

A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal de atuação política

Ana Maria Doimo

Marta M. Assumpção Rodrigues

Artigo

O presente artigo tem por objetivo traçar o perfil dos atores constitutivos do movimento de saúde no Brasil a partir de meados da década de 70, focalizando seus aportes institucionais, nexos organizativos e articulações discursivas, com vistas a aferir o papel destes atores na formulação da nova política nacional de saúde no período da democratização. Como parte deste objetivo, pretendemos demonstrar que movimentos sociais reivindicativos podem ser decisivos na configuração democrática de uma política social, desde que: a) mantenham fortes vínculos com redes sociais locais predispostas à participação; b) possuam lideranças dentro do sistema político-administrativo que desativem bloqueios burocráticos e mobilizem recursos junto ao poder legislativo; c) equacionem e respeitem a diversidade e a pluralidade interna no movimento, de sorte ao estabelecimento daquilo que é consensual quanto ao interesse público.

Quando falamos em movimento de saúde assim, no singular como se fosse um sujeito próprio e autônomo, estamos longe de reificá-lo. Na verdade, é precisamente pela desconstrução deste discurso reificador que podemos situar as condições favoráveis ao seu desenvolvimento, isto é, suas âncoras organizativas, redes sociais predispostas à participação, referentes simbólicos, não sem reconhecer nas condutas políticas dos seus principais protagonistas a tradução racional das variáveis estruturais, conjunturais e político-institucionais.

Longe, pois, de qualquer homogeneidade apriorística, pretendemos demonstrar neste artigo que o movimento social que

culminou na formulação de uma nova política no sistema de saúde, representada pelo Sistema Único de Saúde, adveio de uma articulação ímpar entre diferentes forças organizadas da sociedade civil: a) aquelas vinculadas a uma estratégia estatista de propor transformações pela inserção político-institucional, hegemônica, junto aos segmentos médico-sanitaristas, e consoante aos padrões políticos da tradicional esquerda comunista; b) aquelas vinculadas à chamada nova esquerda e ao trabalho de base da Igreja Católica (não sem o compromisso, também, de inúmeros profissionais da saúde) identificadas com o Partido dos Trabalhadores e que convergem para a criação do MOPS – Movimento Popular de Saúde, orientado por uma concepção societal de atuação política. Embora a literatura específica quase sempre reduza o movimento de saúde ao Movimento Sanitarista, subsumindo a especificidade das diferentes vertentes de conduta que acabamos de apontar, nosso argumento vai no sentido de afirmar que é precisamente por terem existido enquanto tal e atuado juntas, cada qual a seu modo, que se tornou possível a inclusão, na Constituição de 1988, de um novo modelo público, integrado e descentralizado de política de saúde.

Pretende-se, portanto, resgatar o caráter destas forças e respectivos princípios ético-políticos, com destaque para suas especificidades, convergências e conexões ativas durante o período Constituinte. Destaque será dado, também, à institucionalização da descentralização e da participação como elementos intrínsecos ao novo modelo, de sorte à democratização do sistema de saúde, bem como serão apontados alguns dos limites da participação para a efetiva democratização da formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde.

Movimento Popular de Saúde (MOPS) e concepção societal da ação política

Já em meados da década de 1970, ainda sob forte pressão e controle da ditadura militar, tinha início a formação de inúmeras iniciativas de organização em torno da melhoria das condições de saúde. Tratava-se de uma multiplicidade de ações comunitári-

as locais relativas a procedimentos “médicos” alternativos e naturais, ou de movimentos reivindicativos pontuais nos grandes centros urbanos em torno de equipamentos sanitários, postos de saúde, melhorias no atendimento médico, culminando, em muitos bairros, na criação de “conselhos de saúde”, com vistas ao controle e à fiscalização dos serviços de saúde. Sem construir uma institucionalidade própria, tais iniciativas contavam com a sólida e vasta rede capilar da Igreja Católica em vários níveis e instâncias, podendo contar com leigos, padres e freiras nas paróquias locais, até bispos e demais segmentos religiosos identificados com a Teologia da Libertação e as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs). Participaram, também, intelectuais de várias facções da “nova esquerda” – remanescentes do Movimento de Educação de Base (MEB), da Ação Católica Especializada e da Ação Popular (AP), membros do chamado Ecumenismo Secular organizados em ONGs como a CESE (Coordenadoria Ecumênica de Serviços), o CEDI (Centro de Estudos e Documentação e Informação), médicos ativistas junto à Pastoral da Saúde, demais profissionais da saúde vinculados ao chamado novo sindicalismo, e uma multiplicidade de lideranças locais como parte das “comunidades reivindicantes”, articuladas entre si através de redes sociais predispostas à participação. Desta conjunção de diferentes forças surgiu o Movimento Popular de Saúde (MOPS)¹.

Edificado sobre a noção da saúde como um direito a ser provido pelo Estado, ainda que hegemônico por um radical desejo de criação do “poder popular” alternativo a este mesmo Estado², o MOPS tem como referente originário aqueles movimentos reivindicativos urbanos por melhorias de equipamentos médicos e de saneamento básico, que priorizam formas de organização, mobilização e pressão de confronto ao Estado. Este movimento sobrepõe-se às práticas oriundas das experiências comunitárias de

1 Ver o recente site www.mops.org.br, que tem por objetivo reconstruir a história do MOPS.

2 As coordenadas deste desejo de criação do “poder popular” alternativo ao Estado capitalista eram provenientes dos representantes da Teologia da Libertação e de pequenos grupos mais radicais de esquerda, abrigados na Igreja, no Partido dos Trabalhadores (PT) e inseridos em diferentes “entidades” de apoio aos movimentos populares, hoje conhecidas como ONGs.

medicina alternativa baseadas em recursos locais e saberes autóctones, à base de remédios caseiros, plantas medicinais e métodos naturalistas, recorrentes nas regiões mais carentes do país, como o Norte e Nordeste, ou nas localidades interioranas dos Estados.

Até o final da década de 70, essas experiências de tipo “comunitário-alternativo” foram predominantes. Tanto que os dois primeiros encontros nacionais chamaram-se ENEMECs, isto é, Encontros Nacionais de Experiências em Medicina Comunitária, e foram realizados nos anos de 1979 e 1980, não por acaso em Recife (PE), terra para onde emigrara o ex-bispo auxiliar da Arquidiocese do Rio de Janeiro, Dom Helder Câmara, conhecido pela sua irreverência ao regime militar e pelo apoio aos pobres, oprimidos e perseguidos políticos. Na área metropolitana da Grande São Paulo, região arquiocesana do Cardeal Dom Paulo Evaristo Arns, e na Baixada Fluminense, região de Dom Mauro Morelli, dois proeminentes progressistas, os movimentos (populares) de saúde foram adquirindo um perfil expressivo-mobilizador de contestação ao regime militar e da reivindicação da saúde como um **direito social**. Este foi, também, o início do grande *boom* da Teologia de Libertação e da euforia em relação à criação das Comunidades Eclesiais de Base da Igreja³. Ali em São Paulo, ainda no ano de 1978, sob a ditadura militar, um fato emblemático da ação unitária das forças de esquerda em torno da questão da saúde anunciaria o que viria a se reproduzir dez anos depois, por época da Constituinte: a junção da “nova” e da “velha” esquerda. Juntos, movimentos populares de bairro ligados à Igreja e demais forças do chamado “movimento popular”, movimento médico ligado ao “novo sindicalismo” e Movimento Sanitarista, hegemônico pelo ainda proscrito Partido Comunista, promovem, nas dependências da FGV – Fundação Getúlio Vargas, o primeiro grande “Encontro por Melhores Condições de Saúde”. A partir daí, a defesa da **saúde como um direito** reverberou aos quatro cantos do país, lado a lado ao clamor pela **participação popular no controle dos serviços públicos de saúde**.

3 É vastíssima a bibliografia existente sobre a Igreja nesse período. Grande parte dela foi arrolada por Doimo (1995) em seu estudo sobre diversos movimentos sociais entre fins da década de 1970 e início dos anos 90.

Durante o III ENEMEC, realizado em 1981, o MOPS é “oficialmente” criado como fruto do empenho do CEPIS (Centro de Educação Popular do Instituto *Sedes Sapientiae*), berço *onguista* do dominicano Frei Betto⁴, com o propósito de dar unidade aos movimentos populares e às experiências comunitárias de saúde. Pulverizado nas grandes e pequenas cidades, bem como nos mais distantes grotões de todo o território nacional pela sobreposição às CEBs e à geopolítica da Igreja, o MOPS vai ganhar visibilidade numa multiplicidade de localidades. Além das periferias das grandes regiões metropolitanas e capitais brasileiras, como São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre, Curitiba, Recife, Fortaleza, Vitória, Cuiabá, Teresina, e outras tantas, este movimento também marcava presença em localidades pouco lembradas, como Ceilândia (DF), Porto Nacional (GO), Andradina (SP), Conceição do Araguaia (TO), Ji-Paraná (RO), Contagem (MG), e assim por diante. Mesmo mantidas as raízes das “experiências em medicina comunitária”, era nítida a força hegemônica do *ethos*⁵ veiculado pelo novo “movimento popular da saúde”, cujos princípios se definiam pela manutenção da **independência e autonomia** dos grupos organizados em relação aos partidos e ao governo. “*Sem atrelamento ao Estado, Partidos e instituições*, [a estratégia era a de] **exigir os serviços de**

4 Frei Betto foi um dos mais importantes inspiradores do “modelo CEBs” com base nos princípios da Teologia da Libertação. Tendo residido clandestinamente em Vitória, capital do ES, desde sua saída da prisão Frei Betto desenvolveu extenso trabalho de criação das CEBs nesse Estado e, contando com o apoio da Arquidiocese dirigida por um bispo progressista, promoveu os três primeiros encontros nacionais das CEBs em Vitória, em 1973, 1974 e 1975.

5 Esse *ethos* foi muito enfatizado pela Teologia de Libertação, inspirada em noções marxistas que supunham o fim do Estado Capitalista mediante superação da sociedade de classes, bem como a ampliação da política para toda a sociedade (ver: “CEPIS – CENTRO DE EDUCAÇÃO POPULAR DO INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE. “*Documento preparativo do III Encontro Nacional de Experiências de Saúde Comunitária*”. São Paulo, 1981). No campo teórico, a noção (reificada) de identidade desenvolvida por Evers (1983) sintetiza essa estratégia ao definir os novos movimentos sociais como embriões de um novo poder ou sociabilidade política, pautada por relações horizontalizadas, interpessoais, mediante diluição das fronteiras entre as esferas pública e privada.

6 Ver documento: “7o ENCONTRO REGIONAL DE SAÚDE POPULAR, Relatório”. Marabá (PA), 1983.

saúde a partir de decisões tomadas pelo povo, *sem fazer concessões*”⁶. Na época tais princípios geravam uma postura que valorizava a mobilização social e a participação direta, em detrimento da representação institucional, bem como desqualificava condutas de negociação e de “atuar por dentro do Estado”.

Disseminado pelas inúmeras “entidades” populares, sem demora o MOPS começou a ser reificado, isto é, a ser tomado como se fosse um sujeito com vida própria. Documentos atestam que ele, o Movimento Popular de Saúde, começa a “falar” em nome próprio como se fosse um sujeito, e a dar subsídios às suas próprias estratégias de ação⁷. Na verdade, as redes sociais locais predispostas à participação em movimentos sociais já estavam interconectadas havia tempo, tendo como carro-chefe as pastorais sociais, entre elas a pastoral da saúde, criada no início da década de 1980⁸ mediante vínculo orgânico com a CNBB sob hegemonia da Teologia da Libertação. Em sua órbita, detectamos inúmeras “entidades” de apoio, renomeadas como ONGs nos anos pós-1990⁹.

O sentido expressivo-mobilizador do MOPS, radicalizado como parte de um poder paralelo “contra o Estado”, foi sendo, no entanto, minado pelas ambigüidades contidas nas próprias

7 Ver documento: MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE. “*Subsídios*”. São Paulo, [1983].

8 Ver documento: “PASTORAL DA SAÚDE “*Pastoral da saúde popular, o que é?*”. Cuiabá, 1983.

9 São elas: **ADITEPP** (ASSOCIAÇÃO DIFUSORA DE TREINAMENTOS E PROJETOS PEDAGÓGICOS), **ASP** (ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE DA PERIFERIA), **CBPSM** (CENTRO BRASILEIRO DE PESQUISA EM SAÚDE MENTAL), **CDDH** (CENTRO DE DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS), **CEBI** (CENTRO DE ESTUDOS BÍBLICOS), **CEDI** (CENTRO ECUMÊNICO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO), **CEPIS** (CENTRO DE EDUCAÇÃO POPULAR DO INSTITUTO *SEDES SAPIENTIAE*), **COMSAÚDE** (COMUNIDADE DE SAÚDE DESENVOLVIMENTO E EDUCAÇÃO), **CPV** (CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E PESQUISA VERGUEIRO), **FASE** (FEDERAÇÃO DE ÓRGÃOS PARA ASSISTÊNCIA SOCIAL E EDUCACIONAL), **FCD** (FRATERNIDADE CRISTÃ DE DOENTES E DEFICIENTES), **FNT** (FRENTE NACIONAL DOS TRABALHADORES), **IBASE** (INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISE SÓCIO-ECONÔMICA), **IPESP** (INSTITUTO PASTORAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE POPULAR), **IPPH** (INSTITUTO PAULISTA DE PROMOÇÃO HUMANA), **ISER** (INSTITUTO DE ESTUDOS DA RELIGIÃO), **MOC** (MOVIMENTO DE ORGANIZAÇÃO COMUNITÁRIA), **NOVA** (PESQUISA, ASSESSORIA E AVALIAÇÃO EM EDUCAÇÃO), **SOE** (SEMPREVIVA ORGANIZAÇÃO E FORMAÇÃO) (cf. Doimo, 1995:118 e 270-73).

ações reivindicativas¹⁰ e pelo avanço da abertura política em tempos de democratização, que tornava o Estado mais permeável ao processamento das demandas sociais, aguçando a face integrativa deste tipo de movimento social. Neste sentido, tornou-se inócuo manter aquele discurso maniqueísta do “oprimido *versus* opressor”, do “dominado *versus* dominador” e do “Poder Popular *versus* Estado”. Chamar as bases para traduzir politicamente suas reivindicações, institucionalizando-as como direitos de cidadania, passou a ser, então, missão da própria CNBB, através do empenho mobilizador dos bispos mais progressistas, tendo à frente seus “intelectuais orgânicos” de confiança, a exemplo de Francisco Witaker e outros que acabaram eleitos deputados constituintes. Neste contexto, era inevitável o declínio da Teologia da Libertação bem como o sucesso da “ofensiva vaticana” (Della Cava, 1991) para o seu desmantelamento.

Assim, no período constituinte entre os anos 1985 a 1988, coincidindo com a crise da Teologia da Libertação, as energias sócio-políticas dos movimentos populares e comunitários pela saúde foram canalizadas para as Plenárias Pró-Participação Popular na Constituinte e para a intensa coleta de assinaturas em torno das emendas populares, cujo relatório foi publicado sob o título “*Cidadão Constituinte: a saga das emendas populares*” (cf. Witaker, 1989). A emenda nº 050 de criação do SUS, relativa ao Direito à Saúde, alcançou 58.615 mil assinaturas e o apoio de 160 entidades, um recorde absoluto em relação à média de apoios dados a outras emendas populares¹¹. Juntamente com a aprovação desta emenda, foi consagrado, como princípio constitucional, aquilo que estes atores, defensores de uma concepção societal de política democrática¹², queriam: a “participação da

10 Ambigüidade porque, se de um lado o discurso mobilizador é de denúncia e confrontação do Estado, de outro as reivindicações estão requerendo e legitimando seu lado provedor.

11 Ao todo, foram 122 emendas populares, sendo que 52 excederam o número exigido de entidades, numa escala que vai de uma a 160. Somente duas receberam de 50 a 100, tendo sido a do Direito à Saúde a campeoníssima, com 160 (cf. Witaker, 1989:107).

12 Para se ter uma idéia do alcance desta concepção societal da atuação política, o Movimento Nacional pela Constituinte foi lançado no dia 26 de janeiro de 1985,

comunidade” nas decisões sobre saúde pública, além, é claro, da saúde como um direito social.

Movimento Médico-Sanitarista e concepção estatista da eficácia política

Enquanto o MOPS era construído quase em sobreposição ao desenho dos milhares de CEBs espalhadas pelo Brasil, o Movimento Sanitarista desenvolvia-se, ao mesmo tempo, congregando profissionais e trabalhadores no setor da saúde, intelectuais e militantes partidários, estudantes e professores universitários, médicos representantes de sindicatos e associações profissionais ligados à área da saúde. Segundo Vítor Buaiz¹³, o Movimento Sanitarista teve início quando, em meados da década de 70, médicos, estudantes, professores e demais trabalhadores ligados à área da saúde passaram a refutar a prioridade das ações curativas de saúde implementadas sob o regime militar e a defender publicamente a ampliação do conceito de saúde para abranger prioritariamente a medicina preventiva incluindo a melhoria das condições de saneamento básico da população.

Ao final da década de 1970, a visibilidade pública destas idéias amplia-se sensivelmente com o impulso dado pela reorganização do movimento sindical, em luta pela sua autonomia em relação ao Estado, por melhores condições de trabalho e salários dignos contra a chamada “medicina de grupo”. Trata-se especificamente do Movimento Médico que, além de acolher os clamores do Movimento Sanitarista já em curso, leva este

em Duque de Caxias, num ato público com cerca de sete mil pessoas, na perspectiva de elaboração, pela participação direta do próprio povo, de “sua Constituição Política”. Tendo à frente o bispo Dom Mauro Morelli, este movimento, que contou logo no início com o apoio de uma rede de entidades de assessoria ao movimento popular e pastorais, cogitava a possibilidade de a Constituição ser elaborada por “movimentos constituintes” em escalas local e regional, culminando em nível nacional com a Carta Constitucional. (Witaker, 1989: 40-1).

- 13 O médico Vítor Buaiz, além de professor da Universidade Federal do Espírito Santo, ajudou a criar a Pastoral da Saúde no Estado do Espírito Santo, foi presidente do Sindicato dos Médicos no Estado, Vice-Presidente da Federação Nacional dos Médicos, Deputado Constituinte pelo PT, Prefeito de Vitória e Governador do Estado, também pelo PT.

progressismo às Associações Médicas, que passam a posicionar-se politicamente contra as “multinacionais da saúde”, monopolizadoras e controladoras das patentes e preços de medicamentos e equipamentos hospitalares¹⁴.

Dentre essas várias frentes de luta ganham terreno em plano nacional forças políticas vinculadas ao Partido Comunista Brasileiro, além de agrupamentos mais pontuais como o MR8, munidos de uma concepção estatista acerca da eficácia da ação política. Em clara escalada hegemônica, passam a ocupar postos importantes dentro de aparatos estatais de saúde nas esferas federal, estadual e municipal, não sem buscar estabelecer interações com os movimentos organizados nos bairros. Mesmo ainda dentro do antigo MDB, a militância comunista já vinha ganhando algum espaço institucional desde a abertura lenta e gradual do governo Geisel (1974 a 1978). Conforme Castro (1992), diversos expoentes de Movimento Sanitarista já atuavam como técnicos do Ministério da Saúde, do Instituto de Pesquisas Aplicadas, quando são reativadas as Conferências Nacionais de Saúde mediante convocação por decretos ministeriais. Em 25 de fevereiro de 1975 o governo convoca a V Conferência e em 1º de março de 1977, a VI Conferência. Num contexto de estado burocrático-autoritário, o regime militar em tempos de abertura acena com a necessidade de modernizar seus aparatos de saúde, propondo a criação de um Sistema Nacional que estimulasse a coordenação entre as múltiplas ações pulverizadas nas diversas instâncias de governo, estabelecendo um mínimo de racionalidade operacional.

Sob o governo Figueiredo, após decretada a anistia e a reforma partidária em 1979, realiza-se em março de 1980 a VII Conferência Nacional de Saúde, precedida de conferências estaduais, num clima de efusiva participação e descontração crítica. Os sinais da redemocratização eram sensíveis. Na primeira metade da década de 80, enquanto o MOPS alcança seu maior pico expressivo-mobilizador, multiplicando o número e a intensidade das ações reivindicativas locais, o Movimento Sanitarista, fortalecido pela

14 Essas informações foram obtidas em entrevista concedida por Vitor Buaziz a Ana Maria Doimo, via Internet, entre os dias 21 e 25 de fevereiro de 2003.

eleição direta de governadores e parlamentares de oposição em 1982 e em condições ainda mais favoráveis durante o governo da Nova República, trilha por dentro da institucionalidade político-administrativa e vai “costurando” o perfil institucional da nova política de saúde. Numa clara estratégia de ganhar espaços dentro do Estado, o Movimento Sanitarista vai ao mesmo tempo estabelecendo os “princípios básicos norteadores da Reforma: a universalização do direito à saúde, a descentralização do sistema, a regionalização e hierarquização das ações e a assistência integral à saúde de modo a romper com o modelo hospitalocêntrico do padrão anterior” (Castro, 1992: 16).

Somente durante a VIII Conferência, ocorrida em março do 1986, não por acaso antes da eleição dos deputados constituintes em novembro, o amplo espectro de movimentos de saúde pulverizados pelo país ganha uma unidade orgânica, reunindo lideranças e bases dos diferentes princípios ético-políticos. Do encontro entre os Movimentos Médico e Sanitarista, com hegemonia comunista, até o MOPS, impulsionado pela chamada “Igreja Popular” com o aval da CNBB, resultou a confluência de todas as forças de esquerda ligadas à questão da saúde, instaurando-se um efetivo (e novo) **espaço público**, capaz de produzir, acima das diferenças e especificidades, um consenso em torno das diretrizes que viriam a compor o capítulo II da Seguridade Social, especialmente na Seção II da Saúde como parte do Título III, da Ordem Social.

A entrada de representantes do MOPS foi decisiva para a agregação de dois outros princípios em relação àqueles estabelecidos anteriormente: 1) a definição de que a saúde será financiada pelo Estado, em seus três níveis de governo e pelo conjunto da sociedade; 2) a participação da comunidade na gestão e controle do sistema, através de conselhos paritários organizados em cada nível de governo.

Em seguida à VIII Conferência, que reuniu mais de 5.000 representantes de todos os segmentos ligados à problemática da saúde da sociedade civil brasileira, com representação de todos os estados da federação, formou-se a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, visando a sistematizar as decisões tomadas na

VIII Conferência, dotando-as de viabilidade operacional. Tal comissão comportou-se como um fórum de composição híbrida, com representantes do governo executivo (União, estados e municípios), legislativo e das mais variadas formas organizadas da sociedade civil, desde os setores sindicais e populares-comunitários, até segmentos privados de prestação de serviços médicos (o lucrativo e o “filantrópico”).

A proposta daí resultante foi apresentada como “emenda popular” 050 ao Projeto de Constituição, tendo à frente a Federação Nacional dos Médicos e, como vimos, o apoio de mais 160 entidades além das quase sessenta mil assinaturas (Witaker, 1989:130). Estavam, pois, dados os princípios básicos para as conexões ativas entre atores sócio-políticos tão diferenciados: “saúde como um direito social universal” e “participação da comunidade nas decisões”. A tradução política disto na Constituinte foi a coalizão de partidos de oposição e de esquerda: PMDB, PT, PSDB, PCB, PCdoB e PDT (Castro, 1992) e, como parte das regras consignadas às emendas populares, sua defesa na plenária da Constituinte foi feita por Sérgio Arouca que, mesmo não sendo parlamentar, era mais reconhecido pela sua militância no PCB do que propriamente pela sua especialidade médica.

Em suma, a vitória da nova política de saúde na Constituinte, de inclusão dos princípios de uma política social nacional pública, integrada, descentralizada e controlada pela sociedade, resultou da longa atuação de atores marcados por inserções e concepções distintas acerca da política. Na esfera dos princípios ético-políticos, dois campos de ação produziram e arregimentaram recursos de poder inestimáveis, desde meados da década de 1970 até meados dos anos 1980. Um deles, de perfil estatista, priorizou sua atuação na esfera político-institucional e, aproveitando-se dos espaços abertos pelo governo, foi agindo por dentro dos aparatos do Estado, das instituições políticas e sindicais, propondo e antecipando reformas, ao mesmo tempo em que testava as resistências da burocracia, da rede hospitalar privada, da “medicina de grupo” etc. O outro campo, de perfil societal, priorizou a organização da população em seus locais de moradia, seja em torno do trabalho voluntário em “medicina comunitária”, mediante criação de ações

inovadoras, dentre elas os chamados “agentes de saúde”, seja pelos movimentos reivindicativos, desenvolvendo redes sociais ativas de participação, formadas por pessoas portadoras de um senso crítico sobre suas carências e do sentimento de autoconfiança quando se vêem como “sujeitos portadores de direitos”, ou mesmo como pessoas que têm “direito a ter direitos”.

Assim, o movimento de saúde, e suas conquistas consagradas na Constituição de 1988, não pode ser reificado, muito menos pensado sem o reconhecimento desses dois campos. Até porque ao longo da implementação do SUS¹⁵ muitas das lideranças do Movimento Sanitário têm sido sugadas pelo Estado para o trabalho político-administrativo, e a euforia daquela unidade mobilizadora do período constituinte rompeu-se, fragmentou-se e ganhou novos contornos locais. Por isso, quando se indaga sobre os problemas da participação nos conselhos de saúde, há de se procurar pelas redes sociais locais predispostas à participação; perguntar em que medida estão ativas e, se estão, em que direção está a sua predisposição de participar.

Arcabouço institucional da participação e da descentralização

Tomado o movimento de saúde em seu conjunto, sua tônica foi, de um lado, dada pela constituição de redes locais de reivindicação, participação e mobilização e, de outro, pela atuação e inserção política por dentro do próprio Estado. Por estes motivos, “entre as várias políticas sociais, a área da saúde é que iria contar com um movimento pró-intervenção do Estado mais importante, organizado e atuante”(Viana,1994: 6).

De fato, uma das mais importantes inovações consubstanciadas na Constituição de 1988 é fruto, como vimos, do processo de interação de uma gama diversificada de atores sociais que, ao se

15 O SUS – Sistema Único de Saúde foi implementado no início da década de 90 após a regulamentação dos artigos 196, 197, 198, 199 e 200 da Constituição de 1988, substituindo o SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde, que já havia sido implantado em 1987 como parte das conquistas do Movimento Sanitarista, substituindo as ações pulverizadas do período militar.

articularem em torno da “saúde como um direito”, acabaram por ter grande repercussão nos trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte, em um ambiente de mudanças na agenda pública nacional. No contexto da redemocratização, a criação do SUS configura-se como a mais importante iniciativa de reforma na área social.

Desde a transição democrática, um conjunto de leis, decretos presidenciais, normas operacionais e portarias ministeriais veio regulamentando um longo processo de mudanças nas regras e procedimentos no âmbito do sistema de prestação de serviços de saúde no país. Entretanto, o marco inaugural mais importante para a redefinição das prioridades das ações estatais destinadas ao atendimento das necessidades da população na área da saúde pública, assim como para a ampliação da autonomia de gestão das autoridades públicas locais, foi a Constituição de 1988.

O texto final da Carta de 1988, no capítulo referente à saúde pública (artigos 196 a 200), reconhece a saúde como um direito social dos cidadãos, garantindo a todos o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e prevenção de saúde; e como um dever do Estado, através da elaboração de políticas e programas sociais que visam à redução do risco de doenças.

O primeiro passo para a efetiva institucionalização do sistema proposto no texto constitucional de 1988 foi dado em 1990, no início do mandato do presidente Fernando Collor de Mello. Em 7 de agosto de 1990, é editado o Decreto presidencial nº 99.438, que organiza e define as atribuições do Conselho Nacional de Saúde. Logo em seguida (19 de setembro de 1990), foi a vez de o Congresso Nacional aprovar a Lei Orgânica da Saúde, que ratifica as diretrizes constitucionais do sistema e amplia a responsabilidade municipal na provisão dos serviços de saúde e nas atividades de negociação, alocação de recursos e regulação de desempenho. Da aprovação da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, decorreram dois aspectos fundamentais. Em primeiro lugar, ao definir as atribuições de cada esfera de governo, no que diz respeito à gestão e às competências, além de dispor sobre a organização dos serviços e o funcionamento do SUS, a Lei nº 8.080 acabou criando mecanismos institucionais importantes que passaram a

vincular, de maneira definitiva, a descentralização à municipalização. Um segundo aspecto, muito grave no que se refere à dinâmica do processo decisório, foi o fato de esta lei ter sido sancionada pelo Presidente da República com dois vetos, subtraindo precisamente a regulamentação de dois dos mais preciosos princípios do movimento de saúde: 1) a definição de que a saúde será financiada pelo Estado, em seus três níveis de governo e pelo conjunto da sociedade; 2) a participação da comunidade na gestão e controle do sistema, através de conselhos paritários organizados em cada nível de governo.

Ora, esses dois princípios haviam sido as duas mais importantes contribuições da VIII Conferência Nacional de Saúde e toda a mobilização dos setores populares havia se dado basicamente em torno delas. Talvez Collor não soubesse, mas a sociedade estava tão vigilante e mobilizada na defesa do conteúdo de suas conquistas constitucionais que ele foi compelido a reverter rapidamente sua decisão. No prazo de apenas três meses, o Congresso votou a Lei Complementar nº 8.142 restabelecendo o conteúdo vetado, e o Presidente foi obrigado a sancioná-la ainda no ano de 1990, mesmo que tenha sido em seu penúltimo dia, isto é, 28 de dezembro¹⁶.

A partir de 1991, as Normas Operacionais Básicas – NOBs constituíram o principal dispositivo para a regulamentação e o ajuste da descentralização do sistema de saúde. Tendo como base o texto constitucional de 1988, a LOS e a Lei Complementar nº 8.142, ao longo do período em estudo foram editadas pelo Executivo, através do Ministério da Saúde, três NOBs: em 1991, 1993 e 1996.

A NOB 1/91 introduziu o conceito de habilitação dos municípios e estados ao SUS, mediante comprometimento com a gestão direta de serviços, e previu a formação de um fundo setorial e o funcionamento de conselhos comunitários. Dois anos após sua edição, quando a inoperância desse arranjo institucional foi de-

16 A legalidade e/ou constitucionalidade da atividade normativa autônoma ou reguladora do Poder Executivo é controlada pelo Judiciário. Por isso, os decretos da Presidência, portarias de ministérios e resoluções de órgãos ligados ao Executivo, que mencionamos aqui, não passaram pelo crivo do Congresso, mas do Supremo Tribunal Federal. Sobre este tema, ver Arantes e Kerche (1999:37).

tectada pelo Ministério da Saúde, o Executivo editou uma segunda NOB (1/93) que representa, esta sim, um divisor de águas importante na política de saúde dos anos 90.

A NOB 1/93 criou as Comissões Intergestores Tripartite (compostas por representantes dos governos federal, estadual e municipal) e Bipartite (com representação paritária entre estados e municípios), as regras de transferência de recursos e os mecanismos de controle e avaliação. Ademais, adotando o modelo de descentralização pactuada, a NOB 1/93 desenhou também três situações transacionais para a gestão do sistema de saúde (Incipiente, Parcial e Semiplena), que acabaram inaugurando o sistema de representação progressiva de titularidade governativa. Segundo a NOB 1/93, para alcançar uma dessas situações na gestão setorial, os governos locais deveriam atingir uma capacidade estatal associada a variáveis de responsabilização e controle externo das suas decisões. O aumento da responsabilidade do governo local na gestão direta dos serviços de saúde serviu como mecanismo de aceleração da adesão dos municípios às novas funções propostas pelo SUS. Em 1996, dos 4.973 municípios brasileiros, 65,1% passaram a se enquadrar em uma das modalidades de gestão proposta pelo SUS – 49,4% habilitaram-se na Gestão Incipiente; 12,8% na Gestão Parcial; 2,9% na Gestão Semiplena (Silva, 1999:40).

Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde editou uma terceira NOB (1/96), cujo objetivo foi não só ampliar a responsabilidade dos gestores municipais e estaduais mas também fortalecer a atenção básica e primária nas ações de saúde coletiva. Ao reduzir as condições de habilitação a duas modalidades (Gestão Plena da Atenção Básica – GPAB e Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM), a NOB 1/96 simplificou de maneira significativa o processo de responsabilização municipal proposto na NOB anterior (1/93). O município habilitado na GPAB passou a se responsabilizar pela atenção primária de alcance coletivo (como ações básicas de vigilância sanitária) e por alguns procedimentos individuais de caráter ambulatorial (clínica médica, ginecologia, obstetria, pediatria e pequenas cirurgias ambulatoriais). Neste caso, a provisão das ações de saúde pode ocorrer tanto por intermédio das unidades públicas próprias quanto pela contratação de serviços

do setor privado. Por outro lado, a habilitação na GPSM deu ao gestor local autonomia suficiente para editar normas de pagamento de serviços em seu território, tendo como referência a tabela nacional do SUS. Neste caso, o gestor passa a ser responsável pela programação, controle e remuneração dos serviços produzidos localmente, independentemente do tipo de provedor (público ou privado).

Assim como ocorreu com a edição da NOB 1/93, da NOB 1/96 resultou também um incremento significativo na adesão dos municípios brasileiros à descentralização. Dados do Ministério da Saúde indicam que, até a metade de 1998, 4.664 municípios brasileiros estavam habilitados em uma das duas formas de gestão descentralizada propostas pela NOB 1/96 (GPAB ou GPSM). Em contrapartida, no mesmo período o Ministério da Saúde já havia transferido recursos correspondentes a cerca de 30% do dispêndio federal com assistência médico-ambulatorial (Silva, 1999:44). É a partir desse arcabouço institucional que ocorre a consolidação da política de descentralização da saúde no Brasil democrático (Augusto e Costa, 2000).

Conselhos de Saúde: dificuldades e potencialidades da participação

A regulamentação da “participação da comunidade” na definição das ações e serviços de saúde foi regulamentada pela criação de Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde, também chamados de conselhos gestores, porque de sua existência e deliberações depende a liberação dos recursos previstos no art. 3º da Lei 8142/90.

Estabelecidos para avaliar a situação da saúde no país, os Conselhos constituem, até hoje, uma instância privilegiada, ainda que mal aproveitada, na discussão da política de saúde, na formulação de estratégias e no controle da execução do Plano Nacional de Saúde (Rodrigues e Zauli, 1999). Estudos sobre o seu perfil têm povoado as agendas de pesquisa em todo o Brasil com vistas a conhecer a qualidade da participação, os constrangimentos do poder executivo, a eficiência do novo canal institucional de participação

e, enfim, a eficácia deste mecanismo para o aprofundamento democrático no sentido do aumento do controle da sociedade sobre a gestão da coisa pública. A maior curiosidade dos pesquisadores incide sobre qual é, afinal, o saldo de quase dez anos de institucionalização da participação visando à democratização de um dos setores que mais afetam o dia-a-dia da população.

Ao fazer um balanço de alguns estudos, Luciana Tatagiba (2002:92) mostra que “as avaliações mais comuns presentes na literatura são de que os conselhos não estão cumprindo sua vocação deliberativa (...) sugerindo que essa participação assume contornos mais reativos que propositivos”. Também, do ponto de vista institucional, a autora alerta que a ausência de um marco legal que defina com clareza as funções dos conselhos em relação ao papel exercido pelas instâncias administrativas e burocráticas produz ambigüidades que passam ou a favorecer o executivo municipal, ou a depender de negociações e acordos em cada situação particular. Desta “institucionalização incompleta”, diz, “decorrem dificuldades em definir até onde as suas deliberações possuem poder vinculante” (Tatagiba, 2002:95).

Tais lacunas, ambigüidades e por vezes excesso de burocratização regimental acabam por desanimar e desestimular a participação de segmentos populares. Até meados da década de 1990, o MOPS ainda devotava maiores preocupações com o SUS, tentando garantir a continuidade da participação, sem temer a esfera institucional¹⁷. Sua verdadeira vocação, no entanto, era a de conclamar suas bases para “a proliferação de organismos de poder popular em toda a sociedade (...) como forma de democratização do Estado”¹⁸, e esta ambigüidade entre construir o “poder popular” pela mobilização “autônoma e independente” e participar institucionalmente no processo de tomada de decisões governamentais gerou tal “esquizofrenia ideológica” que os empecilhos aos processos de inovação institucional provinham das

17 Ver os seguintes documentos: “SUS: um desafio para as organizações populares”. Aracaju, [1989]. [cartilha]; “BOLETIM Informativo do MOPS”, Goiânia, n.13, jan.1991; “BOLETIM Informativo do MOPS”, Teresina, set. 1991.

18 Ver documento “A POLÍTICA nacional de saúde e a participação do MOPS nacional”. s.l., 1991. [mimeo].

próprias redes movimentalistas locais sob sua influência. Junta-se a isto a dificuldade em compatibilizar funções de fiscalização e de contestação do Estado.

Ao longo da década de 90, quando o MOPS teve um sensível declínio com a crise da Teologia da Libertação¹⁹, quem assumiu publicamente a dianteira dos movimentos locais foi a Pastoral da Saúde. Menos ideologizada do que o MOPS, ela costuma ausentar-se dos Conselhos de Saúde somente quando não se afina e não se identifica com as proposições e as condutas dos governos eleitos. Nestes casos, simplesmente dá continuidade ao seu muito bem organizado trabalho em âmbito societário, atuando em raia própria. Em alguns estados da federação, consegue manter uma densa rede de participantes desde o bairro, o município, até o nível estadual. Em muitos lugares, retoma os métodos da medicina comunitária e alternativa; em outros, assume tarefas de fiscalização voluntária a serviços em hospitais, realiza mutirões de limpeza em manicômios, promove visitas a doentes para levar conforto espiritual, ajuda mútua; em outros, ainda, estimula a formação de agentes de saúde para fazer acompanhamento da saúde das famílias.

As perspectivas não são, mesmo, muito otimistas. Em recente pesquisa sobre a situação de 15 Conselhos Municipais de Saúde dos municípios pertencentes à 17ª Regional de Saúde, no norte do Estado do Paraná, foi detectado que “em apenas 40% a participação entre usuários e demais segmentos é paritária; 1/3 dos conselhos não se reúne periodicamente, 2/3 não possuem comissões técnicas e 80% não possuem secretária executiva; a divulgação das atividades dos conselhos é precária, 40% não participam da elaboração dos planos municipais de saúde e 40% não têm controle sobre o fundo municipal de saúde” (Júnior; Lopes; Gutierrez, 2002:1).

Contudo, há contrapartidas interessantes da própria Pastoral da Saúde. Para se ter uma idéia, desde 1979, durante a realização do primeiro ENEMEC, uma das primeiras conclusões foi requerer a *“prestação de Saúde com uma equipe multiprofissional que valorize a*

19 Esta crise, para além da chamada “ofensiva vaticana”, tem origem também na perda dos referentes históricos do socialismo em 1989, com a queda do Muro de Berlim, a dissolução da União Soviética e a perda das eleições dos sandinistas na Nicarágua.

*participação do Agente Local e a Saúde Comunitária*²⁰. Ora, isto significa nada menos do que a incubação do Programa de Saúde da Família e da profissionalização do Agente de Saúde, ambos reconhecidos, institucionalizados e potencializados pelo governo FHC, contanto com extensa rede para sua implementação²¹.

Outra inovação vem da força incorporativa da Igreja que, ao catalisar profissionais qualificados para atuar na implementação das diretrizes das pastorais sociais, proporciona-lhes visibilidade pública e legitimidade. Muitos dos profissionais de saúde que atuavam voluntariamente em trabalhos de saúde comunitária, após passarem pelas experiências da Pastoral, acabaram se destacando como políticos em defesa da causa da saúde. É o caso de Eduardo Jorge, por exemplo, que quando fala do SUS chega a se emocionar. Considerado o deputado que mais apresentou propostas na Constituinte para o setor de Saúde, o médico sanitário Eduardo Jorge despediu-se, no dia 1º de março de 2003, do cargo de Secretário Municipal da Saúde que ocupou no atual governo petista cidade de São Paulo, tendo à frente a prefeita Marta Suplicy, avaliando o seguinte:

Começando dos 30 sobreviventes do Conselho Municipal de Saúde chegamos a cerca de 5.000 conselheiros espalhados por toda a cidade. Não existe nada parecido no Brasil na participação social prevista no SUS. Nossa Conferência Municipal de Saúde tinha 2.000 delegados eleitos que votaram as prioridades da Secretaria. (...)

Quanto ao Programa Saúde da Família (PSF), municipalizamos as 200 equipes estaduais do PSF/QUALIS e implantamos outras 500. Com 700 equipes já atendemos regularmente 2.000.000 de pessoas. É o maior PSF no Brasil feito em tempo recorde. Só para comparar, o Rio de Janeiro que não esteve fora do SUS, como nós nos oito anos anteriores [governos Maluf e Pitta], não tem mais que 30 equipes²².

20 Ver o documento: "1º ENCONTRO NACIONAL DE EXPERIÊNCIAS EM MEDICINA COMUNITÁRIA". *Conclusões*. Recife, 1979.

21 Tais programas são baseados no modelo cubano do médico de família.

22 O pedido irrevogável de demissão do cargo de Secretário Municipal de Saúde por parte do deputado Eduardo Jorge, contido nessa "Carta de Demissão e Agradecimentos" de 01/03/03, aceito pela prefeita Marta Suplicy, apresenta extenso relatório de atividades desenvolvidas pela Secretaria de Saúde durante dois anos e dois meses, e foi escrita em razão de desentendimentos no que se refere à implementação do PSF.

A carta é enorme, mas esses dois trechos já fornecem indicações suficientes para concluirmos que ter protagonistas do Movimento de Saúde em cargos-chave do governo no poder executivo ou do sistema político-administrativo, a exemplo deste ocupado por Eduardo Jorge, pode ser um instrumento altamente eficaz para induzir e estimular a organização societária.

Assim, desde que o governante esteja disposto a ceder uma parcela do seu poder com vistas a estimular e conferir autoridade à participação da sociedade civil, e desde que esta esteja predisposta a participar do processo de tomada de decisões, os Conselhos poderão influir efetivamente na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde.

Bibliografia

ARANTES, Rogério Bastos e KERCHÉ, Fábio. (1999). “Judiciário e Democracia no Brasil”. *Novos Estudos Cebrap*, n. 54, p. 27-41.

AUGUSTO, Maria Helena Oliva e COSTA, Olavo Viana. (2000). “Entre o Público e o Privado – A Saúde Hoje no Brasil”. *Tempo Social*, v. 11, n. 2, p. 199-217.

CASTRO, Maria Helena Guimarães. “Conflitos e interesses na implementação da reforma da política de saúde”. *Saúde em Debate*, n. 35, 1992, p. 15-21. [Publicação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde]

DELLA CAVA, Ralph. A Conferência Nacional dos Bispos do Brasil e os meios de comunicação social: 1962-1989. In: DELLA CAVA, Ralph, MONTERO, Paula. ...*E o verbo se faz imagem: Igreja Católica e os meios de comunicação social no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1991. p.21-129.

DOIMO, Ana Maria. *A vez e a voz do popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós 70*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ANPOCS, 1995.

EVERS, Tilman. “Identidade: a face oculta dos novos movimentos sociais”. *Novos Estudos Cebrap*, São Paulo, v.2, n.4, p.11-22, abr.1984.

JUNIOR, Luiz Cordoni; LOPES, Maria Lúcia da Silva, GUTIERREZ, Paulo Roberto. *Estudo dos Conselhos Municipais de Saúde em municípios do norte do Paraná*. Londrina, 2002. (Relatório de Pesquisa, Universidade Estadual de Londrina)

MIRANDA, Nilmário. (1999). *Direitos humanos em transição*. Brasília: Imprensa da Câmara dos Deputados.

OLIOSA, Durvalina M. S. *Municipalização da saúde em Vitória, ES: uma experiência*. Rio de Janeiro, 1999. (Dissertação de Mestrado apresentada à Fundação Oswaldo Cruz)

PINHEIRO, Paulo Sérgio. (1999) *Brazil and the internacional human rights system*. Oxford: Oxford University. [texto retirado da Internet; apresentado na sessão “Global interactions and institutions political issues” na Conferência anual do Centro de Estudos Brasileiros da Universidade de Oxford]

RODRIGUES, Marta M. Assumpção; ZAULI, Eduardo Meira. “Presidência e Congresso Nacional no processo decisório da política pública de saúde no Brasil -1985-98. *Dados: Revista de Ciências Sociais*, IUPERJ, 2002.

SILVA, Pedro Luiz Barros, RIBEIRO, José Mendes e COSTA, Nilson do Rosário. (1999). “A Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil”. *Revista do Serviço Público*, v. 50, n. 3, p. 33-56.

TATAGIBA, Luciana. “Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil”. In: E. Dagnino (org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 47-103.

VIANA, Ana Luiza D’Ávila. “Sistema de Descentralização”. *A Política de Saúde no Estado de São Paulo nos anos 80: formações e tensões*. Campinas, 1994. (Tese de doutoramento apresentada no Instituto de Economia da Universidade de Campinas)

WITAKER, Francisco *et alii*. *Cidadão constituinte: a saga das emendas populares*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

Obs. Os documentos citados nas Notas foram consultados no CPV – Centro de Pesquisa e Documentação Vergueiro por Ana Maria Doimo.