da medicina, eles não deixam de ser apenas uma peça na engrenagem que sustenta a reprodução do Estado no setor específico da saúde.

Inexistem praticamente condições de atendimento no sistema público de saúde, salvo meritórias exceções: instrumental, higiene, medicamentos, pessoal auxiliar, manutenção das instalações, etc. Se às condições de trabalho, agregarmos os salários enormemente deteriorados, a falta de formação adequada como resultado dos *curriculums* das Faculdades de Medicina, o rápido ingresso no mercado de trabalho e as múltiplas inserções profissionais para contornar o empobrecimento, fica em evidência o papel secundário que os médicos representam no sistema de saúde.

Quando se compara o papel social e político que os médicos possuem no Brasil em relação a outros países pode-se observar as diferenças aviltantes do poder político e a valorização social que os médicos recebem em países desenvolvidos (GERSCHMAN, 1993). Os médicos no Brasil não deixam de constituir mais do que emergentes de um sistema de saúde obsoleto que resiste a sair de cena. Trata-se de uma questão que vai ser melhor retomada na discussão específica a respeito da categoria médica e o movimento médico nos anos 90.

Em termos dos resultados da IX Conferência: a) conseguiu-se garantir a continuidade do processo de municipalização da política de saúde de acordo com os princípios constitucionais; b) não houve avanços significativos em relação à operacionalização da Reforma, ou seja, sobre a definição de qual o lugar caberia aos Estados e à federação na implementação da política.

Neste sentido, poderíamos afirmar, que os resultados da IX ficaram aquém dos resultados alcançados pela VIII.

Faltou um diagnóstico/avaliação mais específico do momento atual de implementação do SUS que permitisse dar um passo à frente em relação a diretrizes mais concretas da operacionalização do SUS nos municípios, assim como definir modalidades mais pragmáticas de intervenção que permitissem incidir sobre o montante do orçamento, a forma de pagamento e o repasse ágil dos recursos para Estados e Municípios. Ou seja, no geral, como enfrentar operacionalmente o velho sistema de saúde desde a gestão estadual e municipal.

A IX Conferência significou, tal como a VIII, um grande esforço de luta e de mobilização política que possibilitou reunir amplas forças sociais para discutir democraticamente os problemas do setor da saúde, mas também evidenciou um certo esgotamento de um determinado modo de exercício da política sustentado sobre os princípios que deveriam conduzi-la e um certo vácuo em termos dos encaminhamentos necessários para a sua efetivação.

Estes resultados parecem-nos estar relacionados à heterogeneidade na composição e nos posicionamentos políticos do movimento social em saúde, à qual se agregou a fragilidade do "Movimento Sanitário" - que se encontrava numa fase de declínio, depois de ter conseguido, durante mais de dez anos, exercer a condução do movimento social em saúde - e a ausência de uma condução política reconhecida neste momento pelo conjunto do movimento social em saúde. De fato, isto a diferencia também da VIII Conferência, onde o projeto da Reforma Sanitária foi abraçado e reconhecido como legítimo pelo movimento social em saúde, ainda que com diferenças no interior do movimento social como, por exemplo, a respeito do papel do Estado, já analisado na Parte II.

## **A Redefinição da Política de Saúde e a Extinção do Inamps**

Algumas considerações merecem ser apontadas a respeito do período político que se iniciou em fins de 1992, com o governo de Itamar Franco, sem que seja a nossa pretensão aprofundar esta

linha de discussão, mas apenas apontar algumas questões gerais que podem subsidiar a nossa discussão sobre a política de saúde. O período inicial da gestão desse presidente caracterizou-se pela ausência de definições articuladas em uma proposta de governo e de políticas que viabilizassem o aprofundamento do processo democrático sob a perspectiva da institucionalidade democrática, da redistribuição de renda e da administração da justiça social.

A tônica desse governo foi a de evitar enfrentamentos entre interesses conflitantes, mas sem uma direcionalidade política evidente. Nesse sentido, a composição dos Ministérios evidenciou projetos, assim como posições diferenciadas entre os membros do gabinete, sem o estabelecimento de articulações mais amplas, embora as pessoas nomeadas não estivessem contaminadas pela corrupção.

No caso do setor da saúde, ainda que o governo não tenha tido um direcionamento político explícito para a implementação da Reforma, a escolha de um Ministro da Saúde afinado com a mesma, acarretou uma gestão que se caracterizou pela intenção e pela vontade política de aprofundar o processo de municipalização.

Em um período extremamente curto - menos de um ano de duração - o Ministro da Saúde, Jamil Haddad, recolocou, através de uma discussão aberta à sociedade, o papel e a definição das atribuições que caberiam ao nível central de condução da política para que o SUS pudesse ser efetivado.

No marco da Constituição Nacional, além dos decretos que reorganizavam o Fundo Nacional de Saúde e a estrutura transitória do INAMPS, constituíram propostas radicais para a implementação do SUS o Projeto de Lei que propunha a extinção do INAMPS em abril do mesmo ano e o documento publicado em março de 93 - "A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei".

No documento mencionado tratava-se, precisamente, dos encaminhamentos ao nível central para a implementação do SUS e se retomou, também, as questões principais que conformavam o SUS segundo a Constituição, assim como as medidas a serem efetivadas e as atribuições a serem desempenhadas por cada uma das instâncias do sistema de saúde.

O novo Ministro da Saúde priorizou o financiamento, considerando-o um desafio de natureza essencialmente política, que exigiria o compromisso de 10% a 15% das receitas de cada uma das três esferas de governo - federal, estadual e municipal - para o setor da saúde. A maneira de dispor deste montante de recursos foi discutida, no documento citado, a partir de três pontos chave: 1) Como ampliar a receita num quadro recessivo; 2) Como racionalizar o custo da assistência e 3) Como erradicar o desperdício.

A respeito do primeiro ponto, não há referência aos lineamentos da política econômica que deveriam ser incorporados para dispor desses meios. A ausência de definições mais incisivas nesse âmbito, que revertessem na ampliação dos recursos públicos para a área social e, em especial, da saúde evidencia o empenho das forças políticas conservadoras para mantê-los nos patamares existentes, ao mesmo tempo em que expressa a impossibilidade de se recompor um novo pacto político e de avançar no processo de construção da democracia, uma vez que as relações permaneciam pouco "transparentes" e pouco plurais no setor da saúde. As medidas propostas passavam pelo cumprimento do previsto em lei como, por exemplo, a garantia de que não existisse sonegação nas arrecadações, cobrança aos devedores etc.

Transformações mais profundas no financiamento do setor levariam o setor empresarial de assistência, de medicamentos e de tecnologia médica a perder espaço ou consideráveis quotas de poder na área da saúde. Porém, mesmo que o Presidente Itamar Franco tenha chamado figuras da esquerda para ocupar cargos governamentais, isto não redundou numa recomposição social e política, ou seja, não se tornou um processo de governo coordenado que expressasse um projeto nacional.

Em relação ao segundo ponto - como racionalizar os custos da assistência -, embora se considere que esta seja uma questão técnica, constatamos que não houve uma definição mais clara de qual seria a imagem-objetivo do modelo assistencial - fora o de torná-lo mais eficiente - e de que maneira se poderia mudá-lo. Para erradicar o desperdício afirmou-se a necessidade de reverter a lógica da prática gerencial vigente, responsabilizando as instâncias pelo controle dos recursos do sistema. Em termos operacionais e de atribuições expressou-se que:

- à esfera federal corresponderia formular a política nacional de saúde, o desenvolvimento científico e tecnológico, o desenvolvimento de recursos humanos, a regulação do SUS e da atividade privada;
- à esfera estadual caberia a formulação da política estadual, a coordenação e o planejamento da rede, a supervisão e a cooperação técnica e financeira aos municípios e, supletivamente, na execução de alguns serviços;
- à esfera municipal pertenceria a formulação da política de âmbito local, o planejamento e controle das ações e serviços de saúde - dirigidas ao indivíduo, ao coletivo ou ao ambiente - incluindo os processos de produção e de consumo dos produtos de interesse para a saúde.

Ainda em termos operacionais, propôs-se criar um Grupo Especial para a Descentralização, no Ministério da Saúde, que elaborasse diretrizes voltadas para a viabilização do processo em todas as áreas do Ministério.

A redefinição da esfera federal, conseqüentemente, levou à revisão da organização administrativa do Ministério, para a qual se propôs a criação de Grupos Tarefa constituídos por profissionais lotados em órgãos do Ministério, que funcionariam como equipes perenes na condução do plano técnico-administrativo do processo de descentralização e das transformações indispensáveis ao desempenho do novo papel.

Propôs-se, ainda, que estes grupos se constituíssem nas seguintes áreas: financiamento, desenvolvimento científico e tecnológico, recursos humanos, planejamento e orçamento, vigilância epidemiológica, qualidade de assistência à saúde, qualidade de processos e produtos, qualidade do ambiente, incentivo à participação e controle social.

O documento foi aprovado pelas entidades da sociedade, pelo movimento social em saúde e pelos municípios, através do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) -, que colocaram ressalvas em relação a algumas questões, tais como: a ênfase quase exclusiva na assistência médica; o uso da municipalização como sinônimo de descentralização; a ausência de uma definição clara do papel das secretarias estaduais; a

necessidade de tecer alianças com segmentos do governo e do parlamento para concretizar uma proposta; a necessidade de especificar melhor a relação com os municípios.

Finalmente, a Confederação Nacional da Indústria (CNI), a Associação Brasileira de Fármacos (ABIFARMA), o Sindicato de Fármacos (SINDIFARMA) e outras entidades empresariais opuseram-se ao documento, criticando e, principalmente, sugerindo que não se estruturasse uma municipalização pura e simplesmente, mas sim uma regionalização ordenada e pré-estabelecida em função dos fluxos naturais dos usuários existentes na época. Também propuseram que os orçamentos da União, Estados e Municípios fossem definidos de acordo com os valores que seriam alocados, por pessoa, em um ano para o financiamento dos serviços e, entre outras questões similares, que a rede de alta complexidade fosse definida antes de ser ampliado o processo de municipalização. De maneira geral, tratou-se de um pronunciamento que visava preservar o setor privado hospitalar.

A outra medida ligada à decisão de completar a municipalização foi o envio ao Congresso de um projeto de lei extinguindo o INAMPS, aprovado sob a denominação de lei Nº 8685, em 29/7/93, pelo Senado Federal. Sua criação ocorrera em 1977, pela lei Nº 6439, e tinha a seu cargo a assistência médica prestada por todos os órgãos previdenciários, a centralização e o posterior repasse e controle dos recursos para os serviços de saúde da Previdência e do setor privado conveniado. Tratava-se, assim, de um instrumento remanescente e tardio da política de saúde concebido no período autoritário e, portanto, distante dos princípios do SUS.

Em começos de 1990, um dos últimos atos do Governo Sarney foi a assinatura de um decreto transferindo o INAMPS para o Ministério da Saúde e a sua atual estrutura básica, organização e competências foi definida em 1991.

As funções que o Ministério de Saúde atribuíra ao INAMPS foram o controle, avaliação e auditoria da rede assistencial, a cooperação técnica com estados, municípios e distrito federal, além do repasse e controle de recursos financeiros para assistência médica. Em suma, o Ministério da Saúde não efetivava importantes alterações dentro do INAMPS, mantendo-o como um órgão super dimensionado e de caráter centralizador da política de saúde, tal como havia sido desde a sua criação.

Enquanto isso, a Lei Orgânica da Saúde, regulamentada em 1990, previa o repasse automático e o controle dos recursos financeiros pelo Fundo Nacional de Saúde, em franca oposição à manutenção das funções do INAMPS, as quais foram reforçadas com a sua transferência para o Ministério da Saúde.

Cabe agregar que um dos problemas históricos do INAMPS tem sido o uso indevido dos recursos. Desde a sua criação que a corrupção foi facilitada através da nomeação de cargos de confiança nas direções regionais e de hospitais; do super faturamento nas compras e licitações de material e instrumental hospitalar e por meio do financiamento dos serviços de saúde - o qual, ao se sustentar sobre uma forma de pagamento por ato de intervenção médica, o que favoreceu o excesso de intervenções -, assim como o super faturamento por ações não realizadas.

Para se ter uma idéia da super dimensão do INAMPS, no momento de sua extinção, quando já avançava o processo de municipalização, o órgão ainda geria 6.500 hospitais contratados e 40.000 credenciados, 9 hospitais próprios, 3 maternidades e 7 postos de atendimento ambulatorial. Dele dependiam 96.913 servidores, distribuídos em coordenadorias regionais, hospitais e postos de saúde, próprios ou cedidos à rede pública conveniada ao SUS, e apresentava 65.104 aposentados incluídos na folha de pagamento<sup>5</sup>.

O decreto N<sup>o</sup> 808, datado de 24/4/93, estabeleceu a estrutura provisória até ser aprovada a sua abolição pelo Congresso, extinguiu 550 cargos de confiança do órgão, delegou amplos poderes ao Ministério da Saúde para sua descentralização e adequação ao SUS e ainda atribuiu-lhe funções de apoio técnico-administrativo, com relação a esse Ministério, na descentralização das ações de saúde e na administração dos recursos orçamentário-financeiros, patrimoniais e humanos alocados ao SUS.

A estrutura regimental transitória foi constituída por órgãos de assistência direta ao Presidente do INAMPS, preenchido por pessoal do quadro, segundo critérios estabelecidos pelo Ministério

---

<sup>5</sup> Conjuntura em Saúde, FIOCRUZ/ENSP/DAPS/NUPES, Abril 1993

da Saúde e as unidades assistenciais ficaram subordinadas ao Presidente do INAMPS até serem repassadas ao SUS.

A extinção do INAMPS foi alvo de manifestações que expressavam posicionamentos diversos, salientando, em suma, uma desorientação muito grande com respeito à medida tomada pelo governo. Se os representantes políticos dos partidos conservadores, de hospitais privados e os coordenadores estaduais do órgão não estavam, de modo geral, de acordo com a medida, as forças reformistas, por outro lado, não marcaram um posicionamento claro e homogêneo em relação à mesma.

De fato, o Ministro da Saúde era um representante das forças pró-reforma as quais, no entanto, não chegaram a uma posição consensual e clara em relação à extinção do INAMPS. Dentre estas, as que apoiaram a determinação adotada pelo Ministro defenderam que o processo de descentralização deveria aprofundar a transferência de poderes para o nível local - situação favorecida, mas não necessariamente garantida pela extinção do INAMPS - alegando que não se podia confundir descentralização com municipalização. Neste sentido, a extinção do INAMPS reforçaria o processo de municipalização, mas o nível central da política não poderia ser ignorado.

Mas havia quem suspeitasse, entre as forças reformistas, ser esta medida apenas mais um engodo resultante da proposta neo-liberal, abraçada pelo governo como um todo, que ocultaria a insuficiência dos gastos públicos destinados à saúde e o enxugamento da máquina estatal, transferindo a corrupção e o clientelismo para outro lugar institucional. Finalmente, afirmava-se que era necessário encaminhar o SUS e mudar o modelo assistencial, questões estas que não se depreendem da mera extinção do INAMPS<sup>6</sup>.

Em verdade, ainda que não houvesse desacordos profundos, também não se observou uma homogeneidade nos posicionamentos e estratégias, que se deve à carência de um projeto político do movimento social em saúde e de suas lideranças e à ausência de um acordo explícito

---

<sup>6</sup>Wagner, Gastão, Sai INAMPS, entra ...?, Proposta. Jornal da Reforma Sanitária, Abril 1993, RJ, FIOCRUZ-RADIS

das forças reformistas, que contemplasse os encaminhamentos necessários e intransferíveis para a implementação do SUS.

## CAPÍTULO VII

---

## **A DESCENTRALIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE: A POLÍTICA E OS ATORES EM ALGUNS MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

A descentralização do sistema de saúde em Estados e Municípios foi o eixo central da implementação da Reforma Sanitária. A reforma passou a ter uma base local, municipal, de considerável importância, pois com a regulamentação do SUS na Constituição e Leis Orgânicas ocorreram transferência dos serviços de saúde para Estados e Municípios, embora se tratasse de um processo incompleto. De um lado, pelos empecilhos que o INAMPS e o governo central imprimiram ao processo, a transferência dos recursos teve um procedimento difícil e demorado, principalmente no que diz respeito ao financiamento, que continuou sendo definido no nível central, tanto o montante quanto o repasse. De outro lado, a continuidade e o aprofundamento do processo de municipalização, em grande medida, dependeu da vontade política de governadores e prefeitos, ao que se somou a própria heterogeneidade econômica, populacional e de infra-estrutura dos serviços de saúde dos municípios brasileiros.

Grande variedade e quantidade de trabalhos foram desenvolvidos no Brasil nos últimos anos com respeito à descentralização. O processo de democratização do país tem atualizado uma discussão que em si mesma não é recente. A ambigüidade do termo (JACOBI, 1990) e as diferentes conotações atribuídas à descentralização adquirem um interesse específico no processo de democratização (TEIXEIRA, 1989; CAMPOS, 1990; LOBO, 1988) que o país atravessa.

Descentralização, desconcentração de funções e/ou deslocamento de poder conformam os diversos aspectos do processo de descentralização política que os autores frisam. Havendo leituras tão diversas a respeito da descentralização, polarizar o debate em termos ideológicos conduziria a uma simplificação da temática (JACOBI, 1990; MULLER, 1992), sendo mais proveitoso situar a tensão centralização-descentralização nos diversos grupos sociais e concepções políticas envolvidos na implementação da política de saúde e considerando como

marco de referência deste tipo de análise a concepção da descentralização que associa essa noção à democratização do Estado.

Neste sentido interessa-nos discutir o estágio atual do processo de municipalização tentando sublinhar as diferenças entre algumas experiências que serão discutidas adiante e quais os motivos que explicariam que umas tenham sido mais bem sucedidas que outras.

Antes de iniciar a discussão dos municípios escolhidos, cabe refletir a respeito das restrições e condicionamentos que foram colocados a nível central e estadual pela implementação da política de saúde.

Uma das primeiras questões a considerar foi discutida teoricamente no primeiro capítulo deste trabalho, a relação entre Reforma e Democracia. Embora tenhamos afirmado a não incompatibilidade entre ambas, mas, pelo contrário, que a democracia comporta qualquer reforma a efetuação deste princípio teórico requer mudanças institucionais nos aparelhos de Estado - a própria reforma do Estado -, que viabilizem um processo de descentralização da política de saúde de maneira a alterar a distribuição de poder político entre forças e interesses sociais conflitantes e uma redistribuição mais equitativa do cuidado à saúde da população no contexto municipal, âmbito principal de desenvolvimento da Reforma Sanitária.

Precisamente, o que a implementação da política de saúde deixou em evidência foi a profunda relação entre Saúde e Política, na medida que prover melhores condições de saúde às populações carentes é uma questão que não poderá ser resolvida sem que o Estado priorize inovações nas políticas sociais de maneira a enfrentar, através destas, os problemas da miséria e da morbidade.

Neste sentido, o setor da saúde, pelo grau de desenvolvimento do projeto e das forças sociais em prol da Reforma Sanitária, constitui o ponto de fratura ou de condensação das contradições do sistema político. Ou seja, pelo estágio em que se encontra a implementação da Reforma Sanitária e pelo fato desta envolver a participação social na sua efetivação, configuram-se pontos de fratura, enfrentamentos e contradições entre estas áreas de política e o próprio sistema político, na medida que se exige deste uma maior transparência e *accountability* nos procedimentos políticos. Tornam-se, assim, flagrantes que, os impedimentos na implementação da Reforma Sanitária não podem ser desvinculados da própria modalidade de

exercício da política do governo federal, a qual não somente compromete a consolidação da democracia, mas também evidencia a inadequação do estado ao processo de descentralização em curso.

Um diagnóstico a respeito do esgotamento do Estado e do pacto de dominação sobre o qual este se sustentou, assim como a constituição de um novo pacto com a conseqüente reestruturação do Estado, mereceram um tratamento excelente no trabalho desenvolvido e apresentado por FIORI (1991) na IX Conferência Nacional de Saúde<sup>7</sup>. Ainda que uma reforma profunda do Estado devesse passar necessariamente pela constituição de um novo pacto, caberia às forças reformistas no setor da saúde um papel principal no processo de reestruturação gradual do Estado que resultasse numa maior adequação ao processo de implantação da Reforma e de negociações políticas com aquelas forças do setor da saúde que não são mancomunadas com a Reforma, tais como as associações que representam o setor privado da saúde.

Porém, neste momento é preciso voltar a sublinhar um ponto de fundamental significação, qual seja, que apesar do enorme poder convocatório e de mobilização social do "Movimento Sanitário" e do movimento social em saúde, evidenciado novamente na IX Conferência, não houve uma liderança política nas forças reformistas que possuísse uma projeção nacional, nem autoridade política que a habilitasse para negociar, nem um plano nacional de saúde cuja operacionalização e implementação exigisse a própria reforma do Estado e nem uma explicitação das mudanças consideradas prioritárias no âmbito do Estado para a implementação da Reforma Sanitária.

---

<sup>7</sup> O mencionado autor afirma que: "Em síntese decompor-se, durante os anos 70, o pacto desenvolvimentista, desfez-se sua articulação econômica e sua aliança política, perdendo ademais sua aparente autonomia a coalizão tecno-burocrático-militar responsável pela gestão do governo e da economia durante os vinte anos de autoritarismo desenvolvimentista. Este quadro se mantém durante os anos 80 sem que se afirme nenhuma nova hegemonia, coalizão ou estratégia. E este, para nós, é o núcleo da crise orgânica vivida pelo Estado brasileiro. (...) As transformações que se impõem são radicais e apontam para uma mudança qualitativa do papel do Estado (...) assentada num pacto nacional que incorpore a população até hoje excluída permitirá reformar o aparelho do Estado e dotá-lo da flexibilidade instrumental capaz de viabilizar um Estado ágil - interna e externamente - (...) cujas intervenções sejam definidas por uma estratégia que solidarize os setores empresariais hegemônicos com as burocracias estatais, e estes, em conjunto com os ideais de dignidade e cidadania popular, completamente ausentes até agora da vida política brasileira (...) Só um estado "forte" (...) poderá cumprir estes objetivos..."

Parece-nos necessário, neste momento da discussão, assinalar qual o papel que atribuímos ao Estado e em que direção este deveria se exercitar. Não temos dúvida a respeito do papel regulador que o Estado deve preservar em relação ao mercado e ao setor privado, assim como na sua intervenção como promotor do desenvolvimento econômico e da justiça social.

Estas funções colocam-lhe novas atribuições e exigências, de modo que a democracia venha a se confundir cada vez mais com a equidade social e que as mudanças se constituam em objeto de reflexão, discussão e avaliação contínua, principalmente dos resultados e da efetividade conseguida através das mudanças implementadas, tais como: a) o desmonte e redimensionamento da ineficiente máquina estatal e a criação de centros nervosos de decisão da política, no qual tenham assento e representação os diversos interesses sociais que estiverem em jogo na sociedade a respeito de políticas específicas; b) a incorporação de uma burocracia concursada de excelente nível técnico e bem remunerada, a demissão do excesso de funcionários sem formação adequada e mal remunerados e a negociação com o setor privado e/ou a criação de empregos para a alocação destes funcionários dentro de um prazo razoável; c) por último, a aproximação do Estado das experiências locais de gestão, fundamentalmente nas áreas de política social, aprofundando e estendendo o processo de descentralização do setor da saúde às restantes áreas de política social.

Neste sentido, quando mencionamos acima a reforma do estado, não estamos nos referindo a uma reforma exclusivamente administrativa deste, já que isto seria impossível. Nenhuma reforma administrativa *per se* poderia garantir o encaminhamento da Reforma Sanitária, tal como foi consagrada na Constituição, sendo que a implementação da mesma requereria, também, uma recomposição das alianças políticas e das relações de forças entre interesses e grupos - as burocracias e médicos empregados no setor público/privado, os representantes do setor privado, profissionais de saúde, movimentos sociais, usuários, sindicatos, etc. -; trata-se, portanto, de uma questão a ser refletida pelas forças reformistas.

Se observamos agora as restrições que a nível central se colocaram para a operacionalização do SUS, a primeira que se destaca é a do orçamento nacional destinado à saúde. Escassos 3% do PIB inviabilizaram absolutamente o SUS, enquanto os dados sobre gastos destinados à saúde nos países desenvolvidos registravam em torno de 10% do PIB.

Assim sendo, não poderia entrar em pauta de discussão a depreciação existente do orçamento da saúde, pois o patamar de 10% do PIB é uma exigência para a implementação da política. Não existe possibilidade de discussão a este respeito, pois se trata de uma exigência para a implementação da política. Ao colocar-se esta questão como sendo de caráter inegociável entre as forças reformistas e o governo, obriga-se este a redefinir uma política orçamentária nacional que ao mesmo tempo aciona um mecanismo em múltiplas direções, uma vez que o orçamento da saúde é relacionado à definição da política econômica nacional. Conseqüentemente, decisões desse tipo envolvem a orientação da produção nacional, as prioridades de investimento, a dívida externa e interna, a política fiscal e bancária, a própria estrutura do Estado e todos aqueles fatores que definem um projeto nacional de desenvolvimento conceitualmente sustentado na redistribuição de renda e na transferência de poderes para os níveis locais do exercício da política.

Já no plano mais específico dos recursos financeiros destinados ao setor, ainda se faz necessário abolir o repasse dos recursos para Estados e Municípios na forma de pagamento pela produção de serviços (Unidade de Cobertura ambulatorial/UCA e Autorização de Internação Hospitalar/AIH). Consideramos que este seja, talvez, o ponto principal sobre o qual vai se assentar a reprodução do sistema de saúde e a produção de serviços de saúde. Ao levar em consideração que o sistema de saúde deve ser sustentado sobre um modelo de produção de serviços médicos e que a produção de qualquer bem na sociedade capitalista precisa se reger pelas leis do mercado, ou seja, que aquele que quiser usufruí-lo terá que pagar pelo mesmo, fica evidente que cada ato de intervenção médica terá seu correspondente pagamento, seja no consultório particular ou no serviço público. Assim, quanto maior o número de intervenções médicas, maior a quantidade de ordens de pagamento, ainda que o paciente não precise pagar do seu bolso, ou seja, o Estado é que cumpre a função de pagador.

Neste sentido, enquanto o sistema de saúde estiver sustentado sobre a produção de serviços, a saúde continuará a ser compreendida não como um direito de todo ser humano, mas como um **bem** a ser possuído e, portanto, condicionada à possibilidade de aquisição privada ou pública. Esta é a lógica que se estende da relação médico/paciente ao sistema de saúde decomposto nos seus fundamentos.

Nessa ótica, assim como a saúde não é um direito do cidadão e um dever do Estado, ainda que esteja contemplada pela Constituição, a atribuição dos recursos para o setor não consegue se desprender do modelo liberal de atenção à saúde (CAMPOS, 1991). Parece-nos, neste sentido, que a questão do financiamento e a modalidade do repasse dos recursos constitui um dos pontos-chaves para a mudança do sistema de saúde<sup>8</sup>.

Embora a definição dos critérios a serem aplicados para o repasse dos recursos tenha permanecido pendente até os dias de hoje da regulamentação do artigo 35 da lei 8080, o documento elaborado pelo CONASEMS para a IX Conferência reafirmou o estipulado pelo Artigo 3 da Lei 8142, o qual estabeleceu que deveria ser respeitado o critério populacional até a regulamentação da lei 8080 e agregou a manutenção da rede hospitalar e ambulatorial, além dos investimentos das ações de saúde coletiva e os novos serviços executados diretamente pelos municípios, mas sem incorporar o critério epidemiológico, o perfil demográfico da população nem a capacidade instalada.

O montante dos recursos a serem repassados para cada um dos Estados e Municípios deveria ser, portanto, a resultante de uma análise e reflexão, por parte das autoridades nacionais e do Conselho Nacional de Saúde, a ser incorporada na elaboração de um Plano Nacional de Saúde.

Uma outra questão refere-se às atribuições que correspondem a cada uma das instâncias de governo implicadas no processo de descentralização. Se bem que esta remeta a uma discussão conceitual que diz respeito à própria noção de descentralização, a perspectiva que aqui interessa destacar relaciona-se, de uma parte, com a presença ou omissão dos órgãos centrais na política, e de outra, com a autonomia de decisão política e administrativa incentivada pelos órgãos federais às instâncias descentralizadas no processo em curso.

A nível federal o que se pôde observar até recentemente foi um esvaziamento da política que se expressou na ausência do papel regulatório do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde no processo de municipalização. Assim, a falta de um Plano Nacional de Saúde que

---

<sup>8</sup> CAMPOS (1991) afirma, desde uma perspectiva muito próxima desta, que não se pode pensar em mudanças enquanto se mantiver um modelo liberal de atenção à saúde, mas considera que os médicos constituem "um dos principais fatores que têm impedido a efetiva transformação do modelo de assistência médico-sanitária brasileiro", questão que voltaremos a discutir na parte referente aos médicos.

contivesse as diretrizes básicas que guiariam a implementação do SUS levou a uma descentralização administrativa do sistema de saúde na qual não houve incentivos para uma efetiva autonomia política e administrativa dos municípios.

Esta omissão por parte do Estado do seu papel regulador central, facilitou também, medidas de caráter casuístico que acabaram resultando das negociações políticas entre os tradicionais parceiros da saúde - políticos clientelistas, setor privado. No ano de 1992, dois fatos ilustram adequadamente nossa afirmação anterior. A ausência de uma política orçamentária nacional e de saúde, levou o ministro da Previdência a resolver, de um dia para outro, não repassar mais recursos para estados e municípios, logo, à decretação do estado de falência do ministério. Paralelamente, a inexistência de um Plano Nacional de Saúde possibilitou que o ministro da Saúde resolvesse, sem mediar consulta, fazer uso do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para pagar os prestadores do setor privado.

Os diferentes pesos e poderes políticos dos atores envolvidos na política de saúde voltou a inclinar a balança da maneira habitual e ela caiu pelo lado mais fraco. Os municípios ficam grandemente prejudicados quando a política orçamentária se sujeita ao terreno da negociação política em lugar de ser definida por diretrizes contidas em um plano diretor de extensão nacional.

As restrições da política no nível estadual, devido à ausência de um instrumento político dos estados no processo reformador, atualizaram e agravaram os problemas já relacionados no nível central. VILAÇA (1992) suscita alguns pontos que parecem de fundamental importância neste nível estadual de descentralização. Em primeiro lugar, a retirada das secretarias estaduais da operação da rede de serviços de saúde obrigaria a uma reorientação político-administrativa que as readequasse às novas funções e atividades necessárias ao processo de descentralização. Neste contexto, o papel das secretarias passaria a ser de caráter político estratégico na condução das políticas de saúde e na definição das diretrizes municipais.

Assim, as secretarias estaduais deveriam, de acordo com este papel atribuído pela constituição, tomar a seu cargo as relações com o setor privado através de instrumentos de direito público, assumir a execução direta de serviços e de programas estratégicos como sangue e hemoderivados, insumos críticos para o conjunto do Estado - aqueles serviços que, pelo nível

de complexidade, não poderiam ser assumidos pelos municípios.

O controle epidemiológico e sanitário deveria ser realizado também pelos Estados assim como o exercício de funções normativas e de avaliação e o controle das ações descentralizadas, não mais em termos contábeis e financeiros ou em atos médicos finais, mas sobre bases epidemiológicas e sanitárias, o que colaboraria para mudar o modelo de atenção à saúde. Finalmente, caberia da mesma forma aos Estados desempenhar um papel redistributivo de recursos em relação aos municípios como parte do processo de avaliação.

A efetivação destes pontos requereria a não interferência do nível central e em definitivo a autonomia administrativa que fizesse das Secretarias Estaduais gestores efetivos e únicos do SUS nos Estados.

A descentralização real das decisões políticas não é possível sem a autonomia dos níveis inferiores, aos quais corresponde decidir e implementar a política e ampliar a participação dos atores sociais envolvidos na mesma. Ao pensarmos o processo de descentralização nesta direção, não queremos dizer que necessariamente a descentralização implique numa democratização da política. O que nos interessa remarcar é que, ainda que a descentralização não garantisse *per se* a ampliação da participação dos cidadãos na tomada de decisões, por haver uma efetivação político-administrativa do processo de descentralização contemplado pelo SUS, esta favoreceria indiscutivelmente a democratização da política de saúde, na medida que criaria condições para viabilizar instâncias locais de participação geradas pela própria população e/ou suas entidades representativas.

Sumamente complexa se torna a análise e a avaliação do processo de municipalização se considerarmos que, no total, 4973 municípios extremamente heterogêneos entre si conformam o território nacional. Assim, foi necessário realizar um recorte que possibilitasse tratar a questão de uma maneira que nos aproximasse de parâmetros iniciais de avaliação a respeito da implementação da política de saúde a nível municipal.

De uma parte, tratar-se-ia de dar conta do estágio atual da política de saúde em alguns municípios brasileiros; de outra, conseguir estabelecer algumas comparações entre estes que nos conduzam a aproximações que, se bem não possam ser consideradas conclusivas ou significativas em termos do conjunto dos municípios, evidenciam indícios que contribuem para

definir um enfoque metodológico em futuras análises da implementação da política nos municípios brasileiros.

A primeira classificação estabelecida pelos estudos sobre municipalização se sustenta sobre o tamanho da população, diferenciando entre municípios de grande porte, medianos e pequenos. Não existe consenso na bibliografia especializada nem entre os pesquisadores especialistas no tema - nacionais e internacionais - a respeito de uma classificação única do tamanho dos municípios.

O Instituto Brasileiro de Administração Municipal possui um critério que considera como pequenos municípios aqueles que têm até 10.000 habitantes, medianos entre 10.000 e 50.000 habitantes e grandes os que possuem mais de 50.000 habitantes. Mas como este critério não é prescritivo, vale o que for definido pelo pesquisador.

Neste sentido, tentando compatibilizar a quantidade de habitantes e o fator desenvolvimento, vamos considerar que nos municípios de grande porte se agrupam as cidades capitais dos Estados e outras grandes cidades do país, que normalmente coincidem com os municípios de maior importância e desenvolvimento econômico-social regional. Os municípios de mediano porte correspondem também a níveis intermediários de população, atividades produtivas e desenvolvimento e, finalmente, os de pequeno porte são geralmente municípios agrícolas de escasso ou nenhum desenvolvimento.

De qualquer forma, persistem ainda grandes diferenças no interior destes agrupamentos, difíceis de serem classificadas e reagrupadas e que se relacionam com a história do município, o tipo de população, as migrações, o tipo de atividade produtiva, ingressos, educação, tradição cultural, etc.

Partindo, então, desta classificação, escolhemos de maneira aleatória para a análise, alguns dos municípios onde existem registros/informações das experiências de municipalização

implementadas e, também, sobre os quais existe consenso nas publicações especializadas<sup>9</sup> de que houve avanços no processo de descentralização.

Dentre os grandes municípios serão analisados São Paulo (SP) e Rio de Janeiro (RJ); dos municípios de mediano porte discutiremos Santos (SP) e Manaus (AM) e finalmente entre os pequenos escolhemos Manhuaçu (MG) e Caruaru (PE). Trata-se de experiências das mais diversas quanto às variáveis selecionadas, mas procuramos agrupar os valores encontrados de maneira tal que estes nos forneçam uma base comparativa para a análise dos municípios considerados.

Em relação aos municípios escolhidos poderíamos afirmar, de uma parte, que estes apresentam a mesma heterogeneidade que caracteriza os municípios brasileiros e, de outra, que nosso interesse se localizou naqueles municípios em que houve um certo avanço na política de municipalização, segundo o critério explicitado acima. De modo geral, podemos afirmar que quanto maior o município, maior a complexidade das questões envolvidas e conseqüentemente as dificuldades na implementação da política.

Se no interior desta divisão entre municípios há variações no ritmo, profundidade e resultados, existe, porém, certo consenso a respeito da importância da orientação político-partidária das prefeituras para o andamento da política nos trabalhos que tematizaram o processo de municipalização da política de saúde no Brasil. Uma outra questão que se considera como incidindo de maneira positiva é a existência dos Conselhos de Saúde, assim como o grau de mobilização da sociedade em torno da proposta.

De fato, seriam essas as condições prioritárias para o desenvolvimento do processo de municipalização; no entanto, permanecem as diferenças em relação aos pontos acima referidos quando observamos a não existência de certos requerimentos de natureza política, mas que exigem procedimentos técnicos, dentre os quais cabe destacar: a injeção de recursos orçamentários no setor da saúde, o diagnóstico do quadro sanitário da população do município

---

<sup>9</sup> *Saúde Em Debate*, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. *PROPOSTA*, Jornal da Reforma Sanitária, Reunião, Análise e Difusão de Informação Sobre Saúde (RADIS), FIOCRUZ, Edição Médica, Órgão Oficial da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ.

e o plano de saúde correspondente à abordagem da implementação da política, com particular ênfase no enfrentamento dos problemas de saúde detectados.

Serão pontos a elucidar quais os resultados alcançados na operacionalização da rede de serviços e de atendimento dos usuários e em que medida as reformas administrativas empreendidas pelos municípios, no setor da saúde, possibilitaram uma maior participação dos usuários no sistema de saúde municipal.

A avaliação destas questões requereria dois planos de análise em contígua interação e, portanto, um esforço dobrado para distinguir quais os elementos essenciais que nos encaminhariam à compreensão do processo de municipalização da política de saúde. Por um lado, poder-se-ia lidar com indicadores e/ou resultados estatísticos que nos informassem a respeito da melhoria ou não na qualidade dos serviços e do atendimento a saúde, ou seja o seu impacto sobre a população, vertente de análise que não vamos considerar nesta parte do trabalho. Mas, de outro lado, discutiremos o processo de municipalização como um processo político que envolve a própria democratização, não só da saúde mas do Estado e da sociedade.

Em realidade, o desenho político-institucional construído na última década e meia da história da política de saúde, que se convencionou chamar de Reforma Sanitária, teve como princípio orientador a ampliação da participação social e a constituição da cidadania na construção da democracia. Em que medida a municipalização da política de saúde na implementação do SUS viabilizou ou não estes princípios, constituirá o eixo da discussão dos casos.

### *Município de São Paulo*

O Município de São Paulo é o maior do país, com aproximadamente 8 milhões de habitantes. No período que se estende de 1989 até 1992 a prefeitura esteve na mãos do Partido dos

Trabalhadores e promoveu uma ampla reforma administrativa na Secretaria de Saúde com a finalidade de implementar o SUS<sup>10</sup>.

Foram criadas 10 Administrações Regionais de Saúde (ARS), subdivididas em 44 distritos, dos quais 32 estavam em funcionamento. Por sua vez, nas ARS e Distritos Sanitários (DS) criaram-se Conselhos Técnico Administrativos compostos por integrantes de todos os níveis, incluídas as próprias unidades de saúde.

As ARS contavam com Direções Regionais que funcionavam como Secretarias de Saúde Regionais e os DS concentravam a atividade de planejamento, coordenando e gerenciando os programas e as unidades sob sua jurisdição.

Os Conselhos de Saúde foram estabelecidos no nível municipal, regional, distrital e nas Comissões de Gestão dos Serviços. Nos Conselhos de Saúde, a representação dos usuários correspondeu a 50% do total de membros do Conselho. A representação paritária dos usuários em relação aos trabalhadores de saúde e administradores do sistema foi estipulada na I Conferência Municipal de Saúde realizada em 1990.

Estas reformas recompuseram a estrutura administrativa da Secretaria Municipal em 4 níveis: central, regional, distrital e local. O que se constata a partir destas informações é que no município de São Paulo houve uma efetiva descentralização administrativa do setor da saúde, junto a um processo de ampliação da participação popular na gestão municipal.

É necessário destacar que os grandes municípios, dentre eles São Paulo, possuíam uma rede de serviços muito extensa, correspondente ao Estado e às vezes à Federação - como no caso do Rio de Janeiro - sendo que a municipalização da mesma, em geral, não se operou completamente e que, mesmo quando aconteceu, não foi acompanhada do repasse dos recursos do Estado e/ou da Federação para o Município.

---

<sup>10</sup> Os dados discutidos em relação ao Município de São Paulo foram obtidos do trabalho "Participação Popular e Gestão de Serviços de Saúde: Um Olhar sobre a Experiência de São Paulo", realizado por Amelia Cohn, Paulo Elias e Pedro Jacobi, e da publicação *Conjuntura em Saúde*, nº Jul a Out, Nov/1992 e Mar, Abr, Mai e Jul/1993.

A Prefeitura de São Paulo destinou 13% do orçamento municipal para a saúde, no entanto não conseguiu integrar ao sistema as unidades de emergência - que pela legislação corresponderiam ao Município - nem as unidades do Estado.

Segundo um levantamento feito pelo Sindicato dos Trabalhadores na Área de Saúde e realizado em 17 hospitais da Grande São Paulo, existiam 2.557 leitos desativados e havia também um *déficit* de 50% de médicos, 73% de enfermeiros e 41% de pessoal de enfermagem.

Em relação ainda à rede estadual, agregou-se à falta de recursos o esquema político do governador do Estado que obedeceu aos moldes tradicionais-clientelistas do PMDB, pelo qual as direções dos hospitais eram submetidas a interesses político-partidários, segundo negociações e arranjos convenientes à condução do partido do governo estadual.

Neste sentido, e para exemplificar a afirmação anterior, constatamos que o Hospital de Heliópolis construído pela Previdência Social, estadualizado em 1988 e um dos maiores do Estado - possuía 440 leitos e era considerado de referência em cirurgia-; diminuiu o número de atendimentos nos últimos meses por falta de material e de pessoal. Este fato foi registrado significativamente<sup>11</sup> após a mudança da direção do hospital feita pela Secretaria Estadual, para atender a interesses de vereador do PMDB. Em verdade, trata-se da regra e não da exceção nos Estados brasileiros.

De qualquer maneira, em relação ao Município há indicadores de melhoria na gestão da rede própria. O município aumentou os recursos humanos da saúde em 74% nos quatro anos da gestão do PT, dobrou o número de leitos e incrementou a operação dos mesmos, alcançando taxas de ocupação de 86% e diminuindo a mortalidade hospitalar de 7.4% para 5.0% em 1992. Os salários dos profissionais de saúde tiveram reajustes constantes, o que significou importantes mudanças na qualidade de atendimento e de dedicação dos médicos à função.

Na pesquisa realizada no CEDEC por COHN et alli (1993) ressaltou-se, a partir de entrevistas realizadas com administradores do sistema e com usuários, os pontos de estrangulamento depois dos primeiros dois anos da implementação do SUS. Os resultados desse trabalho foram os que se seguem.

---

<sup>11</sup> Folha de São Paulo, Dia 17/06/92.

Os diretores de região e de distrito apontaram para a falta de uma compreensão mais clara sobre o papel dos Conselhos de Saúde e de como concretizar a proposta de participação popular; indicaram a necessidade de definir prioridades na programação das atividades das unidades; declararam as dificuldades na gestão dos recursos humanos devido às resistências para modificar a prática tradicional, junto aos recursos corporativos utilizados pelos funcionários para se protegerem das mudanças; explicitaram que em algumas regiões também ocorreram dificuldades para implementar os Conselhos de Saúde, por tensões entre funcionários e população.

Um aspecto que enfatizaram como dos mais complexos foi a expectativa no interior de alguns movimentos face à sua institucionalização pela experiência da participação na gestão pública. Esta foi uma das questões analisadas no capítulo referente aos movimentos sociais em saúde, mas ao qual retornaremos mais adiante já que não deixa de ser um paradoxo que precisamente em uma administração progressista e de caráter popular não tenham sido aliviadas as dificuldades para lidar com usuários e com movimentos populares em saúde, permanecendo o dilema da institucionalização do movimento como um impedimento de uma inserção mais incisiva destes movimentos na política.

Os investigadores concluíram, a partir das entrevistas com os representantes dos usuários que, as direções das unidades encontraram com quem dialogar na formação dos Conselhos onde havia um movimento popular organizado, porém onde esta não existia as dificuldades aumentaram pela falta de uma política clara de representação, bem como de uma agenda para a formação das mesmas. Havia pouca institucionalização da experiência e a relação dos representantes com os representados ocorria de uma maneira informal: o "boca a boca", a vizinhança, etc. O funcionamento regular dos Conselhos se ressentiu, também, pela falta de definições claras, sendo um dos critérios mais utilizados para o julgamento que os usuários fizeram a respeito do papel da direção "a boa vontade ou não dos diretores em explicar as coisas com clareza".

Algumas observações merecem ser destacadas, dentre as quais consideramos que se deve dar especial atenção à relação entre a necessidade de um conhecimento político-técnico mais apurado do setor da saúde e os problemas derivados da falta de experiência política na gestão de governo por parte do PT, numa prefeitura que é das mais complexas do país. O outro ponto

a enfatizar se refere ao próprio exercício da democracia, quando se trata de atores políticos - os partidos - e de atores sociais - usuários e movimentos sociais -, que nunca vivenciaram uma experiência democrática de gestão política e, portanto, não há um conhecimento político acumulado nem clareza a respeito da implantação de inovações políticas que aproximem os serviços de saúde aos usuários. Exemplificam a nossa afirmação anterior as observações a respeito da falta de adequação entre a proposta e sua concretização, a necessidade de definir prioridades, a falta de entendimento dos trabalhadores de saúde e as diferenças entre usuários e administradores.

Questionamos sobre qual a melhor forma de gerir as unidades de saúde, até onde inovar; quais os benefícios recebidos por se implantar formas de co-gestão e, neste caso, quais espécies e de que maneira; quais as vantagens da maleabilidade na administração segundo o tipo de unidades de saúde; quais as questões de saúde prioritárias e com que instrumentos abordá-las; por onde começar e como prosseguir; como lidar com recursos escassos e com um governo estadual que responde aos velhos cânones partidários e que, conseqüentemente, dificulta inovações democráticas.

Uma das questões que, na nossa opinião, é extremamente delicada e de singular importância diz respeito ao financiamento dos sistemas locais de saúde na medida que a obtenção de recursos possa ser condicionada pelas autoridades locais ao grau de mobilização da população. Perante uma gestão democrática impõe-se novas formas de atuação dos movimentos populares em relação à implementação da política, mas, também, modalidades de gestão e, conseqüentemente, de aplicação de recursos que obedeçam a lógicas redistributivas não atreladas a formas clientelistas. O perigo acima mencionado pode ser bem exemplificado no seguinte parágrafo (COHN, 1993):

*Existe um forte consenso entre os que participam desses processo de que quanto mais sólida a organização e mais intensa a mobilização maior a eficiência dos serviços e mais prontamente um serviço vê suas reivindicações atendidas. Ora, como se trabalha em um quadro de grande precariedade e sobrecarga dos serviços de saúde do Município de São Paulo, apesar da expressiva participação da Secretaria de Saúde no orçamento municipal (de 10 a 15% no período), as várias regiões (e em cada uma delas, as unidades de saúde) acabam por ter de competir entre si pelos recursos. E isso acaba sendo uma realidade difícil de ser enfrentada, sobretudo para os movimentos populares, que entendem e*

*pensam os interesses da população como sendo semelhantes e portanto comum a todos.*

No exercício da democracia, a participação popular adquire um significado diverso daquele de "mobilização popular". A mobilização, como única alternativa política para a obtenção de demandas, correspondeu a um estágio do exercício da política ligado à formação destes movimentos sociais no regime autoritário. Com uma gestão partidária que busca representar os interesses dos trabalhadores e das populações carentes torna-se prioritária a formação de estruturas institucionais inovadoras para o exercício das funções políticas, na esfera do governo, que contemplem a dinâmica das relações entre o próprio partido de governo e os movimentos na sua relação com as instâncias governamentais.

Já não cabem as mobilizações na porta das prefeituras como a única maneira destes movimentos se expressarem politicamente; não que estas deixem de existir, mas não poderiam vir a ser o modo principal do exercício da política na democracia. De alguma maneira, os resíduos de um momento político anterior e a modalidade tradicional de exercício da política são ainda mais fortes que a tendência às inovações políticas democráticas. Um exemplo claro a respeito disto foi o manejo do PT em torno dos recursos para as unidades de saúde, citado acima, onde os mesmos eram negociados com os movimentos populares em troca de mobilização, estabelecendo-se a regra que quanto maior a mobilização popular maior a quantidade de recursos.

Este problema dos recursos, que é um dos mais sérios na implementação do SUS e ao qual já nos referimos acima, por ser objeto de desvio político, o que não poderia ou deveria continuar acontecendo, ainda que sob outras formas, com uma administração popular. Os movimentos populares não podem ser arte e parte; em verdade, trata-se de um procedimento que descaracteriza a participação popular na medida que a participação torna-se pouco determinante na implementação da política. No momento em que isto acontece o movimento popular passa a ser um instrumento de negociação política entre facções do partido ou de autoridades - a mobilização popular torna-se provedora de recursos.

Se efetivamente os Conselhos de Saúde fossem deliberativos em relação à política, tratar-se-ia de instâncias que, nos diferentes níveis da implementação da política (municipal, regional,

distrital, unidades), teriam uma função redistributiva em relação aos recursos e para cujo desempenho os movimentos populares precisariam se habilitar. Mas, por não ser assim, cabe perguntarmos a respeito desse contra-senso, ou seja, de que o movimento popular precise negociar consigo mesmo os recursos a serem aplicados nas unidades.

O processo iniciado pela prefeitura de São Paulo teve uma duração extremamente curta - somente quatro anos - e os resultados alcançados não foram significativos em relação à melhoria da rede de serviços e às condições de saúde da população. Os hospitais municipais, os que pertenciam ao município antes da municipalização, foram melhor reequipados e receberam maior número de leitos; houve, também, melhoria na gestão dos recursos humanos do sistema, o que redundou em melhoria da qualidade no atendimento médico e na diminuição das greves no setor.

Quanto aos programas implantados, não tiveram um desenvolvimento notável e não se poderia afirmar que os indicadores de saúde da população tenham mudado muito nestes anos. Sob a perspectiva política, o processo ampliou, em geral, a participação dos usuários e dos movimentos populares na implementação do SUS e trouxe à tona, principalmente, as dificuldades intrínsecas à democratização como: as diferenças presentes (de organização, cultura, linguagens) entre os diversos atores envolvidos, a pluralidade de interesses e a carência de procedimentos institucionais que facilitassem a tomada de decisões.

A política deixou de ser arbitrada de fora para passar a ser uma condição a ser desenvolvida pelos próprios atores entre si e na relação com os outros. Neste sentido, há um processo de mudança social e "subjéctiva" - no sentido do sujeito - que não tem unicidade nem previsibilidade, mas que promove rearranjos nos comportamentos políticos dos diversos atores.

A experiência de participação popular nos Conselhos de Saúde (COHN et alli, 1993) tem sido, para estes atores, desencadeadora de transformações na concepção do que seja a gestão política e a sua complexidade, assim como na consciência da necessidade de possuir conhecimentos que os habilitem a desempenhá-la melhor.

Parece-nos que as contradições e diferenças emergentes no processo de democratização poderiam ser assimiladas a um processo em movimento ou a um movimento do processo do qual emergiriam partes em transformação. Considerados, desta maneira, os processos de

democratização têm um valor em si mesmos, ainda que não possam ser alcançados resultados imediatos em termos de uma nova ordenação social e política.

A gestão do PT na prefeitura acabou em fins de 1992, após as eleições municipais, e como resultado das mesmas se produziu uma mudança total de orientação, já que o PMDB ganhou as eleições, assumindo o governo do Estado um antigo político nos moldes clientelistas, Paulo Maluf, conhecido pelas denúncias de corrupção no manejo da "coisa pública" durante o regime militar, retomou a gestão municipal. Os resultados desta mudança política logo se tornarem visíveis, voltando a situação da rede municipal a assemelhar-se à estadual.

O Sindicato dos Médicos de São Paulo realizou uma pesquisa em março de 1993, cujos resultados indicaram que dos 21.000 leitos existentes nos hospitais do Estado, 8.610 leitos estavam desativados, o que correspondia a cerca de 41% dos mesmos, constatando-se também um *déficit* considerável de médicos, enfermeiros e pessoal de enfermagem.

Constatou-se também que dos 2.557 leitos existentes na rede municipal havia 500 desativados - 20% -, enquanto a rede básica só abria três vezes na semana por falta de equipamento e pessoal. Os grandes complexos hospitalares - Hospital das Clínicas e Mandaqui - passaram a atender somente emergências; outras unidades hospitalares sofreram reincidentes greves de médicos e de funcionários e a própria Secretaria Municipal de saúde manifestou, através da imprensa, que estes acontecimentos se explicavam pelos baixos salários, com a conseqüente perda de médicos.

A política salarial de reajustes constantes da gestão anterior foi interrompida pelo novo prefeito logo ao assumir; assim, enquanto em 1990 o salário dos médicos alcançava o equivalente a US\$ 1.000, em abril de 1993 não chegava a US\$ 340. No município 900 médicos pediram demissão neste ano e no Estado faltaram 4.000 médicos, segundo dados proporcionados pelo SINMED. Esta situação acentuou-se, ameaçando a sobrevivência do setor público da saúde, quando se chegou a uma greve de um mês por parte de toda a rede estadual.

Quando as crises no setor da saúde chegam a este extremo produz-se uma reação em cadeia em todos os níveis do sistema. Se a rede estadual não está funcionando, não só os pacientes deixam de ser atendidos, mas os hospitais ficam abandonados, sem a manutenção necessária do instrumental e da aparelhagem, o cuidado das instalações e a limpeza. Ora, os doentes antes

atendidos pela rede estadual passam a freqüentar a rede municipal, sobrecarregando e impossibilitando também o atendimento nesta, que também sobrevive com dificuldades, sucateada de profissionais e de equipamentos. As conseqüências, quase evidentes, são o desmonte dos serviços públicos justificado pelo enorme descrédito da população em relação aos mesmos e à propagação de um certo consenso a respeito da inviabilidade do setor público da saúde, espaço que é rapidamente aproveitado pelo setor privado (Conjuntura em Saúde, Maio/1993):

*A continuada falência do setor público é sinônimo de mais mercado a ser ocupado. Só que dessa vez (...) esses atores em conjunto apresentam uma proposta de um sistema nacional "alternativo" de saúde (...) a conformação de um sistema que sozinho poderia congrega em torno de 80% da capacidade instalada no país gerida fora do aparelho governamental (...) para um sistema que oferece cobertura a 30 milhões de pessoas, não seria difícil alcançar algo em torno do dobro dessa população, desde que ampliem-se as alianças, o que significaria próximo dos 50% da população brasileira...O resto viveria de assistencialismo mesmo.*

A crítica situação do Estado e do Município não teve solução de continuidade e o prefeito adotou uma medida caracteristicamente aleatória - demitiu o Secretário Estadual e o Secretário Municipal quando foi constadada, pela Comissão de Direitos Humanos da OAB, a precariedade no funcionamento de um dos maiores hospitais do Estado e os tratos desumanos com os pacientes.

Os avanços antes atingidos pelo processo de municipalização foram profundamente abalados no município de São Paulo, como resultado da regressividade das mudanças políticas inauguradas pela prefeitura seguinte.

### ***O Município do Rio de Janeiro***

O Rio de Janeiro constitui o segundo grande município do país, com uma população em torno dos 5 milhões de habitantes e a maior rede hospitalar federal e estadual do país. A extensão desta, sem o conseqüente repasse de recursos para sua manutenção, resultou no descaso em

relação às unidades hospitalares. Em consequência, no ano de 1992, os secretários de saúde dos municípios ameaçaram devolver as unidades descentralizadas ao INAMPS e à Secretaria Estadual de Saúde (SES), uma vez que os municípios não tinham condições de geri-las. Porém, esta informação veiculada pela imprensa não refletiu exatamente o que vinha acontecendo com a descentralização do sistema de saúde, uma vez que, devolvida ou não, de fato, a rede estadual e federal não chegou a ser incorporada ao Sistema Municipal de Saúde.

O SUS, na verdade, não foi implantado no Rio de Janeiro, pois apenas se realizou no espaço do município uma sobreposição das redes municipal, estadual e federal, perfeitamente diferenciadas entre si. As unidades, embora repassadas, não receberam o financiamento para suprir as necessidades decorrentes e nem foi implantada uma política salarial para os trabalhadores de saúde. Tanto no caso do Governo Federal como no Estadual, não houve investimento direto para a manutenção da rede e a política estadual de saúde caracterizou-se pelo desinteresse das autoridades governamentais.

Cabe fazer uma referência à particular situação política que o Estado de Rio vem atravessando desde 1990 e que incidiu de maneira determinante na implantação de quaisquer processo de cunho reformador. A crise generalizada do tecido social e a formação de um governo paralelo vinculado ao narcotráfico no espaço da cidade, configuraram um novo tipo de situação de guerra das máfias com ramificações nos altos escalões do governo do Estado, Assembléia Legislativa, Judiciário, Polícia Federal. A imposição do terror às populações faveladas, a corrupção e a morte, por um lado, dificultaram enormemente qualquer forma de organização e participação política da população; de outro lado, inexistiu no espaço do Estado, enquanto poder público, a capacidade de regular políticas. A incapacidade do Estado no setor da saúde, expressa-se na não intervenção perante situações em que hospitais foram invadidos por narcotraficantes, em que os médicos sofrem ameaças para atender delinqüentes, às quais se soma a corrupção no gerenciamento dos hospitais públicos e a já habitual falta de recursos para a implementação da reforma sanitária.

Embora não haja dados oficiais sobre o estado da rede das unidades estaduais, detectam-se informações através das denúncias que se sucederam dia após dia a respeito da desativação de leitos, a falta de instrumental e de medicamentos, a precariedade das instalações, assim como das condições de atendimento por falta de médicos, enfermeiros e pessoal auxiliar.

O Conselho Regional de Medicina do Estado (CREMERJ) exerceu um papel importante na denúncia e interdição daquelas unidades que não contavam com condições mínimas de operar. O papel do CREMERJ, uma das principais entidades médicas, voltará a ser retomado na discussão do movimento médico e da implementação da política nestes anos. Mas o que importa sublinhar a respeito foi o papel inovador ocupado por entidades da sociedade civil em processos político-decisórios - o processo de descentralização democrática da política de saúde -, impondo uma interferência reguladora ao Estado em espaços em que este detinha o monopólio da intervenção. A reação do governador do Estado ao desempenho do CREMERJ foi o de afirmar, perante a imprensa, que não permitiria mais a vistoria e a interdição de hospitais por parte desse órgão.

A democratização da política, da mesma forma que amplia a arena decisória ao incorporar múltiplos atores e interesses, evidencia e desestabiliza os velhos mecanismos de clientelismo político e de corrupção dominantes na atuação dos políticos ou caudilhos ao velho estilo.

De fato, a atuação do CREMERJ, através das Comissões de Ética, deixou em evidência a maneira pela qual a Secretaria Estadual de Saúde (não) operava o sistema. A intervenção nos hospitais que se encontravam com sérios problemas em seu funcionamento, possibilitou a comprovação de malversação dos recursos públicos em um dos maiores hospitais do Estado - o IASERJ - no Instituto Nacional do Câncer, no Instituto Ary Frauzino e em outros. Por sua vez, as irregularidades nos hospitais não eram um fato isolado no Estado, já que estas correspondiam ao modelo de gestão do "público" do Secretário Estadual do governo Brizola.

Dentre as providências tomadas pelas entidades da sociedade é de se ressaltar a ação popular impetrada na justiça contra o Secretário Estadual de Saúde, por iniciativa do CREMERJ, SIMED e deputados do PSB e PT. A apuração na justiça sustentou-se no superfaturamento das compras de material hospitalar, depois de se comprovar com as notas dos fornecedores uma enorme disparidade de preços, assim como a sangria de recursos utilizada para pagamento de apoio político, favorecimento de empresários da área de saúde e em benefício próprio.

O conhecimento, por parte das entidades da sociedade, da existência de jurisprudência adequada e a utilização de procedimentos judiciais em cada caso comprovado de irregularidades na gestão do público, ao mesmo tempo que colocam uma ameaça virtual para o uso privado

de bens públicos vão gestando uma "cultura política democrática" no seio da sociedade. Na medida que se recorre à via jurídica, abre-se um espaço para a "prestação de contas" por parte das autoridades no exercício do governo e fecha-se o ciclo do livre arbítrio das mesmas e o da ignorância da população.

Neste sentido, a reprodução destas experiências vão criando novas modalidades do exercício da democracia política, as quais contribuem para a legitimação e institucionalização de procedimentos democráticos oriundos da ação dos cidadãos; a política se torna, desse modo, próxima da experiência individual, havendo uma reapropriação do político no espaço societário - desde o mais próximo até o mais distante.

Na nossa opinião, tende-se a criar enclaves democráticos ou, como discutíamos no primeiro capítulo, regimes de democracia parcial nos quais começa a existir uma vivência democrática, a formação de cidadãos junto à institucionalização de procedimentos e práticas no seio da sociedade, mas também do Estado, ainda que em entornos limitados e, talvez, sem condições de adquirir dimensão nacional em um prazo previsível.

A atuação do Ministro da Saúde, Jamil Haddad mostrou a diferença em relação ao Ministro da Saúde no governo Collor, inclusive no que se referiu à situação do Estado do Rio de Janeiro. A intenção do Ministro da Saúde Jamil Haddad, que poderia ser considerado como um representante do movimento sanitário no governo nacional, era de implementar o SUS em todo o país. Tratava-se de um ministro que tinha uma total coincidência político-ideológica com a proposta da Reforma Sanitária e que exerceu um papel fundamental no processo constituinte e na viabilização da Reforma Sanitária na Constituição Nacional.

Sua atuação se fez sentir também na oportunidade em que visitou o Estado, no qual se vivenciava uma situação calamitosa, quando foi formada uma Comissão de Emergência para propor soluções à situação das unidades estaduais e federais e dos municípios da Baixada Fluminense. A Comissão foi presidida pelo Secretário-executivo do Ministério da Saúde e ex-presidente do Sindicato dos Médicos, a Secretaria Executiva coube à Fundação Oswaldo Cruz e contou com a participação do CREMERJ, SIMED, parlamentares, secretarias estadual e municipal, dirigentes das federações de favelados e moradores do Estado, além de articular inúmeros grupos de trabalho. As prioridades consideradas se centraram na reativação das

unidades desativadas, no Programa de Saúde da Baixada (PESB)<sup>12</sup> e na constituição do Conselho Estadual de Saúde.

Exceto a formação do Conselho, de caráter estritamente político, as resoluções emanadas da comissão requeriam a decisão política de serem implementadas e uma injeção considerável de recursos para reabrir as unidades fechadas, contratar o pessoal que assegurasse o seu funcionamento e que permitisse mantê-las posteriormente.

Se considerarmos que neste íterim houve importantes mudanças políticas no Ministério da Saúde, com a renúncia do Ministro, novamente nos depararemos com o fato de que o processo de municipalização pode ser gravemente ameaçado de não adquirir a profundidade suficiente que a política da Reforma Sanitária requer para a sua efetivação.

De fato, as condições de operacionalização da política de saúde foram grandemente obstaculizadas pelos retrocessos políticos ocorridos no governo, neste período em análise, mas o processo não foi paralisado em alguns Estados e municípios, ainda que em condições adversas, pelo fato de existir neles uma base local-municipal e haver uma decisão política explícita de implementar a Reforma Sanitária.

Em relação ao Município do Rio, os serviços de saúde de nível municipal mantiveram e recuperaram as instalações, oferecendo melhor atendimento à população até 1993. Nos maiores hospitais do Município foram totalmente recuperadas as instalações e aparelhagens em 1992 em vista da realização, no Rio de Janeiro, da Conferência Mundial de Ecologia, ECO-92. Os investimentos necessários para recuperar a rede municipal foram feitos com recursos federais, pois os hospitais municipais passaram a ser hospitais de referência para atendimento da Conferência, e coube à prefeitura o cuidado e a manutenção da rede no bojo do processo de municipalização.

Uma das principais medidas implementadas pela secretaria, tal como em São Paulo, foi o aumento dos salários dos profissionais de saúde, o que possibilitou a existência de equipes completas de clínicos e de especialistas nos hospitais durante 24 horas.

---

<sup>12</sup> O Plano de Saúde da Baixada foi tratado no segundo capítulo deste trabalho, na parte referida ao Movimento Popular em Saúde.

No caso do Município do Rio não houve uma reforma administrativa profunda da Secretaria Municipal de Saúde ao tempo em que esta recusou-se a receber as unidades federais e estaduais, mas desenvolveu-se uma experiência inovadora, encaminhada por esta Secretaria, na gestão de alguns hospitais federais que deveriam ser municipalizados. Esta consistiu no implemento da co-gestão entre o INAMPS e o Município para a administração dos mesmos. Em termos de resultados, o hospital que manteve mais tempo a proposta, apresentou melhores condições de operação que os outros, o que poderia indicar um caminho a ser seguido na transferência das unidades ao município.

No Rio de Janeiro, embora tenha havido mudança da prefeitura após as eleições de 1992, com a passagem do PDT para o PMDB, não ocorreram, alterações no processo de municipalização da saúde porque o novo prefeito manteve o antigo Secretário Municipal de Saúde no cargo.

As prioridades enunciadas pelo Secretário de Saúde logo após reassumir o cargo foram em relação à prevenção e atendimento da saúde da população e aos profissionais de saúde. Em termos da saúde da população foram criados programas dirigidos à mulher, à gestante e à criança, e mantidos os já existentes, de combate ao cólera e AIDS. Quanto aos profissionais de saúde, aumentou-se o número do pessoal de enfermagem e o de seus auxiliares e, embora os salários dos médicos já se encontrassem ao nível de mercado, foram melhorados.

O orçamento municipal destinado à saúde foi mantido no piso do da gestão anterior, 11%, assim como sustentou-se o esforço para captar recursos extraordinários através de empréstimos internacionais para obras ou aquisição de equipamentos, que já havia dado bons resultados em anos anteriores.

Em relação à participação da população nos Conselhos de Saúde e à reformulação do sistema, não houve um tratamento privilegiado por parte do PDT, partido que administrou desde então a gestão estadual e municipal. Diferentemente do município de São Paulo, o Conselho Municipal de Saúde acabou tendo muito mais uma existência formal do que decisória em relação à política de saúde. Como agravante dessa situação houve o fato de não ter sido efetivada uma reforma administrativa e, conseqüentemente, de não existirem Conselhos formalmente reconhecidos nas antigas regiões de saúde nem nas unidades do Município.

As avaliações são difíceis de serem realizadas em termos de resultados do processo de municipalização, na medida que o repasse das unidades federais foi efetivado sem que a prefeitura as assumisse sob sua responsabilidade. Considerando o peso substantivo da rede estadual e federal no Município, não poderíamos afirmar que o processo de municipalização tenha significado uma melhor operacionalização destas.

Ainda que a gestão e atribuição de recursos da rede municipal de modo geral tenha melhorado, com o decorrer do tempo a sobrecarga destes serviços chegou à saturação pela grande afluência em termos do atendimento da população do Grande Rio - Baixada e Zona Oeste - e como consequência da crise dos serviços federais e estaduais no município e Estado, com o qual as melhorias constatadas na rede municipal não conseguiram ser mantidas e em 1994 delineou-se novamente uma grande crise de atendimento nos hospitais municipais.

No município do Rio não houve grandes inovações político-administrativas. Assim, por exemplo, o Secretário de Saúde declarou "a impossibilidade de contratação de enfermeiras e auxiliares de enfermagem por ter gasto todas as vagas adjudicadas ao município"<sup>13</sup>, ao mesmo tempo em que recorreu à negociação político-partidária com as instâncias centrais para abrir novas vagas, o que atualizou a modalidade de atuação clientelista, ou "prefeiturização" da política.

A mesma insuficiência de autonomia na gestão municipal das prefeituras do Rio de Janeiro e de São Paulo tornam-se evidentes ao considerarmos questões tais como a contratação dos profissionais necessários para o funcionamento da rede municipal, a indecisão para exonerar o pessoal que não cumpria com suas funções e a incapacidade para gerar recursos financeiros próprios que facilitassem o processo de municipalização.

O que estas duas experiências de municipalização consideradas revelaram foi uma grande diversidade de alternativas e de modalidades na implementação do processo de descentralização, diversidade essa que se relaciona com a heterogeneidade dos municípios, com a abordagem política e com os encaminhamentos técnicos viabilizados pelas próprias autoridades municipais.

---

<sup>13</sup> Jornal do CREMERJ, jan/1993

No caso do Município do Rio é de se ressaltar, também, uma certa desarticulação do movimento popular em saúde que se foi tornando visível nos últimos anos e que, acreditamos, incidiu fortemente na ausência de uma participação social mais incisiva no processo de municipalização.

### *Município de Santos*

Santos pode ser considerada uma cidade de médio porte, pois possui 480.000 habitantes. A maioria da população dispõe de água encanada e esgoto. A principal atividade produtiva é o porto, o maior centro de escoamento da produção nacional. Sua população operária é muito elevada e adscrita principalmente às atividades portuárias.

Conta com o maior número de casos de AIDS do país, alcançando a cifra de 2.004 notificações de 1985 a 1990. A mortalidade infantil vem aumentando também, chegando em 1990 a 32 por cada 1000 nascidos vivos. Tal como nas restantes metrópoles do país, houve, nas últimas décadas, um crescimento importante das doenças ligadas às condições de empobrecimento da população, às quais se agregam as doenças características do desenvolvimento. Neste sentido, os problemas de saúde da população são consideráveis e de solução complexa.

O município alocava 13,5% do seu orçamento à saúde até novembro de 1992. A partir desta data, o Secretário Municipal de Saúde foi eleito Prefeito da cidade - devido à gestão desenvolvida anteriormente como secretário de saúde - e o gasto desta área foi elevado para 16% do orçamento municipal. O governo federal participava somente com 20% do gasto total em saúde no município e o Estado de São Paulo não fez nenhum repasse de recursos ao mesmo desde 1989 até 1994.

A constituição do Conselho Municipal de Saúde, com participação paritária dos usuários e de suas representações, foi das primeiras medidas encaradas pelo Secretário Municipal de Saúde, Davi Capistrano, ao assumir o cargo em 1989. Desde sua constituição, todas as atividades da Secretaria passaram a ser submetidas ao Conselho.

A rede pública compunha-se de 23 policlínicas, hierarquizadas e distribuídas em cinco distritos sanitários que atendiam uma média de três consultas médicas por habitante a cada ano. Isto fez com que a assistência ambulatorial no Município se tornasse compatível com a demanda; incrementou-se, também, o número de profissionais, assim como os salários pagos aos mesmos.

A assistência hospitalar passou por momentos de estrangulamento em 1991, já que esta era coberta pela Santa Casa de Santos, a qual dispunha de 850 leitos e era o único hospital conveniado com o SUS. Na época, o Hospital dos Estivadores, que possuía 320 leitos e 21 de UTI, foi fechado por não conseguir pagar as dívidas, calculadas em Cr\$ 200 milhões, com funcionários e fornecedores. A justiça acatou uma ação do Ministério Público que, baseado no direito constitucional da população ter acesso aos serviços de saúde, propunha a reabertura do hospital de forma que sua gestão passasse para o SUS. Os estivadores conseguiram uma liminar suspendendo a decisão judicial e o Conselho Municipal de Saúde enfrentou o Sindicato dos Estivadores para reabrir o hospital e integrá-lo ao SUS.

Os programas de combate à AIDS e de Saúde Mental foram considerados de prioridade municipal com base no Plano de Saúde Municipal e a efetividade destes concentrou, desde então, a atenção de autoridades governamentais, tanto nacionais como internacionais. Foram criados, também, programas especiais, além de um Centro de Referência de saúde do trabalhador.

O Programa de Combate à AIDS consumia 10% dos recursos de saúde e desenvolveu-se com excelentes resultados, de tal maneira que passou a ser referência para os programas de controle da AIDS a nível nacional, sendo reproduzido em outras cidades do país e no estrangeiro.

O Programa de Atenção à Saúde Mental realizou-se junto à implementação dos critérios contemplados na "Reforma Psiquiátrica", ou seja, os da construção de "alternativas" assistenciais ao manicômio. O atendimento psiquiátrico foi basicamente desenvolvido em Núcleos de Assistência Psicossocial e complementado por um Programa de Internação Domiciliar. Depois de uma intervenção em um hospital psiquiátrico em 1989, onde havia mais de 500 internos, produziu-se uma verdadeira revolução nos critérios de atendimento dos doentes mentais e em 1994 o número de internos deste hospital diminuiu para 80.

Dentre os programas especiais, cabe ressaltar o Centro da Gestante e Adolescente, o Programa de Atendimento e Internação Domiciliar e o Programa de Atendimento Odontológico. O Município contou com um serviço de Vigilância do Recém-Nascido de Risco, inexistente no restante do país, através do qual foram acompanhadas 3612 crianças no período entre 1991 e julho de 1993.

A secretária municipal de saúde eleita em 1992, Aparecida Linhares, manteve sem alterações a política implementada na gestão anterior. Sua avaliação sobre o andamento do processo de municipalização do país como um todo, realizada na IX Conferência, revela a concepção política com a qual foi abordado o processo de municipalização em Santos:

*(...) a implantação do SUS não pode descuidar a questão da necessidade de conferir aos municípios um Modelo Assistencial que seja sobriamente compatível com a realidade local (...) um dos preceitos constitucionais trata justamente da Organização Política Administrativa estabelecendo autonomia aos Municípios, Estados e Distrito Federal e, mesmo assim, poucas instâncias tomaram para si esta responsabilidade. (...) É necessária a realização de um movimento político para que o município invista na saúde com recursos próprios. (...) O sucesso de propostas como esta, de municipalização, depende muito da participação intensa das comunidades nas discussões<sup>14</sup>.*

A experiência de Santos mostrou, à diferença de São Paulo e do Rio, o papel principal do Município quanto ao incremento da alocação de recursos para o setor e de um diagnóstico apurado, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, relativo a problemas de saúde da população a serem priorizados e de que maneira abordá-los. Ou seja, revelou a necessidade da elaboração de um Plano Reitor de Saúde para o município que compatibilize e reorganize a infra-estrutura de serviços existentes com os objetivos a serem alcançados pelo plano de saúde. Por último, mas em lugar de destaque, enfatizou a necessidade da existência de um Conselho Municipal de saúde ativo e operante que garanta o controle, por parte da população usuária e de suas representações, de toda e de cada uma das decisões emanadas da Secretaria de Saúde.

A prática de Santos sugere uma questão interessante, que se refere a como lidar nestas experiências de municipalização com a multiplicação de atores e de interesses que

---

<sup>14</sup> Anais da IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília: 1992.

necessariamente se "originam" nestes processos de descentralização da política e que apresenta uma dupla face. Por um lado, a instauração de procedimentos democráticos para lidar com uma pluralidade de interesses promove a criação de vias institucionais de negociação política e, portanto, a institucionalização da política como uma maneira inovadora de resolver conflitos, adjudicar competências e redistribuir poder - como foi o caso do processo de implementação da política de saúde neste município. De outro lado, a mesma situação de multiplicação de grupos e interesses pode encaminhar ao uso indiscriminado da negociação política.

Esta modalidade do exercício da política - dentro do contorno político-partidário - conduz à diluição das questões conflitivas nas relações entre as forças internas no partido que exercem a autoridade de governo, ou ao desgaste ocasionado por um permanente processo de enfrentamento e de acordos posteriores entre o partido governante e a oposição.

Quando se agrega à falta de um nível central de condução da política, a ausência de diretrizes operacionais a nível local que orientem a sua implementação - um claro diagnóstico dos problemas a serem enfrentados e um Plano de Saúde - evidencia-se a recorrência ao fato da política não conseguir ser resolutiva e, além disso, correr o perigo maior de tornar-se o seu próprio objeto, na medida em que as preocupações se voltam para a negociação entre as forças conflitantes, mais do que para questões específicas relativas à saúde. Acredito ser este um dos dilemas de algumas das prefeituras progressistas que comprometeram consideravelmente a implementação do SUS.

### *Município de Manaus*

Manaus é um município que tem 1.300.000 habitantes dos quais 98% mora na zona urbana. Trata-se de uma população basicamente de origem rural, inserida atualmente na indústria eletrônica, no setor serviços e no setor extrator da madeira.

De maneira mais acentuada que no eixo centro-sul do país, os níveis de pobreza e de inserção no mercado informal de trabalho de sua população tem crescido enormemente com a queda do ciclo econômico da borracha e a baixa utilização de mão de obra no setor industrial eletrônico.

Um dos indicadores, recentemente considerado, para avaliar os níveis de pobreza é o abastecimento de água e saneamento básico. No caso específico, pode-se usá-lo para ressaltar esses níveis, pois mesmo em se tratando de cidade capital do Estado, somente 10% da população possui esgoto e 80% da população urbana tem água pelo sistema formal. Os problemas de saúde da população, correspondentes às condições sócio-econômicas da população, são de grande magnitude e extensão. Doenças como tuberculose, raiva humana, hanseníase, pólio, sarampo, leptospirose, febre tifóide, hepatite e, nos últimos anos, o cólera constituem o quadro dramático do município.

A preocupação inicial da Secretaria Municipal de Saúde, no período compreendido entre 1989 e 1992, foi a de efetuar um levantamento das condições de saúde da população, as quais, uma vez identificadas, serviram para elaborar o Plano de Saúde e definir as prioridades do Município. O saneamento básico municipal recebeu lugar de destaque e foram construídos mais de 370 km de rede sanitária até o fim da gestão.

Essa administração promoveu uma ampla reforma administrativa na Secretaria Municipal de Saúde com a finalidade de efetivar o processo de municipalização. Em Manaus existiu uma identidade política das instâncias estadual e municipal com a Reforma Sanitária e com a implementação do processo de descentralização, diferentemente dos casos acima discutidos:

*Há integração perfeita entre a Secretaria Estadual, as secretarias municipais em especial de Manaus. Universidade de Amazonas, Governo Estadual, Governos Municipais e até, como no nosso caso é peculiar, com a zona de fronteira, envolvendo inclusive as instituições vinculadas as forças armadas numa discussão global sobre o SUS.<sup>15</sup>*

O interesse em reproduzir parte desta entrevista sustenta-se no fato da ampliação da proposta às forças armadas, em suma, para destacar a iniciativa política da administração estadual de somar setores e interesses distantes historicamente da proposta da Reforma Sanitária e conseguir comprometê-los. Essa iniciativa viabilizou-se, de um lado, devido à gravidade da situação de saúde do Estado e à ausência de um projeto de saúde alternativo à Reforma Sanitária que permitisse resolver com efetividade a situação de saúde da população. E de

---

<sup>15</sup> Entrevista com o Secretário Estadual de Saúde. In: Proposta, Jornal da Reforma Sanitária, Set./Out.92.

outro, pela decisão política das autoridades estaduais e municipais e pela articulação das forças sociais capazes de encaminhar e de dar continuidade ao processo por elas iniciado.

Dos casos considerados, este evidencia um processo de acumulação de forças políticas em prol da Reforma que possibilitou um desenvolvimento coordenado e, portanto, mais harmônico na implantação do SUS no Estado do Amazonas.

A primeira medida encarada pelo Secretário Municipal de Saúde, Evandro Melo, foi a implantação do Conselho de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde para o depósito dos recursos da saúde, ambos sob o controle da comunidade. O Conselho Municipal foi composto por 24 membros, sendo 12 de representantes de usuários eleitos direta e democraticamente nas comunidades; os representantes no Conselho decidiam todas as questões na área de saúde. Pela mesma lei foram criados o Conselho e o Fundo, sendo Manaus a primeira capital brasileira com Fundo implantado e com todos os recursos da saúde, da prefeitura, do Estado e do Governo Federal depositados nesta conta.

A Secretaria realizou uma ampla reforma no setor e, para isto, a cidade foi dividida em seis distritos sanitários. Por sua vez, a prefeitura dividiu o território do município em núcleos habitacionais formados por 50.000 pessoas, sendo que cada um destes teria uma unidade de saúde, com três consultórios médicos e três odontológicos; cada unidade seria equipada conforme a necessidade da população a ser atendida nos bairros que integravam os núcleos habitacionais. Organizou-se um Conselho de Saúde para cada unidade composto por 4 membros, 2 representantes dos usuários, o diretor e um representante dos funcionários.

O distrito sanitário possibilitava qualquer tipo de atendimento médico pois cada uma destas zonas contou com um posto e um centro de saúde. Os Conselhos dos Distritos compunham-se dos diretores das unidades do distrito e do mesmo número de usuários que o de diretores. A existência dos distritos permitiu definir as portas de entrada para o sistema de saúde, assim como responsabilizar cada uma das unidades de saúde por uma determinada população, que teria participação ativa através dos seus representantes eleitos nos conselhos.

A população passou a identificar a unidade de saúde como a unidade que lhe garantiria atenção quando necessitasse. As unidades de saúde, chamadas de portas de entrada, tinham além dos

consultórios médicos e odontológicos, atendimento de emergência nas 24 horas e encaminhavam os pacientes para níveis de maior complexidade de atendimento.

A concepção política sobre a qual se apoiou o processo de municipalização, neste caso, pode ser retirado da entrevista realizada com o Secretário de Saúde <sup>16</sup>:

*(...) não é só a divisão geográfica, é um processo de descentralização mesmo. Cada distrito dispõe de recursos próprios destinados pelo orçamento geral da Prefeitura, para planejar e gerenciar as suas atividades, conforma às exigências e prioridades apontadas pela população que saberá muito bem onde cobrar quando não funcionar (...) Com o Conselho fica mais fácil de se distinguir o que é municipalização e o que é prefeiturização: a diferença está na participação dos usuários, através de seus representantes, que podem opinar e tomar parte nas decisões e projetos, através dos Conselhos.*

Toda a rede básica de Manaus, quando completa, constará de 75 unidades na área urbana e de 16 na rural. O aumento do número de unidades de saúde foi de 21 em 1989, quando assumiu a atual prefeitura, para 54 até agosto de 1992. Agentes de saúde, eleitos pela própria comunidade, administravam as unidades da zona rural. A Secretaria Municipal visitava os postos uma vez por mês, com equipes formadas por 20 profissionais que desenvolviam desde consultas médicas até palestras e orientações na área social, para mais de 1.000 famílias, sobre prevenção da cólera e outras epidemias e endemias. A rede de serviços de saúde, até metade de 1992, foi ampliada em 86%, e no fim de 1992 chegou a 100% em relação ao que havia sido encontrado.

Os recursos alocados pela Secretaria Municipal até 1992, que correspondiam a 11% do orçamento municipal, neste ano passaram para 14%, cifra que superou o previsto pela Lei Orgânica Municipal, e o orçamento previsto para 1993 foi de 15%. Os salários dos profissionais de saúde foram elevados pela implementação no Município e no Estado de um Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS, que contemplava não só a carreira, mas os pisos mínimos e a capacitação constante do pessoal; implementando-se a formação de pós-graduação para os profissionais da rede e diversos cursos de especialização, em convênio com a Fiocruz e com a Fundação Getúlio Vargas.

---

<sup>16</sup> In: Proposta, Jornal da Reforma Sanitária. RJ: RADIS/FIOCRUZ, set./out.92.

Os Programas de Saúde empreendidos tiveram excelentes resultados. A cólera foi controlada, pois nos último cinco meses de 1992 não houve nenhum caso; para isso foi elaborado um plano de combate ao cólera e o estabelecimento de quais eram as áreas de risco no município e no Estado.

As ações envolveram educação em saúde, informação sobre os riscos da doença, os cuidados com a higiene, o controle da água e os cuidados com os alimentos. Foram utilizados agentes de saúde que visitavam casa por casa; distribuiu-se hipoclorito e estabeleceu-se um sistema de vigilância sanitária ao longo de todo o rio. Ao mesmo tempo foram monitoradas todas as diarreias e todas as pessoas com cólera eram identificadas antes de chegarem a Manaus. A cidade foi mapeada e em cada bairro havia um núcleo de pessoas envolvidas nas ações de vigilância sanitária junto aos técnicos e agentes de saúde.

Em relação ao quadro sanitário da população, podemos observar que<sup>17</sup>: coqueluche, difteria, pólio e sarampo, doenças dos primeiros anos de vida, tiveram uma queda muito acentuada, zerando-se a incidência da pólio, sendo que os casos de tuberculose também diminuíram no período 1990-1992. Quanto às doenças transmissíveis, mas não imunizáveis, houve queda considerável, como a sífilis, que passou de 862 casos para 238 no período 1990-1992; diminuíram, também, os casos de leptospirose e de febre tifóide, doenças estas relacionadas à limpeza da cidade e ao recolhimento do lixo. A Secretaria trabalhou junto ao Instituto de Medicina Tropical para identificar outros tipos de vírus de hepatite, além do B; nas hepatites deste último tipo os números de casos foram diminuídos.

### ***O Município de Manhuaçu***

Trata-se de um pequeno município localizado em Minas Gerais, quase divisa com o Espírito Santo, que possui uma população de 75.000 habitantes, localizando-se 40.000 na área urbana e 35.000 no campo. As principais atividades produtivas são a agricultura do café e a pecuária,

---

<sup>17</sup> Os dados foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Manaus. In: Proposta, Jornal da Reforma Sanitária. RJ: FIOCRUZ/RADIS, set/out 1992.

nas quais se inscreve a maioria da população percebendo baixa remuneração, o que faz com que a pobreza seja bastante extensa, como na maioria dos municípios rurais.

Há sérios problemas de saneamento básico, devido ao fato de o esgoto sanitário ser lançado diretamente no Rio Manhuaçu. Essa situação, somada à pobreza, incide fortemente nas condições de saúde da população e, principalmente, na mortalidade infantil. As principais causas de mortalidade infantil na região são atribuídas às doenças infecciosas e parasitárias, pneumonias e deficiências nutricionais, sendo o coeficiente de mortalidade de 52 para cada 1.000 nascidos vivos. Os problemas de saúde da população adulta são dos mais diversos: hanseníase, tuberculose, hepatite, parasitárias e deficiências nutricionais; atropelamentos também são muito freqüentes, devido às rodovias federais que margeiam o município, e 60% dos atendimentos em adultos dos pronto socorro são na área de traumato-ortopedia.

O processo de municipalização, iniciado em 1989 e aprofundado pela atual gestão municipal, acarretou uma reforma administrativa que dividiu a extensão territorial do município em duas regiões sanitárias, subdivididas em quatro zonas sanitárias urbanas e quatro rurais. O município contava com uma unidade do INAMPS e um posto de saúde do Estado, mas ambos foram repassados à prefeitura, que comprou também um hospital da rede privada.

Construiu-se, como parte do processo de municipalização, a Policlínica e o Pronto Socorro Municipal, que contam com 23 leitos e 51 médicos e prestam cerca de 100 atendimentos diários nas mais diversas especialidades. Também foram implantados 13 postos de saúde, alguns em fase de conclusão - 9 deles na área rural e os restantes na área urbana - e mais quatro centros de saúde em grandes distritos da área rural.

A maior parte do atendimento e das intervenções de maior complexidade eram feitas no hospital filantrópico, que dispunha de 210 leitos, com o qual a Secretaria Municipal mantinha convênio, administrando e controlando o repasse dos recursos. O sistema dispunha de um hemocentro que registrava, aproximadamente, 200 doações mensais de sangue e um serviço de hemodiálise com 63 pacientes inscritos. O número de profissionais adscritos à rede ampliada foi incrementado consideravelmente. Organizou-se também o Fundo Municipal de Saúde, para o repasse dos recursos federais e estaduais.

O Conselho Municipal de Saúde foi composto com 26 membros, metade deles representando aos usuários e a outra metade a Prefeitura, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde. Desde a sua formação, apresentou caráter permanente e deliberativo e constituiu-se na instância máxima para a avaliação e controle da política de saúde, assim como no que diz respeito à decisão de alocação de recursos.

Agregavam-se, à atuação do Conselho Municipal, os Conselhos Zonais e Locais que desenvolveram um papel central na política de saúde municipal. Assim, por exemplo o Conselho Local de um dos distritos do município, preocupado com a proliferação do cólera solicitou uma estação de tratamento e esgotos, já que a rodoviária local recebia diariamente mais de 10.000 passageiros de todo o país, tendo sido a mesma construída em oito meses e com um investimento de Cr\$ 1 bilhão.

Através de entrevistas realizadas com representantes dos usuários no Conselho<sup>18</sup> pudemos constatar que a mobilização popular e o próprio movimento popular estava organizado e preexistia à implementação do processo de municipalização, sendo fundamental para a efetivação da política.

Paralelamente, vários Programas foram efetivados - Atenção aos Desnutridos e Grupos de Acompanhamento de Diabéticos, Gestantes, Tuberculose e Hanseníase - e sua possibilidade de realização ocorreu devido à implantação do sistema de informatização e estatísticas do SUS de Manhuaçu para a localização dos doentes. O Programa de vacinação obteve uma cobertura de 98 a 100% e todas as crianças atendidas foram cadastradas, o que fez diminuir o número de casos de doenças imunizáveis.

O Departamento de Vigilância Sanitária da Secretaria utilizou procedimentos inovadores e encaminhou à Câmara Municipal um novo Código Sanitário que garantia ao Município um efetivo poder fiscalizador e de educação da comunidade. Nesta mesma direção, o atual Secretário de Saúde e Vice-Prefeito, Fernando Bittencourt, enviou um projeto à Câmara estabelecendo gratificações de estímulo aos médicos que aceitassem trabalhar na zona rural,

---

<sup>18</sup> In: Proposta, Jornal da Reforma Sanitária. RJ: FIOCRUZ/RADIS, n 31, 1993.

com percentuais variáveis de 30 a 80%, já que fixar médicos nestas áreas era uma das grandes dificuldades do município.

### *Município de Icapuí*

Trata-se de um município rural distante 200 Km da capital do Ceará com uma população estimada em 1989, pelo FIBGE, de 15.000 habitantes. A principal atividade econômica é a pesca, além do artesanato e da agricultura. O abastecimento de água realiza-se, em 93% dos casos, através de poço e 66% da água consumida não recebe tratamento. Somente 7% do lixo tem coleta pública, ficando a céu aberto 38% e sendo queimados 38%. O nível de analfabetismo da população é de quase 50% e, da outra metade, apenas 43% cursam ou concluíram o 1º grau.

A prefeitura iniciou, em 1991, uma campanha de estímulo ao uso de filtros e criou o Sistema Autônomo de Água e Esgoto que passou a abastecer 20% da cidade, aumentando também a coleta de lixo. Quanto ao quadro sanitário, as doenças mais comuns eram infecções diarreicas agudas, infecções parasitárias e doenças dermatológicas. O índice de mortalidade infantil foi diminuído para 49,5 por cada 1.000 nascidos vivos, o menor índice de todo o Estado, a partir de uma campanha permanente de conscientização da população de como evitar as mortes infantis.

Destinou-se 23% do orçamento municipal à saúde, sem que existisse transferência de recursos do Estado para o Município. Elaborou-se um plano municipal de saúde que a Secretaria Municipal de Saúde implementou. Cadastraram-se todas as famílias do Município, o que proporcionou um diagnóstico de saúde e de condições de vida que serviu de base para a elaboração dos programas específicos.

O cadastramento, realizado durante dois meses, envolveu a visita a cada casa por agentes de saúde e por pessoas da comunidade treinadas e supervisionadas por funcionários da Prefeitura. Com base nesse cadastramento o plano de saúde priorizou as ações básicas, o monitoramento das causas de doença e de morte. A partir disso, foram instalados dois centros de saúde, que

dispunham de consultórios médicos e odontológicos, farmácia, sala para reidratação oral e quatro postos de saúde nas seis áreas ou distritos sanitários em que foi dividido o município. A pedido dos pacientes foram utilizadas redes em lugar de camas nas salas de observação dos centros de saúde. Em todas as unidades implantou-se o prontuário familiar, o que permitiu vincular as famílias aos distritos sanitários, assim como o acompanhamento das mesmas. Pretende-se, ainda, construir um hospital com horário integral no município.

O Conselho Municipal de Saúde foi composto com cinco representantes das instituições prestadoras, cinco profissionais de saúde e 25 representantes das comunidades e de outras categorias profissionais. Constituiu-se outro fórum importante de decisões nas reuniões mensais de funcionários da Secretaria de Saúde. Os salários dos profissionais de saúde, que vinham sendo reajustados mensalmente, receberam isonomia e novas formas de reajustes a partir da elaboração do Plano de Cargos e Salários a partir de 1991.

Finalmente, caberia assinalar algumas tendências comparativas que depreendemos do exame dos municípios considerados. Assim, no seguinte quadro poderá ser visualizado o comportamento dos mesmos, com base no conjunto de variáveis incluídas na análise.

**Quadro Comparativo dos Municípios - Parte I**

Municípios	Tamanho	Reforma Adm - Reorg. Serv.	Recursos Financeiros(*)	Implantação Conselhos
São Paulo	grande	sim	++	sim
Rio de Janeiro	grande	não	++	não
Santos	médio	sim	+++	sim
Manaus	médio	sim	+++	sim
Manhuaçu	pequeno	sim	+++	sim
Icapui	pequeno	sim	+++	sim

(\*) Corresponderia a uma escala de valores em termos da porcentagem do orçamento municipal destinado à saúde:

(+) até 10%

(++) 10% -14%

(+++) mais de 14%

### Quadro Comparativo dos Municípios - Parte II

Municípios	Grau de Autonomia Municipal(*)	Diagnóstico Saúde Pop. - Plano S.	Extensão Rede Est. e Federal (*)	Aumento Nº Leitos	Melhorias Salariais Prof.Saúde	Resultados
São Paulo	++	não	++	não	sim	++
Rio de Janeiro	+	não	+++	não	sim	+
Santos	+++	sim	+	sim	sim	+++
Manaus	+++	sim	-	sim	sim	+++
Manhuaçu	+++	sim	-	sim	sim	+++
Icapui	+++	sim	-	sim	sim	+++

(\*) No caso da variável Autonomia Municipal consideramo-la em termos da capacidade do Município de incorporar inovações de caráter político-administrativo e a estratificamos com base na seguinte escala de valores: (-) nenhuma

(+) pouca

(++) mediana

(+++) considerável

No caso da variável Extensão da Rede Estadual e Federal consideramos os seguintes valores:

(-) não tem

(+) escassa

(++) mediana

(+++) grande

No caso da variável Resultados, consideramo-la em termos dos avanços político-administrativos do processo de municipalização e lhe atribuímos os seguintes valores:

(+) escassos

(++) medianos

(+++) importantes

O quadro evidencia a relação inversa entre o tamanho dos municípios e os resultados alcançados. Concluímos que a dimensão dos mesmos constitui, efetivamente, uma dificuldade na implementação da municipalização, associada à extensão da rede estadual e federal, sem que exista uma legislação acabada sobre a matéria nem condução política do poder central.

Embora os obstáculos à municipalização estejam religados às dificuldades colocadas desde o nível central do sistema, também se relacionam com as situações encontradas nas realidades locais, às quais se somam a falta, às vezes, de clareza e de definição quanto ao projeto de saúde e à sua operacionalização pelas prefeituras locais.

No caso dos municípios do Rio e de São Paulo, há resultados próximos, se bem que os projetos políticos sejam completamente diferentes. Acredito que as situações encontradas nos dois Municípios foram adversas à municipalização por várias razões: pela incidência muito grande do poder central - INAMPS - nestes locais; pelo grau de deterioração em que se encontravam as unidades de saúde; pela própria relação de forças desfavorável à implementação da Reforma, devido à grande concentração do setor privado hospitalar nestes Municípios e pelo estado de desmobilização política que atravessava o movimento social em saúde, particularmente no município do Rio de Janeiro. A outra questão diz respeito a certo grau de improvisação política e técnica destas prefeituras.

Em Santos e Manaus a situação inicial em termos do projeto político - a decisão de implementar a Reforma Sanitária - é semelhante, mas os resultados diferem dos alcançados pelo Rio e por São Paulo. De todas as maneiras, por serem Municípios menores, a incidência do nível federal no setor da saúde - hospitais e postos do INAMPS - é menor, de onde tornar-se necessário aumentar o número de leitos do setor público; assim como também é menor a presença do setor hospitalar privado. Nestes casos foram contemplados no Plano de Saúde, como já dissemos acima, um diagnóstico apurado das condições de saúde da população, a definição de quais seriam as prioridades e a sua operacionalização.

Da discussão dos municípios de pequeno porte se depreende a existência de menores condicionamentos políticos, técnicos e de infra-estrutura de serviços na implementação do processo de municipalização nos casos em que as prefeituras e secretarias estão afinadas com o projeto da Reforma Sanitária. O fato de não contar com uma rede federal e/ou estadual e até, às vezes, nem municipal de serviços de saúde, exige do município que destine uma parcela considerável do orçamento municipal à saúde, mas facilita a incorporação de procedimentos inovadores na gestão do sistema.

A formação de uma rede própria, nesses pequenos municípios, não implica em serviços de alta complexidade e tecnologia. Como já vimos, quando estes preexistem no município, ainda que possam pertencer ao setor filantrópico ou privado, o seu número de serviços não excede o de um hospital de nível terciário, como no caso de Manhauçu. De fato, administrar e controlar um número exíguo de convênios com os serviços credenciados, ou gerir um hospital do nível federal ou estadual simplifica enormemente a administração do sistema.

Devido ao menor grau de complexidade com que se apresentam as questões nestes municípios, é necessariamente menor o nível de aprofundamento político, técnico e administrativo, se bem que o diagnóstico da situação de saúde da população, assim como o Plano a ser implementado, constituam requisitos básicos.

A capacidade de inovações políticas por parte dos governos locais nos municípios pequenos fica menos subordinada à relação das forças sociais e políticas atuantes no espaço local do que no caso dos municípios médios e grandes, devido ao caráter quase familiar que adquirem as relações sociais em pequenas localidades rurais. O que pode haver é uma potencialização de projetos, conforme seja o grau de enfrentamento das forças políticas locais.

O incremento dos salários dos profissionais de saúde e a elevação do número de profissionais adscritos à rede parece ser uma condição impreterível do processo de municipalização. Ainda que existam gradações e maneiras diversas de atender a questão, esses são pontos principais sem os quais dificilmente existe Reforma, mas também constituem um empecilho à mesma religado ao próprio exercício da prática médica.

Os Conselhos de Saúde, ainda que definidos como essenciais para a efetivação da política, merecem uma discussão em separado que retomarei na seção deste capítulo referida aos movimentos sociais em saúde. De qualquer maneira, os Conselhos de Saúde tendem a desenvolver uma atividade mais homogênea e harmônica nos diversos níveis de implementação da política, quando existe no município um movimento popular organizado e um certo grau de mobilização social em torno das condições de vida e de saúde da população e o incentivo à participação social na gestão municipal, por parte das autoridades locais.

Finalmente cabe destacar que o grau de autonomia da gestão municipal e os recursos financeiros aplicados pelo município no setor da saúde se relacionam de maneira direta com

os resultados do processo de municipalização, ainda que no caso do Rio de Janeiro esta relação é alterada por um conjunto de outras variáveis intervenientes, como pode se observar no Quadro Comparativo, parte I e parte II. Quanto maior o grau de autonomia e a aplicação de recursos ao sistema, melhores os resultados obtidos. Ainda no que concerne aos recursos, o repasse automático dos recursos federais e estaduais em uma única conta foi facilitado nos municípios que criaram o Fundo Municipal de Saúde. Dos casos considerados, ocorreu em Santos, Manaus e Manhuaçu, mas na maioria dos municípios brasileiros não foram implementados os Fundos de Saúde.

Um dos pontos relevantes do processo de municipalização é a própria atribuição local da autonomia da gestão municipal. Referimo-nos à atribuição própria, porque ainda que a autonomia dos municípios seja contemplada pela Constituição de 1988, falta ainda, tal como em outros capítulos da Constituição - vide por exemplo no financiamento da saúde a modalidade de repasse dos recursos -, a regulamentação através de leis ordinárias das atribuições dos diferentes poderes. Nessa situação, cabe às instâncias descentralizadas criar jurisprudência sempre que esta colabore para viabilizar a implementação do SUS.

A autonomia municipal, tal como foi definida acima, constitui-se em peça chave para a efetivação dos princípios da Reforma Sanitária requerendo, então, maior ortodoxia no cumprimento da Constituição e na formação de uma institucionalidade democrática a nível local. A inovação de procedimentos político-administrativos diferencia as experiências locais, mas origina também conseqüências não desejadas, tal como a fragmentação da política de saúde em uma grande diversidade de experiências que podem ficar isoladas, sem dar margem a que haja uma homogeneização da política de saúde no conjunto do país.

A fragmentação poderia ser compreendida como o resultado da autonomia do poder municipal, mas, em verdade, a ausência de um nível de condução central da política e de um processo de descentralização que considere o nível estadual contribui de maneira principal para a atomização das experiências de municipalização.

De qualquer maneira, parece claro - *a posteriori* da análise dos municípios considerados - que o processo de descentralização poderia ser considerado como uma "condição de possibilidade" para o exercício da cidadania, colaborando para o rompimento de barreiras entre cidadãos e

Estado no exercício da democracia, na medida que desloca o poder de decisão da política da órbita exclusiva do estado. Condição esta que contribui a aproximar a democracia política a uma maior equidade na distribuição de benefícios de saúde entre as camadas menos favorecidas da população, mas não somente. Constitui-se, principalmente, em um processo educativo, na medida que as transferências de cotas de poder nos níveis locais do exercício da política exigem do próprio cidadão um maior conhecimento e informação que o habilite a ter um papel decisório nos Conselhos Locais de Saúde.

## **CAPÍTULO VIII**

---

## Os Conselhos de Saúde

A parte anterior possibilitou situar os percalços no processo de implementação da Reforma Sanitária sob a perspectiva da política pública, ou seja, com relação às medidas ordenadas pelo governo para efetivar o SUS. Mas neste capítulo nosso objetivo ainda será o de dar conta da dinâmica de implantação da política de saúde, a partir da atuação e da inter-relação dos atores envolvidos.

Uma vez que o sistema de saúde foi objeto de reformas profundas, procuramos detectar em que medida os entraves a essa política foram, em parte, uma consequência da ação e/ou comportamento do movimento social organizado. A análise da trajetória do movimento popular em saúde - formação, ascensão e declínio - possibilitou-nos estabelecer algumas inferências relativas ao papel e à projeção que estes movimentos populares em saúde se reservaram *vis a vis* às políticas de saúde.

Um dos pontos que nos parecem cruciais, neste sentido, é a própria modalidade da atuação desses movimentos que, a partir da busca da 'autonomia', se sustentou tanto na mobilização popular quanto no afastamento das instâncias estatais de saúde, embora estas previssem a participação popular. A rejeição à participação do movimento popular em saúde nos Conselhos de Saúde fez com que este perdesse a capacidade de influenciar a política de maneira mais efetiva.

Mas importa observar que, ao mesmo tempo em que a mobilização é estruturante no momento em que acontece, esta modalidade de organização fragiliza o movimento porque este depende de fatores externos para existir, tais como crises graves do setor saúde, sejam estas de cunho epidemiológico ou de atendimento.

Este tipo de atuação, sustentada na "autonomia" e evitando a relação com o Estado, acaba eximindo-o de atuar nos Conselhos e recalca a rejeição existente nestes movimentos à estruturação e articulação de modalidades da atividade política, não sustentadas exclusivamente

na mobilização. A tendência a uma certa institucionalização e ao reconhecimento de formas alternativas à mobilização poderiam gerar nestes movimentos, com um grande investimento de inovação política, ossaturas próprias e autônomas que possibilitariam incidir de maneira mais decidida nos rumos da política.

De fato, o tipo de atuação que estes movimentos alcançaram e mantiveram, no período que poderíamos chamar de "consolidação da democracia" e da implementação da política de saúde, obstaculizou a sua co-responsabilidade no processo de efetivação da mesma e, mais ainda, impediu-os de neutralizar o surgimento de tendências fortemente corporativas no movimento médico, as quais acabaram ocupando o espaço que os movimentos populares abandonaram nos Conselhos de Saúde. A mobilização acabou se constituindo num empecilho, na medida que não houve uma readequação da estratégia na luta política do movimento popular em saúde.

Neste capítulo discutirei a atuação dos movimentos populares em saúde no âmbito específico dos Conselhos de Saúde, instância esta de caráter deliberativo da política de saúde e na qual os usuários e suas entidades e movimentos representativos compareciam com 50% da composição dos Conselhos, segundo regulamentação da Lei Orgânica da Saúde. Posteriormente, será analisado o comportamento e desempenho dos usuários em relação aos serviços de saúde e sua participação no movimento organizado e junto aos Conselhos.

Os Conselhos de Saúde constituem, tal como regulamentado pela Constituição Nacional o principal órgão de participação da sociedade na definição do sistema e serviços de saúde a nível nacional, estadual e municipal. Sua ingerência ampla prevê a formulação do Plano de Saúde adequado à operacionalização do SUS, a definição e aplicação orçamentária do setor, a reorganização administrativa, o gerenciamento da rede, a alocação e remuneração dos profissionais de saúde e o próprio modelo assistencial.

Os dados sobre os Conselhos de Saúde - Estaduais e Municipais -, que serão utilizados nesta parte do trabalho, correspondem a uma pesquisa realizada no ano de 1993 a pedido do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e realizada por várias instituições acadêmicas do setor da saúde<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Avaliação do Funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, IBAM, IMS/UERJ, NES/CE, NESCON/UFMG, NESS/BA, Relatório Nacional Versão Preliminar, Agosto 1993, Ministério da Saúde-Conselho Nacional de Saúde

Do total das 27 Unidades Federadas do país, os Conselhos foram legalmente constituídos em 14 Estados; existiam juridicamente, mas não funcionavam, em 11; e nem foram definidos juridicamente em 2 Estados. A formação dos Conselhos Estaduais de Saúde não foi impulsionada nem exigida pela sociedade e por suas entidades organizadas na maioria dos Estados Brasileiros. Os Conselhos originaram-se na maioria dos casos por iniciativa dos técnicos das Secretarias Estaduais de Saúde, alinhados às forças reformistas. De modo geral, sua origem pode ser localizada em diferentes instâncias do poder governamental. Assim, por exemplo, no Rio de Janeiro a iniciativa da lei foi do Legislativo estadual.

Somente houve oito estados nos quais ocorreu a participação considerável, de setores da sociedade na formação dos conselhos e dois em que esta participação foi decisiva. Dependendo também do Estado, naqueles em que existiu participação popular, verificaram-se diferenças e/ou conflitos entre as representações populares e/ou usuários.

Apesar de a lei determinar o caráter deliberativo dos Conselhos estes acabaram tendo um papel meramente consultivo. Os avanços em relação ao seu papel como um canal para encaminhar denúncias da sociedade que facilitassem o pleno acesso da população às informações de saúde, à participação dos conselhos nas unidades de serviço e na articulação destes com o Conselho Nacional de Saúde e com os Conselhos Municipais de Saúde variou de Estado para Estado, dependendo do interesse dos governadores em impulsionar ou não a formação dos mesmos.

Mas foram poucos os Estados que ampliaram as atribuições e funções dos Conselhos de Saúde. A composição dos Conselhos Estaduais não foi paritária, tal como foi previsto pela Lei Orgânica da Saúde (8080-90) e pela resolução 33/93, indicando os dados do conjunto do país uma bancada maior de representantes dos prestadores (350) que de usuários (312). Os dados correspondem à análise dos 24 Conselhos estaduais; sendo que os Estados de Maranhão e Santa Catarina não constituíram legalmente os Conselhos e que Sergipe não foi analisado pela mencionada pesquisa.

Entre os prestadores foram incluídos: os representantes do poder executivo - federal, estadual, municipal - legislativo, os profissionais de saúde, os prestadores "strictu senso" e a comunidade acadêmica. No total dos Estados, os representantes das três esferas de governo executivo, estadual e municipal somavam 161 membros, sendo que o executivo estadual teve o maior número de membros (97); os representantes do poder legislativo eram em número de 8, o dos

profissionais de saúde 106, os prestadores do setor público e privado somavam 56 e o número de intelectuais e de acadêmicos do setor era 19.

A bancada dos usuários compunha-se pelos: movimentos sociais e comunitários, que contavam com uma representação de 123 membros e que se apresentavam de forma bastante diversificada, com inúmeros segmentos, sendo a maior a presença das Associações de Moradores (46), seguida do Movimento Popular pela Saúde (10); os trabalhadores e Centrais Sindicais somavam 96 representantes; os empresários de todos os setores da economia estavam representados por 36 membros, portadores de doenças 40 e organismos religiosos 17.

As bancadas de trabalhadores e profissionais de saúde, se somadas, constituíam a maioria dos membros dos Conselhos Estaduais de Saúde. A representação dos prestadores compunha-se de 56 membros, dos quais 37 eram representantes do setor privado filantrópico e lucrativo.

Estes números merecem alguns comentários, dentre eles que a composição dos Conselhos parece indicar uma tendência à representação de caráter corporativo, antes de mais nada. Outro aspecto que chama a atenção é o peso dos prestadores privados em relação aos públicos, embora se pudesse pensar que em parte estes últimos poderiam também estar representados no executivo e no legislativo, já que vários destes eram donos de clínicas e hospitais. Não ficou claro se havia também representantes de prestadores públicos - diretores de hospitais públicos - e, se assim fosse, em que proporção estes tinham assento no executivo e legislativo.

O mandato dos Conselhos variava segundo os Estados; na metade deles a duração era de dois anos. nos restantes se estendia de um a quatro anos e em Goiás, Amazona, Mato Grosso do Sul e Paraná havia coincidência do mandato dos representantes do Conselho com os do governo. As reuniões ordinárias dos Conselhos aconteciam uma vez ao mês, as extraordinárias eram convocadas pelo presidente ou por 50% dos seus membros e somente em alguns Estados a pauta de reunião era distribuída com antecedência. As decisões eram tomadas por votação nominal e a deliberação se decide por maioria simples<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Em relação à dinâmica de funcionamento a pesquisa considerada analisou 12 Estados, já que os restantes não se encontravam ainda em funcionamento pleno e os que funcionam são muito recentes, o que dificulta a avaliação.

Poucos estados apresentavam dotação orçamentária para o funcionamento dos Conselhos. Este fato indica a atribuição de um papel menor na decisão das políticas, já que nenhum órgão de governo carece de dotação orçamentária. Ainda que os Conselhos fossem órgãos criados pela política de saúde para que a sociedade pudesse exercer o controle sobre a mesma e, desse modo, seus membros não recebessem remuneração, o que, de fato, aconteceu, principalmente na esfera municipal, foi que os representantes de movimentos e usuários nos Conselhos não possuíam, às vezes, condições para assistir às reuniões por não poderem pagar o transporte para o local<sup>3</sup>. Trata-se de um aspecto extremamente problemático, pois a carência dos meios econômicos, somada à impossibilidade de difusão dos resultados das deliberações desta instância política, além da não-divulgação das informações necessárias a respeito do sistema de atendimento, tornou iníqua a sua atuação.

A representatividade foi bastante desigual; predominou a iniciativa do Estado sobre a sociedade, com algumas variações nos Estados em que as entidades da sociedade participaram da criação dos conselhos. A indicação dos conselheiros, em quase todos os Estados, foi decidida pelas suas respectivas entidades, sendo nomeados pelo governador.

Em dois Estados o Poder legislativo foi incluído na bancada dos usuários - (Pernambuco e Amazonas) - enquanto nos demais ele integrou a bancada do Poder Executivo. A inclusão dos representantes do poder legislativo na bancada dos usuários significa uma inversão completa da idéia que deu origem aos Conselhos, sustentada sobre o controle social da população na implementação da política. De fato, a solução mais razoável é incluí-la na bancada do poder executivo, independentemente de quais sejam os partidos que têm maior peso no legislativo. Cabe aclarar isto, já que tem sido uma questão que entrou nas agendas das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.

Inclusive é necessário acrescentar que em Estados em que não há um movimento social organizado e os representantes do legislativo possuem posições mais próximas à Reforma Sanitária, representar os movimentos e usuários expressa um comportamento de cunho paternalista em relação à população e pouco ajustado aos procedimentos democráticos.

---

<sup>3</sup> Amelia Cohn, Paulo Elias, Pedro Jacobi, Participação Popular e Gestão de Serviços de Saúde: Um Olhar Sobre a Experiência de São Paulo, Saúde em Debate, No. 38, Março 93, Londrina

Observa-se que a maioria dos Conselhos não funcionam como um espaço institucional de canalização das demandas da população por melhores condições de atendimento e cuidados de saúde no município, nem como um espaço de denúncia dos problemas de saúde local. Da mesma forma, também não há uma visibilidade, para a população, da existência e da finalidade dos conselhos, nem ações planejadas destes para a ocupação de espaços nos meios de comunicação de massas que sirvam à difusão, existência e alcance dos conselhos de saúde.

Como já tínhamos mencionado acima, a falta de um orçamento próprio inviabiliza o encaminhamento deste tipo de atividades imprescindíveis para desenvolver a ação dos conselhos. A articulação dos Conselhos Estaduais com o Conselho Nacional e com os Conselhos Municipais é mais ou menos intensa, dependendo do Estado. Ainda, em alguns destes, há uma articulação com universidades e organizações não governamentais através de consultas, capacitação de recursos humanos, elaboração de Planos de Saúde e nas Conferências Estaduais.

Quanto às condições administrativas, financeiras e técnicas de funcionamento e de decisão, foi evidente a dependência dos Conselhos com relação às Secretarias Estaduais. Em alguns Estados houve divergências e conflitos entre os componentes dos Conselhos - como no caso do Rio Grande e Mato Grosso do Sul. Os mais assíduos representantes às reuniões dos conselhos estaduais foram os usuários e o quorum, na maioria deles oscilou, entre 55 e 60% em alguns Estados, enquanto em outros os representantes do poder executivo foram os mais assíduos. Afirmou-se no relatório da pesquisa analisada que o impacto dos conselhos foi baixo e ocorreu mais no campo político do que no sanitário especificamente. A respeito dos Conselhos Estaduais, o estudo do qual foram extraídos os dados concluiu que a consolidação dos Conselhos era ainda muito incipiente, que não se acatavam as decisões emanadas destas instâncias, que a influência sobre as demais instâncias era fraca e que se observou um desconhecimento muito grande acerca do que fosse o "controle social".

Caberia ressaltar, de nossa parte, a respeito desta constatação que, ainda que os usuários não tenham participado dos Conselhos como seria desejável, a existência destes gerou um impacto político na população relacionado ao conhecimento destes órgãos e à possibilidade de que estes venham a incidir no sistema de saúde e, assim, providenciar que os serviços de saúde ofereçam melhores condições de atendimento para a população. Neste sentido, a existência dos Conselhos oferece um espaço difusor de práticas políticas alternativas, já que colaboram para

o que alguns autores no campo da ciência política (SCHMITTER, 1985) denominam de "*Contextual effects*" das políticas. Tratar-se-ia de resultados inesperados não a um nível agregado, mas quanto à mudança na percepção que os indivíduos ou a população possa adquirir em relação a uma política dada. Dito de outra forma, o "acesso" à política de saúde torna-se mais próximo dos usuários, na medida que existam órgãos deliberativos da política nos quais estes têm uma ingerência direta.

A definição de prioridades em saúde não foi, na prática assumida pelos Conselhos, enquanto o acolhimento de reclamações e de sugestões de usuários para a elaboração do Plano Estadual, está ainda em fase de implantação. Em relação ao controle dos recursos e à revisão das contas do SUS, embora as informações sejam mais difundidas, o controle continua difícil de ser efetivado.

A pesquisa relacionada efetuou o cadastramento de 3376, dentre os 4973 municípios existentes no Brasil, o que correspondia a 68% do total dos municípios que compõem a Federação. Dos 3376 Conselhos Municipais que foram cadastrados pela pesquisa, 2108 já constituíram legalmente o Conselho Municipal de Saúde o que corresponderia a 62% dos municípios consultados.

A maioria dos Conselhos cadastrados foi criada a partir de 1991. Os Estados em que, menos de 30% dos municípios tinham conselhos foram: Amapá, Amazonas, Roraima, Goiás, Tocantins, Acre e Maranhão. Nos pequenos municípios era menos freqüente a existência de conselhos; na faixa daqueles que contam com menos de 2 mil habitantes, somente 36% dispõem destes. Este percentual aumenta conforme cresce o tamanho da população, até ultrapassar os 80% nos municípios com mais de 100 mil habitantes.

Dos conselhos cadastrados 58% informou que estavam funcionando e 55% reuniu-se pelo menos alguma vez. Os Estados que tinham melhores percentagens de conselhos em funcionamento foram: Rio de Janeiro, São Paulo, Rondônia, Goiás e Espírito Santo. Nestes municípios, em média 85% dos conselhos estavam funcionando; enquanto os que apresentaram piores índices são Piauí, Maranhão, Tocantins e Mato Grosso do Sul.

Os municípios maiores tendem a ter CMS mais operantes, situação que pôde ser encontrada, também, nos que tinham menos de 2 mil habitantes, onde 63% dos conselhos eram tidos como operantes. Nos municípios de mais de 200 mil habitantes os índices de atividade ultrapassavam

os 80%, sendo que, 70% faziam-no mensalmente e os restantes, bimestralmente. Apenas 26% dos conselhos contavam com Secretaria Executiva constatando-se este fato somente nos grandes municípios.

Foram examinados 24 Conselhos de Saúde <sup>4</sup> das 26 capitais dos Estados, observando-se que as Secretarias Municipais de Saúde representaram os principais agentes na criação dos mesmos e que a maioria se iniciou entre os anos 90 e 91. Nos municípios de São Paulo, Belém e Curitiba houve uma ampliação de proposições políticas através da criação de comissões de recursos humanos, saúde do trabalhador e da promoção e articulação com outros setores municipais, tais como a Secretaria de Educação e Saneamento e o Conselho Estadual e Nacional de Saúde. Em Curitiba houve gestões junto ao Poder Legislativo e Executivo Municipal para que se destinasse 10% da receita da prefeitura para a saúde.

Em todos os casos verificou-se, em relação aos mecanismos de controle da gestão dos serviços de saúde, a ordenação de critérios para o estabelecimento de convênios e contratos com o setor privado e filantrópico, assim como o acompanhamento e fiscalização na programação, no orçamento e funcionamento do Fundo Municipal de Saúde. Também verificou-se a preocupação com a qualidade e resolutividade do sistema em Belém, Curitiba, São Paulo, Recife, Boa Vista e Salvador.

A participação da sociedade foi garantida na quase totalidade dos municípios através das Conferências Municipais de Saúde e existiram avanços quanto à ampliação da participação da sociedade local. Em Curitiba, Porto Velho, Teresina, Campo Grande e Cuiabá constava da legislação a garantia da participação social na gestão das unidades e serviços de saúde e a criação de canais de denúncias e de demandas.

A difusão das informações e a criação de mecanismos que garantissem o amplo acesso da população aos serviços de saúde também foram contemplados por estes municípios. No caso de São Paulo, esta questão foi explicitada tanto no que se refere à garantia de participação nas unidades e Conselhos Distritais de Saúde como na difusão de informações, pela criação de canais de comunicação social para o setor.

---

<sup>4</sup> Avaliação do Funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, Agosto 1993.

A composição dos Conselhos Municipais das capitais dos Estados foi formada, do lado dos usuários, na sua maioria por representantes dos movimentos sociais comunitários, num total 168 membros. Nesse grupo, predominaram os representantes do movimento popular pela saúde (27) e, em segundo lugar, as associações de moradores (15). Pelo lado dos usuários, além dos movimentos comunitários havia a bancada das entidades de trabalhadores (66), nas quais predominavam as Centrais Sindicais - com 19 membros - e entidades de trabalhadores em saúde - com 14 membros. Do lado dos prestadores, os representantes do poder executivo eram 126, sendo 81 da esfera municipal, 23 da federal e 18 da estadual. Os profissionais de saúde contavam com 102 representantes, 16 da área médica, 15 de enfermagem, 29 de entidades de trabalhadores de saúde e os demais distribuídos por outras categorias. No lado dos prestadores, além dos representantes do poder executivo e dos profissionais de saúde havia os prestadores "stricto sensu", que somavam 49, sendo 11 da área pública, 11 dos filantrópicos e 15 dos privados. Por fim a comunidade acadêmica possuía 17 cadeiras nos Conselhos. Novamente o Poder Legislativo tomava assento como Estado e como usuário em Macapá, Manaus e Boa Vista.

Os conselheiros eram indicados pelas entidades e nomeados pelo prefeito. O tempo de duração do mandato era também, em alguns municípios, atrelado à gestão municipal. A dotação orçamentária, preconizada pela legislação federal, somente era prevista por dois municípios, o do Rio de Janeiro e o de Palmas.

A organização interna dos conselhos compunha-se de uma Plenária, de uma Secretaria Executiva e do Presidente. O município de São Paulo apresentou algumas peculiaridades, visto que substituiu a Plenária por Colegiado Pleno e constituiu Comissões Interdisciplinares permanentes para discussão de assuntos setoriais da saúde, além de uma Comissão Executiva para a apreciação de denúncias e de demandas com caráter deliberativo. Os municípios de Goiânia, Recife e Belo Horizonte constituíram Mesas Diretoras, enquanto Rio de Janeiro e Porto Alegre tinham núcleos de coordenação. De modo geral as reuniões realizavam-se mensalmente e a tomada de decisões na maioria dos casos ocorria nas Plenárias e Colegiados, através de votação nominal aberta e, quando necessário, votação secreta.

Os resultados analisados a respeito do "estado da arte" dos Conselhos de Saúde ajudam a complementar a análise do processo de municipalização ao mesmo tempo que nos possibilita interpretar o caráter do mesmo. Da mesma forma que na análise realizada a respeito do

processo de municipalização, no caso dos Conselhos podemos constatar que a descentralização da política de saúde tem acontecido de uma maneira incompleta, na medida que o processo avançou no nível municipal da política, ainda que a profundidade e alcance da municipalização do setor saúde difira segundo os municípios. No nível estadual tem havido imensas dificuldades para que se assuma o processo de descentralização e a formação dos Conselhos de Saúde.

Podemos afirmar que tem havido enormes empecilhos por parte das Secretarias Estaduais de Saúde para a efetivação do SUS. Isto diz respeito, de uma parte, à falta de afinamento dos governos estaduais com a Reforma Sanitária e, de outra, ao despreparo e inadequação gerencial, administrativa e orçamentária das Secretarias estaduais para assumir a descentralização do sistema de saúde. A situação é melhor contornada no nível local/municipal, devido ao fato de que a estrutura do sistema de saúde - a rede de serviços - possui menor complexidade, à exceção dos municípios que constituem as maiores cidades-capitais do país, nos quais a rede municipal convive com uma rede federal e estadual. De modo geral, a efetividade dos Conselhos relaciona-se à pressão exercida pelos usuários, pelos movimentos sociais organizados e profissionais de saúde e à maior proximidade da população com as autoridades locais.

De quaisquer maneira o processo de municipalização, ainda que tenha tido um efeito de difusão política enorme, uma vez que a questão da municipalização passou a ter um papel principal na implementação da política pública, ela não teve o efeito desejado em relação às transferências efetivas de poder para os níveis locais e particularmente para a população. Esta situação se explica pelo fato da política se localizar exclusivamente no nível municipal, sem uma definição de atribuições e obrigações da esfera federal e estadual e sem o repasse correspondente dos recursos mas, principalmente, devido aos Conselhos não terem sido criados de "baixo para cima", o que fez com que estes ficassem depreciados e dependessem da vontade política dos governadores e prefeitos para incentivá-los ou não. E ainda, se compararmos os Conselhos municipais com os Conselhos Estaduais, os primeiros têm sido bem mais atuantes e tem havido um certo controle da população em termos do financiamento, administração e gestão das unidades de saúde. Essa atuação difere bastante de município para município, porém tem ocorrido de forma continuada, ainda que os inícios da década de 90 correspondam a um

momento político que se caracterizou pelo declínio na ação dos movimentos sociais em saúde e, especialmente, do movimento popular em saúde e associações de moradores.

Analisamos no capítulo anterior a formação e atuação do movimento popular em saúde concluindo que: a) os momentos de agregação do movimento popular coincidem com as crises do setor da saúde, sejam elas epidemias que afetam ao conjunto da população ou a inoperância e inefetividade dos serviços de atenção à saúde, na medida que suscitam uma articulação para reivindicar perante o Estado algum tipo de intervenção que reverta em melhores condições de atendimento e de saúde da população; b) a paralisação na atividade ou declínio do movimento relaciona-se com o acesso deste às formas orgânicas do exercício político, na qual se observa a não correspondência entre as diferenças ideológicas internas do movimento em torno da participação ou não nos Conselhos de Saúde - com as exigências que o processo de implementação da política coloca para o movimento.

A problemática que se coloca em jogo é a da passagem de uma postura de oposição para a de participante ativo, situação que o equipara às forças governamentais, e o coloca como co-responsável das decisões a serem implementadas. Mas, para a continuidade da luta das forças populares, isto tem sido muito mais um fator de enfraquecimento e de desunião do que um estímulo. Assim, a mobilização alcançada pelo movimento popular e associações comunitárias em torno aos Conselhos de Saúde, contrariamente ao esperado, tem sido bastante escassa.

Há uma observação que se repete em todo documento impresso dos movimentos populares "*...as coisas só acontecem quando a gente começa a lutar*", não entanto, a impressão que se tem ao fim de um levantamento e pela observação da atuação destes movimentos é a de que não se acredita e se desconhece a respeito de **que e quanto** é possível mudar através da participação e do controle social. Revisando panfletos e publicações representativas do movimento popular, constatamos que existe difusão a respeito do que consistem os Conselhos e qual sua finalidade, ou seja: "*através destes a população exerceria o direito de controlar, fiscalizar, formular e participar do planejamento e execução das políticas de saúde*"<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Se Liga no SINAL, Informativo do CEPEL, Ano 3, No.12, Jul./Ag.93, Rio de Janeiro

Como observamos acima, trata-se de um processo que se encontra num momento bastante inicial e que sofre fortes resistências - das diversas instâncias do executivo, prestadores privados, etc.-, expressas através dos obstáculos colocados para viabilizar um funcionamento mais fluido dos conselhos - não os considerando órgãos deliberativos ou não lhes atribuindo dotação orçamentária. Trata-se de uma situação dúbia: enquanto o poder executivo não reconhece o caráter decisório dos mesmos, o movimento social em saúde e os usuários lhe retiram o crédito, dificultando também que estes alcancem uma posição de destaque na transformação da política de saúde.

O discurso do próprio movimento, neste sentido, parece cair num vazio. O usufruto da saúde e o atendimento à doença como alguma coisa resultante ou relacionada com a participação e conseqüente atividade nos Conselhos, não parece ser entendida como uma questão decisiva para se conseguir melhorar o atendimento à saúde da população. Assim, a importante bancada de representantes de movimentos e usuários não tem revertido num papel mais operativo e resolutivo dos conselhos de saúde, situação notória nos conselhos estaduais. De uma parte, estes não se constituíram em um elemento dinamizador da mobilização popular, tal como foi, na época, o processo constituinte. De outra, o período que transcorreu na década de 90 caracterizou-se pela fragmentação dos movimentos sociais em geral, com a conseqüente e notável paralisação da ação coletiva dos movimentos populares em saúde.

No seio do movimento popular em saúde produziu-se um impasse interno devido à divisão ideológica que neutralizou a política no âmbito de sua implementação. Esse processo ocorre a partir do esvaziamento do potencial de participação das entidades autônomas, que, ao estarem divididas e fragmentadas, cria uma armadilha para a não participação. Se participar leva à cooptação, não participar ou se abster de fazê-lo a evitaria, mas inviabilizaria a política. A não participação colaboraria para trazer dois tipos de conseqüências: abrir uma brecha para o corporativismo médico e facilitar a cooptação de agrupamentos ou da própria população não articulada no movimento popular em saúde.

A alternativa participação-não participação, na qual o movimento popular em saúde se colocou o submete a uma lógica que lhe é alheia, conduzindo-o ao dilema do prisioneiro (Elster, 1989), expressa como paralisia decisória e que já discutimos no primeiro capítulo deste trabalho.

**CONCLUSÃO**

---

## A FORMAÇÃO DE REGIMES DE DEMOCRATIZAÇÃO PARCIAL

A escolha teórica em torno do papel dos movimentos sociais em saúde no processo de reformulação e de implementação das políticas de saúde teve a pretensão de deslocar o foco de análise da política de saúde, enquanto política social, da esfera do Estado como lugar privilegiado para se pensar a política pública.

Colocados, como estamos, nesta perspectiva, penetramos na formação, nos comportamentos políticos e na atuação destes movimentos no transcurso de um momento da história política do país, no qual as tensões e contradições sociais e políticas, aprofundadas pelo regime autoritário no que se refere às relações Estado/Sociedade, adquiriram vazão com a transição à democracia. Foi precisamente nesta passagem e na redefinição de áreas de política social, como a da saúde, que se localizaram os novos atores sociais e os protagonistas da cena democrática, confundindo-se com o próprio processo de instauração da democracia.

Esta decisão nos levou a trabalhar com três focos de análise simultaneamente e a deslocar ou priorizar temporariamente um sobre os outros: os movimentos sociais em saúde, a construção da democracia e a política de saúde.

Numa localização estritamente teórica do nosso múltiplo objeto de estudo parece-nos necessário estabelecer algumas considerações ao respeito. Os movimentos sociais em saúde fazem parte dos movimentos sociais e com eles compartilham as novas formas de associativismo relacionadas à formação de identidades coletivas sustentadas sobre laços de solidariedade que se originam nas condições de vida de populações carentes - sejam estas moradia, transporte, saúde, infraestrutura urbana, educação etc.- ou em situações que atingem as condições e as modalidades de vida da classe média - meio ambiente, violência urbana, discriminação de minorias, pauperização de setores profissionais etc. Neste sentido, os movimentos sociais em saúde não constituem um fenômeno restrito ou específico do setor da saúde, mas têm um elemento distintivo que os caracteriza, que é o fato de se originarem numa área específica de política social, situação que não se verificou, com a mesma intensidade e alcance, em nenhum outro setor da política pública.

A área de atuação destes movimentos restringiu-se às questões relativas à saúde da população e às políticas de saúde; no entanto, a discussão política ultrapassou este âmbito, questionando as relações entre Estado e movimento, a política governamental e a autonomia e institucionalização dos mesmos.

Consideramos que os movimentos sociais em saúde contribuíram para a ampliação do exercício da política, levando ao âmago do Estado uma problemática que dele estava ausente, ao mesmo tempo em que aproximou as decisões relativas à política de saúde - tradicionalmente reservadas ao Estado - aos destinatários da mesma. Dessa forma, o movimento social exerceu um papel principal no encurtamento da distância entre a esfera privada e a ordem pública.

O enfoque teórico através do qual nos aproximamos da compreensão do movimento social em saúde incorporou as diversas concepções relativas à ação coletiva e à formação de identidades políticas, já que elas nos ajudaram a explicar quais as motivações que impulsionaram atores coletivos e individuais a se dispor - ou não - a agir coletivamente na reformulação das políticas de saúde, assim como no contexto da transição à democracia.

A idéia que defendemos em relação ao conceito de 'movimento social' implica numa novidade, talvez sutil mas não por isto menos importante, na medida que envolve a noção de comportamento coletivo. Dito de outra maneira, esta categoria de análise refere-se, por um lado, a uma particular modalidade de associação caracterizada pela fluidez organizativa, pela falta de institucionalização e, conseqüentemente, pela ausência de regras formais que definam hierarquias e vínculos entre os seus membros; por outro lado, diz respeito à modalidade como viabiliza demandas de caráter político-reivindicativo, através da mobilização ou da ação coletiva, na qual a disposição para a ação é fortemente marcada pela presença do coletivo. Isto complementa o conceito na medida que ajuda a identificar os movimentos sociais pelo comportamento político que os agrupamentos sociais desenvolvem.

Enfoques teóricos diversos adquirem uma articulação plena se olhados da perspectiva da definição do nosso objeto de pesquisa. Analisar as políticas sociais da perspectiva dos atores sociais envolvidos nas decisões políticas e enquanto destinatários das mesmas nos conduziram a reconstruir um campo teórico que se expandisse além das teorias do Estado e do papel das políticas sociais nesta esfera, pois ao mesmo tempo em que não podíamos deixar de incluir este

campo de pensamento, éramos obrigados a deslocar o eixo de reflexão a respeito da política social para o âmbito das sociedades.

Recriar uma perspectiva teórica na relação entre atores e política no contexto histórico delimitado pelo nosso objeto de pesquisa, transformou o que era pano de fundo em figura principal, fazendo com que o processo de estabelecimento de um regime democrático e a abordagem da transição à democracia e o estabelecimento da mesma, adquirissem um papel fundamental na análise da relação entre os movimentos sociais em saúde e as políticas de saúde.

Assim, discutimos a democracia nos seus aspectos constitutivos e em suas transformações impreteríveis nos pares de relações esfera pública/privada, indivíduo/sociedade, equidade/justiça social, ética/moral como condição necessária para o estabelecimento de um regime democrático capaz de assentar os fundamentos de um novo padrão das relações Estado/Sociedade, no qual as políticas sociais e em especial as de saúde - por lidar com a vida e a morte -, em sociedades profundamente desiguais, exercem um papel fundamental para a constituição de uma ordem democrática.

A idéia de democracia que apontamos ao longo deste trabalho sustenta-se na de constituição de sujeitos democráticos capazes de reproduzir comportamentos e ações políticas que levem em consideração a existência do "outro"; trata-se da promoção de "democracias com ampla participação social". De outro lado, em situações de enormes desigualdades sócio-econômicas, das quais o Brasil é apenas um exemplo, num mundo que se aproxima cada vez mais da privação e da injustiça social, torna-se completamente ilusório ignorar o papel que o Estado tem a desempenhar na fundação de um novo modelo de democracia que vá além da existência de um sistema político democrático.

Neste sentido, as políticas sociais e, dentre estas, particularmente, a Reforma Sanitária, constituem-se em elementos centrais na democratização do Estado, na medida que veiculam a participação social em área tradicionalmente restrita a este - ou seja, a da implementação de políticas - e promovem uma alocação e redistribuição progressiva de benefícios que contribuem para o estabelecimento de uma justiça social progressiva.

De fato, ao discutirmos a Reforma Sanitária no marco do processo de formulação e implementação de políticas sociais, ao mesmo tempo em que sinalizávamos os *constraints* estruturais relacionados ao próprio processo de acumulação no marco do estado capitalista,

enfaticamente a existência de um "nível singular" de análise das políticas sociais, onde aspectos de inovação política ampliaram o espaço social e a luta política na arena estatal, tanto nos procedimentos burocrático-administrativos como nas relações de força societária que a implementação da política foi capaz de desencadear.

Mas a questão que a nosso ver é de importância fundamental localiza-se no papel singular que adquirem as políticas sociais devido a ser este, precisamente, um campo propício à incorporação de inovações políticas e que no período estudado mostrou-se profundamente ameaçado pelas políticas de ajuste econômico implantadas nas últimas décadas, o que retraiu as políticas sociais à sua expressão mínima.

O papel regulatório do Estado em relação ao mercado e ao setor privado, assim como a sua intervenção enquanto promotor do desenvolvimento econômico e da justiça social, requer um Estado forte - contrariamente à idéia neo-liberal do Estado mínimo - e lhe coloca novas atribuições e exigências. Dentre estas, o desmonte e redimensionamento da máquina estatal e a criação de centros de decisão da política, no qual tenham assento e representação os diversos interesses sociais que estão em jogo na sociedade com relação a políticas específicas. Mas implica, fundamentalmente, em aproximar o Estado das experiências locais de gestão, especialmente nas áreas de política social, de modo que a democracia se confunda cada vez mais com a equidade social e que estas mudanças se constituam em objeto de reflexão, discussão e avaliação contínua, principalmente no que concerne aos resultados e à efetividade obtidos através das mudanças implementadas.

O conceito de cidadania tem sido central à perspectiva que nos interessa atribuir ao processo de constituição de um regime democrático no Brasil, para o qual os processos de reformas e de aprofundamento das políticas sociais constituem a condição de possibilidade no estabelecimento de uma sociedade mais justa e equitativa. Neste sentido, ao discutir a "cidadania", procuramos denotar o sentido e a compreensão embutidos na concepção teórica e política que lhe deu origem e apontar as contradições que o conceito denunciou a partir do desenvolvimento histórico, já não do conceito, mas da cidadania no mundo moderno.

Concluimos, assim, que a equidade - resultante do percurso histórico da consecução de direitos de cidadania como uma conquista da sociedade ou mais especificamente da classe operária nas social-democracias dos países de capitalismo avançado - está estreitamente relacionada à idéia

de justiça social, enquanto valor ético-moral impreterível no estabelecimento da democracia, num mundo dilacerado pelas iniquidades, pela pobreza, pela falta de solidariedade e pela ausência de dignidade humana. A construção da democracia refere-se profundamente, a nosso ver, à construção do que alguns autores têm chamado de "democracia radical" (Mouffe, 1992:238):

*The distinction private(individual liberty)/public(res publica) is maintained as well as the distinction individual/citizen, but they do not correspond to discrete separate spheres. (...) But this is precisely the tension between liberty and equality that characterizes modern democracy. (...) This is why a project of the complete realization of democracy recognizes the impossibility of the complete realization of democracy and the final achievement of the political community. Its aim is to use the symbolic resources of the liberal democratic tradition to struggle for the deepening of the democratic revolution, knowing that is a never-ending process (...) By combining the ideal of rights and pluralism with the ideas of public spiritedness and ethico-political concern, a new modern democratic conception of citizenship could restore dignity to the political and provide the vehicle for the construction of a radical democratic hegemony.*

A nossa concepção da democracia passa a denotar um processo em constante transformação, no qual o sentido não nos é dado pela adscrição e pela procura de um modelo acabado, seja este uma doutrina econômica a ser implantada ou uma proposta da sociedade. Tratar-se-ia de uma condição necessária ou, dito de outra maneira, da amplitude que a democracia é capaz de oferecer para viabilizar valores ético-morais que dizem respeito: à equidade e à justiça social, enquanto bastiões da dignidade humana; ao respeito à pluralidade cultural, étnica, religiosa, preferências sexuais, de gênero etc.; e à liberdade em todas as manifestações do que-fazer humano. Porém, as dificuldades para se alcançar uma democracia que incorpore estes valores e os comportamentos políticos decorrentes dos mesmos no âmbito do Estado e da sociedade - a constituição de um regime democrático societário - parecem intransponíveis.

O conceito de "regimes de democratização parcial" (SCHMITTER, 1991) foi de importância fundamental para pensarmos - considerando as dificuldades acima mencionadas - a constituição da democracia e se refere ao estabelecimento de estruturas e de comportamentos democráticos em áreas restritas de políticas, mas nas quais uma particular configuração sócio-política das mesmas as faz portadoras de uma maleabilidade ou de uma condição que as habilita para o estabelecimento de transformações num conjunto de instituições que se tornam sensíveis à participação e à discussão societária.

Neste sentido, a constituição da democracia é compreendida como um processo político que se constitui por partes em movimento, um "mix" de regimes parciais de democratização (SCHMITTER, 1991) que atualizam ao interior dos mesmos as dificuldades de mudanças mais homogêneas e unívocas; conseqüentemente, entendemos a democracia como um processo político incompleto ou em permanente transformação.

A formação de regimes de democratização parcial sinaliza, portanto, um caminho de aproximações sucessivas em que recortes, não completamente estruturados ou sujeitos a mudanças multidirecionais, compõem um mosaico sempre incompleto e em permanente movimento da vida em sociedade. Em definitivo, por trás da idéia da formação de "regimes de democratização parcial" o que se coloca é uma abordagem metodológica que renuncia à idéia de "totalidade" para ancorar na indeterminação, resgatando desta uma direcionalidade progressiva.

O setor da saúde, particularmente a Reforma Sanitária Brasileira, tem se constituído num regime de democratização parcial caracterizado pelo ressurgimento da sociedade civil e pelo nascimento dos movimentos sociais em saúde que desempenharam um papel principal na política de saúde, até então praticamente confinada ao espaço exclusivo do Estado.

A análise desenvolvida a respeito do movimento social em saúde na sua relação com a política nacional de saúde mostrou que a origem dos movimentos sociais esteve relacionada à particular acepção ou ressurgimento da idéia de 'cidadania' que os processos de democratização trouxeram para o centro da cena política; já a trajetória destes movimentos pode-se observar através das alternativas que os protagonistas sociais imprimiram ao processo de transformação da política de saúde nas diversas esferas dos aparelhos institucionais e das entidades sociais.

O movimento social em saúde, nas duas vertentes analisadas e na sua relação com o processo de formulação da política de saúde, atravessou momentos extremamente diversos nos quais a ação coletiva foi, num crescendo, profundamente marcada pela agregação e identidade coletiva alcançada pelo movimento, mas também o foi por momentos de clara estagnação, nos quais as dificuldades se evidenciaram, principalmente ao ter este que assumir modalidades mais institucionalizadas no exercício da política.

Outra questão de importância que é necessário apontar diz respeito às características singulares do movimento médico, o que fez com que ora atuasse como movimento ora como categoria

profissional com inserções diferenciadas no mercado de trabalho e com modalidades diferenciadas de representação dos interesses médicos. A trajetória do movimento popular em saúde mostrou, perante as políticas de saúde, uma atuação intensa e complexa, cujos resultados relacionam-se ao modelo associativo e à orientação política que caracterizam estes movimentos.

O período da transição à democracia, marcado pela oposição ao regime militar no qual amplos setores da sociedade estavam engajados, foi propício para a formação do movimento; de fato, este se originou sob o calor da própria discussão crítica sobre as condições de saúde das populações marginais nas grandes metrópoles brasileiras. Este período de formação que se iniciou nos finais da década de 70 foi fortemente influenciado pelas comunidades eclesiais de base - experiências de organização popular desenvolvidas pela Igreja com as populações carentes - e pelas experiências de medicina comunitária - enquanto política de saúde alternativa ao sistema de saúde do regime autoritário - e teve como difusores os intelectuais e profissionais de saúde engajados numa prática político-partidária.

Ainda que as políticas de saúde tenham se constituído no eixo que marcou a atuação do movimento, a relação deste com as políticas de saúde foi fortemente influenciada pela dinâmica interna do próprio movimento. Questões relacionadas à proposta político-organizativa - tais como a autonomia perante o Estado, a institucionalização do movimento e a relação com os partidos políticos - foram adquirindo um significado decisivo, o qual se depreende da trajetória destes movimentos face às políticas de saúde. Os três momentos ou fases do movimento popular que destacamos ao longo do trabalho mostram diferenças consideráveis entre cada uma delas.

O que diferenciou o momento de estruturação do movimento foram as tentativas para conseguir uma articulação nacional e a oposição às políticas de saúde do regime militar, que excluía as populações carentes do atendimento e dos cuidados de saúde e favoreceram o setor privado às custas do setor público. A proposta alternativa que articulou o movimento foi a da medicina comunitária, a tal ponto que os encontros nacionais do movimento popular em saúde, nestes primeiros anos, denominavam-se 'encontros de medicina comunitária'.

A fase de ascensão do movimento coincidiu com mudanças substantivas no processo político de democratização do país, no qual a ênfase foi colocada na definição de propostas políticas que, diferentemente do regime militar, conduzissem os setores da sociedade excluídos no

regime precedente à participação social e econômica. Neste sentido, a proposta da Reforma Sanitária foi tomando forma até alcançar seu ponto de maior definição na VIII Conferência Nacional de Saúde. O movimento popular em saúde amadureceu neste contexto, tanto no que se refere à proposta - que deixou de ser localizada na medicina comunitária para atingir o próprio sistema nacional de saúde - quanto à modalidade de articulação política do movimento, com a criação de federações estaduais e confederações nacionais de bairros e favelas.

Tratou-se de um momento no qual o processo de definição da reformulação do sistema de saúde confundia-se com a própria existência do movimento popular em saúde e as interferências relativas à problemática interna do movimento, mencionadas acima, eram menos notórias embora já se evidenciassem diferenças internas a respeito da estatização do sistema de saúde e da autonomia do movimento em relação às políticas estatais.

Por último, a fase de declínio caracterizou-se pela discussão política interna, antes que por definições mais claras do movimento a respeito da implementação da Reforma Sanitária, e que pode ser definida como as resistências e dificuldades que o movimento enfrentava num processo de institucionalização que lhe permitisse ter uma atuação mais decisória na política de saúde, através dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de saúde.

Cabe colocar algumas reflexões ou inquietações que nos reaproximam do enfoque teórico - neste momento, a partir da trajetória do movimento - no que concerne à dinâmica da relação entre atores e políticas. Quando os atores se constituem em sujeitos e quando deixam de sê-lo? Como este tipo de movimento consegue, ou não, transcender seus próprios limites, para se colocar no plano da definição da política?

A dificuldade que o movimento popular em saúde expressa através da sua trajetória é a de se assumir como "sujeito autoconstruído" em lugar de "em oposição a". Este se constitui em relação ao Estado e, deste modo, o lugar ocupado reiteradamente pelo Estado acaba se configurando num limite estreito e constrangedor na percepção de "si mesmo" e, conseqüentemente, para a sua operacionalidade política. Ou seja, o dilema não resolvido a respeito de "si mesmo" impede-o de se projetar no mundo político de uma maneira duradoura, ainda que consiga ser sujeito político ou sujeito na política perante situações de crise, de maneira esporádica.

Este tipo de atuação faz com que o processo o encaminhe a uma perda progressiva na capacidade de decisão estratégica, ao mesmo tempo em que o conduz ao objetivo rejeitado. Seu contorno é desenhado de "fora para dentro", mas não à maneira da autonomia tal como esta é compreendida pelo movimento, mas pela dimensão que o Estado adquire na atuação do movimento e no plano do discurso ideológico. Assim, o discurso torna-se realidade enquanto impossibilidade de construção de um espaço próprio - diferenciado do Estado. Neste sentido, não é o Estado que coopta o movimento, mas é o temor à cooptação que acaba impondo ao movimento, enquanto este pretende se definir como organização independente, a disjuntiva entre ser organização sob a luz do Estado ou desaparecer definitivamente enquanto tal.

De alguma maneira, a *profecia auto-cumprida* presente no imaginário destes movimentos é profundamente estabelecida pela própria dinâmica na constituição dos mesmos, o que acaba adquirindo um peso decisivo no fiel da balança: a ameaça de cooptação deixa de ser virtual e se torna *fantasmagórica* realidade ou, simplesmente, realidade.

Em relação ao movimento médico e à sua atuação face às políticas de saúde, este apresentou uma problemática interna e questões bem diversas das que foram detectadas no movimento popular. Em primeiro lugar, a denominação de 'movimento' esbarra na particular modalidade de articulação e de organização que, no Brasil, os profissionais médicos têm se dado, na prática, desde a regulamentação da medicina como profissão. De fato, o movimento médico é formado por diversas entidades e várias delas, que tiveram sua origem em começos do século, caracterizam-se por apresentar um alto grau de institucionalização e por estarem presentes nos vários planos de atividade em que se desenvolve a vida do profissional médico.

Neste sentido, a mobilização por reivindicações laborais e a oposição às políticas de saúde dominantes no regime militar levaram os médicos, no final da década de 70 até meados de 80, a agir coletivamente sem que a atuação da categoria estivesse atrelada às instituições médicas. Criou-se um movimento médico que, embora sem desconhecer a existência das entidades médicas, também não as reconhecia como condutoras efetivas dos médicos. A categoria agia supra-instituições médicas, pois muitas delas tinham sofrido intervenção militar. A liderança efetiva da categoria foi exercida pelo Movimento de Renovação Médica, que se originou de uma chapa eleitoral para disputar a diretoria do Sindicato dos Médicos.

A condição de possibilidade para que os médicos pudessem agir e se constituir em um movimento com uma clara identidade coletiva estava relacionada às peculiaridades da corporação médica, as quais se sustentam, mais do que em uma estrutura hierárquica, na força que o ideário da profissão médica (CARO, 1969) apresenta para estes profissionais. Deste modo, a atuação do movimento médico em relação às políticas de saúde caracterizou-se por uma forte resistência às políticas de saúde do regime militar e pelo papel principal na elaboração, junto a outros integrantes do movimento social em saúde, da proposta de reformulação do sistema de saúde, que culminou na proposta nacional de uma Reforma Sanitária por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde.

A constituição do movimento médico, que foi a característica principal da atuação da categoria médica nesta década, mudou substantivamente nos finais da década de 80. Em pleno processo de democratização do país - sem ter a oposição aos militares para unir o movimento e uma vez regulamentada a Reforma Sanitária na Constituição Nacional de 1988 - os médicos passaram a ser representados pelas instituições médicas, dentre as quais adquiriu um papel central o Sindicato dos Médicos - na defesa dos interesses econômico-corporativo dos mesmos - e o Conselho de Medicina - que tentava preservar o papel político dos médicos na defesa dos princípios da Reforma Sanitária.

Mas o que precisa ser salientado são as diferenças que atravessaram a categoria médica relacionadas às transformações no mercado de trabalho, as quais se refletiram em modalidades de atuação política focalizadas nas múltiplas formas de representação dos interesses médicos, segundo a particular inserção destes no mercado de trabalho. Neste sentido, o movimento social se fraturou e a defesa da implementação da Reforma Sanitária e dos princípios que lhe deram origem cedeu o lugar às diferenças que se evidenciaram ao interior da categoria e que se expressaram na representação dos interesses da corporação médica, embora esta não possa ser considerada como representação corporativa na medida que não há canais institucionais de concertação de políticas entre a corporação médica e o Estado.

No que diz respeito à categoria médica face às políticas de saúde, houve o abandono dos princípios da Reforma Sanitária e os médicos expressaram, por meio de sucessivas e intermináveis greves, a desconformidade com a situação salarial e com as condições de trabalho, eixos principais da atuação da corporação na década de 90.

A articulação do movimento popular em saúde de modo geral foi difusa, situação que se explica pela especificidade deste tipo de movimentos, os quais possuem uma organização flexível, pouco formalizada institucionalmente e onde a mobilização por demandas de saúde perante o Estado joga um papel principal na sua constituição e permanência no cenário político. Porém, o movimento popular em saúde e o movimento médico tiveram uma dinâmica de atuação bem articulada em relação às grandes questões que afetaram o setor da saúde.

Desse modo, o processo de reformulação do setor, que culminou com a Reforma Sanitária na VIII Conferência Nacional de Saúde, assim como a formação da Plenária Nacional de Entidades de Saúde para influenciar o processo constituinte e a regulamentação de Constituição Nacional contou com o trabalho conjunto do movimento popular e do movimento médico, que apoiou a incorporação da Reforma Sanitária na Constituição.

As dificuldades que se apresentaram entre ambos os movimentos se evidenciaram muito menos a respeito de questões referidas à política, mas principalmente em relação a interesses diferentes entre usuários e médicos centrados, de um lado, nas necessidades de atendimento da população, e de outro, às greves médicas. Tais greves, por melhores salários e condições de trabalho, que se sucederam desde 1989 de maneira ininterrupta, levaram a uma pronunciada crise de atendimento do setor público da saúde, situação que foi mais notável nos Estados que possuíam uma grande rede federal e estadual e que ofereciam as piores condições de remuneração e de infraestrutura hospitalar.

De fato, as greves no setor público, já bastante depreciado pelo descaso dos governos federal e estadual, reforçaram o desmonte deste, o que afetou profundamente os usuários do sistema, moradores das favelas e populações de baixa renda em geral que não possuíam nenhuma outra opção de atendimento. Esta situação gerou enfrentamentos em que a população manifestou-se contra os médicos em diversas oportunidades - vide como exemplo o conflito mencionado na segunda parte deste trabalho sobre o Hospital da Posse. De um lado, esta atuação dos médicos foi contraditória com os interesses dos usuários, mas, por outro lado, a resistência do movimento popular em saúde a se institucionalizar e a ter um papel mais decisivo na política, deixou desprotegidos os usuários e abriu caminho para o corporativismo médico.

À maneira de síntese e de observação de carácter metodológico no tratamento realizado sobre a temática cabem algumas reflexões conclusivas a respeito do peso ou incidência que cada uma das seguintes questões possui na atuação que o movimento social em saúde apresenta face à implementação da Reforma Sanitária: a articulação política entre estes movimentos, a modalidade de atuação ou de organização interna e a própria política de saúde, tal como vem sendo implementada na esfera do governo.

Em primeiro lugar, os fatores externos ao movimento - a particular modalidade governamental de implementação da Reforma Sanitária, que se explica pelas diferenças político-ideológicas do governo com a Reforma - tiveram um peso substantivo no retrocesso político do movimento social em saúde ao qual nos referimos acima. Em segundo lugar, o que se depreende do tratamento da questão é que os mesmos fatores externos, não foram determinantes no **comportamento** que estes movimentos desenvolveram, comportamento este que respondeu à própria dinâmica interna dos mesmos.

O modo como os movimentos reagiram aos empecilhos colocados pelo governo à Reforma Sanitária obedeceram, no caso do movimento popular, à particular modalidade de atuação e às resistências do movimento a ter uma participação mais incisiva na política de saúde através dos Conselhos de Saúde, o que facilitou a atuação corporativa dos médicos. No caso do movimento médico, as características tão singulares dos médicos enquanto categoria profissional e a maneira de representar os seus interesses que, ao mesmo tempo, não chega a se constituir num poder médico com assento corporativo nas instâncias estatais da saúde, mas consegue cooperar para a paralisia dos serviços de saúde, entrar em choque com os usuários e colaborar com o propósito último do governo - desmontar a Reforma Sanitária - a partir da defesa de seus interesses económico-corporativos, sem receber nenhum benefício ou privilégio em troca.

Fatores externos e internos ao movimento interagiram num campo extremamente conflitivo - o das políticas de saúde - com um forte conteúdo de reforma, num contexto de democratização do país extremamente frágil no que se referia às transformações substantivas necessárias à concretude do estabelecimento de um **regime democrático**.

As dificuldades no processo de implementação da Reforma nesta década foram marcadas pelo retrocesso político do movimento social em saúde que se caracterizou - caso do movimento

popular - pelas diferenças políticas internas que paralisaram a sua atuação, pelas mudanças que se produziram na categoria médica e pela ausência do papel de liderança política que tinha desempenhado o "movimento sanitário" nos anos 80. As diferenças ideológicas que atravessaram o movimento popular em saúde tornaram-se extremamente comprometedoras para o andamento da Reforma Sanitária.

Enquanto o movimento se debatia no dilema de participar e ser cooptado pelo Estado ou de se abster e evitar a cooptação, o papel potencial que entidades autônomas poderiam exercer para forçar a participação social nos Conselhos de Saúde foi inviabilizado pelos próprios movimentos. Tal situação contribuiu para neutralizar esta questão principal embutida na concepção da Reforma Sanitária e que, paradoxalmente, favoreceu o corporativismo médico, ao mesmo tempo em que facilitou, efetivamente, o caminho para a cooptação de representantes de usuários nos Conselhos de Saúde.

No que se refere ao papel que o Estado deveria preservar para dar prosseguimento à política, os empecilhos colocados pelo governo foram decisivos para impedir avanços substantivos do processo reformador no setor da saúde. Os avanços consideráveis que a Constituição de 1988 incorporou em relação a própria noção da saúde e ao sistema que viria a possibilitar uma distribuição mais equitativa da saúde passou por tentativas diversas marcadas pelo desconhecimento da legislação constitucional e pela modificação das leis, que foram substituídas pela promulgação de decretos do executivo que contradiziam o que estava escrito.

Este foi o destino que recebeu inicialmente a Lei Orgânica da Saúde ao ser vetada pelo Presidente expressamente nos tópicos referentes às Conferências Nacionais e Conselhos, à formulação de um Plano de Carreiras e Salários, à transferência automática dos recursos e à reestruturação do Ministério de Saúde, extinção e descentralização do INAMPS, SUCAM e FSESP. Porém, neste terreno constitucional o governo teve que ceder às pressões do movimento social em saúde que tinha tido uma participação principal na regulamentação constitucional. De qualquer maneira, se o governo cedeu neste terreno específico, na operacionalização das medidas constitucionais conseguiu sistematicamente desrespeitar o estabelecido por lei, como podemos observar no tocante ao repasse dos recursos a Estados e municípios, que continuaram com as mesmas dificuldades.

Deduzimos da observação do processo que este tem acontecido naquelas linhas de menor resistência política - o repasse dos serviços de saúde - enquanto o "núcleo duro" da Reforma - que se coloca sem dúvida no financiamento do sistema de saúde - não sofreu as alterações que seriam necessárias para que a implementação da política pudesse ser efetivada. Esta situação permitiu o estabelecimento apenas de mudanças de caráter administrativo ou reorganizativo dos serviços no Sistema Único de Saúde.

Embora o processo de descentralização tenha acontecido pelo incentivo do movimento social em saúde, como a extinção do INAMPS e de outros órgãos centralizadores da política, particularmente a partir da realização da IX Conferência Nacional de Saúde, tratou-se sempre de medidas ocorridas sobre o desgaste do governo, pela força ocasional alcançada nestes momentos pelo movimento social em saúde, sem que tais medidas revertissem em melhorias tanto do funcionamento do sistema como da administração de um maior bem-estar em relação à saúde para a população mais carente.

De toda maneira, o que o processo de descentralização evidenciou nos municípios analisados foi que a existência de certas condições - um governo municipal consubstanciado com a proposta, a existência de um projeto de saúde municipal elaborado a partir do quadro sanitário da população, o aumento dos recursos destinados ao setor, o aumento dos salários dos profissionais de saúde -, facilitaram indiscutivelmente a implementação da Reforma Sanitária no nível local. Neste sentido, importantes transformações foram operadas no setor da saúde, ainda que estas tenham se localizado mais no plano político do que em termos de resultados, considerados estes enquanto melhorias notáveis nas condições de saúde da população. Mas o setor tem-se tornado, se olharmos para algumas das experiências de municipalização da política, mais sensível à participação da população, mais transparente no que se refere à gestão do sistema e mais plural em termos da atuação dos diversos atores que o compõem, ainda que não seja possível esperar transformações mais substantivas no setor da saúde.

A Reforma Sanitária, por ser resultado de um movimento de origem societário de oposição ao regime militar e cujas lideranças provinham de partidos políticos da esquerda, foi uma proposta que extrapolou o setor da saúde. Independentemente de qualquer julgamento político que possa ser feito a respeito, o que tem um interesse menor, é indiscutível que a Reforma Sanitária Brasileira constituiu-se num paradigma político com respeito à noção de "Reforma" no campo das políticas sociais e, conseqüentemente, num laboratório para a análise da viabilidade na

implementação de transformações nas instituições estatais e da relação entre reformas e democracia.

Dado o estágio atual e as dificuldades encontradas para a consolidação de um regime democrático, os impulsos reformadores presentes no setor da saúde e a capacidade de viabilizá-los colaboram para a constituição de um regime de democratização parcial num setor de políticas específico e em um dado momento, ao mesmo tempo que trazem, também, aportes relevantes para o estabelecimento de um regime democrático no Brasil.

Esta afirmação nos remete, tal como foi dito acima, à idéia que a consolidação da democracia poderia ser considerada, mais do que como **um regime**, um **mix de regimes parciais** que articula e governa um conjunto diferente de instituições e no qual a consolidação destas não acontece ao mesmo tempo. Neste sentido, no marco do processo de consolidação da democracia, a Reforma Sanitária constituiu-se num **regime de democratização parcial**, ainda que com as limitações impostas pelo governo quanto à sua implementação.

A análise do processo de implementação da política reformadora é extremamente esclarecedora com respeito àquelas questões teóricas que discutimos no capítulo inicial deste trabalho. Se observarmos até onde foi possível avançar no processo de implementação da reforma, poderemos sustentar de maneira conclusiva a idéia de que os limites de uma política de reformas substantivas no setor não foram dados por limitações intrínsecas à democracia, mas pelo caráter que a democracia adquire em determinados processos nacionais e de acordo com circunstâncias históricas, sociais e políticas.

Neste sentido, o governo que resultou das primeiras eleições livres para presidente da República depois do longo regime autoritário não teve como meta dar substância social à nascente democracia política; manteve-se, isso sim, longe de promover o estabelecimento de um regime democrático. Cabe reiterar que a relevância da afirmação anterior, se apóia no significado que pretendemos dar à concepção do que seja o estabelecimento de um regime democrático, referido à reprodução da democracia enquanto uma maneira de envolver o conjunto das relações sociais e políticas e capaz de atualizar as diferenças, bem como de definir saídas na base de um consenso construído em um processo discursivo (HABERMAS, 1985); ou dito de outra maneira, pela aceitação da existência do 'outro' social e/ou político no campo relacional específico.

O conceito sobre o qual sustentamos a compreensão da Reforma Sanitária, o da formação de "regimes de democratização parcial", remete ao estabelecimento de regras e de comportamentos democráticos num campo determinado de políticas e instituições. A capacidade de expandir a reprodução da democracia por aproximações sucessivas com o intuito de conquistar um "regime democrático", tanto na sociedade quanto na ordem política, ajudou-nos a pensar a formulação e a implementação das políticas de saúde como um processo em permanente transformação, no qual constatamos que profundas mudanças aconteceram principalmente na formulação e na definição da política alcançada, enquanto problemas da mesma intensidade e alcance - ao nível do governo e dos movimentos - que dificultaram o andamento progressivo da Reforma Sanitária.

Assim, a análise da participação social através da atuação, organização e articulação dos movimentos sociais em saúde nestes momentos diferenciados da trajetória da Reforma Sanitária evidencia que regimes de "democratização parcial" são viáveis ao levarmos em consideração o estágio no qual atores sociais, com inserções diversas na política, se constituem a "partir de" e se expressam "para" viabilizar ou dificultar o andamento de uma dada política. Em definitivo, o grau e alcance da participação social na política - seja através de sujeitos, indivíduos, movimentos ou atores sociais - define o direcionamento e a profundidade no estabelecimento de **regimes de democratização parcial**.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

1. ABRANCHES, Sergio. *Os Despossuídos. Crescimento e Pobreza no País do Milagre*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
2. ABRANCHES, Sergio A. & SANTOS, W.G.dos, COIMBRA, Marcos A. *Política Social e Combate à Pobreza*. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.
3. ARBLASTER, Anthony. *The Rise & Decline of Western Liberalism*. New York: Basil Blackwell, 1987.
4. ARENDT, Hanna. *A Condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.
5. BIRMAN, Joel. "A Interpretação e Singularidade do Sujeito na Experiência Psicanalítica". *Physis*. Rio de Janeiro, v. I, n.2, 1991.
6. BUSS, P. *Saúde e desigualdade: O Caso do Brasil*. Rio de Janeiro (mimeo). Rio de Janeiro: ENSP, 1994.
7. CAMPOS, G.W.de Souza. "A Gestão Enquanto Componente Estratégico para a Implantação de um Sistema Público de Saúde". *Anais da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.
8. ———— *A Saúde pública e a Defesa da Vida*. Campinas: Hucitec, 1993.
9. ————"Reflexões Sobre a Proposta de gestão do sistema nacional de Saúde". *Anais da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1992a.
10. ———— Os Médicos e a Política de Saúde, Entre a Estatização e o Empresariamento. A Defesa da Prática Liberal da Medicina. Tese de Mestrado. São Paulo: USP, 1986.
11. CARDOSO, F.H. *Autoritarismo e Democratização*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.
12. CARDOSO, Ruth L.C. *Popular Movements in the Context of the Consolidation of Democracy*. Kellogg Institute, Working Paper, March/1989.
13. CARO, Guy, *La Medicine en Question, Critique de la Medicine dans le Systeme Capitaliste*, Paris, Maspero, 1969.
14. CASTRO, M.H., Guimarães. *Interesses, Organizações e Políticas Sociais*. São Paulo: UNICAMP, NEPP, 1989.
15. COHN, Amelia & ELIAS, Paulo, JACOBI, Pedro. "Participação Popular e Gestão de Serviços de Saúde: Um olhar Sobre a Experiência do Município de São Paulo". *Saúde em Debate*, n.38. Londrina: Mar/93.
16. DAHL, R.A. *Procedural Democracy*. Oxford: Laslett and Fishkin, 1979.
17. DAMASO, R. *Justiça Social E Cidadania Da Saúde*. Trabalho apresentado no Segundo Seminário Latino-americano de Política Sanitária.

18. DELLEUZE, Gilles. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
19. DINIZ, Eli. *Empresariado, Estado E Capitalismo No Brasil: 1930-1945*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.
20. DOIMO, Ana M. & BANK, Gert A. "Novas Forças, Velhos Limites? Estudo de Caso de Um Movimento Social Urbano". *Serviço Social e Sociedade*, n.2, Ano X, p. 15-42. São Paulo: Cortez, abril/1989.
21. DONANGELO, M.C.F. *Medicina e Sociedade - O Médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Livraria Pioneira, 1984.
22. SANTOS, W.G. dos. "A Lógica Dual Da Ação Coletiva". In: *Revista de Ciências Sociais*, v.32, n.1. Rio de Janeiro: 1989.
23. DURHAM, E. "Movimentos Sociais - A Construção da Cidadania". In: *Novos Estudos CEBRAP*. São Paulo: 1984.
24. ELSTER, Jon. *Nuts And Bolts For The Social Sciences*. New York: Cambridge University Press, 1989.
25. —————. *Making Sense of Marx*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
26. ESCOREL, Sarah. *Reforma Sanitária - Um Processo de Reforma Democrática do Estado Brasileiro* (mimeo). Brasília: 1992.
27. ESPING-ANDERSEN, G. *The Three Worlds Of Welfare Capitalism*. New Jersey: Princeton University Press, 1991.
28. EVERS, T.M. & PLANTENBERG, C., SPESSART, S. "Movimentos de Bairro e Estado: Luta na Esfera da Reprodução na América Latina". In: MOISES, J.A.(org). *Cidade, Povo e Poder*. São Paulo: CEDEC/Paz e Terra, 1982.
29. FERNANDES, F. Ortiz R. *Sociologia*. In: BOURDIEU, Pierre (org). São Paulo: Ática, 1983.
30. FIGUEIREDO, A. Cheibub. *Democracia ou Reformas? Alternativas democráticas a Crise Política: 1961-1964*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.
31. FIORI, Jose L. *Democracia e reformas: Equívocos, Obstáculos e Disjuntivas*. *Anais da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.
32. FOUCAULT, M. *O Uso Dos Prazeres - História da Sexualidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1984, v. II.
33. FREUD, Sigmund. *Civilization And Its Descontents*. London: The Hogart Press LTD, 1957.

34. GERSCHMAN, Silvia. "Movimientos Sociales en Salud: En busca de la reconstitución de lo social". In: FLEURY, S. (org), *Estado y Políticas Sociales en America Latina*. México: Universidad Autónoma de México, Xochimilco, Fiocruz, 1992.
35. ————— "Sobre a Formulação de Políticas Sociais". In: FLEURY, S. (org), *Reforma Sanitária em Busca de uma Teoria*. São Paulo: Cortez, 1991.
36. ————— "Las Entidades Médicas y el Proceso de Formulación e Implementación de las Políticas de Salud en Brasil". *Cuadernos Médico Sociales*, n.61. Argentina: Rosario, Centro de Estudios Médico-Sociales, Set/1992a.
37. GIDDENS, Anthony. *Modern And Self-Identity, Self And Society In The Late Modern Age*. California: Stanford University Press, Stanford, 1991.
38. HABERMAS, Jurgen. *Mudança Estrutural da Esfera Pública*. Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 1984.
39. HEIMANN, L. & CARVALHEIRO, J. et alli. *O Município e a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
40. HIRSCH, Joachim. "Observações Teóricas Sobre o Estado Burguês e Sua Crise". In: POULANTZAS, N. (org). *O Estado Em Crise*. Rio de Janeiro: Graal, 1977.
41. IBAM, IMS/UERJ, NESC/CE, NESC/CPq, AM/FIOCRUZ-PE, NESCO/PR, NESCON/UFMG, NESS/BA. Avaliação do Funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília: Relatório nacional, Versão Preliminar, Ag/1993.
42. JACOBI, Pedro. *Movimentos Sociais e Política Públicas*. São Paulo: Cortez, 1989.
43. ————— *Descentralização Municipal e Participação dos Cidadãos*. Apointamentos para o debate. *Anais da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.
44. LABRA, Maria Eliana. "O Sanitarismo Desenvolvimentista". In: FLEURY, Sonia (org), *Antecedentes da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Textos de Apoio, ENSP, 1988.
45. LACLAU, Ernesto. "Os Novos Movimentos Sociais e a Pluralidade Do Social". *Revista Brasileira de Ciências Políticas*, v.I, n.2. Rio de Janeiro: 1986.
46. LAMOUNIER, Bolivar & FIGUEIREDO, F.M. *A Crise e a Transição para a Democracia no Brasil - dois estudos* (mimeo). IDESP, 1984.
47. LANDI, Oscar. "Crisis y Lenguajes Políticos". Buenos Aires: Estudios Cedes, 4. vol.4, 1981.

48. LANGE, P. & REGINI, M. *Stato e Regolazione Sociale*. Bologna: Il Mulino, 1987.
49. LUZ, M.T. *As Instituições médicas no Brasil, Instituições e Estratégias de Hegemonia*, 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1972.
50. MACPHERSON, C.B. *A Teoria do Individualismo Possesivo De Hobbes a Locke*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
51. MAINWARING, S. "Os Movimentos Populares de Base a Luta pela democracia: Nova Iguaçu". In: STEPAN A. et alli. *Democratizando o Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
52. MAINWARING, S. & VIOLA, E. "New Social Movements, Political Culture and Democracy: Brazil and Argentine in the 1980s". In: TELLOS, Fall, 1984.
53. MARSHALL, T.H. *Cidadania, Classe Social E Status*, Zahar, Rio de Janeiro, 1967.
54. MARX, Karl. "Salário, Preço E Lucro". In: *Karl Marx. Os Pensadores*. Rio de Janeiro: Abril Cultural, 1978.
55. ————— "A Crítica da Economia Política". In: *Karl Marx. Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 1978b.
56. MEDICI, A. "Estrutura e Dinâmica da Força de Trabalho Médica no Brasil na Década de 70". In: *Textos de Apoio, Planejamento I, Recursos Humanos em Saúde*. Rio de Janeiro: PEC/ENSP/ABRASCO, 1987.
57. MELLUCCI, A. "The New Social movements. A theoretical Approach". In: *Social Science Information*, v.19, nº 2, 1980.
58. MENDES, Vilaça E. *O Sistema Unívoco de Saúde e o Papel das Secretarias Estaduais de Saúde. Anais da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.
59. MOISES, J.A. "O Estado, as Contradições Urbanas e os Movimentos Sociais". In: *Classes Populares e Protesto Urbano*, Tese de Doutorado. São Paulo: USP, 1978.
60. ————— "Democracia e Crise Econômica: o Paradoxo da América Latina". Moises, J. A.(org). In: *O Futuro do Brasil - A América Latina e o fim da guerra fria*, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
61. MOUFFE, Chantal. "Democratic Citizenship and The Political Community". *Dimensions of Radical Democracy*. Chantal Mouffe (edit.). London/New York: Verso, 1992.
62. MULLER, N.J.S. *Políticas de Saúde no Brasil: A Descentralização e Seus atores. Anais da IX Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

63. MUNCK, G. "Social Movements and Democracy in Latin America, Theoretical Debates and Comparative Perspectives". In: *XVI International Congress of the Latin American Studies Association*. Washington, DC: 1991.
64. NEPP. "O Sistema de Proteção Social no Brasil". In: *Projeto Social policies For the Urban Poor in Southern Latin America*, Set/1991. São Paulo: UNICAMP.
65. NUNES, E. & JACOBI, P. "Movimentos Populares Urbanos, Participação e Democracia". In: *Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: ANPOCS, 1983.
66. NUPES/FIOCRUZ/ENSP. *Conjuntura e Saúde*. Rio de Janeiro: 1992-93-94.
67. O'DONNELL, Guillermo. "Transição, Continuidade e Alguns Paradoxos". In: O'Donnell & REIS, F.W. (org.). *A Democracia No Brasil - Dilemas E Perspectivas*. São Paulo: Vértice, 1988.
68. ————— *Reflexiones Sobre Las Tendencias Generales de Cambio En El Estado Burocrático Autoritario*. Buenos Aires: CEDES/CLACSO, 1975, n.1.
69. OFFE, C. "A Atribuição de Status Público aos Grupos de Interesse". In: OFFE C. *Capitalismo Desorganizado*. São Paulo: Brasiliense, 1989.
70. ————— *Problemas Estruturais Do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.
71. OLIVEIRA, J. & FLEURY, Sônia M. Teixeira. *Previdência da Previdência Social - 60 Anos da História Da Previdência No Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.
72. OLSON, Mancur. *The Logic Of Collective Action*. Cambridge: Harvard University Press, 1965.
73. OSZLAK, O. & O'DONNELL G. *Estado Y Política Estatal En America Latina: Hacia Una Estrategia De Investigación*. n.4, (mimeo). Buenos Aires: CEDES/CLACSO, 1976.
74. PIZZORNO, A. *Some Other Kinds of Otherness: A Critique of Rational Choice Theories in Development, Democracy and the Art of Essay in Honor of Albert Hirschman*. : Foxley A., Mc Pherson M., O'Donnell G., Notre dame University of Notre Dame Press, 1986.
75. POULANTZAS, Nicos. *O Estado, O Poder E O Socialismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
76. PRZEWORSKI, Adam. *Democracy And The Market. Political And Economic Reforms In Eastern Europe And Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

77. ————— *A Social Democracia Como Fenômeno Histórico*. In: *Revista Lua Nova*. São Paulo: v 4, nº 5, Jul/Set, 1988.
78. ————— *Capitalismo e Social democracia*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
79. RAWLS, John. *A Theory Of Justice*. Cambridge: Harvard University Press, 1978.
80. REGINI, Marino. "Las Cambiantes Relaciones entre el Trabajo y El Estado En Italia: Hacia Un Sistema Neocorporativista?" Schmitter, P. (org). In: *Neocorporativismo II*. Mexico: Alianza Editorial, 1992.
81. SANTOS, Wanderley G.dos. *Cidadania e Justiça: A Política Social na Ordem Brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.
82. ————— *Razões da desordem*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.
83. SCHMITTER P.C. "The Consolidation of Democracy and Representation of Social Groups". In: *American Behavioral Science*, v.35, n.45, p. 422-449, March/June, 1992.
84. ————— *The Consolidation Of Political Democracies Process. Rhythms, Sequences, And Types*. Stanford: Stanford University Press And Center For Advanced Studies In The Behavioral Sciences, 1991a.
85. ————— "A Donde Ha Ido La Teoría del neocorporativismo y Hacia Donde Puede Ir su Práctica". In: SCHMITTER P.C., STREEK W., LEHNBRUGER (Coord.). *Reflexiones - Neocorporativismo II, Mas Allá del estado y del Mercado*. Mexico: Alianza Editorial, 1992.
86. ————— *The Consolidation Of Democracy And The Choice Of Institutions*. Stanford: Stanford University Press, 1991b.
87. ————— "Neocorporativismo y Estado". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. Espanha: No. 31, 1985.
88. SCHMITTER, P.C. & KARL, T.L. *What Democracy Is And Is Not*. In: *Journal Of Democracy*, v. 2, n.3, 1991.
89. SCHRAIBER, Lilian B. *Medicina Liberal e Incorporação de Tecnologia: As Transformações Históricas da Autonomia Profissional dos Médicos em São Paulo*. Tese de Doutorado. São Paulo: USP, 1988.
90. STREEK, W. & SCHMITTER, P.C. "Comunidad, Mercado y Asociaciones? La Contribución Prospectiva del gobierno de Interés al Orden social". In: P.C.

- Schmitter, W. Streek, Lehnbruger (Coord). *Neocorporativismo II, Mas Allá del Estado y del Mercado*. Mexico: Alianza Editorial, 1992.
91. TOURAINE, A. "Os Novos Conflitos Sociais - Para Evitar Malentendidos". In: Revista *Lua Nova*. São Paulo: Jul/1989.
92. ———— *Palavra e Sangue, Política e Sociedade na América latina*. Campinas: Trajetória/UNICAMP, 1989.
93. UGÁ, Alicia D. "Ajuste e Política Social: A Experiência Latino-Americana". In: *Archetypon*. Rio de Janeiro: nº 5, Ano 2, Cândido Mendes Centro, 1994.
94. VIANNA, M.L. Werneck (coord). "O Inamps enquanto organização e suas clientelas". Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: IEI/UFRJ, 1987.
95. WALZER, Michael. *Spheres Of Justice. A Defense Of Pluralism And Equality*. New York: Basic Books Inc. Publishers, 1983.
96. WEBER, Max, *Ensayos sobre metodología Sociológica*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1958.
97. ———— *Basic Concepts in Sociology*. London: Peter Owen London Limited, 1978.