

Ministério da Saúde

A Construção do SUS

**Histórias da Reforma Sanitária
e do Processo Participativo**

Vicente de Paula Faleiros
Jacinta de Fátima Senna da Silva

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos
Rosa Maria Godoy Silveira

Brasília
2006

Ministério da Saúde

A Construção do SUS

**Histórias da Reforma Sanitária
e do Processo Participativo**

VICENTE DE PAULA FALEIROS

LUIZ CARLOS FADEL DE VASCONCELLOS

JACINTA DE FÁTIMA SENNA DA SILVA

ROSA MARIA GODOY SILVEIRA

2006

© 2006 (Ano da 1ª edição) Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Série Bibliográfica.

Tiragem: 10.000 exemplares

Presidente da República

Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro de Estado da Saúde

José Agenor Álvares

Secretário de Gestão Estratégica e Participativa

Antônio Alves de Souza

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Departamento de Apoio à Gestão Participativa

Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social

Espanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 4ª andar, sala 414

CEP: 70.058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-2062 / 3315-3625

Fax: (61) 3315-3625

E-mail: segep.gabinete@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/segep>

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.
A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil)

ISBN 85-334-1238-X

1. Sistema Único de Saúde. 2. Políticas, planejamento e administração em saúde/história. I. Título. II. Série.

NLM WA 525-546

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2006/1020

Títulos para indexação:

Em inglês: *The Construction of the Unified Health System (SUS): narratives of the sanitary reform and of the participatory process*

Em espanhol: *La Construcción del Sistema Único de Salud (SUS): historias de la reforma sanitaria y del proceso de participación*

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
RELAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	10
INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO I	35
A mobilização instituinte (décadas de 1970 e 1980)	
CAPÍTULO II	111
Participação e institucionalização (embates de 1990 a 1994)	
CAPÍTULO III	157
Novas relações instituído-instituinte no período FHC (1995 a 2002)	
CAPÍTULO IV	209
As relações instituídas consolidadas: balanço e perspectivas do controle social	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	261
ANEXOS	
1. Fichas documentais	281
2. Roteiro básico de entrevistas	284
3. Questionário da XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	285
4. Relação dos Ministros da Saúde (1985-2006)	286
5. Legislação citada	287
LISTA DE SIGLAS	293

ORGANIZAÇÃO E PESQUISA

VICENTE DE PAULA FALEIROS

Assistente Social; PhD em Sociologia; Pesquisador do CNPq/UnB; Professor da Universidade Católica de Brasília – UCB; Autor de livros e artigos de políticas sociais; Conselheiro Científico do Diesat; Coordenador do Cecria. Cidadão Honorário de Brasília. Consultor.

JACINTA DE FÁTIMA SENNA DA SILVA

Enfermeira; Sanitarista; Mestre em Ciências da Saúde (UnB); Coordenadora da Plenária Nacional de Saúde (1987-1997); Coordenadora-Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Ministério da Saúde.

LUIZ CARLOS FADEL DE VASCONCELLOS

Sanitarista; Mestre e Doutorando em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz); Médico do Ministério da Saúde em exercício na Fiocruz na área de docência e pesquisa.

ROSA MARIA GODOY SILVEIRA

Graduação, Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado em História (USP); Docente da UFPB (1976-2003); docente da UEPB e dos Cursos de Pós-Graduação em História da UFPB e da UFPE; Atuação: História do Brasil Império e República e Educação. Livros, capítulos de livros e artigos em periódicos sobre Educação, Cidadania e História do Brasil.

ASSISTENTES DE PESQUISA

ANDREZA CARDOSO FIALHO SANTOS

Fisioterapeuta; Especialista em Fisioterapia Neurofuncional; Consultora do Departamento de Apoio à Gestão Participativa/Segep/Ministério da Saúde/Pnud.

GLÁUCIA MARIA DE LUNA IENO

Médica; Especialista em Medicina Preventiva e Social e Planejamento em Saúde. Mestre em Ciências Sociais – Concentração Política e Trabalho no Brasil. Professora Aposentada do DPS/UFPB. Atua no campo da Saúde Coletiva/Saúde do Trabalhador.

APOIO À REVISÃO FINAL

JAIRO LUIS JACQUES DA MATTA

Sociólogo; Mestre em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz); Analista em Ciência e Tecnologia (Inca/Ministério da Saúde).

MANOEL RODRIGUES PEREIRA NETO

Bacharel em Letras; Mestre em Comunicação Social (UnB); Doutorando em Teoria Literária (UnB); Professor de Literatura e Língua Portuguesa; Consultor do Departamento de Apoio à Gestão Participativa/Segep/Ministério da Saúde/Pnud.

PATRICIA POL COSTA

Cirurgiã-Dentista; Sanitarista; Mestre em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz); Técnica Especializada da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde.

EQUIPE DE APOIO

Ana Kátia Melo Aguiar; Andréa de Oliveira Gonçalves; Fátima Cristina Cunha Maia Silva; Lenilde Duarte de Sá; Luciana Couto Chayarry Velloso; Pedro de Paula Emerich; Svetlana Stankovic; Tiago Ramos da Silva; Valquíria Côrtes de Vasconcellos.

AGRADECIMENTOS

Adalgiza Balsemão Araújo; Arlindo Fábio Gómez de Sousa; Maria Espírito Santo Tavares dos Santos; Maria Helena Barros de Oliveira.

APRESENTAÇÃO

A criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Segep do Ministério da Saúde, em 2003, cujo objetivo principal era coordenar a política e propor estratégias e mecanismos de fortalecimento da gestão democrática do Sistema Único de Saúde – SUS, tem, a partir de sua reformulação pelo Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006, entre suas atribuições acompanhar e analisar o desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira, apoiar o fortalecimento do controle social e promover equidade, monitoramento, avaliação, auditoria e ouvidoria.

Sinal de que se mantém a pujança do movimento da Reforma Sanitária é a idéia de que o SUS é uma obra-prima inacabada, a depender ainda de seus mecanismos originais de luta e ideologia. Sua agenda de construção guarda, do mesmo modo, os conflitos primitivos que lhe deram vida como modelo contra-hegemônico ante interesses corporativos e mercantilistas, palco de lutas onde a participação da sociedade foi e continua sendo fundamental.

A participação da comunidade no SUS, assim expressa na Constituição Federal de 1988, com suas diversas roupagens, hoje consolidadas nas instâncias de controle social em todo o território brasileiro, desde as primitivas formas de participação, através das CIS – Comissões Interinstitucionais de Saúde, ainda no período autoritário, passando pela Plenária Nacional de Saúde, desde o período constituinte até 1997, até chegar à Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, desde 1995 até hoje; é a marca indelével da democracia participativa na construção do SUS.

A presente publicação destina-se à recuperação, ao registro e à análise de informações sobre a dinâmica do processo da Reforma Sanitária, olhando para a trajetória do movimento social, representado pela Plenária Nacional de Saúde e Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, que intervieram de forma decisiva na

construção do arcabouço jurídico do SUS, da Constituição Federal de 1988 às diversas regulamentações pós-Constituição.

A recuperação da memória e o registro sistematizado e analítico, aqui propostos, acerca desses eventos, fundamentais para o aprimoramento e a consolidação do controle social no SUS, possibilitam o exercício da reflexão e a elaboração de novas formas de pensar e agir das instâncias de gestão e das próprias instâncias de controle social do SUS, hoje consolidadas.

Com base em análise documental e em depoimentos de personalidades que, de alguma forma, contribuíram para a construção do SUS, esta publicação pretende, inclusive, prestar um tributo àqueles que, ora entrevistados, ora citados, constituíram-se em formuladores, mobilizadores e defensores do ideário do SUS, dentro dos fóruns formais ou informais da democracia representativa e participativa, sem os quais não há como inferir qual seria o rumo da Reforma Sanitária.

Como um processo em movimento, a Reforma Sanitária encontra-se ainda no seu alvorecer e não esgotou os instrumentos tradutores e comunicativos de seu ideário, de suas dificuldades, de suas nuances e de suas conquistas. Pensar sua memória, a partir das formas de participação da sociedade na sua dinâmica significa, além de tudo, instigar para manter a chama acesa dos mecanismos de democracia participativa na saúde.

ANTÔNIO ALVES DE SOUZA

Secretário de Gestão Estratégica e Participativa
Ministério da Saúde

RELAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

ADALGIZA BALSEMÃO ARAÚJO

Assistente Social; Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (1994-1996 e 1998-2002); Coordenadora da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde eleita pela Região Sul (1999-2003); Coordenadora de Relações Intersetoriais da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde*; Assessora do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul* [entrevistada em 11/3/2005].

ANAMARIA TESTA TAMBELLINI

Médica; Doutora em Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde (Ensp/Fiocruz); Professora adjunta do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade Medicina e Pesquisadora do Nesc (UFRJ). Coordenadora de Vigilância Ambiental do Ministério da Saúde* [entrevistada em 23/3/2005].

ANTÔNIO ALVES DE SOUZA

Médico; Especialista em Planejamento Estratégico Situacional; Administração; Transfêrência de Tecnologia (Genebra); Educação Popular (UnB); Representante do Ministério do Trabalho na Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1986-1987); Secretário de Segurança e Medicina do Trabalho/Ministério do Trabalho (1988-1989); Secretário Adjunto de Saúde/DF (1994-1998); Chefe de Gabinete do Ministro da Saúde (2003-2004); Secretário Executivo/Ministério da Saúde (2004-2005); Conselheiro Nacional de Saúde*; Secretário de Gestão Estratégica e Participativa/Ministério da Saúde* [entrevistado em 26/6/2005].

ARLINDO FÁBIO GÓMEZ DE SOUSA

Sociólogo; Sanitarista; Especialista em Administração e Planejamento em Saúde (Ensp/Fiocruz); Coordenador da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1986-1987); Relator Geral da 9ª CNS (1992); Presidente da Abrasco (1992-1994); Chefe de Gabinete da Presidência da Fiocruz e Superintendente do Canal Saúde/Fiocruz* [entrevistado em 16/3/2005].

CARLOS EDUARDO VENTURELLI MOSCONI

Médico; Deputado Federal Constituinte/Relator da Saúde; Deputado Federal (1983-1991; 1995-2003); Secretário de Saúde do Distrito Federal (1985-1986); Presidente do Inamps no período da sua extinção; co-autor da EC nº 29/00; Diretor da Faculdade de Medicina da Unifenas/Belo Horizonte/MG* [entrevistado em 20/2/2006].

CRESCÊNCIO ANTUNES DA SILVEIRA NETO

Médico; Hematologista; Mestre em Hematologia Clínica; Presidente do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro/RJ (1984-1985); Presidente do Sindicato dos Médicos/RJ (1987-1989); Vice-Presidente do Conselho Federal de Medicina (1989-1994); Diretor do Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro (1994-1996); Chefe de gabinete da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (2001); Secretário de Gestão Participativa/Ministério da Saúde (2003-2005) [entrevistado em 24/2/2005].

EDUARDO JORGE MARTINS ALVES SOBRINHO

Médico; Sanitarista; Deputado Federal (1987-2003); Secretário Municipal da Saúde de São Paulo (1987-1990 e 2001-2002); Secretário Municipal do Meio Ambiente de São Paulo* [entrevistado em 5/8/2004].

ELIANE APARECIDA DA CRUZ

Dirigente do Sindsaúde/SP (1990-2001); Conselheira Municipal de Saúde de Mauá/SP (1993-1995); Conselheira Estadual de Saúde de São Paulo (1995-1996); Presidente da CNTSS/CUT (1998-2001); Conselheira Nacional de Saúde/CUT (2001-2002); Secretária Executiva do Conselho Nacional de Saúde* [entrevistada em 24/2/2005].

FABIOLA DE AGUIAR NUNES

Médica; Sanitarista; Mestre em Saúde Pública (Universidade da Califórnia); Secretária Nacional de Programas Especiais de Saúde/Ministério da Saúde (1985-1987) [entrevistada em 29/4/2005].

FLÁVIO ALBERTO ANDRADE GOULART

Médico; Sanitarista; Doutor em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz); Secretário Municipal de Saúde de Uberlândia/MG (1983-1988 e 2003-2004); Coordenador de avaliação da SAS/Ministério da Saúde (1993-1995); Professor titular aposentado da UnB; Consultor em sistemas de saúde* [entrevistado em 6/4/2005].

FRANCISCO EDUARDO DE CAMPOS

Médico; Coordenador do Internato Rural da Residência em Medicina Social e do Nesccon/UFMG (1978-1982); Secretário de Recursos Humanos do Ministério da Saúde (1985), co-organizador da 8ª Conferência Nacional de Saúde; consultor permanente da Opas e OMS, em Washington e Genebra; Secretário da Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde/Ministério da Saúde* [entrevistado em 9/11/2005].

FRANCISCO DE ASSIS MACHADO (CHICÃO)

Médico; Sanitarista; Mestre em Ciência Política; Implantação do Projeto Montes Claros/MG (1975-1977); Coordenação do Piass (1977-1979); Presidente do Cebes (1985); Coordenação das AIS/Inamps (1985-1986); Professor Assistente da Faculdade de Medicina/UFMG (1980-1995); Assessoria e Pesquisa em Projetos do Ministério da Saúde* [entrevistado em 2/9/2005].

GILSON CANTARINO O'DWYER

Médico; Especialista em Psiquiatria Geral e Infantil (UFRJ); Secretário Municipal de Saúde de Niterói/RJ (1989-1998); Presidente do Cosems/RJ (1993-1995); Presidente do Conasems (1995-1998); Presidente do Conass (2003-2005); Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (1999-2006)* [entrevistado em 26/9/2005].

HESIO DE ALBUQUERQUE CORDEIRO

Médico; Doutor em Medicina Preventiva (USP); Presidente da Abrasco (1984); Presidente do Inamps/MPAS (1985-1988); Reitor da Uerj (1992-1995); Presidente do Conselho Nacional de Educação (1996-1998); Secretário Estadual de Educação do Rio de Janeiro (1999); Diretor do Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá* [entrevistado em 17/3/2005].

HUMBERTO JACQUES DE MEDEIROS

Advogado; Mestre em Direito Público; Professor de Direito Público da Faculdade de Direito/UnB*; Coordenador de Ensino da Escola Superior do Ministério Público da União*; Vice-Presidente da Anpasa*; Procurador Regional da República* [entrevistado em 7/4/2005].

JACINTA DE FÁTIMA SENNA DA SILVA

Enfermeira Sanitarista; Mestre em Ciências da Saúde (UnB); Coordenadora da Plenária Nacional de Saúde (1987-1997); Coordenadora Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Ministério da Saúde* [entrevistada em 11/3/2005].

JANDIRA FEGHALI

Médica; Especialista em Cardiologia Pediátrica; Presidente da Associação Nacional dos Médicos Residentes (1983); Presidente da Comissão Especial do Ano da Mulher e da Subcomissão de Assistência Farmacêutica do Congresso Nacional; Vice-Presidente da Comissão que analisou o substitutivo do Senado à PEC que alterou o Sistema de Previdência Social; Vice-presidente da Frente Parlamentar da Saúde*; Deputada Federal pelo PCdoB/RJ (1987-2006)* [entrevistada em 24/2/2005].

JOCELIO DRUMMOND

Médico; Mestre em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz); Organizador da 1ª Associação de Trabalhadores da Saúde no Brasil/SP (1986); Presidente da CNTSS/CUT (1991-1997); Conselheiro Nacional de Saúde/CUT (1990-2000); Secretário Regional da Internacional dos Serviços Públicos/Sindicato Mundial dos Trabalhadores do Setor Público* [entrevistado em: 22/06/2005].

JORGE NASCIMENTO PEREIRA

Militante do Movimento Comunitário Bairro Anjo da Guarda/São Luís/MA (1975-1989); das CebS/MA (1975-1985); do Movimento Cultural/Teatro Amador/MA (1977-1988); do Movimento Negro/CCN/MA (1975-1983); Representante do Mops na Plenária Nacional de Saúde (1995-1997); Conselheiro Municipal de Saúde de Cuiabá/MT (2000-2002); e Estadual/MT (2001-2004); Conselheiro Nacional de Saúde/Mops (2003-2005); Executiva Nacional/Mops (2002-2006); Conselheiro Nacional de Saúde (suplente)/Mops*; Membro da Cisama*; Coordenador Municipal de Cultura/Porto Alegre do Norte/MT* [entrevistado em 9/8/2005].

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA

Médico; Sanitarista; Doutor em Saúde Coletiva (IMS/Uerj); Secretário de Medicina Social do Inamps (1986-1988); Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (1988-1990); Presidente da Abrasco (2000-2003); Professor adjunto aposentado do IMS/Uerj; Pesquisador do Centro de Informação Científica e Tecnológica/Fiocruz* [entrevistado em 4/4/2005].

JOSÉ DA SILVA GUEDES

Médico; Sanitarista; Secretário Municipal de Saúde de São Paulo/SP (1983-1985); Secretário Estadual de Saúde de São Paulo (1995-2002); Docente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*; Consultor Técnico do Programa Agita São Paulo/Agita Mundo* [entrevistado em 21/10/2005].

JOSÉ ERI BORGES DE MEDEIROS

Cirurgião Dentista; Mestre em Saúde Coletiva (Unisinos/RS); Secretário Municipal de Saúde de Venâncio Aires/RS (1989-1992); Presidente do Conasems (1989-1993); Presidente da Assedisa/RS (1993-1994); Coordenador Executivo da Comissão Organizadora da 9ª CNS; Coordenador Curso de Especialização *lato sensu* Saúde da Família e Comunidade - Unisinos/RS* [entrevistado em 9/8/2005].

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Médico; Sanitarista; Doutor em Medicina Social; Presidente do Cebes (1981-1984); Diretor Geral do Instituto Nacional de Câncer (2004-2005); Pesquisador Titular da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz*; Secretário de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde* [entrevistado em: 19/08/2005].

JOSÉ LUIZ RIANI COSTA

Médico; Doutor em Saúde Coletiva (Unicamp); Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental; Secretário de Segurança e Medicina do Trabalho/Ministério do Trabalho (1986-1988); Secretário Municipal de Saúde de Rio Claro/SP (1997-1998); Professor Universitário: Unicamp (1979-1990), Unesp/Botucatu (1985-1986), UnB (1988-1989), Unesp/Araraquara (1992-2002); Professor da Unesp/Rio Claro*; Diretor do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Ministério da Saúde* [entrevistado em 17/3/2005].

MARIA ELIZABETH DINIZ BARROS

Socióloga; Especialista em Economia do Setor Público/Políticas Sociais e em Planejamento Governamental; Técnica de Planejamento do Ipea; Relatora da 11ª Conferência Nacional de Saúde; Consultora do Ministério da Saúde/Opas* [entrevistada em 23/2/2005].

MARIA DO ESPÍRITO SANTO TAVARES DOS SANTOS (SANTINHA)

Médica; Sanitarista; Coordenadora da Região Norte e Nordeste na implantação do Suds (1986-1988); Membro fundador da Rede Nacional Feminista de Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos; Secretária Executiva do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro* [entrevistada em 21/3/2005].

MARIA LUIZA JAEGER

Socióloga; Sanitarista; Representante da CUT na Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1986-1988); Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS (1989-1992); Secretária Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (1999-2002); Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde (2003-2005) [entrevistada em 25/6/2005].

NAELSON CORREIA GUIMARÃES

Ativista em defesa do SUS; Militante do Movimento Popular de Saúde de São Paulo; Conselheiro Municipal de Saúde de São Paulo/SP; Conselheiro Estadual de Saúde de São Paulo (1993-2002); Comissão do Conselho Municipal de Saúde de São Paulo/SP* [entrevistado em 21/10/2005].

NELSON RODRIGUES DOS SANTOS (NELSÃO)

Médico; Sanitarista; Coordenador do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina/PR (1970-1976); Secretário Municipal de Saúde de Campinas/SP (1983-1988); Presidente do Conass (1989-1990); Coordenador da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde (1997-2002); Professor de Medicina Preventiva da Unicamp*; Assessor Especial do Ministro de Estado da Saúde* [entrevistado em 9/3/2005].

RAQUEL ELIAS FERREIRA DODGE

Advogada; Membro fundador da Anpasa; Membro da 6ª Câmara de Coordenação e Revisão (Índios e Minorias)/MPF (1993-2000); Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão Adjunta (2000-2004); Pesquisadora Human Rights Program/Harvard University*; Procuradora Regional da República* [entrevistada em 24/4/2005].

ROBERTO CHABO

Médico; Especialista em Nefrologia; Presidente do Sindicato dos Médicos/RJ (1981-1984); Presidente da Federação Nacional dos Médicos (1985-1989); Membro da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (1986-1987); Secretário Nacional da Vigilância Sanitária/Ministério da Saúde (1992-1993); Diretor do Hospital da Ordem Terceira do Carmo*; Auditor Geral do SUS na Secretaria Estadual de Saúde/RJ* [entrevistado em 18/3/2005].

SAMARA RACHEL VIEIRA NITÃO

Médica; Mestre em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz); Sanitarista da Secretaria de Saúde/DF; Assessora do Núcleo de Saúde Pública da UnB no Projeto de Acompanhamento da Assembléia Nacional Constituinte para a área de saúde e acompanhamento legislativo no Congresso Nacional na elaboração e aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (1987-1991); Coordenadora da Plenária Nacional de Saúde (1987-1991); Chefe de Gabinete da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Ministério da Saúde* [entrevistada em 6/4/2005].

SARAH ESCOREL

Médica; Sanitarista; Doutora em Sociologia (UnB); Presidente do Cebes (2003-2006); Pesquisadora Titular (Fiocruz)* [entrevistada em 6/1/2006].

SONIA FLEURY TEIXEIRA

Psicóloga; Doutora em Ciência Política (IUPERJ); Professora da Ebape/FGV; Senior Social Development Specialist Lecturer/Indes/BID; Professora Visitante: Universidad Nacional de Lanús/Argentina, Universidad Peruana Cayetano Heredia/Peru, Universidad Mayor de San Andrés/Bolívia e UFF/RJ; Membro do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social*; Coordenadora do Peep/Observatório da Inovação Social*; Membro da Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde* [entrevistada em 29/8/2005].

SWEDENBERGER BARBOSA

Cirurgião Dentista; Especialista em Saúde Pública; Presidente do Sindicato dos Odontologistas/DF (1983-1990); Presidente da Federação Interestadual dos Odontologistas (1989-1994); Diretor Nacional e Coordenador Estadual/DF do Departamento dos Trabalhadores em Seguridade Social/CUT; Membro da Plenária Nacional de Saúde; Coordenador da Plenária de Saúde/DF; Conselheiro Nacional de Saúde (1989-1994); Secretário Executivo da Casa Civil da Presidência da República (2003-2005); Assessor Especial do Ministro da Previdência Social (2005-2006); Assessor Especial do Presidente da República* [entrevistado em 10/3/2005].

THEREZA CHRISTINA DE AGUIAR TAVARES

Advogada; Assessora de Imprensa da Comissão Nacional da Reforma Sanitária; Assessora de Imprensa e Parlamentar do Deputado Federal Sergio Arouca; Coordenadora de Comunicação Social da Presidência da Fiocruz* [entrevistada em 18/8/2005].

VLADIMIR RICARDO ALVES DANTAS

Presidente da Fepac/PB (1987); Presidente da Confederação Nacional de Associação de Moradores (1989-1995); Coordenador de Comunicação do Conselho Nacional de Saúde (2003-2004); Presidente da Federação das Associações, Movimentos e Entidades Populares do DF e Entorno* [entrevistado em 29/4/2005].

*Em exercício.

OBS.: Todas as entrevistas foram feitas por Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos.

INTRODUÇÃO

Parte dessa história nunca foi contada e esse trabalho ajuda a resgatá-la. Quem sabe esse é um material importante para a reflexão sobre o controle social.

Jocelio Drummond

Esta pesquisa, a partir de falas e documentos, teve como objetivo principal apreender o processo participativo no âmbito da Reforma Sanitária e da constituição e implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, por meio da análise das relações de poder na implementação do controle social da política de saúde, no movimento da Plenária Nacional de Saúde (de 1987 a 1997), da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde (a partir de 1995) e dos conselhos de saúde em geral. Denominou-se esse processo de movimento, não só por representar a aglutinação organizada de entidades e pessoas com objetivos e formas de manifestações articuladas no cenário social e político, como por ser espécie de ato contínuo do chamado movimento sanitário, que deu corpo e forma à Reforma Sanitária Brasileira.

Mais especificamente, a pesquisa se estruturou pelo resgate histórico dessa experiência inovadora de participação na esfera política, com uma reflexão crítica sistemática sobre esse movimento e seu processo que aqui se traduz num balanço de mais de três décadas. Essa avaliação considera avanços, dificuldades, enfrentamentos, conflitos e consensos entre os atores em cena e os desafios de uma nova institucionalidade incluyente do povo organizado.

Enfim, a pesquisa tenta trazer uma apreciação dos resultados da participação, ao mesmo tempo como processo e como impacto na institucionalização das políticas de saúde. Após a apresentação de uma síntese do marco conceitual da pesquisa, em seguida, explicita-se a sua metodologia.

O Controle Social e a Democracia Participativa

A referência analítica fundamental deste trabalho é a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, no marco do processamento dos direitos sociais. O direito à saúde, hoje, faz parte dos direitos humanos, mas nem sempre foi assim considera-

do ao longo da história. Não fazia parte, por exemplo, da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, marco histórico dos direitos civis na Revolução Francesa¹.

É um direito que se estrutura não só como reconhecimento da sobrevivência individual e coletiva, mas como direito ao bem-estar completo e complexo, implicando as condições de vida articuladas biológica, cultural, social, psicológica e ambientalmente, conforme a tão conhecida definição da OMS – Organização Mundial da Saúde².

A saúde é considerada na sua complexidade, colocando-se como um bem econômico não restrito ao mercado, como forma de vida da sociedade, e direito que se afirma enquanto política, com as dimensões de garantias de acesso universal, qualidade, hierarquização, conforme estabelece a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988.

O reconhecimento da saúde como bem-estar, satisfação, bem coletivo e direito, configura um paradigma civilizatório da humanidade, construído num processo de embates de concepções e de pressões dos movimentos sociais por estabelecerem uma ruptura com as desigualdades e as iniquidades das relações sociais, numa perspectiva emancipatória, levando-se em conta, evidentemente, as diferentes culturas e formas de cuidado do ser humano.

O direito à saúde implica o reconhecimento de que todas as cidadãs e todos os cidadãos, sem exceção, têm as garantias universais da saúde. Os movimentos sociais dos anos pré-constituição, na área da saúde, visavam a um novo paradigma e a uma nova forma de considerar a questão da saúde da população, coletiva e individualmente, como direito e como questão de todos, sobre a qual os sujeitos implicados tomam decisões. A participação é essa nova articulação do poder com todos os envolvidos, na transformação dos atores passivos em sujeitos ativos, dos atores individuais em atores coletivos.

A questão da saúde deixa de ser “um negócio da doença” para se transformar em garantia da vida, rompendo-se com o modelo flexneriano (proposto pelo relatório Flexner, nos Estados Unidos, no início do século XX)³, que restringia a saúde ao diagnóstico das doenças, feito por especialistas designados por um saber academicamente reconhecido em lei.

O processo participativo exige uma mudança nas relações de poder, implicando uma dimensão que politiza tanto o diagnóstico como as ações de saúde, repolitizando, assim, criticamente as políticas.

Ao poder médico, ao poder dos agentes de saúde e ao poder dos gestores, voltados seja para a eficiência e/ou eficácia ou para a redução de custos, confrontam-se o poder das empresas e o poder do Estado, ao mesmo tempo em que se agrega o poder da sociedade organizada, da sociedade civil enquanto conjunto de cidadãos, sujeitos de direitos. É esse o eixo das lutas pela participação, que abre novos espaços públicos, repõe a questão da saúde fora do mundo privado da casa, do mundo da magia, dos consultórios, dos gabinetes, das mãos das elites e do mercado, embora os tenha como postos, buscando novos pressupostos.

Esse processo, no contexto histórico da segunda metade do século XX, significou um aprofundamento da democracia representativa, limitada, às vezes, ao ritual das eleições, para se tornar uma mediação, ao mesmo tempo, de revolta e de proposta no seio dos conselhos paritários, com melhor explicitação dos conflitos como base para a construção de consensos.

Novos direitos foram emergindo e se configurando, como os direitos humanos das mulheres, dos negros, das pessoas portadoras de necessidades especiais, das crianças, dos idosos, com a articulação de relações de poder que não se restringem mais à eleição de representantes que falam pelo povo, em nome do povo, mas que, não raramente, o esquecem.

Um outro canal passou a sintonizar a voz da sociedade nos conselhos, embora até com distorções e ruídos, mas muito mais próximo das necessidades reais da população. Os conselhos de saúde expressam as novas mediações porque buscam sustentar-se numa articulação com os movimentos sociais, diferentemente de outros conselhos, que se ancoram em estratos burocráticos ou dominados por grupos, *lobbies* e setores específicos.

A democracia participativa do conselho de saúde permite ao povo falar em seu próprio nome, expressar seus interesses diretamente, pressionar, acompanhar e fiscalizar as ações do Estado. A democracia participativa traz as "ruas" para dentro do Estado, para os espaços do próprio poder executivo, e, no início do século XXI, timidamente para o poder judiciário, com o Conselho Nacional de Justiça.

A mediação da participação nos conselhos tem um "efeito bumerangue", pois implica uma organização da sociedade civil que vai além dos partidos (que lutam pela representação no poder legislativo) e dos sindicatos (que lutam por condições de trabalho e direitos sociais), em termos de interesses

de sujeitos que se constituem nas lutas por transformação das desigualdades e iniquidades de gênero, cor, etnias, discriminação, idade, diferenças de território e distribuição de serviços.

Os conselhos de saúde formam uma correia de transmissão com a sociedade, pois, ao mesmo tempo em que os atores se organizam em movimentos de pressão e reivindicação, também vão se transformando e fazendo emergir interesses coletivos e comuns, próprios de cada segmento, inscrevendo-os no contexto da negociação política.

A democracia participativa também se institucionaliza e se torna uma expressão plural da sociedade, não se impõe como um projeto hegemônico, mas vai minando a hegemonia das elites nos espaços dos conselhos, na conquista de lugares de voz, de pressão, de fiscalização, numa guerra de posições, na expressão gramsciana⁴. Essa democracia está, portanto, promovendo uma manifestação de poder popular, de segmentos excluídos pelo capitalismo em suas várias formas de dominação, mas dentro dos limites do pluralismo e das instituições estabelecidas, com um confronto de interesses que, ao mesmo tempo em que expõe o conflito propõe-se também a consensos e propostas.

Esses conflitos se manifestam não só pela via da comunicação argumentativa, conforme caracterizada por Habermas⁵, mas também por pressões e embates e novas formas de coalizão que constituem os espaços públicos e questionam a privatização do Estado. Assim, o Estado passa a ser inquirido como lugar de exclusividade do poder das elites ou de arranjos de poder dos dominantes e se torna um lugar público, onde o paradigma do direito passa a fazer parte da agenda do governo e do próprio Estado.

Nessa ótica, o controle social pode ser compreendido, no contexto da saúde, como um fator de publicização do Estado, esta entendida como articulação de uma relação política entre Estado e sociedade, onde os interesses divergentes são expressos, os embates aceitos e as propostas construídas para a efetivação dos direitos conquistados, visando ao alcance de novos direitos, que possam se tornar agendados e institucionalizados. Nesses espaços, o governo se faz responsável (*accountable*)⁶, sem camuflar-se no *marketing* ou nas promessas, e a sociedade manifesta seu interesse e sua força, o que permite o entrecruzamento do instituído e do instituinte, num jogo regulado pela lei, mas exercido com força e pressão.

Foi essa pressão do movimento que fez com que os conselhos de saúde se tornassem um poder deliberativo sobre a agenda e as estratégias das políticas do setor. O poder dos conselhos depende dessa articulação de forças dos movimentos sociais em confronto/negociação com os representantes do governo, comparecendo com maior ou menor peso político e obtendo avanços e recuos. Os movimentos ecológicos, das mulheres, dos negros, dos homossexuais, dentre outros, têm também arrancado o reconhecimento de direitos e a implantação de políticas, graças às pressões exercidas no contexto democrático.

O discurso dominante desqualifica a voz do oprimido. Ele é enunciado a partir de um lócus que valoriza o poder dos setores capitalistas hegemônicos. Na esfera dos conselhos, os recursos e discursos passam a ser monitorados e reconstruídos pela crítica. É nesse discurso crítico que se questionam as justificativas dadas e se busca a construção dos fundamentos de uma nova sociedade.

O controle social, assim, além de publicizar, democratizar e criticar a relação do Estado com os interesses dominantes é, paradoxalmente, uma instituição em movimento, que promove a presença dos movimentos sociais na agenda governamental. Revela as agendas ocultas sob as licitações, contratos e propostas. Avalia o que vem sendo feito e olha para a construção do futuro do direito e do direito ao futuro, ao sonho, para não se ficar prisioneiro do orçamento exigido pelo pagamento de juros e da dívida, nem prisioneiro do tempo das eficiências pragmáticas. O controle social possibilita que se olhe o processo histórico da correlação de forças e a saúde como questão disputada nas lutas sociais, da qual querem se apropriar os gestores, os burocratas, o capital financeiro, os planos de saúde, o capital de investimentos nos serviços de saúde.

O cidadão de direitos, no entanto, se confronta hoje com as exigências do capitalismo flexível, que o considera apenas como consumidor. Nos conselhos, os grupos de interesses se posicionam e descobrem que os interesses específicos e particulares de sindicatos e movimentos divergem e convergem, quando se constroem consensos possíveis, expressos em debates, logo em seguida, refeitos por outros participantes. Nessa participação plural o conselho de saúde se estrutura.

A pluralidade definida na lei, que garante 50% de usuários nos conselhos de saúde, e outros 50% para gestores, prestadores de serviços e trabalhadores

de saúde, foi também uma conquista de poder da base, na perspectiva de uma democracia popular como projeto histórico da classe trabalhadora. Os de baixo passaram a ter mais um espaço para controlar o Estado e regular o mercado, tendo como horizonte de expectativa o direito de cidadania. A “grande política” passou a se confrontar com as políticas diversas e múltiplas, elaboradas em milhares de conselhos. As plenárias de conselhos de saúde possibilitam a troca de experiências entre conselhos e a tradução, num nível mais amplo, das miríades de experiências, envolvendo tanto a discussão de sua efetividade, como o sentido político global das mesmas.

É pelo controle social que vai se estabelecendo o difícil processo de mediação da garantia de direito nas contradições entre capital e trabalho, Estado e sociedade e grupos de interesses.

Para que os movimentos sociais possam pressionar, é preciso que aproveitem as mobilizações, fóruns, conferências e outras formas de manifestação. São essas ações que trazem para a agenda pública as desigualdades sociais. A guerra de mobilizações permite a proposição de novas agendas sociais. Nesse contexto, é fundamental distinguir Estado e governo, políticas permanentes e ações de curto prazo, que os conselhos vão costurando em suas movimentações de controle social. Como exemplo marcante dessa movimentação, a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, foi fruto de uma batalha de 10 anos para se ter uma política de Estado no financiamento da saúde.

O controle social influi, também, nos orçamentos, colocando em evidência a agenda das forças que dominam a elaboração orçamentária. Assim, a democracia pode dar visibilidade às agendas econômica e social do país. O controle social não se limita, entretanto, ao espaço restrito dos conselhos, mas se articula às ações do Ministério Público e aos mecanismos de pressão sobre os partidos políticos, defesa dos interesses do povo, promoção de fóruns e debates da sociedade e acesso à justiça. Esse conjunto de articulações e movimentos é que vai constituir o controle social, numa rede da base para o vértice. Como espaço de luta e de crítica, os conselhos de saúde vão constituindo novas agendas para os poderes executivo e legislativo e mobilizando a sociedade nas várias conferências, em todos os níveis.

Nesse cenário se constrói, inclusive, um novo pacto federativo, com uma dinâmica de mobilizações nos níveis municipal, estadual e federal, de baixo para cima, contrariando as propostas dos donos do poder, que o fazem de cima para

baixo. Não é só o instituído que se manifesta, mas também o instituinte. A República, no sentido de garantia universal de direitos, se torna mais efetiva, com a mobilização e articulação de propostas que buscam os direitos de todos.

O controle social, nessa perspectiva, traduz-se em estratégias e operações de acompanhamento da formulação, gestão e execução de políticas públicas por parte da sociedade, consolidando a democratização substantiva – e não apenas formal – do Estado, mediante mecanismos institucionalizados de gestão participativa que englobam, e ultrapassam, os dispositivos de uma democracia representativa. Trata-se de

colocar a discussão do controle social não em um patamar burocrático, mas sim em um patamar político. Não se trata de “vigiar uma burocracia” [...] O que está em questão é criar uma nova cultura política/democrática que, ao democratizar as decisões, traga a alteridade... [com] o significado da oposição em presença. Resta indagar como tomar parte e partido nesse processo de construção do direito à saúde (Sposati & Lobo, 1992:372).

Portanto, a temática do controle social toca fundo na organização do poder e do Estado nas suas relações com a sociedade. Os conselhos se instituem como canais de democracia participativa dentro de relações de poder estabelecidas na ótica da descentralização, como afirma a própria Constituição Federal/88, em seu artigo 198.

Todavia, nem sempre as relações formais de representação social expressas nos conselhos cumprem com seu ideário resolutivo de voz da sociedade. Vieses corporativos no âmbito dos conselhos expressam conflitos sociais latentes, que vão se refletir, muitas vezes, nas políticas públicas, emperrando o movimento dinâmico do controle social de penetrar as entranhas do Estado e impulsioná-lo para a resolução das dívidas sociais.

Além disso, uma tendência da permanência de representações sociais por dentro dos conselhos, muitas delas sob influência do coronelismo político local, empurra o controle social para uma certa burocratização imobilizante. De todo modo, refletem as próprias contradições da sociedade na sua relação com o Estado sem macular a pujança do novo ordenamento que o controle social tende a propiciar no campo do sistema de saúde brasileiro. Ou, como no dizer de Sposati & Lobo (1992:373): *“É direito de tornar o Estado efetivamente coisa pública. É desprivatizar interesses. É introduzir ‘cenas de negociação explícitas’”*.

Descentralização e Pacto Federativo

A descentralização da gestão de programas sociais, como é o caso do SUS na experiência brasileira, é conceituada e formulada em estreita associação com um Estado federal.

A Federação foi construída, historicamente, como uma forma de estruturação jurídico-política do poder em sua territorialidade, isto é, a distribuição desse poder pelo território que constitui um Estado e se expressa em instâncias de governo, com suas respectivas atribuições: a União, exercendo competência sobre todo o território que constitui o Estado federal; e os estados-membros, cada qual com competência sobre a respectiva parte no território federal. A pluralidade de soberanias articuladas nesta organização política se expressa, formaliza-se e se constitucionaliza como um pacto – o pacto federativo, que garante a unidade da comunidade política como um todo e, ao mesmo tempo, a autonomia das suas partes. Em suma, a Federação concretiza uma divisão e um compartilhamento do poder de base territorial, em que os cidadãos têm uma dupla lealdade cívica ou sentido de pertencimento: para com a União e a parte/comunidade em que estão inseridos por nascimento ou por vivência, diferentemente do Estado unitário, em que a lealdade é unívoca para com o Estado central, e do Estado confederado, em que a lealdade é para com a parte/comunidade e não para com o todo federal (Bobbio *et al*, 2000).

Na experiência histórica da construção do Estado ocidental, a organização federada tem como marco referencial a revolução da independência dos Estados Unidos da América, frente à sua metrópole, a Inglaterra. A formação norte-americana resultou de um pacto político entre as chamadas 13 colônias originárias da colonização inglesa, na costa leste do território hoje estadunidense, que se articularam e se uniram tanto na luta anticolonial quanto na formação de um Estado em conjunto, em que se estabeleceram atribuições de um governo em comum e para cada parte do território federal, ou seja, cada ex-colônia, que abriu mão de parte de sua soberania ao constituir-se em estado-membro da União.

No caso brasileiro, a Federação é tardia, instaurada formalmente apenas em 1889, com a República, e tem uma trajetória diferenciada da experiência norte-

americana, apesar das influências jurídico-políticas e ideológicas desta última sobre os constituintes brasileiros de 1890. No Brasil, não se partiu de uma base territorial de entidades políticas autônomas, como as 13 colônias, mas do inverso: a Federação se assentou sobre um Estado com quase quatro séculos de poder centralizado, nas suas versões como Estado Metropolitano Português e como Estado Nacional Imperial. Comparativamente: os Estados Unidos se estruturam como União por um processo agregativo centrípeto das autonomias locais/regionais e a Federação Brasileira se configura por um processo centrífugo, de desagregação de parte do poder, antes concentrado em um governo central, em direção às territorialidades locais/regionais, embora estas dispusessem de certas autonomias previamente à instauração do federalismo republicano (Dohnikoff, 2005).

O pacto federativo, em tese, tem um conteúdo mais democrático de organização do poder, na medida em que este é mais distribuído, embora nem sempre de forma equilibrada, entre a União ou governo central e estados-membros. Em suma, é constitutiva de uma Federação a maior descentralização do poder, contrastando com a centralização que configura um Estado unitarista, em que a autonomia das coletividades territoriais subnacionais é delegada de cima para baixo, e não pactuada.

Mas, assim como em um Estado federal não existe descentralização total, coexistindo esta com elementos centralizadores, num Estado unitário também não existe centralização total, que coexiste com elementos descentralizadores. Portanto, a construção da descentralização se constitui como um processo dinâmico, com avanços e recuos, a depender da correlação de forças presentes na sociedade. Além disso, para que a descentralização se faça efetivamente democrática, não basta que o poder seja distribuído territorialmente: é necessário que a sociedade de cada estado-membro participe efetivamente da vida política, a começar pelo exercício do voto.

Na organização política brasileira, em vários momentos de sua história, as autonomias estaduais e locais (competências descentralizadas) serviram ao poder de grupos oligárquicos e coronelísticos e não à democratização de suas respectivas comunidades.

A descentralização é distinta da desconcentração. Esta última representa a localização, em diferentes pontos do território da União, de uma mesma instância de po-

der, ou seja, de sua administração: por exemplo, o poder central desconcentrado nas delegacias ou representações dos ministérios, nos estados-membros. A descentralização compreende diferentes instâncias de poder: federal, estadual e municipal. Por exemplo, dentro da concepção estrutural do Sistema Único de Saúde, que abrange Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, cada uma dessas instâncias, com atribuições diferenciadas, atende às especificidades da estrutura de poder das diferentes partes do território nacional, bem como dos interesses de grupos sociais nelas localizados.

Conforme o peso do poder de cada nível de governo, este assume uma forma federativa ou federalista. No caso federativo, a instância central ou federal concentra mais atribuições e recursos, especialmente os financeiros; no caso federalista, tais atribuições e recursos são mais descentralizados, a autonomia é mais ampla.

A municipalização, por sua vez, é um processo de descentralização da gestão pública na esfera do governo local, tendo como pressuposto o entendimento de que as políticas públicas se concretizam nesta instância, em que está localizada a população a que devem atender.

Portanto, também aí, a sua formulação, gestão e fiscalização constituem a base de um sistema em que à esfera estadual cumpre definir políticas públicas, geri-las, executá-las e fiscalizá-las como conjunto das especificidades, interesses e necessidades de cada estado-membro da Federação. À instância federal, por sua vez, compete cumprir as mesmas atribuições de fixar políticas públicas para o conjunto do território da Federação, em especial concentrando o poder de normatização e financiamento que sustenta o controle político, pois a maior parte dos impostos é por ela recolhida.

Para que haja compatibilidade entre essas instâncias, em termos de diretrizes, fluxos de recursos e da gestão, maior eficácia de execução e de controle social, é necessário um regime de colaboração entre os entes federativos, portanto, um pacto (explícito ou implícito) para melhor atendimento dos destinatários das políticas públicas.

A pactuação de políticas e programas sociais entre os entes federativos é processual e se esteia no controle social e na gestão participativa. A efetivação da descentralização gestonária, segundo Arretche (2000), é multiplamente

condicionada por fatores de ordem: (a) estrutural – capacidade de gasto ou capacitação político-administrativa do(s) entes(s) sobre o(s) qual(is) incide a descentralização; (b) institucional – o peso das instituições envolvidas nas políticas e programas, considerando-se o legado das políticas prévias, as regras constitucionais normatizadoras e a engenharia operacional; e (c) de ação política – envolvendo as relações entre os vários níveis de governo e as relações entre Estado e sociedade. Argumentando que *“a descentralização das políticas sociais no Brasil envolve um processo de reforma do Estado de dimensões consideráveis, sob um Estado federativo, em um país caracterizado por expressivas desigualdades estruturais de natureza econômica, social, política e da capacidade administrativa de seus governos locais”*, a autora remete a algumas questões:

Neste caso, qual o peso dos atributos estruturais das localidades e unidades de governo tais como a capacidade fiscal e administrativa e a cultura cívica neste processo? Em que medidas fatores de tipo institucional, tais como o legado das políticas prévias, as regras constitucionais e a própria engenharia operacional das políticas sociais, interferem no escopo da descentralização? A ação política dos governos interessados em transferir atribuições, vale dizer, estratégias de indução eficientemente desenhadas para delegar a outro nível de governo a responsabilidade pela gestão destas políticas são uma condição necessária para a descentralização? Ou é suficiente que a União se retire da cena para que, por efeito das novas prerrogativas fiscais e políticas de estados e municípios, estes passem a assumir de modo mais ou menos espontâneo competências de gestão? (Arretche, 2000:34).

No caso específico das políticas de saúde no Brasil, a descentralização de sua gestão, nas últimas três décadas, esteve sob o influxo destes fatores, mas talvez o mais ponderável para o seu avanço tenha sido o aprofundamento das relações entre Estado e sociedade e entre os entes federativos, mediante um intenso processo participativo que se materializou na criação de canais de defesa de interesses, debates, conflitos, consensos e pactuação. Neste contexto, os conselhos de saúde, estruturados nos três níveis de governo, e o movimento pela saúde conseguem construir uma teia de forças com os conselhos dos gestores estaduais e municipais de saúde – Conass e Conasems.

A descentralização, na mobilização e organização dos conselhos, significa não só a consideração da diversidade regional e municipal, mas a articulação de

políticas integradas nacionalmente pelo Conselho Nacional de Saúde, a partir das formulações negociadas pelos movimentos e não só pelos técnicos, políticos ou burocratas. O movimento social unificado consegue fazer a mediação entre o local (municipal/regional), o estadual e o nacional, como o têm manifestado as normas operacionais aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, que se constituem em verdadeiros pactos federativos.

Nesta pesquisa, o controle social em saúde e o seu movimento de chegada pelo processo de Reforma Sanitária foram selecionados como eixos de análise, com destaque para alguns enfoques, como a descentralização e consolidação do SUS, possibilitando a materialização dos *corpora* de dados com os documentos de plenárias, conferências, leis e entrevistas com atores que foram protagonistas desse movimento.

Metodologia

A realização desta pesquisa, cujos resultados ora se apresentam, partiu de uma iniciativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, que reuniu em Brasília um grupo de pesquisadores, técnicos do Ministério da Saúde e alguns militantes do movimento de saúde, em outubro de 2004. Na ocasião, foram definidas as linhas iniciais do projeto.

Em novembro, o grupo definiu a fundamentação, a metodologia e o cronograma da pesquisa, com as atribuições dos sujeitos envolvidos. Na ocasião, foram elaborados instrumentos para a sistematização das fontes documentais estabelecidas como substrato do trabalho e o roteiro para a realização de entrevistas com os personagens do processo analisado.

Em abril de 2005, parte do grupo de execução reuniu-se, mais uma vez, para avaliar o estágio de desenvolvimento da prospecção de fontes e das entrevistas e o equacionamento de prazos para o seu prosseguimento.

Em julho seguinte, a equipe se reuniu para avaliar os primeiros textos escritos, assim como os referenciais teórico-metodológicos para delinear o perfil dos textos subseqüentes.

No final de setembro de 2005, foi realizada uma avaliação do andamento do trabalho, uma análise de conteúdo das entrevistas e a sua tematização, bem como o

cronograma final para a conclusão da pesquisa. Finalmente, entre janeiro e julho de 2006, foi elaborada a versão final do texto pelos pesquisadores responsáveis.

As fontes de pesquisa e os *corpora* documentais do trabalho, levando-se em consideração os seus propósitos e o prazo para a sua consecução, foram selecionados pelo grupo executor e sistematizados em fichas apropriadas (Anexo 1). O trabalho utilizou diversas fontes de informações a seguir enumeradas:

1. Bibliografia: as fichas de leituras sistematizadas, com um grau de detalhamento, tematização indexada, referências mais importantes dos textos lidos e analisados, forneceram valiosos subsídios à pesquisa sobre democracia, gestão participativa, orçamento participativo, participação e controle social. Estas, por sua vez, ao lançarem questões e problemas referentes ao tema, demandaram a incorporação de novos elementos de sistematização bibliográfica.

2. Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde: a sistematização das informações foi organizada em fichas documentais. A prospecção deste tipo de fonte teve por intuito captar a representatividade participativa em cada conferência, em termos sociais e territoriais; os principais embates travados em torno das políticas de saúde; as suas principais deliberações, com ênfase no tema da participação e controle social.

3. Relatórios das Plenárias Nacionais de Saúde: foram sistematizadas as deliberações das plenárias, de 1987 a 1997, sobretudo as que identificavam as forças políticas participantes, suas propostas e a correlação de poder, bem como os consensos obtidos. O foco direcionou-se para as estratégias e formas de lutas que influenciaram a conquista do SUS na Constituição Federal e nas leis que o regulamentam.

4. Relatórios das Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde: foram sistematizadas as deliberações das plenárias, a partir de sua institucionalização, com vistas a identificar as forças políticas atuantes, suas propostas e sua correlação de poder, bem como os consensos nas deliberações finais. O foco direcionou-se para a problemática da participação, seus avanços e recuos.

5. Documentos do Senado Federal e da Câmara dos Deputados referentes ao tema: foram consultados e sistematizados Anais de Simpósios, separatas de discursos, pareceres e projetos, Diário da Assembléia Nacional Constituinte,

Relatórios das Comissões de Saúde, de Seguridade Social/Previdência e Família e Meio Ambiente da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, relacionados ao tema ou a temas afins, com o registro das falas dos parlamentares e convidados, da academia e do setor saúde. O foco da sistematização recaiu sobre os discursos referentes ao direito à saúde, participação, financiamento, organização e gestão do SUS e, ainda, à avaliação do processo, buscando-se captar a dinâmica da elaboração normativa sobre saúde na Assembléia Nacional Constituinte, bem como da Lei Orgânica da Saúde. Dada a relevância da participação de atores como Sergio Arouca, Raimundo Bezerra, Eleutério Rodriguez Neto, entre outros, no movimento da Reforma Sanitária e na institucionalização do SUS, foi realizada uma sistematização específica de alguns documentos relacionados às suas manifestações, em pleno processo, sobre a luta pela democratização da saúde e da sociedade brasileira.

6. Legislação referente às políticas de saúde, com ênfase na participação social: procedeu-se a um levantamento sobre as principais leis, decretos, portarias e resoluções, na esfera federal, relacionadas ao assunto.

7. Entrevistas com atores/sujeitos do movimento sanitário e do processo de sua institucionalização: inicialmente foi delineado um perfil para uma amostra ideal de sujeitos de interesse da investigação, segundo o seu lugar de atuação:

- atores condensadores de posicionamentos de entidades;
- formuladores de projetos, relatores e lideranças em vários períodos do processo instituinte da gestão participativa, das conferências, plenárias e conselhos;
- parlamentares e líderes partidários;
- dirigentes de associações acadêmicas e profissionais;
- gestores de políticas estatais;
- representantes de sindicatos e centrais sindicais.

Considerando-se os limites de prazos e recursos para a execução do trabalho, privilegiando-se sujeitos com representatividade institucional e acessibilidade, foram realizadas 37 entrevistas do tipo semi-estruturada e temática, com cruzamento de foco, período e eixos de análise referentes ao objeto central da

investigação – a participação e o controle social no contexto da Reforma Sanitária e consolidação do SUS. Com um perfil dos entrevistados e um roteiro básico (Anexo 2), de natureza abrangente, as entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra, modeladas e sistematizadas. Posteriormente, procedeu-se à leitura de todas e a sua indexação temática, para orientar a redação do trabalho.

8. Questionário aplicado aos participantes da XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde: realizada em Brasília, de 24 a 26 de novembro de 2004, aproveitando a proximidade das datas de reunião da equipe do projeto e da reunião da plenária, decidiu-se aplicar um questionário simplificado (Anexo 3) aos participantes desta última, respondido espontaneamente, para auferir as percepções mais atualizadas dos participantes sobre a problemática da gestão participativa, participação social e controle social. A análise dos resultados foi baseada nos procedimentos de análise de conteúdo por temas, aglutinando-se os *corpora* obtidos nos documentos, nas referências bibliográficas e nas entrevistas. Os temas foram estruturados no entrecruzamento do referencial conceitual com as questões advindas das entrevistas.

Uma vez sistematizadas essas informações, o texto foi dividido em quatro partes de acordo com a periodização política e de organização do movimento sanitário. Os capítulos ficaram assim definidos:

- I – A mobilização instituinte (décadas de 1970 e 1980).
- II – Participação e institucionalização (embates de 1990 a 1994).
- III – Novas relações instituído-instituinte no período FHC (1995 a 2002).
- IV – As relações instituídas consolidadas: balanço e perspectivas do controle social.

O esforço de construção desta pesquisa permitiu uma visão geral do movimento da Reforma Sanitária, especialmente, a conquista do SUS na legislação brasileira e do movimento participativo dos conselhos no processo de democratização da sociedade, mais especificamente, no que diz respeito ao SUS, apontando que, por meio de uma pressão articulada da sociedade, chamando o Estado à sua responsabilidade, torna-se viável o reconhecimento e a efetivação do direito à saúde.

Notas

¹ Durante a Revolução Francesa, após a Tomada da Bastilha, em 14 de julho de 1789, sob pressão popular, a Assembleia Nacional sancionou em 4 e 5 de agosto de 1789, as leis que extinguíram o Antigo Regime, os direitos senhoriais no campo e aprovou, em 26 de agosto de 1789, a “*Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão*”, segundo a qual os homens nascem e permanecem livres e iguais em direitos, sem distinções sociais. São naturais, inalienáveis e sagrados os direitos à liberdade, à propriedade, à segurança, à resistência, à opressão, à expressão e ao livre pensamento. Disponível em <<http://www.hystoria.hpg.com.br/bastilha.html>> e <http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/Doc_Histo/texto/Direitos_homem_cidad.html>. Acesso em 30/7/2006.

² Embora as definições de saúde venham se modificando ao longo dos últimos anos, a definição mais conhecida, proposta pela OMS, considera a saúde como “*estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade*” (WHO, 1946).

³ Relatório Flexner, proposto pelo educador Abraham Flexner (1866-1959), propunha mudanças radicais nas escolas médicas do Canadá e dos Estados Unidos da América, foi publicado em 1910 pela Fundação Carnegie. Suas principais recomendações foram: introdução de critérios mínimos para admissão na escola médica; melhor definição do conteúdo do ensino; cursos com duração de quatro anos, sendo que os primeiros dois anos seriam das ciências básicas e os últimos dois anos de clínica; e mudanças no sistema de financiamento da educação médica (Flexner, 1910).

⁴ “*Para o teórico italiano [Antonio Gramsci], o avanço e a consolidação do movimento dos trabalhadores, numa sociedade de tipo ‘ocidental’, depende de uma sempre difícil ‘guerra de posições’, depende de um bom planejamento, de uma eficiente organização, quer dizer, depende de conhecimentos, necessita de uma sólida preparação. Ao contrário da ‘guerra de movimentos’, que se faz muitas vezes com manobras súbitas de pequenos grupos, com ações fulminantes de minorias (agindo em nome da maioria), que se serve de golpes de mão, a ‘guerra de posições’ exige a participação ampliada, a construção do consenso. Na ‘guerra de posições’ cada avanço precisa ser bem calçado. A mobilização só pode ser suficientemente profunda e ter efeitos duradouros se puder se apoiar em consciências coesas e articuladas, em um pensamento rigoroso e lúcido. A transformação da sociedade, nas condições da complexidade moderna, não poderá seguir um caminho revolucionário se não aproveitar as lições proporcionadas pelos duelos da política cultural*” (Konder, 2001).

⁵ Jürgen Habermas, em seu livro *Teoria da Ação Comunicativa*, faz uma crítica da razão teleológica, que coloca os fins como determinantes da ação, o que absolutizaria a autoconservação e a razão instrumental. A razão comunicativa está baseada menos no conhecimento e na produção de saberes do que na maneira como os sujeitos capazes de falar e de agir aplicam esses saberes. Se, por um lado, há expressão de um saber por meio da linguagem, por outro, nas ações existe um fim que exprime um poder e um saber implícito. Assim, uma expressão tem sua racionalidade ligada à possibilidade de ser criticada e fundamentada num processo comunicativo e argumentativo pertencente a uma comunidade de comunicações. Em conseqüência, as argumentações são modos de discurso em que as partes em relação tematizam pretensões à validade que está sendo objeto de disputa na busca de aceitação ou de crítica por meio de argumentos. Essa lógica da argumentação se refere às relações entre unidades pragmáticas (atos de linguagem), a partir dos quais se compõem os argumentos. As argumentações tornam possível um comportamento cuja valorização racional se transforma em aprendizagem. Essa aprendizagem vem da própria necessidade de se argumentar, renovando e abrindo possibilidades de conhecimentos teóricos e de avaliação moral, com superação das auto-ilusões e das dificuldades da compreensão mútua. Habermas fundamenta a racionalidade dentro de uma estrutura intersubjetiva da linguagem, numa relação concreta no mundo da vida, compartilhada e democraticamente comunicada na busca de consensos, para que todos os implicados em uma decisão possam ter dela participado, na busca de mediações de conflitos e da autonomia (Habermas, 1987). Uma das críticas mais comuns a Habermas é que ele valoriza demasiado a subjetividade.

⁶ *Accountability*: é aqui entendida como um termo que corresponde à responsabilização da administração ou da gestão pública, tanto pelos resultados e desempenhos, quanto pelo atendimento do cidadão como sujeito de direitos e “cliente” da organização. Nessa perspectiva significa busca de qualidade na prestação de serviços e satisfação das pessoas, gerando soluções inovadoras que as atendam satisfatoriamente e incorporando seu poder na supervisão e gestão dos serviços.

Referências Bibliográficas

- ARRETCHE, Marta. **Estado federativo e políticas sociais**: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: Fapesp, 2000.
- BOBBIO, Norberto et al. **Dicionário de Política**. Tradução de Carmen C. Varrialle, Gaetano Lo Mônaco, João Ferreira, Luís Guerreiro Pinto Caçais e Renzo Dini. 5. ed. Brasília: Ed. UnB; São Paulo: Imprensa Oficial, 2 v., 2000.
- DOHLNIKOFF, Miriam. **O pacto imperial**: origens do federalismo no Brasil. São Paulo: Globo, 2005.
- FLEXNER, Abraham. Medical Education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. **Bulletin of Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching**. n. 4, 346 p., 1910.
- HABERMAS, Jürgen. **Théorie de L'agir communicationnel**. Paris: Fayard, 1987.
- KONDER, Leandro. Gramsci e a crítica da modernidade In: **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 2 jun., Caderno Idéias-Livros, p.8, 2001.
- SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle Social e Políticas de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p.366-378, out./dez., 1992.
- WHO. **Constitution of the World Health Organization**. New York/USA, 22 jul., 1946.

1 A MOBILIZAÇÃO INSTITUINTE (DÉCADAS DE 1970 E 1980)

Uma busca da institucionalização em canais institucionais onde a pressão do movimento popular pudesse se refugiar e ter seu curso perene garantido, em tempos de cheia ou em tempos de seca, com as águas sempre correndo, mesmo que pouquinho.

Eduardo Jorge

Este capítulo contempla uma reflexão sobre o processo instituinte do controle social na área da saúde, considerando a mobilização de sujeitos envolvidos em uma diversidade de campos ou lugares e que se aglutinaram em embates e consensos, no bojo de um processo de mudança da relação Estado-sociedade no Brasil. Essa mudança resultou no Sistema Único de Saúde – SUS como um sistema participativo, com controle social sobre as políticas e ações na esfera da saúde.

O capítulo traz uma análise do contexto da mobilização participativa nas décadas de 1970 e 1980, que veio a culminar na institucionalidade participativa na década de 1990.

Num primeiro momento, trabalhou-se a análise do contexto da transição da ditadura para a democracia, para em seguida trazer à tona os depoimentos dos atores entrevistados que participaram ativamente na construção do SUS, num processo complexo de lutas, negociações, arranjos políticos que culminaram na elaboração da Constituição Federal, de 1988, onde se consolida o marco legal do SUS como um sistema de direito universal, descentralizado e participativo, voltado para as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

O “controle social participativo”, como uma política e como componente da institucionalidade do Estado, constitui fenômeno recente no processo histórico brasileiro. A década de 1980 é o referencial histórico de sua institucionalização, concretizando o princípio de participação da comunidade na deliberação, gestão e fiscalização das políticas públicas.

Por sua vez, este princípio da participação social nas políticas do Estado, também denominada de gestão participativa, insere-se num processo mais abrangente de democratização estatal e societária, que tem fundamentado práticas

políticas de amplos e significativos segmentos da sociedade brasileira desde meados dos anos 1970, ainda na vigência do regime militar, ganhando envergadura na década seguinte.

Até então, controle social configurava um princípio de inspiração hobbesiana (Hobbes, 1988) praticado pelo Estado, na sua relação com a sociedade (indivíduos e grupos), de forma autoritária e repressiva. Nessa perspectiva, as relações Estado-sociedade passam de um paradigma clientelista-repressor, subordinando-a (a sociedade) mediante relações de poder assimétricas, hierárquicas e patrimonialistas, para um paradigma de cidadania (Faleiros, 1986).

A área das políticas públicas de saúde, singular por ter o controle social como princípio, adquire uma centralidade na luta democratizante do período, pela profundidade da mudança e seu impacto no conjunto das políticas. Em torno dela, vão sendo mobilizadas múltiplas forças da sociedade civil e do aparelho de Estado e travados muitos embates, em diversos planos, que condensam uma experiência histórica inovadora, ainda em curso na atualidade.

Estado, Sociedade e Saúde Do instituído autoritário ao instituinte democratizante

O modelo de modernização implementado pelo regime militar, instaurado em 1964, representou a exacerbação das relações assimétricas de poder do Estado em relação à sociedade. Sustentavam-se em pesados mecanismos repressivos contra os opositores, silenciamento das contestações, suspensão do Estado de Direito e de órgãos de representatividade (em um 1º momento), instauração de uma democracia representativa de fachada (em um 2º momento), com um artificial sistema bipartidário convivendo com o “*terror do Estado*” (Faleiros, 1986:27).

Dessa maneira, puderam ser assegurados os interesses do bloco no poder que, em sua face econômica, impôs uma política de arrocho salarial sobre os trabalhadores, resultando em queda do poder aquisitivo dos assalariados, aumento da concentração de renda nos estratos sociais mais ricos e ampliação das desigualdades socioeconômicas.

Nem assim o regime deixou de apresentar fissuras na coesão social e na legitimidade a que pretendia, pois “*O Estado se inscreve numa estrutura de dominação, mas não exerce todo o poder. Sua relação com os movimentos populares é assimétrica, mas não os contém como o continente guarda o conteúdo, podendo apenas contê-los como a barragem contém ou desvia a água*” (*idem ibidem*:28).

Já desde 1970, e ao longo da década, vinham se acumulando sinais da dinâmica da sociedade civil que, apesar da mordaza à participação, transgride a interdição, valendo-se até mesmo do restrito espaço da democracia de fachada oficializada pelo regime. Em 1970, 1974, 1978 e 1982, os resultados eleitorais, de forma crescente, vão pendendo para o lado da oposição consentida ao governo, expressando no Movimento Democrático Brasileiro – MDB a alteração da correlação de forças nos órgãos de representatividade nacional (Senado Federal e Câmara dos Deputados).

Medidas de cunho social, algumas na esfera salarial, tentadas por sucessivos governos (Emílio Garrastazu Médici, Ernesto Geisel, João Figueiredo) não afetam a lógica excludente que preside as ações do Estado (Abreu, 1989).

As contradições da política macroeconômica, de um lado, produzem impacto significativo sobre as condições de vida e trabalho da classe trabalhadora; de outro, descontentam, também, as próprias forças sociais de sustentação do regime, os empresários e as classes médias. Em 1978, irrompem movimentos grevistas no ABC paulista¹, quando lideranças sindicais são cassadas.

O governo Geisel formula seu projeto de abertura política “lenta e gradual”, que oscila entre avanços – como a Lei da Anistia (Lei nº 6.683, de 28 de agosto de 1979) e recuos, com ações intimidativas, de parte dos setores do regime refratários à “abertura”, contra manifestações e expressões oposicionistas (Alves, 1987).

Da parte da sociedade civil organizada, o Estado é encarado como opositor e classista, e, assim, o povo, mediante a participação popular, tem como intuito tomar os bens e serviços para si, resistindo à exclusão social.

Essa concepção se inseria no bojo dos movimentos sociais urbanos do final da década de 1970 e início da década de 1980, ascendentes com o desgaste da ditadura militar. As demandas por políticas públicas, no caso, de saúde, vão deslizando para demandas de acesso ao poder. Carvalho (1995) associa a emer-

gência da concepção/prática de participação popular, de talhe oposicionista, à conjuntura do regime autoritário.

Na questão da saúde, com efeito, o complexo assistencial-industrial-tecnológico

não mudou as bases anteriores de sustentação e nem se articulou como um projeto de cidadania universal. Era a continuidade de um modelo fragmentado e desigual de incorporação social em estratos de acesso, privilegiando interesses econômico-corporativos do empresariado atuante na área. Os serviços médicos consolidaram uma desigualdade em três níveis: o setor privado para os ricos, os planos de saúde para grupo seletivo de assalariados e classes médias, os serviços públicos para pagantes da previdência (Faleiros, 1995:16).

Para obter alguma legitimidade em meio a uma modernização econômica excludente e a uma ação repressiva brutal, os governos militares haviam implantado certas medidas direcionadas para a população trabalhadora. Assim aconteceu desde meados dos anos 1960, no tocante ao sistema previdenciário: os institutos de previdência foram centralizados pelo INPS – Instituto Nacional de Previdência Social; estabeleceram-se convênios entre empresas e o INPS para atendimento ao trabalhador nos locais de trabalho; e a previdência foi estendida para várias categorias rurais, até então, não incorporadas ao sistema, embora mantendo restrições para vários desses segmentos.

A centralização do sistema prosseguiria ao longo da década de 1970, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, do Sinpas – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, do Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e do Iapas – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social.

Na esfera das políticas de saúde, o referencial da medicina comunitária se materializava em programas de extensão da cobertura de ações básicas, direcionados para a população excluída do sistema previdenciário. Embora houvesse sido implantada uma experiência como o Piass – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, em 1976, as práticas se revelaram difíceis, limitando-se a uma atenção primária seletiva para as populações marginalizadas de regiões marginalizadas, tolhida de maior amplitude pela falta de recursos, pessoal qualificado e tecnologias mais sofisticadas (Mendes *apud* Carvalho, 1995). A participação comunitária presente na retórica governamental para a legitimação do Estado, contudo, não efetuará mudança no modelo assistencial nem eficácia sanitária (Carvalho, 1995).

Assim, em uma conjuntura recessiva e de crise de legitimidade política do regime, a saúde passava a ser politizada e o complexo saúde-doença interpretado sob uma ótica social, tanto quanto o Estado o era em sua dimensão classista, portadora de desigualdades sociais, entre as quais a sanitária: *"A participação nas decisões é cada vez mais valorizada em detrimento da participação nas ações, não mais como estratégia de incorporação do saber e da experiência popular, mas como forma de garantir o redimensionamento das políticas e práticas para o atendimento das necessidades do povo, ou seja, como instrumento de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde"* (idem *ibidem*:23)².

Conquanto esse princípio de participação e os demais que configuravam a medicina comunitária – hierarquização, regionalização, integralidade – não se disseminassem no interior de um modelo assistencial-privatista, como o brasileiro, a sua adoção por organismos internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde, abriu brechas para a inserção de uma inteligência técnica por dentro do Estado, no Ministério da Saúde, e em algumas instituições representadas por vários grupos que *"faziam e pensavam saúde"*. Esses grupos passam a *"operar política e tecnicamente no sentido de aprofundar a crítica ao modelo hegemônico de assistência médica previdenciária, procurando superar o caráter dos programas de extensão da cobertura e desenvolvendo-os como alternativas ao modelo dominante"* (idem *ibidem*:36).

Várias iniciativas vão evidenciando a atuação desses grupos e de outros grupos da sociedade civil, no redirecionamento das políticas de saúde:

- na esfera do Estado: a formulação, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Previdência, do Prev-saúde (1980)³, como um plano nacional alternativo de saúde, baseado em recomendações da Organização Mundial da Saúde; e o II Plano Nacional de Desenvolvimento⁴, em que é apresentada a necessidade de políticas sociais mais contundentes;
- na esfera da sociedade civil: o surgimento de movimentos sociais de periferias urbanas, reivindicando acesso aos serviços de saúde concretiza o já referido deslocamento do princípio de participação comunitária para outro princípio de participação – o popular; e, também, a criação de instituições como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – Cebes (1976) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco (1979)⁵,

que vão canalizar o debate político-ideológico sobre as políticas de saúde, naquele momento, mais acentuado em torno do Prev-Saúde.

A proposta do Prev-Saúde conflitava com o modelo médico-assistencial vigente. Embora considerada por Oliveira & Teixeira (1986:272) como um projeto que *“caracteriza o período autoritário, no qual a dissociação Estado-sociedade concentrava exclusivamente na tecnocracia, com seus anéis burocráticos, o processo decisório”*, a proposta é inédita quanto à temática da participação, inserida numa proposta de democratização da sociedade. Incorporava as teses da descentralização, hierarquização e regionalização com ênfase nos serviços de saúde. No entanto, sofre um recuo, por parte do governo, e sua segunda versão retorna ao patamar anterior quanto à questão participativa. Finalmente, o Prev-Saúde é engavetado.

Neste ínterim, final da década de 1970, a ditadura militar já está em processo de crise político-ideológica e fiscal, da qual a crise da previdência é uma expressão e explicitação setorial no âmbito do Estado⁶. O referencial oficial da participação comunitária não mais atinge seus propósitos de legitimar o sistema, pois, na sociedade civil, emergem novos atores sociais (Sader, 1995; Krischke, 1995; Mainwaring & Viola, 1987), reivindicando a ocupação de espaços no interior do Estado, representação social e pacto de interesses. Confrontam-se os opositores-reformistas e os situacionistas-conservadores. Além disso, aprofundam-se as clivagens no bloco conservador dominante.

Ao Estado se colocava o enfrentamento da diversidade de tais interesses em torno das políticas de saúde e as possibilidades de construção de um consenso, uma vez que a conjuntura de desgaste do regime não lhe permitia mais imposições autoritárias, como havia sido feito, até então.

Evidência dessa mudança de contexto foi o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados, ocorrido em 1979, em que o pensamento crítico opositor-reformista aponta a crise do sistema de saúde do país, bem como a necessidade de democratização da sociedade, como requisito de sua superação. É a primeira vez que se apresenta, de forma *“pública, extensa e bastante consensual”*, a proposta do Sistema Único de Saúde (Rodríguez Neto, 1988:34).

O Movimento Sanitário: novo sujeito coletivo A participação social como princípio e prática política

Nesse cenário de contradições e crises, em que o Estado autoritário se vê confrontado com sua capacidade de manutenção do modelo ou distensão para o novo, emerge o movimento sanitário como um

“conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não articulados ao redor de um projeto” (Escorel, 1998), cujo desenho e conteúdo foram sendo construídos ao longo do tempo a partir de um conjunto de práticas que Arouca (1976) caracterizou em três níveis: a prática teórica (construção do saber), a prática ideológica (transformação da consciência) e a prática política (transformação das relações sociais) (Carvalho, 1995:48).

Aglutinador e vetor de reflexão e ação políticas (Escorel, 1998), o movimento sanitário, vindo de algumas experiências da década anterior⁷, inicia os anos 1980 propondo como linha tática a ocupação dos espaços institucionais e a formulação/implementação ativa de políticas de saúde frente à crise previdenciária do Estado.

Desta e nesta direção teórico-prática, a participação é elemento intrínseco cujos agentes, acumulando práticas de participação comunitária e participação popular, amadureceram-nas sob a ótica da crítica reflexiva e as aprofundaram, superaram-nas e as direcionaram para diante, conferindo-se ao movimento sanitário o papel de agente *“portador coletivo e obstinado da participação institucionalizada e permanente da sociedade na gestão do sistema de saúde, como elemento estratégico do processo de reforma da saúde”* (Carvalho, 1995:49).

O movimento sanitário torna-se uma experiência singular e rica no campo da luta em torno das políticas públicas e das suas implicações para o relacionamento Estado-sociedade, transformando o conteúdo da participação social nos seguintes aspectos:

- deixa de ser referência apenas dos setores sociais excluídos pelo sistema (seus opositores), passando ao reconhecimento da diversidade de interesses e projetos em disputa na sociedade, em sua relação com o Estado, e adquirindo, em conseqüência, dimensão e perspectiva mais abrangentes;
- incorpora a conotação de cidadania, que expressa a estratégia de universalização dos direitos;

- refina a análise e a compreensão do Estado como lócus de conflito de interesses contraditórios, quebrando o maniqueísmo (oposição x Estado) e os monolitismos contidos nesta polaridade (como se oposição e Estado fossem duas entidades homogêneas);
- propõe participação, de parte instituinte a representação direta da sociedade, a ser institucionalizada no interior do aparato estatal, para legitimar a si própria e aos interesses de que é portadora;
 - altera a perspectiva do movimento relacional entre Estado-sociedade, atribuindo-lhe uma possibilidade de interlocução e diálogo, em que o Estado é vislumbrado como passível de acolhimento de propostas oriundas da sociedade e esta como espaço de elaboração daquelas que configurem os interesses e reivindicações dos grupos sociais;
- compreende a auto-identidade do movimento sanitário e a identidade dos agentes sociais presentes na disputa política como construções históricas em processo, em movimento, superando concepções anteriores de identidade fixas, pré-determinadas (Fleury, 1989); e, finalmente,
- contrapõe o conceito de controle social ao controle privado do Estado por segmentos sociais com maior poder de acesso.

Imerso em sua crise abrangente de legitimidade perante a sociedade, o Estado autoritário-militarista enfrenta, no início da década de 1980, a crise de suas políticas setoriais, entre as quais a da previdência e da saúde, como resultado da recessão, desemprego, aumento da dívida pública e queda da arrecadação. Nesse contexto, recorre a algumas medidas no sentido de escuta de segmentos sociais, como a criação do Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária – Conasp, em 1981.

Instituído pelo Decreto nº 86.329/81, como órgão do Ministério da Previdência Social, o Conasp era de representação mista, não paritária, entre Estado e sociedade, com predominância desta última, embora com sub-representação da classe trabalhadora. Deveria atuar na organização e aperfeiçoamento da assistência médica e na sugestão/elaboração de critérios para a racionalização dos recursos previdenciários destinados à assistência (Inamps). Em sua atuação, o Conasp foi tornando visíveis os projetos em disputa na arena das políticas públicas de saúde: (a) o conservador privatista – do setor

privado contratado; (b) o modernizante privatista – dos interesses da medicina de grupo; (c) o estatizante – dos técnicos ministeriais e da oposição; (d) o liberal – de parte dos técnicos e da medicina liberal.

Segundo Carvalho (1995), predominou uma aliança entre o pensamento médico-liberal (situado no comando do Inamps) e técnicos vinculados ao projeto contra-hegemônico (situado no aparelho previdenciário), com a derrota do segmento privado contratado. As ações do órgão combinaram uma lógica de modernização, controle e austeridade gerencial com a crítica ao modelo médico-assistencial privatista vigente, em algumas de suas relações: público-privado, ambulatório-hospital e prestadores-clientela. Propôs-se, como princípio estratégico, o gradualismo político (alcance gradual de metas) na mudança do sistema, sem afetar, de imediato, o setor privado e o centralismo, e com um esboço de participação social.

Duas medidas do Conasp vão dando contorno ao redirecionamento do modelo assistencial no plano gerencial: a introdução da AIH – Autorização de Internação Hospitalar e das AIS – Ações Integradas de Saúde⁸ entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde, promovendo a transferência financeira do governo federal para os demais entes federativos, segundo o princípio de universalização do direito à saúde e de responsabilidade pública para garanti-lo.

Também foram instituídas comissões interinstitucionais de saúde nos vários níveis federativos – CIS, Cris e Cims ou Clis⁹ – com a participação de gestores governamentais, prestadores públicos e privados, profissionais e usuários, em um processo paulatino, que combinava articulação intergovernamental com conciliação de interesses. Embora essa experiência, de acordo com Carvalho (1995), emergisse da lógica racionalizadora da gestão do Estado, foi se tornando permeável aos princípios e ações democratizantes do movimento sanitário, através de seus agentes técnicos localizados na direção da previdência, convertendo-se em um marco inaugural da institucionalização da participação. As comissões se multiplicaram no país, num ritmo bastante rápido, abrindo espaço a novos sujeitos políticos, embora seu desenvolvimento institucional tenha sido diferenciado de acordo com a correlação de forças políticas entre os sujeitos participantes nos respectivos locais de funcionamento¹⁰.

Analisando a experiência das AIS, Rodriguez Neto (1988:34) assinala:

Nesse sentido, as Ações Integradas de Saúde são conservadas como propostas estratégicas, como proposta de avanço funcional, mas se cobra que ela não é suficiente. Ela é necessária, mas não é suficiente. É necessário, então, se avançar em propostas de transformação um pouco mais estrutural, na perspectiva do Setor de Saúde. Quer dizer, mudanças de reorganização profunda, na forma de relacionamento, nas atribuições das instituições do Setor de Saúde que vão fazer parte, portanto, do corpo programático, que vai formar, ou pelo menos, pretendia formar, o programa de saúde na Nova República.

Em meio a esse embate entre sociedade e Estado, em torno das políticas de saúde, processava-se, no plano político, a transição do regime militar para a democracia representativa formal.

Redemocratização e Saúde: a Nova República

Em março de 1985, depois da luta pelas eleições diretas, que mobilizaram todo o país com uma frente ampla de todos os opositores ao regime militar, conquistou-se a instauração de um governo civil, eleito de forma indireta em janeiro, tendo como Presidente da República Tancredo Neves e, como Vice-Presidente, José Sarney. Com a morte de Tancredo, em 21 de abril, Sarney assume o posto de Presidente da República. Em 1986, instala-se uma Assembléia Nacional Constituinte, aproveitando-se os próprios congressistas eleitos.

A chamada “Nova República”, inaugurada nesse ano de 1985 e demarcatória do encerramento da ditadura militar, instaurou-se como uma transição negociada entre segmentos dissidentes da base de sustentação do regime anterior e segmentos oposicionistas também emergentes da democracia de fachada consentida pelo Estado autoritário, em um pacto pelo alto, das elites, excluindo a participação popular que se manifestara, em ampla mobilização, na Campanha das Diretas-Já¹¹.

O governo José Sarney expressava literalmente esse acordo, o que lhe conferia um talhe conservador, pois, excluídos os ministros militares, foi dividido meio a meio entre figuras originárias das oposições consentidas pelo regime militar e figuras provenientes do PDS, via Frente Liberal, ou da ex-Arena, via Partido Popular (Faleiros, 1986). Um ministro progressista anulava um conservador, tornan-

do necessária a arbitragem pessoal do presidente nos conflitos. Por outro lado, apresenta-se um discurso de consenso, moralização e competência na relação Estado-sociedade (*idem ibidem*).

Mediante o consenso, deveria ser estabelecido um pacto político e um pacto social: “[...] o pacto político deveria estabilizar as relações entre os partidos para a renovação da legislação de exceção [o chamado entulho autoritário] e o pacto social deveria viabilizar a paz social com um acordo entre operários e patrões, ou seja, ausência de greve em troca de certas concessões salariais” (*idem ibidem*:32).

No entanto, ambas as pretensões vão se tornando inviáveis, quer em função da heterogeneidade, contradições e disputas de poder entre os integrantes da Aliança Democrática (PMDB e PFL), quer da difícil herança econômico-social legada pela ditadura: inflação alta, déficit público considerável, crise previdenciária, dívida externa impagável, a ponto de, posteriormente, ser declarada moratória junto ao Fundo Monetário Internacional – FMI.

Em tal conjuntura, a liberalização política e a ascensão dos movimentos sociais desencadeiam um conjunto significativo de greves nos mais diversos setores¹². Nesse quadro de profunda assimetria política e de desigualdade social, o governo utiliza três recursos como resposta às pressões e demandas sociais: a institucionalização dos conflitos, a compensação limitada e a emergência social [pão e ordem] (Faleiros, 1986), visando ao controle social, no sentido tradicional, do Estado sobre a sociedade.

Com o objetivo de impedir grandes manifestações populares, os conflitos e manifestações passam a ser internalizados e negociados nos aparelhos estatais, assim como o pacto político no Congresso Nacional. O controle se estende à elaboração da nova Constituição, a ser feita em comissões. As greves são mediadas pelo Ministério do Trabalho, desde que se aceite o “acordo” imposto pelo Estado. Contestações de novos sujeitos coletivos (artistas, mulheres, negros e índios) são atendidas, total ou parcialmente, com a criação de espaços institucionais específicos para tais categorias, no âmbito do Estado.

A emergência social atende a população carente nos marcos de um diagnóstico segundo o qual a desigualdade não era vista como estrutural e orgânica, mas temporária e transitória (*idem ibidem*:34).

Nos espaços abertos pelo processo de transição política e redemocratização,

ganha visibilidade, também, o embate entre setores privatizantes e segmentos sociais estatizantes, em torno das políticas públicas e de suas derivações, como a distribuição e o uso dos recursos. São desenvolvidas estratégias de legitimação, controle, negociação e concessões políticas.

O governo Sarney constituía um conjunto de forças políticas heterogêneas, conservadoras e progressistas, o que acabou resultando em um jogo de interesses opostos, privatistas de um lado, estatizantes, de outro, sem uma nítida hegemonia de uma das partes. Essa crise de hegemonia já provinha, em tempos recentes, dos últimos governos da ditadura, mesmo se valendo o regime de mecanismos autoritários para impor seus pressupostos.

A correlação de forças, em disputa, no interior do Estado, explica as dificuldades de implementação da Reforma Sanitária: os avanços no plano institucional não correspondem às políticas e ações do Executivo, há um ponto mesmo em que as teses e projetos reformistas são combatidos por seus adversários privatistas e pela burocracia previdenciária.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde Momento culminante do movimento sanitário

Na esfera da saúde, mais especificamente, a Nova República encontra um movimento sanitário mobilizado e articulado, com um acúmulo histórico de alguns anos de lutas e um repertório de propostas convergentes para um projeto alternativo ao modelo médico-assistencial, além de quadros técnico-políticos inseridos nos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. Tais condições históricas tornaram possível a realização, em março de 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde – 8ª CNS¹³, congregando o expressivo número de 5.000 (cinco mil) participantes, provenientes de um leque bastante diversificado de agentes/sujeitos sociais e políticos da sociedade civil organizada.

Rodriguez Neto (1988) assinala que a 8ª CNS resultou da negociação entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde, em virtude do impasse entre os dois ministérios quanto ao aprofundamento da Reforma Sanitária, especialmente a passagem do Inamps para o Ministério da Saúde.

Desse modo, a 8ª CNS resultou da constatação, por técnicos e dirigentes destes órgãos, que não tinham poder para aprofundar o processo da Reforma Sanitária, apesar de comprometidos com a mesma. O fato decorria de que não houvera, com o governo Sarney, uma substituição das forças políticas, mas apenas uma ocupação de espaços institucionais por determinadas pessoas comprometidas com a Reforma. Em suma, não houvera mudanças estruturais. A questão da saúde era, ainda, tratada de forma técnico-acadêmica e necessitava adquirir dimensão política e social. A convocação da 8ª CNS vinha concretizar uma linha teórica de movimento: “a saúde é determinada pela organização social”, superando práticas intra-setorializadas:

A 8ª Conferência faz com que esta questão transborde, faz com que a questão da saúde tenha que ser assumida pela sociedade como um todo. Ela é assumida como uma questão central, como uma questão do seu objetivo, que deveria, então, ser transformada, ao ser conquistada, em um objetivo de governo, e não mais em um objetivo de um, dois ou três Ministérios ou de um determinado grupamento social representado pelos profissionais de Saúde. [...] Me parece que esse é o grande salto que se dá, a grande chance, a grande potencialidade que o Movimento ganha [...] Nesse sentido, a 8ª Conferência propõe já não mais a questão do Sistema Único de Saúde como uma exclusividade, mas propõe a Reforma Sanitária. E passa a ser um movimento da sociedade, ou pretende ser um movimento da sociedade (*idem ibidem*:35).

Tanto o temário¹⁴ quanto o espectro social¹⁵ contemplados na convocação da conferência demonstram a intenção de ampliar o debate setorial e realizar um maior acúmulo de forças para viabilizar a Reforma Sanitária que vinha sendo formulada e propagada pelo movimento sanitário, entre cujos técnicos e líderes figurava Sergio Arouca, presidente da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz e, não casualmente, presidente da 8ª CNS. Esta se configurou, pois, como uma “Constituinte da Saúde”, demarcando um novo período na história da saúde no país.

A participação no evento foi muito significativa: precedida de mobilizações em pré-conferências estaduais, extrapolou o já abrangente espectro de agentes definidos na convocação e no regimento interno. Foi garantida a autonomia das entidades, na escolha de seus representantes, e das pré-conferências, na escolha das bancadas estaduais, embora o tamanho das mesmas ficasse a critério da comissão organizadora. Ocorreu sem a participação do setor privado, mas, em contrapartida, com uma expressiva representação dos usuários:

A 8ª Conferência foi um evento duplamente inédito. Inédito na história das políticas de saúde porque não se tem notícia de que o poder executivo brasileiro jamais tenha convocado a sociedade civil para o debate de políticas ou programas de governo, menos ainda no estágio ou momento de sua formulação na escala de que o fez naquele momento. Todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima representatividade social marcada pela participação praticamente restrita a gestores e técnicos governamentais (Carvalho, 1995:53).

O ineditismo, ainda segundo Carvalho (1995), também se manifestava na comparação com outras políticas públicas contemporâneas. E, ainda, pelo conjunto de propostas respaldadas social e politicamente, *“que não apenas serviu para pautar o desenvolvimento seguinte do movimento reformador da saúde quanto terminou por se inscrever em grande parte no novo arcabouço jurídico do país expresso pela constituição promulgada em outubro de 1988”* (p.54).

No tocante à participação, resultaram da 8ª CNS as seguintes diretrizes:

- a afirmação do princípio da participação das entidades representativas na formulação da política e no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde;
- a reformulação das Ações Integradas de Saúde, de modo a possibilitar amplo e eficaz controle da sociedade organizada nas instâncias de coordenação da época (CIS, Cris e Cims);
- a constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde composto por representantes de: ministérios da área social; governos estaduais e municipais; entidades civis de caráter nacional, a exemplo de partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares. Ao conselho seriam conferidas atribuições de orientação do desenvolvimento e de avaliação do Sistema Único de Saúde, incluindo a definição de políticas, orçamento e ações;
- a formação de conselhos de saúde nos níveis municipal, regional e estadual, cuja composição deveria incluir representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços) e cuja atuação deveria abranger o planejamento, a execução e a fiscalização dos programas de saúde. Também se alerta para a garantia de eleição das direções das unidades de saúde pelos seus trabalhadores, bem como por sua comunidade usuária (Brasil, 1987a:17-18).

A proposta de criação dos conselhos de saúde em todos os níveis de gestão do sistema, pré-concebida e pré-formulada nos anos iniciais da década durante a atuação do Conasp, adquiria contornos mais precisos com a 8ª CNS, cuja tônica abrangente foi a democratização do aparato estatal, com a formalização de espaços institucionais de debate e de pactuação de interesses, com ênfase nos interesses dos excluídos.

Para implementação das deliberações da conferência, esta propôs a criação, pelo Presidente da República, de um grupo executivo da Reforma Sanitária, para ordená-la. Resistências no âmbito do próprio governo inviabilizaram a proposta, substituída pela criação, através de Portaria Interministerial¹⁶, de uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária – CNRS, de natureza “consultiva”, com atribuições de formular sugestões para o reordenamento institucional e jurídico do sistema de saúde. Composta de forma paritária (12 representantes governamentais e 12 representantes da sociedade civil – nestes se incluíam centrais sindicais, federações profissionais, confederações empresariais, entidades de prestadores privados), a CNRS funcionou de agosto de 1986 a maio de 1987. No curto espaço de tempo de sua atuação, dedicou-se ao aprofundamento do Relatório Final da 8ª CNS, à sistematização de propostas e à articulação nacional do movimento sanitário, com atenção para o poder legislativo, pois estava se iniciando o processo constituinte.

Dois documentos condensam as atividades da CNRS:

- “Proposta do conteúdo Saúde para a Constituição”, em que se reafirma o “direito de controle”, a ser operacionalizado com a participação das entidades representativas da sociedade civil, na formulação do controle da política e das ações de saúde em todos os níveis;
- “Proposta de conteúdo Saúde para a nova Lei do Sistema Nacional de Saúde”, em que se configura o formato institucional da participação, em sete pontos: (a) o princípio da gestão participativa; (b) a expectativa de que a participação resulte em efetivo poder de controle das ações e serviços da rede nacional; (c) o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, vinculado a um novo Ministério da Saúde, com atribuições de formulação e controle da Política Nacional de Saúde, propondo-se conselhos estaduais e municipais com atribuições correspondentes; (d) a instalação de um conselho comunitário, em cada

unidade de prestação de serviços de saúde, com atribuição de controle e fiscalização; (e) o funcionamento de um conselho de administração em cada unidade de prestação de serviço de saúde, integrado por dirigentes e funcionários da unidade; (f) a subordinação dos Fundos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, respectivamente, a um novo Ministério, às Secretarias Estaduais e Municipais, com administração colegiada e designada pelos conselhos de saúde correspondentes; e (g) a participação do governo federal nos conselhos estaduais e municipais de saúde e do governo estadual nos conselhos municipais, bem como a representação dos governos estaduais e municipais no Conselho Nacional de Saúde e dos governos municipais nos conselhos estaduais de saúde (CNRS, 1987).

Percebe-se que a institucionalidade propugnada pela CNRS é desenhada como um conjunto de anéis burocráticos que se articulam de alto a baixo e de baixo para o alto para garantir o fluxo do controle da gestão. A idéia é avançada, não só pretendendo interferir na relação entre Estado e sociedade, mas também na burocracia de Estado, mais especificamente, na esfera do poder executivo.

Ainda assim, a CNRS sofreu críticas no sentido de perda de aderência às deliberações da 8ª CNS: teria “aplainado por baixo” questões polêmicas e deixado de se colocar politicamente, viabilizando as posições majoritárias (Rodriguez Neto, 1988:35). Segundo o autor, a própria proposta da comissão, relativa à Constituinte, era mais atrasada do que a proposta posteriormente aprovada na Subcomissão de Saúde da Assembléia Nacional Constituinte, que a enriqueceu em inúmeros aspectos.

É de se supor que a pretensão reformista esbarrasse nas práticas burocráticas vigentes, cuja cultura política patrimonialista, clientelista, partidarizada e particularista era um contraponto à cultura política democratizante e universalizante proposta pela e para a Reforma Sanitária.

O processo participativo e a Assembléia Nacional Constituinte

Como já foi referido, o governo Sarney se constituía de um conjunto de forças políticas heterogêneas, conservadoras e progressistas, sem hegemonia

de qualquer das partes. A crise de hegemonia que se reflete na dificuldade de implementação da Reforma Sanitária, entretanto, começa a mostrar a força do movimento sanitário com o que pode ser considerado uma vitória importante: o Decreto nº 94.657/87, que cria o Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – Suds.

A medida dava seqüência à tendência descentralizadora para a gestão das políticas públicas de saúde, já posta desde o início da década e, então, com possibilidade de viabilizar-se, em decorrência dos resultados eleitorais de 1986 para os executivos estaduais.

O Suds reafirmava, mais uma vez, o princípio da participação, tornada obrigatória nas comissões interinstitucionais, com a recomendação de que fossem criados conselhos de saúde, cuja composição e atribuição, no entanto, não eram estipuladas.

Mas a arena de conflitos e disputas mais importantes estava situada na esfera da Assembléia Nacional Constituinte. De um lado, o bloco conservador se aglutina no centro, contrário à expressão dos direitos sociais. Os defensores da Reforma Sanitária se aglutinam numa plenária nacional de entidades de saúde – a Plenária Nacional de Saúde, visando à inserção das teses e propostas do movimento sanitário, especialmente as deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no texto constitucional.

A Plenária Nacional de Saúde, congregando parlamentares, entidades sociais, sindicatos, centrais sindicais, entidades profissionais, partidos políticos, secretários de saúde e de assistência social, desenvolveu um trabalho de mobilização, interlocução e pactuação com o Congresso Nacional para fazer avançar a linha reformista.

Instalada a Assembléia Nacional Constituinte, vários parlamentares do PMDB, do PT e do PPS foram sistematizando as propostas reformistas, a exemplo dos deputados federais Raimundo Bezerra – PMDB/CE¹⁷, Abigail Feitosa – PMDB/PSB/BA¹⁸, Euclides Scalco – PMDB/PSDB/PR¹⁹ e Eduardo Jorge – PT/SP²⁰.

Em meio a tantos embates, em setembro de 1987, realiza-se uma reunião promovida pela Abrasco²¹ em Cachoeira, Bahia. Na ocasião, Eleutério Rodriguez Neto analisa o percurso da Reforma Sanitária, do seu início até a 8ª CNS, bem como a conjuntura constituinte. Avalia que faltava uma formulação estratégica

para a complementação da lei do SUS que, segundo o seu entendimento, realizara uma unificação por baixo, sendo necessária uma efetiva autonomia dos estados e municípios no tocante ao repasse de recursos. Depois de caracterizar o processo de tramitação dos debates na Assembléia Nacional Constituinte e mencionar o fato de terem sido realizadas cerca de 15 a 17 audiências no âmbito da Subcomissão de Saúde, de Seguridade e do Meio Ambiente, aponta a falta de posições definidas da maior parte dos integrantes da referida subcomissão. Aponta, ainda, os pontos polêmicos dos trabalhos, em termos de funcionamento do SUS e manobras de setores conservadores para não aprovarem o projeto da Comissão da Ordem Social. Mas ao finalizar, deixa entreaberta a possibilidade de a discussão da ordem social vir a ser retomada (Rodriguez Neto, 1988).

Com efeito, em 28 de agosto de 1987, fora apresentada no plenário da Constituinte proposta de emenda popular, assinada por 54.133 (cinquenta e quatro mil cento e trinta e três) eleitores, representando 168 (cento e sessenta e oito) entidades, congregadas na Plenária Nacional de Saúde, conforme distribuição contida na tabela abaixo:

Tabela I - 1: Brasil – Constituinte: proposta de Emenda Popular – representação dos signatários

ENTIDADES	Nº
I – Plenárias e Movimentos Populares	52
II – Centrais Sindicais, Federações, Sindicatos, Associações de Trabalhadores de Saúde	74
III – Conselhos	15
IV – Entidades Científicas e outros*	27
TOTAL	168

Fonte: Saúde em Debate. Abr. 1988. p.43-45

*Os partidos políticos estão incluídos neste item.

Para a apresentação da emenda junto à Comissão de Sistematização da Assembléia, foram indicados o Dr. Sergio Arouca, Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e presidente da Fundação Oswaldo Cruz; do Ministério da Saúde, o Dr. Guilherme Rodrigues dos Santos, professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; e o deputado Constituinte Eduardo Jorge, do PT/SP.

Em seu pronunciamento, Sergio Arouca teceu uma retrospectiva do movimento sanitário e da 8ª Conferência Nacional de Saúde na construção de um ideário sobre o novo sistema de saúde “tropical, nacional, próprio”, sendo a proposta, então apresentada, resultante das teses da 8ª CNS e aprofundada pela

convenção nacional do PMDB, pelos partidos comunistas, pelo PT, fundamentada na CUT, CGT, Confederação Nacional das Associações dos Moradores, sindicatos de médicos, enfermeiros, psicólogos, arquitetos e nutricionistas. Destaca, assim, o caráter suprapartidário do movimento que, se em um primeiro momento, avaliara não ser necessário apresentar emenda por se considerar contemplado na Comissão da Ordem Social (relatório do senador Almir Gabriel), posteriormente considerou que era preciso ir além no processo, a partir das conclusões da 8ª CNS e, depois, nas discussões de mais de 12 Encontros Nacionais de Saúde – da mulher, do trabalhador, de ciência e tecnologia, de formação em recursos humanos, dentre outros. Entre os inúmeros aspectos abordados por Arouca é apontada a necessidade de acompanhamento e fiscalização da prestação dos serviços próximos ao usuário, a partir de um efetivo controle social²².

A Constituição Federal de 1988 configura-se como liberal, democrática e universalista, expressando as contradições da sociedade brasileira (Faleiros, 2000). No âmbito econômico, certos monopólios estatais foram preservados (petróleo, comunicações, portos, cabotagem); no plano social, direitos das mulheres, crianças, índios, trabalhadores rurais foram consignados. Nas áreas de saúde, previdência e assistência social, foi assegurada a coexistência de políticas estatais com políticas de mercado.

O texto constitucional incorporou as principais diretrizes da 8ª CNS, na seção II, mas o detalhamento e regulamentação de tais diretrizes foram remetidos para a legislação complementar. Quanto à questão da participação, o artigo 198 da referida seção II fixou: a descentralização, com direção única em cada esfera de governo; a integralidade de atendimento, priorizando-se ações preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade.

Em consequência do que já fora estipulado constitucionalmente, a mobilização da Plenária Nacional de Saúde direcionou-se, então, para as tarefas da legislação infraconstitucional de regulamentação dos preceitos constitucionais.

Nesse sentido, o enfrentamento entre feixes de interesses sociais diversificados, que já vinha desde o início da década, se corporifica na Constituinte e continua no período pós-Constituinte, no âmbito da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, entre representantes dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, dos secretários estaduais e municipais de saúde, do setor privado, das universidades, das entidades de profis-

sionais, de usuários, de outras entidades e instituições setoriais, registrando-se atitude refratária ao SUS na burocracia enquistada no Inamps e em outros anéis e alianças da burocracia estatal.

Por entre as diversidades e especificidades de interesses dos vários segmentos sociais envolvidos, o debate se polarizou nos pontos mais polêmicos da regulamentação – a descentralização da gestão, a relação público-privado e o controle social – em dois grandes blocos: os defensores da Reforma Sanitária, no “espírito” da 8ª CNS, organizados na Plenária Nacional de Saúde, defendendo o máximo de regulamentação dos dispositivos constitucionais; e os opositores, organizados na Federação Brasileira de Hospitais – FBH e em outras entidades do setor privado, defendendo uma regulamentação mínima. Os dois grupos se mobilizavam junto às bancadas de parlamentares de diversos partidos.

A mobilização instituinte na visão de alguns personagens históricos

As entrevistas realizadas para esta pesquisa constituem um conjunto de depoimentos de alguns dos atores/personagens históricos relevantes do movimento sanitário, sujeitos institucionais que participaram, direta ou indiretamente, do processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Para melhor percepção da riqueza da memória contida nas entrevistas, sua exposição segue o percurso do próprio movimento, estruturado em seus principais momentos.

O primeiro desses momentos abrange as décadas de 1970 e 1980, até o início da Nova República, com o governo Sarney. Pode-se caracterizá-lo como o processo constitutivo do movimento sanitário. Alguns dos entrevistados assinalam essa processualidade e contam um pouco da sua história.

O processo constitutivo do movimento sanitário Primeiros momentos

José da Silva Guedes reporta-se às bases do movimento sanitário. Retoma as articulações de vários departamentos de Medicina Preventiva de Faculdades

no Estado de São Paulo (Santa Casa, USP, Escola Paulista de Medicina, Botucatu, Ribeirão Preto, Unicamp, entre outros), nos idos de 1966-1967, durante as quais foi concebida a Residência Médica em Medicina Preventiva e ações para a formação de sanitaristas²³. E remonta ainda mais:

Em 1963, além da nossa escola, foi criada a Medicina Preventiva da Unicamp e de Botucatu. O Sergio Arouca, a Anamaria Tambellini, o grupo que estava em Ribeirão Preto é acolhido na Unicamp pelo Miguel Tobar, que era o professor titular de Medicina Preventiva. Já havia uma efervescência muito grande. Envolvidos com a Medicina Preventiva havia um grupo de pessoas, alguns como estudantes, que viveram a última fase democrática antes da ditadura militar: o João Yunes, o José Carlos Seixas, o Arouca, a Cecília Magaldi, eu próprio.

Neste mesmo ano, 1963, ocorria a 3ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema era a municipalização, ainda no regime democrático. Depois, em 1967, já em pleno regime militar houve, a 4ª CNS, sem nenhuma repercussão, burocrática, freqüentada somente por dirigentes de órgãos de saúde. **Guedes** relata a reforma ocorrida na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, em 1967, que mostrava essa efervescência e o anseio por mudanças estruturais no setor saúde, a despeito de o país estar sob o regime militar.

Em 1967, houve uma reforma na secretaria de saúde de São Paulo que propunha uma reestruturação do sistema de saúde. O sistema verticalizado, com os serviços de tuberculose de um lado, hanseníase de outro, centro de saúde etc., foi horizontalmente unificado. Criou-se a figura do centro de saúde polivalente que devia cumprir todas as funções. E, também, a lei da reforma criava uma carreira de médicos sanitaristas que assumiriam, no Estado de São Paulo, a direção de unidades, distritos, regionais. O secretário que aprovou essa reforma foi Walter Sidnei Pereira Leser, que saiu do governo em 1970 e retornou em 1975.

É compreensível que um movimento por reformas de base dos últimos anos da democracia brasileira mantivesse sua força nos primeiros anos da instalação do regime autoritário, dada a sua pujança renovadora. Com o endurecimento do regime, a partir de 1968, as iniciativas de mudanças nos setores sociais se esfumam, razão pela qual não se têm registros de fatos significativos, embora houvesse uma resignificação da área da saúde, conforme assinala **Eduardo Jorge**: *"A área da saúde estava incluída no processo de reavaliação política e de reavaliação da luta armada, pelos movimentos de resistência, e se apontava*

para a necessidade da mobilização popular, se possível legal, naquele período da ditadura, início dos anos 1970 (1972/73)".

A retomada das iniciativas reformistas na área da saúde, especialmente em São Paulo, em 1975, coincidem com o momento conjuntural da vida política do país. **Nelson Rodrigues dos Santos – Nelsão** fala desse momento:

Por coincidência ou não, a partir das mortes do Vladimir Herzog, em 1975, e do Manoel Fiel Filho, em janeiro de 1976, que sacodem a nação, os movimentos pelas liberdades democráticas começam a crescer, talvez como um emblema de que não se podia continuar com uma ditadura tão truculenta, que não era só truculenta contra os movimentos armados e a guerrilha, mas era truculenta contra todos os movimentos sociais por direitos da população.

Guedes também relembra o que ocorria naquele ano de 1975:

Nesse momento, o Leser conta com o apoio do Ministério da Saúde, onde estavam o Seixas, o Yunes, o José Octavio Mercadante, egressos daquele período anterior. E foi essa equipe do Ministério da Saúde que acolheu o Arouca quando ele foi expulso da Unicamp. Daí ele foi para a Fiocruz. Nesse período, com o apoio desse pessoal no Ministério da Saúde foi feito um convênio com a Secretaria Estadual de Saúde e a Faculdade de Saúde Pública para criar o que foi chamado de "curso curto" de Saúde Pública. Isso foi importante porque o curso tradicional durava um ano e formava 30 pessoas, sendo que dessas, 15 eram estrangeiras.

Assinalando que a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo pretendia formar em torno de 400 sanitaristas, a curto prazo, e que esse convênio permitiu formar pelo menos 50 sanitaristas por semestre, **Guedes** continua: *"Esse pessoal foi recrutado nas residências de Medicina Preventiva e em vários estados, inclusive com a perspectiva de um novo mercado de trabalho, dentro da carreira. Vários desses alunos foram figuras importantes da saúde pública. Um exemplo é o Eduardo Jorge, grande batalhador da área"*.

O próprio **Eduardo Jorge** fala sobre esse momento e de suas perspectivas:

Com a especialização em saúde pública, com o título de médico sanitário, fomos em grande número, éramos centenas de médicos recém-formados na área de saúde pública, atuar dentro da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. No meu caso específico, havia a idéia de juntar 3 elementos: a questão institucional (de trabalhar com o governo, dentro do aparelho de Estado), a questão de trabalhar junto com o movimento sindical (com os trabalhadores da saúde, especificamente) e o 3º elemento, de ter uma participação popular efetiva nessa área. Ou seja, a reforma do aparelho de Estado, participando da própria secretaria de

saúde; a organização de um aparato sindical, que nunca existiu, dos trabalhadores da área de saúde; e uma atuação no movimento popular tendo uma integração autônoma e popular na área de saúde.

Francisco Campos exalta a adoção desta estratégia: *“O recrutamento e a formação inicial de grande parte dos intelectuais orgânicos do movimento da Reforma Sanitária se deu dentro das residências médicas. Muitos dos quadros que lideraram esse movimento se materializaram a partir daí”*.

Nesse ano, também, realizou-se a 5ª Conferência Nacional de Saúde, a que **Guedes** faz referência: *“Em 1975, a 5ª CNS, dirigida pelo João Yunes, promoveu uma abertura maior, com professores de Medicina Preventiva, já com militantes, e nela é lançada a Lei nº 6.229 [de 17 de julho de 1975], que é a Lei do Sistema Nacional de Saúde. Nessa conferência já se discutia a relação saúde-previdência”*.

O surgimento do Cebes

Esse que parece ter sido um ano-chave para a retomada das mudanças no setor saúde, culmina com a criação do Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, um acontecimento marcante para a Reforma Sanitária. Assim refere **Nelsão**:

A partir de 1975, quando se deu o crescimento dos movimentos pelas liberdades democráticas, em seu bojo é criado o Cebes que consegue agregar, aglutinar, congregar, conduzir, e até comandar o movimento e engajamento crescente não só de sanitaristas, mas de todos os estudiosos de saúde, inclusive da chamada medicina assistencial dos hospitais públicos, de ensino, e privados da área da previdência social – Inamps à época. O Cebes estendeu o leque de sanitaristas e estudiosos da previdência social aos intelectuais das universidades que estudavam políticas públicas, comparando o que acontecia nos outros países, principalmente os da chamada social-democracia européia, tendo a Reforma Sanitária Inglesa como um dos grandes modelos, a Reforma Sanitária Italiana que era construída naquela época, o modelo de Cuba e de vários outros países que já eram espelhos para esses estudos.

Nelsão continua sua análise: *“O Cebes foi o grande aglutinador que politizou o debate, como um movimento suprapartidário, foi a semente que se constituiu de lideranças de sanitaristas, como o David Capistrano, o Sergio Arouca, o Eleutério Rodriguez Neto, mas expandiu para não-sanitaristas estudiosos, como Murilo Bastos e, principalmente, Carlos Gentile de Melo, que eram de origem previdenciária”*.

José Gomes Temporão se refere ao Cebes como “*uma espécie de conjunto de intelectuais orgânicos, digamos assim, na perspectiva gramsciana. [...] uma espécie de desagudouro de síntese do que vinha dos movimentos sociais urbanos, das associações de moradores, da igreja, do sindicalismo, da academia, dos departamentos de medicina preventiva que estavam pensando criticamente a coisa da saúde*”. Este pensar crítico, segundo o entrevistado, baseava-se na incorporação das ciências sociais na saúde – a economia, a sociologia, a antropologia, a ciência política – para compreender e entender a dinâmica da saúde dentro do contexto brasileiro. Continua **Temporão**:

O Cebes foi uma espécie de desagudouro disso [...] um espaço muito importante de formulação, divulgação e propaganda dessas novas idéias e de luta pela Reforma Sanitária, que começou a ser cunhada ali com esse conceito, fortemente marcada pela luta. Quer dizer, não seria possível o acesso à saúde plena sem o retorno da democracia. Foi uma espécie de síntese de luta política e de luta específica compondo esse cenário. O Cebes foi absolutamente fundamental nesse debate, principalmente em 1976, quando a revista *Saúde em Debate*, um veículo dessas idéias, é criada em São Paulo pelo David Capistrano, e depois tem um movimento forte até 1983-1984, de disseminação de núcleos do Cebes pelo Brasil inteiro.

Ainda em relação ao Cebes e ao seu veículo de divulgação – a revista *Saúde em Debate*, **Nelsão** complementa:

[...] a revista *Saúde em Debate*, cujos artigos eram plurais, e os articulistas eram de várias extrações, desde os sanitaristas, cientistas sociais, como a Cecília Donnangelo, que foi quase que mãe das ciências sociais na saúde no país, até os médicos mais biologicistas. Eram artigos de um número não muito grande de páginas, de fácil leitura, pois o espírito na época era o de muito compromisso para divulgar idéias. Então, os próprios articulistas não empotecavam a redação dos artigos, não eram artigos herméticos, eram de fácil compreensão e a sucessão de revistas do Cebes teve um caráter de fácil divulgação, fácil apreensão daqueles novos conceitos, daquelas pregações pelo sistema público de saúde, direito universal à saúde e saúde como direito de cidadania.

No final dos anos 1970, continua **Nelsão**, esses temas já estavam colocados na revista do Cebes.

[...] e a revista se espalhava no Brasil todo, ganhando corações e mentes às dezenas, centenas e milhares de pessoas. Era a revista mais lida pela juventude estudiosa, não só na área de saúde pública sanitarista, mas da saúde de um modo geral. O nascimento do movimento sanitário brasilei-

ro fazia com que as idéias tivessem a capacidade de empolgar corações e mentes das coletividades, porquanto as idéias já existiam, e uma coisa são as idéias, mas os formuladores de idéias transformaram-nas num movimento social. Esse salto de qualidade se deu no segundo quinquênio dos anos 1970.

As origens e vertentes do movimento sanitário

Esse movimento que vinha “*ganhando corações e mentes*”, na verdade, consolidava-se como movimento sanitário, com forte conotação de democracia participativa, resistência contra o arbítrio e luta pela redemocratização, aglutinando num projeto comum, as diversas vertentes que lhe deram origem e norteavam suas iniciativas. **José Carvalho de Noronha** assinala que o movimento da Reforma Sanitária pode ser considerado como originário de 4 vertentes.

Uma, da academia, que procurava reinterpretar suas dúvidas em relação ao movimento da medicina social, da nova saúde pública dos anos 1970 – que vem principalmente da Opas – e que passa a fecundar algumas universidades. [...] com Cecília Donnangelo, Sergio Arouca, Hesio Cordeiro, Nina Pereira Nunes, que dão os ingredientes desse movimento acadêmico de revisão do conceito saúde-doença e da própria concepção geral de saúde, da determinação social da doença e da política na organização de serviços em saúde. Eles recolocam os serviços de saúde no mundo da política, que dele haviam sido retirados, de um ponto de vista crítico, com Juan César García, e de um ponto de vista reflexivo da ciência política, com Vicente Navarro. É um movimento intelectual de inspiração marxista com diversas variáveis, que entende que a saúde tem papel fundamental na estrutura e no modo de produção e organização da sociedade.

Noronha destaca, dentro da vertente acadêmica, uma linha antimedicina, influenciada por Michel Foucault, Ivan Illich e outros, que vai “*buscar inserção em determinados movimentos comunitários para, então, começar a fazer uma crítica da própria prestação direta de serviços de saúde*”. Nessa linha assinalada por **Noronha**, pode ser incluída a contribuição trazida pela Reforma Sanitária Italiana, com Franco Basaglia e, entre tantos outros, Giovanni Berlinguer que, inclusive, foi coadjuvante em vários momentos da Reforma Sanitária Brasileira.

Temporão relata:

A Reforma Sanitária é uma coisa singular na história latino-americana. Teve tudo a ver com a ditadura e a luta pela redemocratização, com uma forte participação estratégica do PCB. A minha base no partido pensava e

trabalhava no Cebes como projeto do partido, percebendo a importância dessa relação de democracia e saúde no sentido bastante amplo. Claro, a gente estava bebendo um pouco da experiência italiana, especialmente com Giovanni Berlinguer. Aí o Cebes publicou livros de Giovanni Berlinguer, que veio ao Brasil no final dos anos 1970. Em plena ditadura militar, fomos ao evento no Colégio Bennet com ele, que era senador pelo Partido Comunista Italiano. Tinha todo aquele clima de abertura, de mobilização, de organização, que foi o fermento, eu diria, do que iria acontecer poucos anos depois com a 8ª CNS.

No mesmo período, **Roberto Chabo** assinala que o Cebes desenvolve suas atividades no Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro e recebe Giovanni Berlinguer para um debate. Mostrando o clima reinante na época, ao ser interpelado por um estranho: "*Tem um comunista no auditório?*", **Chabo** responde: "*Tem um senador italiano*".

Noronha continua sua análise falando de uma 2ª vertente que dá origem ao movimento.

Outra vertente é um conjunto de experiências de gestão de serviços. A partir de 1975-76 vêm as iniciativas de Austin, no Rio de Janeiro, que eu coordenei, a de Paulínia, com Marília Bernardes, Sergio Arouca, a de Barra Funda, com José Guedes, a experiência municipalista, com Moreira Franco, em Niterói, Nildo Aguiar, na Superintendência do Inamps/RJ, em Campinas, com o Nelsão, em Londrina, a experiência de Montes Claros. São conjuntos de experiências de gestão, algumas em contato direto com a academia, em que a conquista de alguns governos estaduais, particularmente o do Paraná, com José Richa e Luiz Cordoní como secretário de saúde, e o de São Paulo, com Franco Montoro e João Yunes como secretário de saúde, passa a ser motor propulsor, digamos, da ocupação de espaços de governo, nesta linha.

Nessa vertente, é relevante a criação do Piass – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento e, mais adiante, já no período entre o fim do regime militar e a Nova República, com o movimento pela Reforma Sanitária ganhando maior organicidade, são também relevantes as iniciativas das AIS, a criação dos Suds e a consolidação de estruturas organizativas que incorporavam o espírito do movimento, como o Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde e, após a 8ª CNS, o Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Essa vertente funciona como força centrífuga do movimento, que não se restringiu ao eixo Rio-São Paulo como eixo hegemônico na formulação e luta pela Reforma Sanitária. **Temporão** reforça essa análise:

Aí começam a “pipocar” as experiências do projeto Plass, em Montes Claros, em que tinha o Eric Jenner Rosas, o Chicão [Francisco Machado], o José Saraiva Felipe, as experiências de Niterói com [Hugo] Tomasini, Santinha [Maria do Espírito Santo], Ilara Hammerli de Souza, e outras pessoas, de Campinas com o Nelsão, de Londrina com o Márcio Almeida e tantas outras pessoas. Eram experiências já influenciáveis por Alma Ata²⁴, pela questão da atenção básica, dos cuidados primários de saúde. Começou-se, digamos assim, a penetrar no aparelho de Estado organizando essa contrapolítica, que nada mais era do que tentar desenhos alternativos que se contrapunham à política oficial de saúde, que era fragmentada, segmentada por múltiplos ministérios, muito centrada na questão do hospital e da tecnologia.

O próprio **Francisco Machado – Chicão** fala sobre essas experiências e suas origens:

Em 1975, em Minas Gerais, entra um novo secretário de saúde, o Dario Tavares, que resolve retomar um projeto do norte de Minas Gerais, financiado pela Usaid²⁵, que estava parado porque havia uma desconfiança de que ele fosse utilizado para controle da natalidade. O Dario depurou do projeto essa questão e, na verdade, o projeto tomou a forma de um modelo de Atenção Primária, mesmo antes de Alma Ata. Esse era o Projeto Montes Claros.

Chicão considera que o Projeto Montes Claros, juntamente com um projeto, em tudo similar, desenvolvido em Caruaru, no Estado de Pernambuco, “*foram os dois primeiros projetos no Brasil realizados com amplo financiamento externo da Usaid, com uma dotação ao governo brasileiro de mais ou menos US\$ 4 milhões. Na verdade era um empréstimo em que os juros poderiam ser pagos com re-investimento na área de saneamento e saúde*”. **Chicão** rememora:

Com a repercussão que já tinha o projeto do Vale do Jequitinhonha, nacionalmente, e o interesse despertado no pessoal da saúde pública, o Dario me fez o convite para eu dirigir o Projeto Montes Claros. A experiência de Jequitinhonha, como a administração participativa, o interesse pelas causas populares, foi adotada. De uma equipe de 6, 7 pessoas, já no primeiro momento, a equipe foi ampliada para 70, 80 pessoas, com concurso público e uma seleção bem direcionada para o compromisso político. [...] O Cornelis Van Stralen desenvolve uma linha de pesquisa com apoio do Arouca, em que o Saraiva Felipe era seu estagiário, e do José Agenor [Álvares da Silva], e o projeto passa a ser um local de encontros dessas pessoas, inclusive com articulação com partidos políticos, principalmente o PCB.

Continuando sua linha de análise sobre a constituição do movimento sanitário, **Noronha** faz considerações sobre uma 3ª vertente que

diz respeito à estruturação da vida política, dos partidos políticos. Todos nós militávamos em partidos políticos, alguns clandestinos. O partido – PCB, por exemplo, tinha o Arouca, o Eric Jenner Rosas, o Eleutério Rodrigues Neto, o Temporão, etc. Outros, como eu, o Hesio Cordeiro, militantes ativos do MDB, da 17ª Zona, diretório Rubens Paiva, presidido pelo Carlos Lessa [...] Depois, mais perto de Carlos Sant’anna, deputado federal do Centrão, em que ele faz uma coalizão à esquerda com uma composição em que o Eleutério é o principal ator, sai um documento do PMDB. Então, passamos a ter uma política, digamos, formal e partidária.

Essa vertente, cuja tônica era a assimilação do espírito do movimento pela Reforma Sanitária, pela via da sua incorporação aos programas partidários, teve sua característica marcante na criação de um bloco suprapartidário, especialmente no processo constituinte, caracterizando uma verdadeira frente parlamentar, que funcionou algumas vezes como rolo compressor na votação de algumas propostas.

Finalmente, uma 4ª vertente que vai dar a tônica do processo participativo como eixo estruturador e ideológico do movimento pela Reforma Sanitária, a que alguns dos entrevistados se reportam, além do próprio **Noronha**.

Um vetor alimentado pela redemocratização é a incorporação da agenda de saúde, sobretudo nos movimentos comunitários de vizinhança. Temos, por exemplo, o movimento de Amigos de Bairro de Nova Iguaçu, protagonizado pela Lúcia Souto e Antônio Ivo de Carvalho, onde a saúde era o motor de movimentos sociais; o da Zona Leste de São Paulo, que era uma mistura vinculada à igreja. [...] Esses movimentos de base têm um papel muito importante na valorização da luta e na articulação com o movimento municipalista. [...] e dão forma à matriz estrutural ou, pelo menos, à matriz política da participação da sociedade na Reforma Sanitária.

Eduardo Jorge volta a falar de sua experiência, relacionada a essa vertente originária do movimento sanitário:

Havia em São Paulo, na época (final dos anos 1970 e início dos anos 1980), uma articulação de sanitaristas, professores da universidade, representantes dos movimentos sindical e popular, e eu acompanhei, primeiro como trabalhador da saúde, depois como político, parlamentar. Organizamos os primeiros conselhos de saúde, ainda na época da ditadura (1979-1980), aproveitamos umas brechas na legislação estadual, elegemos conselhos populares de saúde, e ficava um diferencial na atuação dos companheiros que trabalhavam na Reforma Sanitária, mais concentrados na elaboração, na crítica, na formulação da reforma do sistema de saúde, e nós, mais na atuação junto ao movimento popular, organizando diretamente os conselhos.

Guedes rememora um episódio marcante para a consolidação da participação da comunidade no movimento sanitário:

Na Zona Leste, caso de São Mateus, o movimento popular, especialmente vinculado à igreja, que desde 1970 era atuante, começa a ter contato com esses sanitaristas – Eduardo Jorge, Roberto Gouveia, José Augusto. [...] E, nessa região, por volta de 1978, a comunidade procura a secretaria de saúde querendo que o conselho de comunidade seja eleito pelo voto direto da própria comunidade, a despeito da forma como estava organizada pela lei da reforma [do Sistema de Saúde de São Paulo]. A assessoria jurídica examinou a possibilidade e o Leser aceitou a reivindicação. Nesse ano, num bairro chamado Jardim Nordeste foi realizada a 1ª eleição de um Conselho Comunitário de Saúde, fato que a secretaria publicou no Diário Oficial do Estado de São Paulo. Isso valorizou e auxiliou o movimento, deu a ele fóruns de legalidade. Não podemos esquecer que estávamos em plena ditadura militar.

Jorge Nascimento relata sua experiência no movimento popular, em sua terra natal, como uma amostra do que vinha ocorrendo em diversos estados brasileiros naqueles anos decisivos para a consolidação da democracia participativa na saúde, como princípio.

[...] a gente vinha sob o signo da ditadura e o movimento de saúde chega por esse caminho, pela via das comunidades eclesiais de base e pela via do teatro amador. Na pastoral da saúde, havia uma irmã que fazia um trabalho já articulando a raiz do movimento popular com a saúde. Nessa época ainda não havia o Mops – Movimento Popular de Saúde, mas a articulação de encontros nacionais de experiências em medicina comunitária já tinha alguns núcleos muito fortes em São Luís do Maranhão. Esse movimento reunia a pastoral da saúde, médicos e profissionais da saúde, estudantes, trabalhadores rurais e nós com esse trabalho de teatro popular iniciamos a inserção diretamente no movimento sanitarista.

Na verdade, já no início dos anos 1970, os movimentos populares, mesmo não diretamente ligados à questão da saúde já se articulavam com pessoas que viriam a constituir o movimento sanitário. **Chicão** relata:

Em 1972, um agente da Opas chamado Eduardo Soler promoveu um encontro em Brasília de várias experiências que não eram só de saúde, mas experiências onde havia participação popular e o Soler entendeu que a preocupação da equipe do Vale do Jequitinhonha em incorporar saberes populares era importante. Foi aí nesse encontro que eu fiquei conhecendo o Sergio Arouca. Inclusive, o Soler me induziu a escrever uma nota sobre a nossa experiência, publicada no boletim da Opas, alguns anos depois.

Jorge Nascimento, em seguida, fala dos rumos que foi tomando o movimento.

Com o crescimento do movimento pela Reforma Sanitária e as definições políticas, ideológicas e partidárias, os movimentos foram se definindo – quem era médico foi ficando no movimento dos médicos, estudante no movimento estudantil, foi se definindo o espaço dos sanitaristas, da pastoral. Nessa ocasião de maiores definições é que surgiram os primeiros indicativos de construção do Mops que, historicamente, vem participando de todo esse processo junto aos outros movimentos sociais, estudantis, de intelectuais.

Sarah Scorel observa o encontro do movimento popular com o movimento pela Reforma Sanitária.

O que eu chamo de “fantasma da classe ausente” é que o movimento sanitário sempre falou pelas classes populares, e elas não estavam presentes. Temos que lembrar a época em que a ditadura militar restringia a mobilização dos movimentos sociais, ainda muito frágeis. Em 1979 tínhamos o movimento contra carestia, com uma certa força, as Comunidades Eclesiais de Base tinham organização e uma certa força, mas não eram movimentos específicos da área da saúde. Eram movimentos gerais da sociedade, como a luta pela anistia e outros. O Cebes participava de algumas manifestações desses movimentos.

Em seguida, **Sarah Scorel** relembra: “*O 1º Encontro Popular de Saúde, em 1980, na Cidade de Deus, no Rio de Janeiro, promovido pelo Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro fez essa aproximação com o movimento popular. Quem estava envolvido nessa organização era o Vivaldo [de Lima Sobrinho]*”. Embora já houvesse, também, essas aproximações em São Paulo, na Zona Leste, e em outras regiões, segundo **Sarah Scorel**, é na 8ª CNS que esse encontro vai se dar de forma mais orgânica.

Chabo também se reporta ao encontro como uma característica de avanço da luta pela saúde e pela Reforma Sanitária. Ele relembra: “*O encontro foi realizado pelo Sinmed e pela Famerj, com o Jó Resende. Aprendi muito com as pessoas comuns da população nesse encontro e nos seus desdobramentos. Lembro de um cidadão que insistia em falar de transporte, até eu entender que isso tinha também muito a ver com saúde*”.

Nessa última vertente, a que **Noronha** se refere como popular-sindical, é muito clara a incorporação gradual da agenda da saúde, dentro dos princípios da Reforma Sanitária – especialmente a universalidade, a descentralização e o processo

participativo – na luta dos movimentos popular e sindical organizado. Esse, com certeza, foi o vetor do movimento sanitário no sentido de lhe conferir legitimidade e amplitude que, mais adiante, no processo constituinte, vai possibilitar a consigna-ção do SUS – Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988.

A consolidação da identidade do movimento sanitário

Dadas essas diversas confluências em torno de um projeto comum, o final dos anos 1970 e o início dos anos 1980 vão encontrar um movimento já articulado em torno de princípios e objetivos comuns de luta nas várias frentes. Como assinala **Nelsão**: “[...] *no final dos anos 1970, o movimento pela Reforma Sanitária assume uma identidade. Ele não é mais uma reação pontual contra ações conservadoras que o governo ditatorial tomava contra a saúde da população*”.

Já em 1977, quando, na 6ª Conferência Nacional de Saúde, as inquietudes quanto à configuração do sistema de saúde estavam na pauta do seu debate central, essa identidade de movimento tomava corpo. **Guedes** chama atenção para o fato.

Em 1977, a 6ª CNS tinha como temática fundamental “Redes de Saúde”. A discussão que tivemos naquele momento era se queríamos ter uma única rede de saúde no país ou uma rede dupla. No documento que o Ministério da Saúde apresenta, o único avanço que se consegue, dadas as circunstâncias do momento, é propor uma dupla rede – uma rede chamada médico-sanitária, de grande extensão de cobertura e de baixa complexidade tecnológica e uma rede chamada médico-hospitalar, de pequena extensão de cobertura. Esta seria comandada pela Previdência e a outra pelo Ministério da Saúde, ligada aos estados. Esse documento não foi aceito pelo plenário que queria uma única rede, mas o momento não permitia. A saída do Ministério da Saúde foi dizer que a decisão final seria tomada quando os estados contribuíssem para a discussão. [...] naquele momento, nós já nos considerávamos Partido Sanitário.

Como se vê, essa identidade do movimento pela Reforma Sanitária se consigna, para muitos, como uma estrutura político-partidária de agregação de tendências, a ponto de ser denominado de “Partido Sanitário”, conforme assinala **Guedes**. Em seu depoimento, **Arlindo Fábio Gómez de Sousa** assinala algumas características de sua conformação.

Havia uma base comum, diferentemente de outras áreas. Por exemplo, a própria área da educação, que é muito densa, muito pesada nas suas novas composições, não tinha essa coesão, um consenso no que diz res-

peito às necessidades de mudança. E outras áreas também não, quer dizer, a discussão política havia sido perdida ao largo dos anos 1960, 1970, no Brasil, a questão da reforma agrária, da reforma urbana, da reforma política, e a área da saúde não, ela estava mantida. Até porque existia uma coisa chamada Partido Sanitário Brasileiro, e não se pode fazer nenhum tipo de análise nessa época sem que o partido sanitário seja considerado, ele que era um espaço de articulação das organizações [...] Cebes [...] Abrasco [...] as lideranças, de forma plural.

Sarah Escorel tece algumas observações quanto ao nome Partido Sanitário, a partir da origem dessa denominação.

A história que me foi contada é que essa alcunha de Partido Sanitário foi dada pelo César Vieira, numa reunião da Opas, em Brasília. Num debate com Arouca, Eric e Eleutério, que de maneira veemente e consensual refutavam as suas posições, digamos, mais conservadoras, César Vieira, no auge de um bate-boca, com o objetivo de “xingar” seus opositores, disse: “Vocês parecem um partido – Partido Sanitário”. Então, essa denominação tinha um caráter pejorativo, embora depois tenha sido muito utilizada.

Considerando as características do movimento sanitário, **Sarah Escorel**, inclusive, refuta essa denominação e essa idéia. E assinala que o movimento sanitário

não é partido, não é uma coisa institucionalizada, organizada, muito pelo contrário, é uma coisa que cresce, que flui, que diminui, aparece e desaparece, como ondas. Ou seja, tem todas as características de um movimento social. É o que chamei de movimento sanitário²⁶ – não é um partido, não é uma burocracia, não tem regimento interno. As pessoas se identificam, porque têm uma mesma abordagem teórica, um mesmo discurso e uma mesma luta. As pessoas se tornam parceiras de uma proposta de transformação e entram e saem e vão e voltam.

Nesse processo de consolidação de uma identidade, marcadamente política e transformadora, **Chicão** mostra uma face da estratégia do movimento. Em 1976, com a implantação do Piass, como uma espécie de extensão do modelo adotado nos projetos Montes Claros/Caruaru, havia um canal de mobilização política da população. A partir dessa constatação, **Chicão** observa:

Por exemplo, a estratégia do projeto, inicialmente concebida por técnicos, era de implantar o modelito numa microrregião, completamente. Depois de se ganhar experiência, o projeto se expandiria para o resto. A equipe se dispôs a outra estratégia: “Não, nós temos que implantar o projeto em toda a região e promover expectativas da população”. Ou

seja, ao invés de satisfazer a população ao máximo e não gerar expectativa, satisfazê-la no mínimo e promover expectativa ao máximo, porque o que nós queríamos era criar uma base político-social de sustentação do projeto.

Uma identidade mais marcada do movimento sanitário, a partir das várias iniciativas que vinham se disseminando pelo Brasil, passava a alcançar outros espaços.

1979: A criação da Abrasco e o Simpósio da Câmara dos Deputados

Neste contexto, a criação da Abrasco – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, em 1979, adiciona um fermento à identidade do movimento sanitário. Assinala **Nelsão**:

No bojo desse movimento, foi fundada a Abrasco, onde os intelectuais com maior poder de fogo na produção de conhecimentos na área da saúde coletiva também se congregaram, o que foi um grande impulso ao movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. Esse nascimento não se pode deixar de registrar, porque entramos nos anos 1980 com esse movimento não só já formado enquanto movimento, mas também com capacidade de influir nas políticas públicas.

Do mesmo modo, **Guedes** assim se reporta à criação da Abrasco:

Outro fato relevante foi a instituição da Abrasco, que ocorreu numa reunião na Opas, em 1979. Frederico Simões Barbosa, que estava na UnB, foi o presidente da instalação da Abrasco. Em seguida, houve uma reunião da Abrasco, no Rio de Janeiro, para discutir a residência em Medicina Preventiva. O Paulo Buss convenceu o Milton Penha, que era o diretor de Recursos Humanos da Previdência Social, de que a Previdência Social deveria abrir a residência em Medicina Preventiva, para que a própria previdência incorporasse em seus quadros a Medicina Preventiva. Com isso se caminharia para a assistência integral em saúde. Nessa reunião, assume a presidência da Abrasco o Benedictus Philadelpho de Siqueira e eu fico como tesoureiro. Acolhida pela Fiocruz, a Abrasco ganha relevo na sua atuação. Inclusive o Simpósio de Saúde da Câmara, de 1979, conta com a participação atuante da Abrasco. Mais adiante, a Abrasco produziu a maior parte dos documentos técnicos que subsidiaram a 8ª CNS.

Este simpósio de saúde promovido pela Câmara dos Deputados, em 1979, é acontecimento significativo para vários dos entrevistados. Realizado em meio a

uma crise estrutural de financiamento da previdência, no governo João Figueiredo, resultava da adesão de deputados de diversos partidos sensíveis às questões sociais e às questões de saúde ao movimento sanitário. **Nelsão** recorda o evento:

Alguns parlamentares, em 1979, organizaram um histórico Simpósio Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados. No início da organização, todos achavam que o simpósio não ia emplacar, porque a ditadura não ia deixar acontecer em pleno Congresso Nacional que, historicamente, nos 20 anos de ditadura esteve de joelhos. E esse Congresso Nacional, já no bojo do movimento pelas liberdades democráticas, em 1979 organizou o simpósio. Correu-se o risco e se jogou e se acertou, quer dizer, a ditadura não fechou o Congresso por causa disso, não impediu o simpósio, pressionou, mas não conseguiu impedir. E aconteceu o simpósio de política nacional de saúde, em que Max Mauro do PMDB, Ubaldo Dantas da Arena e outros deputados federais o bancaram pela comissão de saúde.

Nelsão observa, nesse momento, uma grande efervescência e o interesse pelo tema.

O que se viu nos corredores e nas salas da Câmara dos Deputados, em pleno período da ditadura, foi o congresso se encher de centenas de pessoas de todas as origens que foram para lá. Lembro-me até de pessoas clandestinas perseguidas pela ditadura entre elas, para discutir de uma maneira amplamente democrática o que era uma política nacional de saúde para uma sociedade e para um Estado em vias de se democratizar.

Hesio Cordeiro, acerca do simpósio, relembra que *“foi aí, na realidade, que começou a se falar na idéia do Sistema Único de Saúde. Um sistema público que seria estabelecido, ainda que convivendo com as instituições filantrópicas e privadas, mas com a hegemonia do sistema público”*.

A crise da Previdência e o Conasp

O movimento sanitário entra nos anos 1980 com a capacidade de influir nas políticas públicas, conforme assinalara **Nelsão**, com a adesão da CUT, formada em 1979, da Força Sindical, da Contag e dos sindicatos dos profissionais da saúde, em aliança com o movimento de renovação médica. **Chabo** reforça esse aspecto assinalando que a agenda comum entre médicos e sanitaristas possibilita, nessa conjuntura, que o processo constitutivo do movimento entre em outra etapa. E nessa etapa de entrelaçamento do movimento com outras instâncias

ocorre uma penetração do movimento sanitário no interior do Estado, o que já vinha ocorrendo em alguns lugares do país, mas ganha força na esfera federal. É uma clara institucionalização do movimento por dentro do aparelho de Estado.

Chicão observa que, nesse contexto, o presidente João Batista Figueiredo, em fins de 1979, nomeia como ministro da Saúde Waldir Arcoverde, *“que convidou o Carlyle Guerra de Macedo para ser o secretário executivo do Ministério. O Carlyle não aceitou e, parece, indicou o Mozart de Abreu Lima. E o Carlyle tinha um projeto bem ambicioso, estatizante, com toda a receita do movimento sanitário, que era o Prev-Saúde”*. O Prev-Saúde [Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde], influenciado pelos projetos anteriores, como o Plass, e já sob a influência de Alma-Ata, foi apresentado na 7ª Conferência Nacional de Saúde, em 1980. Seus objetivos já contemplavam a atenção primária de saúde. Continua **Chicão**:

O Prev-Saúde foi meio fora de época. Queimou muitas etapas e propôs a estatização. Ganhou muita visibilidade e foi muito apoiado dentro do movimento sanitário, mas o 1º debate público, em São Paulo/SP, com os ministros da Saúde, o Waldir Arcoverde, e da Previdência, o Jair Soares, que defendiam o projeto, e os presidentes da AMB, da Abramge e da FBH que eram contrários, foi publicado na íntegra, creio que na *Folha de São Paulo* e, a partir daí, começou a ser modificado e modificado, descaracterizando-se até desaparecer totalmente. Mas, como a crise continuava, surgiu o Conasp com as AIS – Ações Integradas de Saúde.

Deste modo, com o agravamento da crise estrutural da previdência e a extinção do Prev-Saúde, é criado, em 1981, o Conasp – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária. **Temporão** relata:

O governo, na prática, faz uma intervenção branca no Ministério da Previdência que, na época, era a grande instituição responsável pelas políticas de saúde. O Ministério da Saúde era um ministério frágil, responsável praticamente apenas pelos programas nacionais, como os da Tuberculose, Saúde Mental e Endemias. E, então, cria-se o Conasp, que era o conselho de reorganização e reestruturação da assistência médica da previdência social, e a presidência do conselho é dada ao Aloísio Salles. Ele começa a compor um quadro com um conjunto de técnicos e entre eles encontra-se o Eleutério, que era um quadro comunista importante, que militava no Cebes.

Temporão fala, também, sobre a estratégia de Eleutério Rodriguez Neto na “ocupação” do Conasp:

É interessante resgatar que o conselho era um espaço que articulava e recrutava o empresariado, os sindicatos e a previdência. O Eleutério, então na secretaria técnica, passa a ter uma influência muito grande, tentando colocar nossas idéias dentro do conjunto de políticas propostas pelo Conasp, que era muito amplo, desde o novo modelo de pagamento do setor privado até o embrião do Programa das Ações Integradas de Saúde, que nada mais era do que um modelo de financiamento dos hospitais universitários de ensino médico, que o Nildo Aguiar ajudou a conceber e que, na realidade, pretendia garantir recursos da previdência social para o setor público.

Na mesma linha, **Nelson** agrega outras informações:

Não era uma crise superficial, conjuntural, era uma crise estrutural da previdência em que se incluía a crise de financiamento da saúde pelo Inamps. O presidente foi obrigado a criar o Conasp que teria que estudar uma saída também estrutural para a crise, sob pena de não sair dela. E aí o movimento da Reforma Sanitária pressionou a comissão, ao lado de outras pressões e de outros interesses também, mas a pressão do movimento sanitário brasileiro dentro do Conasp, que foi criado por decreto presidencial, conseguiu que uma das saídas da crise fosse a criação das AIS.

Nessa época, surgem os primeiros convênios do Inamps com os estados e municípios, cujos orçamentos não conseguiam fazer nada em saúde. A partir de 1982, 1983, estados e municípios passam a ser os novos vendedores de serviços ao Inamps, já que este praticamente só comprava serviços do setor privado.

Temporão acrescenta alguns fatos.

Naquela época, a previdência social financiava praticamente só o setor privado. E, para fortalecer o setor público, o Programa de Ações Integradas de Saúde era uma entre dezenas de outras iniciativas do Conasp. Depois, o Conasp, mais ou menos em 1983, começa a pôr em prática essas mudanças e, aí, o Eleutério vai ocupar o departamento de planejamento do Inamps. O Henry Jouval é o secretário de planejamento e o Aloísio Salles assume a presidência do Inamps.

A dinâmica do financiamento, como um dos desafogos para a crise, é especialmente analisada por **Nelson**.

Como os custos do setor privado não eram mais suportáveis para o Inamps, dentro da crise previdenciária, uma das válvulas de escape foi passar a comprar os mesmos serviços, que compravam do setor privado, a valores mais baratos dos estados e municípios. Na verdade, esse valor era a metade dos valores de tabela que o Inamps comprava do setor privado. Essa compra aos estados e municípios era um paradoxo muito interessante, porque o Inamps passou a gastar menos na compra de serviços, em relação ao setor privado,

de certo modo “explorando” os estados e municípios. Paradoxalmente, entretanto, os orçamentos em saúde dos estados e municípios praticamente duplicaram, porque o dinheiro previdenciário era muito mais volumoso do que os orçamentos públicos brasileiros de saúde. Na época, os orçamentos públicos dos estados e municípios não somavam mais que 10%, 12% de tudo o que se gastava em saúde, enquanto o do Inamps era 90% do total.

E o que **Nelsão** denomina de “*poder financeiro de fogo*”, no momento em que o Inamps firmou os convênios com estados e municípios, mesmo pagando metade do que pagava ao setor privado, foi “*obra e graça do movimento da Reforma Sanitária Brasileira que aí atuou e bancou isso*”. **Nelsão** complementa:

Um dos grandes perigos era o que se chamava de “inampizar” estados e municípios, torná-los mais assistencialistas em medicina curativa do que provedores de serviços integrais de saúde pública. E houve esse perigo sobre grande parte do acontecer, mas o movimento da Reforma Sanitária correu esse risco porque sabia que na frente os estados e municípios, em maior contato com a população e suas necessidades, poderiam e deveriam reagir contra uma polarização curativista. E foi realmente o que acabou acontecendo. [...] o movimento da Reforma Sanitária surge competente, com capacidade formuladora, operadora e de politização, a ponto de influir no Conasp, gerar ações integradas e gerar também o controle das internações hospitalares no setor privado, por meio da AIH – Autorização de Internação Hospitalar, que também nasceu aí.

Essa idéia, embora subjetiva, de “inampização” de estados e municípios foi um dos fatores desencadeantes do embate de concepções que o movimento sanitário vivenciou na crise Inamps x Ministério da Saúde, que surgiria mais adiante. **Temporão** relata:

Nós abrimos uma rubrica no orçamento do Inamps para financiar as ações integradas e isso deu uma briga muito grande, tanto que os previdenciários tradicionais diziam que nós estávamos tirando o dinheiro dos trabalhadores para financiar o setor público. Ali, havia por trás toda a discussão da universalização, da necessidade de incorporar o cuidado de saúde às pessoas que não estavam formalmente vinculadas ao mercado de trabalho, pois o Inamps financiava quem tinha carteira de trabalho assinada, quem não tinha estava fora. Bom, então essa transformação de programa para estratégia incluiu também o redesenho da descentralização, co-participação financeira entre os três níveis de governo – federal, estadual e municipal, apoio a modalidades ambulatoriais de atendimento – a questão da atenção primária, simplificação dos cuidados – e participação social.

Fruto desta estratégia foi a outra linha embrionária do controle social: as comissões interinstitucionais de saúde. Temporão assinala: “*Nesta última linha [de partici-*

pação social], nós criamos, dentro de cada estrutura de governo, no nível estadual e municipal, as CIS [Comissões Interinstitucionais de Saúde] e as Cims [Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde]. Principalmente nas Cims, na própria portaria da Ciplan [Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação] a gente abriu espaço para a participação de sindicatos e de entidades da sociedade civil”.

Nem sempre, contudo, era possível levar adiante a proposta, devido à resistência local. **Temporão** continua:

Claro que em alguns estados isso era absolutamente impossível, pelas condições políticas locais de embate entre o secretário estadual de saúde e o superintendente do Inamps. Havia um embate muito grande, porque alguns superintendentes do Inamps achavam que o secretário de saúde queria tirar o dinheiro da previdência. Eu participei de algumas reuniões para discutir a implantação da comissão. No Rio Grande do Norte, numa dessas reuniões, estávamos com o secretário de saúde e o superintendente do Inamps, que era de família tradicional na região, no meio da discussão se levanta e bate com a mão no bolso de trás da calça, tira a carteira e fala: “O problema é o seguinte: o dinheiro aqui é meu e eu vou fazer o que o dinheiro manda e eu é que mando”. Era um pouco por aí.

A institucionalização do movimento sanitário no aparelho de Estado

Esse processo de institucionalização no interior do aparelho de Estado vai se consolidando como estratégia de legitimação do movimento sanitário. Catalisado pelo Conasp, especialmente pelo Programa das Ações Integradas de Saúde, surgem novos desdobramentos. **Temporão** argumenta que, nesse período de 1983 a 1985, o programa foi se ampliando, inclusive conceitualmente, incorporando idéias e que já estava constituída a Ciplan, que congregava o Ministério da Previdência, da Saúde, da Educação e, mais tarde, o do Trabalho.

As portarias interministeriais da Ciplan já começavam a dar um certo desenho que apontavam no futuro para a unificação do sistema. Então, começa-se a pensar as ações integradas como uma estratégia de reorientação do setor saúde. Isso foi uma grande polêmica que envolveu a intelectualidade, com gente contra e a favor, quer dizer, ali começou a surgir a discussão de que os princípios históricos do movimento sanitário estavam sendo contaminados pela nossa presença no Estado. Havia aquela coisa da pureza de que estávamos abandonando o movimento social e trabalhando com o Estado. A revista *Saúde em Debate* foi o escoadouro dessa polêmica. Gastão Wagner de Souza Campos, por exemplo, era um defensor ardoroso de se manter puro, fora do Estado [...] já Sonia Fleury e Jairnilson Paim defendiam uma posição oposta.

Nesse contexto de “ocupação” do aparelho de Estado, em que “as *Ações Integradas de Saúde foram já uma visão de um novo Estado dentro de um Estado velho*”, como assinala **Nelsão**, criava-se nessa nova relação União-estados-municípios, uma conquista do movimento que apostava na maior proximidade dos serviços de saúde com as populações para se avançar de uma política assistencialista para uma política pública de saúde. Nessa conjuntura de reorientação na política do governo, um outro agente se fortalece e passa a compor o movimento: os secretários municipais de saúde. **Nelsão** relata:

O movimento da Reforma Sanitária começou a se fortalecer de baixo para cima. Na sua base se engajou um outro movimento que vinha surgindo, mais específico, muito forte, que foi o dos secretários municipais de saúde, [...] pessoas de confiança dos prefeitos, em virtude das periferias ficarem cada vez mais tensas socialmente, tinham a missão de diminuir a tensão social com uma das poucas medidas capazes – a oferta de algum tipo de assistência à saúde a essas periferias urbanas. Então, os secretários municipais das capitais do Nordeste se reúnem em 1978, em João Pessoa, e no ano seguinte, em 1979, há o 1º Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, em Campinas, onde centenas de secretários vão lá discutir, trocar idéias. Depois em Belo Horizonte, São José dos Campos, São Paulo, Joinville, e aí vão ocorrendo encontros nacionais ou regionais dos secretários municipais de saúde.

A descentralização das ações, um dos princípios norteadores do que viria a ser, mais adiante, o SUS, apontando o município como o grande executor das ações, coloca na mão desse novo agente da Reforma Sanitária – o secretário municipal de saúde – um papel que vai se mostrar estratégico no processo constituinte e nos desdobramentos para a legislação regulamentadora da saúde.

Nelsão arremata:

Esses encontros dos secretários municipais de saúde, intercambiando como adquirir competência e eficiência nesse trabalho de levar atenção à saúde às periferias urbanas, são um vetor fenomenal dentro do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, porque aponta para um sistema descentralizado em que as soluções mais adequadas para a população têm que ser adotadas por gestores de saúde que estão próximos dela, pois a descentralização coloca a decisão governamental perto da população.

Com o fim do regime militar, muitas outras lideranças do movimento são alçadas a postos no Estado, no nível federal, ampliando uma tendência que já vinha ocorrendo antes de 1985. Assim, o que já vinha se processando moro-

samente – a institucionalização do movimento sanitário – nesse novo cenário político, tende a se aprofundar. Destaca-se marcadamente, nessa conjuntura, a “ocupação” do Inamps, do Ministério da Saúde e da Fiocruz, instituições-chave para o processo da Reforma Sanitária e estratégicas para o movimento. Pode-se dizer que, a partir desse momento, o movimento sanitário está instituído, e seus desdobramentos vão transitar pela concretização formal dos seus princípios e propostas. **Noronha** descreve esses primeiros momentos.

Na aliança entre Tancredo Neves e Ulisses Guimarães, [...] o governo pende para a esquerda. Waldir Pires, que é ultra-esquerda, assume o Ministério da Previdência e cria condições políticas com a nomeação do Hesio Cordeiro, o que não foi fácil, para a presidência do Inamps. Então, com o Hesio e o Waldir na Previdência, o Eleutério, secretário geral do Carlos Sant’anna, e a Fabíola Aguiar, no Ministério da Saúde e o Arouca, na Fiocruz, cria-se um marco institucional propício ao momento.

Embora o deputado Carlos Sant’anna não fosse, originalmente, do movimento sanitário, inclusive com vinculação partidária mais à direita, seu papel articulador do movimento foi fundamental nesse momento. **Christina Tavares**, em relação ao perfil político-partidário de Carlos Sant’anna, relembra que, conversando com Betinho [Herbert de Souza] durante a “campanha do sangue”, este chamou-lhe a atenção: *“nossa, ele é mais esquerda do que eu na saúde”*.

Inclusive, **Sarah Scorel** identifica Carlos Sant’anna como um médico de linha humanística, que teve esse papel fundamental na questão da proibição da comercialização do sangue, quando enfrentou o *lobby* dos donos de sangue da Baixada Fluminense que, liderados pelo deputado Roberto Jefferson, deputado pelo Estado do Rio de Janeiro, eram a favor da manutenção da comercialização do sangue. A aids já era uma questão de saúde pública, com o problema das transfusões e, aí, o papel do Betinho foi fundamental.

Fabíola de Aguiar Nunes esclarece que, quando Carlos Sant’anna assumiu o Ministério da Saúde, em março de 1985, ele já vinha trabalhando na elaboração de uma lei delegada para o programa de governo de Tancredo Neves, no sentido de unificar o sistema de saúde, que era uma reivindicação do movimento sanitário. **Fabíola** assinala que Carlos Sant’anna era pediatra na Bahia, deputado estadual, secretário estadual de educação e não estava diretamente envolvido com o movimento da Reforma Sanitária. Mas, no momento em que ele foi notifi-

cado que viria para a saúde, começou a estudar essas questões e imediatamente se articulou com as pessoas que estavam no processo da Reforma Sanitária.

Eu sempre estive no movimento e aí começamos a articular. Da mesma forma que se fazia com Tancredo Neves, em nossa casa tinha uma discussão da saúde, onde se construiu o texto do programa de governo. Assim, o programa de governo do Tancredo foi feito com as pessoas da Reforma Sanitária. Carlos escutava Eleutério Rodriguez Neto, que escrevia muitas vezes os textos, ele lia e dizia o seguinte: *“Vocês já me convenceram de que esta é uma proposta boa. Agora, eu sou político e vocês têm que me dar um texto que eu possa chegar em Barra do Chorrochó, interior da Bahia, e explicar ao meu eleitor. Eu não quero uma coisa técnica, eu quero que tenha por trás um fundamento técnico, mas isso tem que ser tão claro quanto eu possa explicar ao meu eleitor, senão não serve para programa de governo. Programa de governo é o programa que a gente pode ir ao palanque discutir”*.

Fabiola considera que Carlos Sant’anna deu ao texto *“digamos assim, muito técnico da Reforma Sanitária, um aporte político, para uma leitura política, muito importante, que depois permitiu avançar na Reforma Sanitária. Assim foi originado o texto do programa de governo”*.

O movimento sanitário instituído A crise Inamps x Ministério da Saúde

Embora o Sistema Único de Saúde não estivesse consignado, o que só viria acontecer com a Constituição Federal de 1988, já no início da Nova República, em 1985, a unificação do setor saúde já era apontada, especialmente com a passagem do Inamps para o Ministério da Saúde. Sua operacionalização, em tempo e movimento, gerou um acirrado debate com dupla face: por um lado mostrou contradições no movimento sanitário; por outro, evidenciou a sua capacidade de superação e competência para chegar, no fim, ao mesmo objetivo. O debate, que se iniciou ainda em 1985, atravessou a 8ª CNS e se manteve por todo o período, até o final dos anos 1980. Algumas das entrevistas mostram várias faces da polêmica. **Fabiola** assim relata:

Quando o Tancredo Neves foi eleito, foi criada uma comissão, a Copag [Comissão de Elaboração do Plano de Ação do Governo Tancredo Neves], presidida pelo Hesio Cordeiro, para transformar o programa de governo em uma coisa exequível para os ministros. Aí estava a unificação do sistema, a passagem do Inamps para a saúde, etc. O Hesio Cordeiro

é importante nisso pela sua trajetória na luta pela Reforma Sanitária e quando ele foi para a presidência do Inamps toma uma decisão contrária. O projeto de lei de autoria do Carlos Sant'anna tinha passado em todas as instâncias da Câmara, delegando ao Presidente da República fazer o que estava no programa, não só no programa de Tancredo, como também no programa da Copag. Como os dois ministros estavam em campos diferentes, a situação foi colocada.

Hesio interpreta de modo diverso. Depois da propositura do seu nome para a presidência do Inamps, por instâncias do movimento de saúde do PMDB do Rio de Janeiro, e a sua indicação, já por Sarney, após a morte de Tancredo Neves, o entrevistado justifica a estratégia adotada.

A questão toda que permeou esse meio ano de 1985 foi a situação da passagem imediata ou não do Inamps para o âmbito do Ministério da Saúde. Isso porque a Reforma Sanitária já tinha definido que o objetivo seria a unificação. Mas, a partir da percepção das dificuldades, da lentidão da máquina administrativa do Ministério da Saúde, das dificuldades de interação das próprias Ações Integradas de Saúde, foi se firmando no Jouval, Temporão, Noronha e em mim, na qualidade de presidente, a idéia de que era preciso mudar um pouco esta estratégia, aperfeiçoá-la antes de fazer a unificação completa.

Temporão assim se refere à questão:

Quando a gente entra em 1986, o Arouca era presidente da Fiocruz, o Eleutério era secretário-executivo do Ministério da Saúde, o José Agenor, hoje [2005] secretário-executivo do Ministério da Saúde, era secretário de planejamento do Ministério da Saúde, e eu era o secretário de planejamento do Inamps. Todos trabalhávamos juntos nesse contexto, mas havia uma tensão entre o grupo do Inamps e o grupo do Ministério da Saúde. [...] nós percebíamos, na perspectiva marxista, o Inamps como o setor moderno do desenvolvimento da saúde no capitalismo. E, exatamente por isso, nós falávamos que o motor de indução das mudanças do setor saúde estava no Inamps. O Ministério da Saúde, apesar de naquele momento contar com dirigentes progressistas, pelas suas características e pela sua estrutura não tinha as condições históricas, digamos assim, para fazer grandes mudanças.

Hesio salienta algumas características das estruturas em cena, salientando as relações conflituosas em torno de estratégias na esfera institucional, com disputas de concepções de saúde e da organização do Estado, em razão de interesses em jogo. Lembra, em função disso, que a relação institucional entre o Inamps e o Ministério da Saúde nesse período era sempre muito "cautelosa", mas que em algumas áreas fluía muito bem, por exemplo, em relação à aids.

A relação com a Lair Guerra de Macedo, por exemplo, tanto no combate à aids como na questão da hemoterapia, dos bancos de sangue, sempre fluiu muito bem e a ação do Ministério da Saúde e do Inamps sempre foi de perfeito entendimento. Mas já não era a mesma coisa em relação à Funasa, por exemplo, antigo DNERu de combate às endemias, porque havia toda uma coisa corporativa muito fechada. Isso ocorria também em relação aos programas de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária. Eram setores que mantinham uma cultura endógena, vinculada ao Ministério da Saúde, e não se abriam muito para discussões. A mesma coisa chegou a haver também na questão da nutrição e alimentação – o Plano Nacional de Nutrição.

Hesio caracteriza as dificuldades dessa relação:

O Ministério da Saúde não abria e não revelava aos estados os seus lançamentos, as suas dotações, tanto no combate às endemias, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, nutrição, como os referentes à própria gestão dos hospitais próprios vinculados ao Ministério da Saúde. Era uma caixa preta e não se tinha acesso a esses dados. Isso sempre criou uma certa dificuldade, não uma dificuldade ideológica, mas uma dificuldade estratégica em relação à velocidade da unificação. [...] Era um pisar em ovos, tanto na discussão do SUS quanto na discussão concreta da abertura dos orçamentos, dos projetos e dos trabalhos comuns.

Em relação a essa questão, **Hesio** acrescenta que *“o Inamps, ao contrário, abria todo o seu orçamento e passava a trabalhar bem às claras a respeito dos convênios, tanto das ações integradas como dos convênios Suds”*.

De qualquer modo, a questão de unificar ou não, incorporar imediatamente ou não o Inamps ao Ministério da Saúde, teve como principal resultado o aprofundamento da institucionalização do movimento. **Hesio** esclarece:

Então, havia uma espécie de corrente da unificação pelo alto, em que o Inamps se transferiria para a saúde, e outra da unificação pela base do sistema, em que a gente desenvolveria toda uma estratégia de descentralização, de fortalecimento dos municípios e dos estados e, a partir daí, iria sendo consolidada a idéia do SUS e no momento estratégico definido, que seria após a Constituinte, se promoveria a unificação e a passagem do Inamps para o Ministério da Saúde. E não o inverso, porque se corria o risco de que a lentidão burocrática e a máquina pesada do Ministério da Saúde criasse uma dificuldade muito grande ao próprio desenvolvimento significativo do acesso à saúde pela população.

Temporão reforça esse sentimento, ao vincular a questão ao aprofundamento das Ações Integradas de Saúde e à criação dos Suds, espécie de “berço” preparatório para o SUS, que estava prestes a nascer naquele momento. Continua,

lembrando que a tensão entre o Inamps e o Ministério da Saúde refletia-se na discussão sobre a unificação dos ministérios. Isso foi colocado rapidamente na agenda, especialmente como produto das AIS.

O Ministério da Saúde defendia a unificação imediata pelo alto, ou seja, o Ministério da Saúde e Previdência compondo um único ministério – ou da Seguridade Social ou da Saúde –, e o Inamps defendia a unificação por baixo, ou seja, avançando na questão da descentralização. Aí surge a idéia dos Suds, em que a gente delegava radicalmente aos secretários estaduais o processo local de fusão. Havia claramente uma luta política entre Waldir Pires [Previdência] e Carlos Sant’anna [Saúde], em que ninguém queria abrir mão do seu espaço, o que atrasou a discussão da unificação por cima. Depois entrou o Rafael de Almeida Magalhães [Previdência] que radicalizou o processo. Essa é uma discussão interessante porque a possibilidade de transformação daquela conjuntura estava marcadamente dada pelo fato de que o Inamps, paradigma do espaço conservador, tinha sido penetrado por um grupo progressista, que trouxe para dentro do Inamps as novas idéias. E isso é polêmico porque é aí que se dá o embate.

Ainda, acerca da criação dos Suds, **Hesio** acrescenta que as ações integradas tinham conseguido no final de 1985, chegar apenas a 130, 140 municípios. Era um projeto prioritário, mas, mesmo assim, em termos quantitativos e de abrangência territorial, “*os resultados eram escassos*”. Aí se decidiu, no próprio processo de condução dos trabalhos no Inamps, e junto com a 8ª CNS, promover essa discussão e reafirmar os princípios do SUS, mas ao mesmo tempo trabalhar com os estados e municípios.

Foi interessante porque o Rafael de Almeida Magalhães substituiu o Waldir Pires, que havia saído candidato vitorioso na Bahia, assumindo o Ministério da Previdência num daqueles momentos de tensão, de ameaça de greve. Com a paralisação, que chegou a haver, nós sugerimos ao Rafael que ele iniciasse um processo de unificação a partir dos estados, e foi aí que surgiu a idéia do Suds como uma estratégia ponte, uma estratégia transitória para a chegada ao Sistema Único de Saúde, e o Rafael topou. Formulamos, então, as minutas de convênios com os estados com uma adesão imediata de São Paulo, com o Pinotti, que era o Secretário Estadual de Saúde, e atuou como um trator, passando por cima de todo mundo e vencendo resistências, como a do Roberto Cardoso Alves. Depois, ou concomitantemente, aderiram Minas Gerais, Bahia, Mato Grosso, Goiás, Rio Grande do Sul, ainda em 1986.

Assim, segundo **Hesio**, os convênios Suds tinham o objetivo de promover a unificação pelas secretarias estaduais e estas, por sua vez, assumiam e assinavam

o compromisso de acelerar o trabalho de municipalização e de promover a adesão dos municípios aos convênios.

Ou seja, haveria um duplo movimento – da organização pelos estados e dos estados para os municípios, essa etapa intermediária digerida pelas secretarias estaduais. Lógico que isso deu muita controvérsia. Na época alguns diziam que isso era um boicote que nós estávamos promovendo o SUS e não se entendia isso como estratégia ponte. [...] diziam que o Suds era o Plano Cruzado da saúde porque isso ia propiciar, como aliás aconteceu, a vitória dos candidatos do PMDB nos governos estaduais. Então, fez parte da bateria contra o Suds a idéia de que o Suds era o Plano Cruzado da saúde e nós tínhamos a clareza de que era uma estratégia intermediária, estratégia ponte para a chegada ao SUS.

Flávio Goulart considera que, nesse processo, a estratégia utilizada foi adequada ao momento.

A estratégia gradualista de implementação do Suds, antes do SUS, foi boa. Até hoje nós temos secretários, até de estado, que têm que ser convidados para entrar no SUS, porque não sabem o que é, estão fora do espírito da coisa. Então, foi uma quebra grande, a que o Hesio Cordeiro, na época, chamava de ruptura qualitativa, que mudou a cabeça das pessoas. Acho que a estratégia mais sábia foi esse certo gradualismo, que nos deu fôlego, até porque o processo não acabou, ainda faltam muitos municípios se organizarem.

Neste contexto, **Noronha** assinala que, ao assumir o cargo de secretário de Medicina Social do Inamps, recebe “*a ossatura institucional, quer dizer, a armação do Suds, a articulação dos convênios, toda a engenharia institucional que vai conviver no Inamps na área de saúde com os secretários de Estado*”. Também assinala que os convênios AIS com os municípios que eram cerca de 300, ainda com Waldir Pires, passam para 2.500. Nesse contexto, **Noronha** acrescenta: “*Nós éramos municipalistas, mas dentro de uma estrutura União-estados-municípios. [...] Entendemos a participação mediante convênio com identificação de fontes de uso e aí o Temporão formula uma grande ferramenta que é a POI – Programação e Orçamentação Integrada*”.

O próprio **Temporão** detalha o objetivo da POI:

Em 1984, no Inamps, nós começamos a pensar na possibilidade de se usar o processo de planejamento como uma alavanca técnico-política, no sentido de aprofundar a unificação na ponta. Como? Propondo que os convênios de ações integradas tivessem, do ponto de vista prático, uma amarração programática através de um instrumento de consenso

entre planejadores. Ou seja, o Ministério da Saúde, o Inamps, as secretarias estaduais e municipais colocariam no mesmo instrumento de planejamento um conjunto de atividades de estratégias, de políticas e de recursos financeiros. A co-participação financeira era um dos esteios da estratégia com a definição pactuada de recursos.

Contudo, é somente em 1985, já para 1986, que a Ciplan baixa uma resolução aprovando a POI. O Inamps, nesse momento, passa a discutir com todos os estados mediante um instrumento único de planejamento integrado. **Temporão** continua: “[...] *tinha tudo a ver com a estratégia da unificação e é interessante que a gente tenha conseguido chamar para esse processo técnicos que antes estavam completamente alijados da discussão*”. O trabalho passou a ser feito em conjunto com os responsáveis pelo orçamento, pelo planejamento, pela programação de atividades e ainda aproximava a assistência médica dos programas tradicionais de saúde pública, o que era muito difícil, puxando gastos para o saneamento ambiental, para a saúde do trabalhador etc. As reuniões congregavam centenas de técnicos em vários estados para discutir a POI, que era esse instrumento, e, segundo **Temporão**, *“era interessantíssimo porque nós sentávamos com funcionários do terceiro e do quarto escalão e trazíamos esse funcionário para a discussão da unificação do sistema”*. Ainda, em relação à POI, acrescenta:

A POI conseguiu, entre 1985 e 1987, se transformar em algo muito importante para o processo do Suds. Aí eu quero destacar o papel do Miguel Murat Vasconcelos, como técnico desse processo, desde a sua concepção. E, também, a primeira experiência, em 1987, de informatização desse processo, com a Márcia Bassiti no Ministério da Previdência e Assistência Social. Foi muito interessante, mas depois se perde a POI no início dos anos 1990. Ela perde esse “O” e vira PPI – Programação Pactuada Integrada e hoje, por exemplo, ela não trabalha com os orçamentos nem dos estados e nem dos municípios, ela explicita apenas os orçamentos federais. Creio que ela perdeu um pouco dessa visão mais ampla de se programar de maneira integrada a política de saúde numa perspectiva de política social, agregando todas as iniciativas de governo que tenham a ver, direta ou indiretamente com saúde, em um único instrumento programático.

Temporão considera, também, que a POI *“fazia parte de um processo pedagógico de discussão política e de construção de novos atores políticos no cenário da Reforma Sanitária”*.

Vê-se que a polêmica suscitada pela incorporação imediata, ou não, do Inamps, oportunizou o surgimento de mecanismos operacionais, de agilização dos convênios com estados e municípios, que, no processo institucional, reforçaram mais adiante a unificação do sistema. É um interessante paradoxo, mas parecia haver outras motivações de concepção macroestrutural. **Noronha** fala de um outro pano de fundo na polêmica.

Não que nós não defendêssemos a unificação do sistema nacional de saúde, mas nós achávamos, e eu continuo achando, que isso deveria se dar sob a égide de um Ministério da Seguridade Social. Se as razões disso poderiam ser raras naquela época, hoje, quando você vê a Fazenda pondo e dispondo, você vê a emenda Eduardo Jorge-Waldir Pires ser derrotada, o José Serra conseguindo uma manobra para fazer uma estabilização de fontes federais e você vê borrar as fronteiras entre a saúde e a assistência social, no caso do paciente crônico, do idoso, onde termina a assistência e começa a medicina. Nós pensamos nisso, ainda mais porque havia fontes que a Constituição Federal previu.

Sonia Fleury reforça essa percepção:

Eu penso que o SUS nunca comprou a idéia da seguridade social. Acho isso um erro político-estratégico fundamental. [...] Acho isso um erro porque nós perdemos força. A saúde tentou se blindar de tal forma que hoje tem menos importância nas políticas públicas do que outras coisas, e não é por falta de força, é pela sua força, o paradoxo é esse. Como é que nós podemos ter uma concepção ampliada de saúde, fazer políticas inter-relacionadas, interdependentes, e tudo o mais, e depois, paradoxalmente, reservamos tudo e fechamos num modelo próprio. Esse insulamento da área de saúde é um erro, como a não inserção, mesmo programática, da saúde na seguridade social.

Hesio arremata a sua análise reiterando que o objetivo de *“toda a discussão era chegarmos ao formato do SUS pelo alto ou chegando progressivamente pela base do sistema de saúde”*.

E **Temporão** termina sua análise sobre a histórica divergência:

Creio que o mais complicado, no processo, foi essa luta entre os dois ministérios no processo de unificação por cima ou por baixo. Se, de um lado, isso foi importante para a gente conseguir mais à frente alavancar, na conjuntura concreta isso foi muito desgastante e foi complicado porque criou uma cisão dentro do próprio movimento sanitário. Depois, isso se arredondou, foi incorporado, mas naquele momento foi muito difícil pelo risco político de se romper o pacto da Reforma Sanitária.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde

Em meio a essa conjuntura tensionada no âmbito da saúde, ocorreria a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986. Embora se possa considerar a sua ocorrência no bojo do processo instituinte e de institucionalização do movimento, a sua importância como marco temporal para o aprofundamento da Reforma Sanitária faz com que se deva considerá-la como uma outra etapa do processo de luta pelo direito à saúde.

Fato marcante para o movimento, a 8ª CNS figura no imaginário dos depoimentos como o evento mais importante para a consolidação da Reforma Sanitária e a conquista do SUS. Nela está cunhada a figura expressiva de Sergio Arouca. Segundo **Noronha**,

o Arouca tem uma liderança extremamente importante, pois vincula o esforço da redemocratização da saúde com o esforço do desenvolvimento da cidadania. Quer dizer, ele faz um alargamento do conceito de cidadania e do projeto da saúde, imaginando um impulso democrático à Constituição que, com a democracia no interior do sistema de saúde, você vai ter os ingredientes para uma grande reforma social. Foi nesse contexto que se construiu a 8ª CNS. Para que ela fosse constituída eram necessários alguns ingredientes, um conjunto de possibilidades políticas e institucionais, tanto do ponto de vista da modelagem do sistema de saúde quanto do ponto de vista de mecanismos participativos de conformação desse sistema.

Fabiola comenta o momento pré-conferência, na perspectiva do Ministério da Saúde, à época, tendo Carlos Sant'anna como titular da pasta.

Para discutir o tema, Carlos Sant'anna chamou Eleutério, Sergio Arouca, a mim e, se não me engano, o Cid Pimentel, que foi da comissão de redação da 8ª CNS. Aí se discutiu o impasse [com a Previdência], pois Carlos não queria dissidência dentro do movimento. Aí, Arouca disse: *"Doutor Carlos, quando a gente não pode tudo, obtém o máximo que puder. A sua lei permite trazer a Ceme e o Conselho de Desenvolvimento Social. Não traz o Inamps, mas se você trazer uma parte e não trazer outra, já caminhou para a unificação e legitimação, sem precisar bater de frente e sem ser truculento, de modo a viabilizar a Reforma Sanitária. O senhor usa a lei delegada e nós vamos para uma conferência nacional de saúde. O senhor convoca e nós fazemos uma conferência diferente"*.

Fabiola observa que a idéia de Arouca de querer uma conferência diferente deu-se porque até a 7ª CNS os delegados eram escolhidos pelo ministro da

Saúde ou autoridades da República²⁷. Eram pessoas de “notório saber” que faziam as propostas para a política de saúde. A população não se pronunciava, as administrações locais menos ainda, e os que estavam envolvidos com a Reforma Sanitária recebiam a política de saúde depois de decidida. Prossegue:

O que Arouca propôs foi o contrário, começar de baixo para cima. E dizia: *“Se a gente tem realmente um argumento bom, a gente vai poder começar a discutir do município para cá e quando chegar aqui a força do movimento social vai viabilizá-lo”*. Carlos Sant’anna, considerando que administrar essa conferência ia ser muito difícil, perguntou a Arouca se a assumia, como Presidente da Fiocruz. Arouca disse que sim, propôs e defendeu um mínimo de mil delegados, mesmo com o argumento de que era um número muito elevado, sendo contra a sugestão para reduzi-lo. Arouca achava que mil delegados era o mínimo para legitimar a conferência, começando dos municípios – as pré-conferências – que agora são históricas e um fato dado na organização das conferências. Ou seja, a idéia original foi de Sergio Arouca e a força política que fez isso acontecer foi de Carlos Sant’anna.

Temporão sinaliza o embate de concepções na 8ª CNS, mas enfatiza os seus desdobramentos nos anos seguintes.

A 8ª CNS sai com a participação forte do Inamps no financiamento, mas claramente expressando esse conflito: Arouca de um lado e Hesio do outro, cada um defendendo uma estratégia diferente. A 8ª CNS sai com aquele ideário fantástico de reforma e esses conflitos, na realidade, vão desaguar na Comissão Nacional da Reforma Sanitária. Mas, na prática, o que reafirma o que pensávamos acerca do Inamps, o que se tem de concreto é o Suds, e o Inamps dá início a uma profunda reforma na linha da descentralização e de repasse de poder, ou seja, o superintendente do Inamps perde poder e os secretários de saúde assumem-no. Na realidade, esse conflito só se resolve com a Constituição Federal de 1988, e a unificação finalmente ocorre com a incorporação do Inamps pelo Ministério da Saúde, já no início dos anos 1990. Inclusive, Arouca é o relator da lei que extingue o Inamps e o incorpora definitivamente ao Ministério da Saúde.

José Eri Medeiros, em sua fala, contempla o movimento de articulação dos secretários municipais de saúde, em paralelo, mas no âmbito do evento, o que redundou em desdobramentos importantes, como a constituição do Conasems.

Naquela conferência, histórica para todos nós, através da coordenação do professor Nelson Rodrigues dos Santos, que era o Secretário Municipal de Saúde de Campinas, nós reunimos 77 representantes de prefeituras nos degraus do ginásio de esportes aqui de Brasília. Nessa reunião com o Nelson, nós estabelecemos a estratégia de criação do Conasems, segundo a

qual cada estado deveria criar um colegiado e a gente buscaria um espaço dentro da política que estava se delineando do Suds. Logo em seguida sairia o SUS, então nós estávamos abrindo espaço dentro da Ciplan, das CIS, das Cims e a nossa idéia era uma integração, já com representantes desses colegiados. Posteriormente, com a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, os secretários municipais tiveram acesso a ela, por intermédio do Flávio Goulart, companheiro nosso de Uberlândia, que começa a participar da CNRS como representante desse grupo informal, inexistente ainda do ponto de vista nacional como Conasems.

Ainda nos preparativos para a 8ª CNS, **Sonia Fleury** lembra o papel da Abrasco, em que ela com Sebastião Loureiro, presidente na gestão 1985-1987, chegaram a propor retirar a expressão pós-graduação do nome da Abrasco, deixando somente Associação de Saúde Coletiva, o que acabou não sendo aceito. O propósito era *“tentar transcender o ambiente meramente corporativo e acadêmico e fazer política, colocar o instrumento Abrasco para participar na luta política, colocando o conhecimento à disposição dos movimentos”*.

Francisco Campos compartilha da mesma opinião.

Eu defendia que fosse Associação de Saúde Coletiva, nos moldes da Canadian Association of Public Health, ou da American Association of Public Health, associações que expressam o pensamento da saúde pública “dialogando” com os *policy-makers* da saúde sem estarem a eles atreladas, embora a Abrasco tenha cumprido este papel, vindo a público se manifestar sobre propostas políticas e estando com o Cebes em muitos fóruns, incluída, mais adiante, a representação da comunidade científica junto ao Conselho Nacional de Saúde. Resumindo, seriam duas funções, uma de caráter mais “corporativo”, que seria a defesa da investigação e do ensino em saúde coletiva, e outra de ser porta-voz dos pensamentos da comunidade científica.

Sonia Fleury assinala que no período pré-8ª CNS, em 1985, durante o ano inteiro a Abrasco trabalhou fazendo a preparação da conferência, cujo resultado foi o documento “Pelo Direito Universal à Saúde”, feito por uma comissão de política da Abrasco, e que *“foi uma bibliazinha discutida nacionalmente”*. **Sonia Fleury** arremata, em relação à 8ª CNS, que nessa época *“a gente realmente encontra os movimentos populares, fala sobre coisas complexas na questão de cidadania, direito e tal [...] esse encontro da intelectualidade com o movimento social se dá na preparação da 8ª CNS, depois continua na própria 8ª CNS e, em seguida, na Constituinte, até chegar na Plenária...”*

Hesio recorda as vaias e manifestações contrárias durante a fala do ministro da Previdência e Assistência Social, Rafael de Almeida Magalhães, devido à posi-

ção do Inamps, refletindo o embate daquele momento. Enfim, a 8ª CNS acabou por ocupar o imaginário do movimento sanitário, representando-o simbolicamente como sua grande conquista.

Noronha analisa o “dia seguinte” à 8ª CNS.

Voltando à 8ª CNS, o que eclode? Houve um “porre” democrático, que criou as condições políticas de adesão, de publicidade e de mobilização societária, mas que tinha uma burocracia institucionalizada disposta a absorver as sentenças e filtrá-las. Ninguém saiu dali estatizando todos os serviços de saúde como ela determinava. É bom lembrar que o grande debate da 8ª CNS era a questão da estatização imediata. Então, houve um movimento importante de capacidade de gestão desse impulso democrático de constituições débeis como, de certa forma, ainda é até hoje, mas que naquela época eram mais débeis porque estávamos saindo de um regime autoritário com fragilidades institucionais dos partidos políticos, em que a sociedade, pela mobilização e o exercício da vontade política, opta por reformas da sociedade de maneira muito intensa. [...] E havia também um grande sonho. A Nova República, na sua fase inicial. [...] foi a possibilidade de construção do sonho social-democrático.

Finalizando, **Jandira Feghali** reitera a importância da 8ª CNS:

[...] é uma marca que quem participou nunca vai esquecer, porque foi exatamente ela que representou o movimento de democratização do país, que resultou numa grande participação popular na Assembleia Nacional Constituinte em várias áreas. Então, é um marco onde a gente pôde falar com mais liberdade, mais democracia, muito importante porque mudou conceitualmente a luta pela saúde, a Reforma Sanitária e a defesa do Sistema Único de Saúde.

O trânsito da realização da 8ª CNS para a institucionalização das suas deliberações constitui uma outra etapa do movimento. Do período, após a 8ª CNS, podem ser destacadas: sob o prisma do governo, a criação e a atuação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária; pelo lado do processo participativo e sua relação com a sociedade, a constituição da Plenária Nacional de Saúde; e, do ponto de vista político-formal, a instalação da Assembleia Nacional Constituinte.

A Comissão Nacional da Reforma Sanitária – CNRS

Nelsão evoca, em seu depoimento, a relevância da CNRS.

Na 8ª CNS foi aprovado que os ministérios implicados criassem a CNRS para dar encaminhamento ao relatório final da conferência, o que demonstra cuidado e competência política, porque um relatório final, por

melhor que fosse, poderia se tornar um documento a mais, guardado. Então, a 8ª CNS teve a sabedoria política muito grande de conseguir o compromisso das autoridades políticas da época, do próprio Presidente da República e dos ministros envolvidos na nomeação da CNRS, que daria um tratamento ao relatório da 8ª CNS, no sentido de criar governabilidade para aqueles pleitos. Felizmente foi o que ocorreu, potencializado pela Assembléia Nacional Constituinte, a quem a CNRS entregou o seu relatório final no início de 1988, após ter trabalhado todo o ano de 1987. O relatório final da Comissão Nacional da Reforma Sanitária é quase cópia carbônica do que viria a ser a seção de saúde na Constituição Federal de 1988.

Nelsão reitera que, no início, a CNRS vinha para criar canais e compromissos de governabilidade para os pleitos da 8ª CNS e a Assembléia Nacional Constituinte foi convocada já com a CNRS trabalhando. *“Ai foi açúcar no mel, pois o grande produto da CNRS foi, então, oferecer subsídios para a Constituinte, o que aconteceu em 1988 quando a Constituição Federal foi promulgada”*.

Arlando assinala o espaço de representação da CNRS.

[...] a CNRS é um espaço político onde o setor público vai se reencontrar com o setor privado, onde o Ministério da Educação, o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde vão voltar a dialogar com algum tipo de objetivo, e a comissão sai com uma portaria assinada pelos três ministros, como uma comissão nacional para dar andamento às resoluções da 8ª CNS. Então, na verdade, não é uma instância burocrática, mas marcadamente política, com a discussão de três áreas governamentais que, de alguma forma, estavam disputando espaço, disputando poder no que diz respeito às questões da saúde.

Em seguida, relembra que havia uma articulação entre a CNRS e a Plenária Nacional de Saúde, reafirmando o espírito cooperativo e articulador do movimento sanitário, naquele que era o momento mais importante de inflexão do movimento, já com a Assembléia Nacional Constituinte instalada. Continua **Arlando**:

A CNRS participava da Plenária, por meio de alguns de seus membros, o José Alberto Hermógenes, eu e outros, mas não era uma representação formal, porque o espaço da Plenária não era um espaço de representação formal. Agora, o que se discutia na Plenária tinha eco na CNRS, que era um espaço formal e político de deliberações. E o que sai da CNRS é, praticamente, o que está hoje na Constituição Federal. A proposta de Emenda Popular veio cobrindo o que a CNRS propunha. O que hoje está na Constituição deve-se muito à comissão, mas havia uma fertilização, pois o pensamento consolidado do conjunto das entidades, concentrado na Plenária, evidentemente chegava na Comissão Nacional.

Como foi assinalado, embora a Comissão Nacional da Reforma Sanitária tenha cumprido um papel estratégico, especialmente no processo constituinte, com a elaboração dos relatórios e documentos técnicos, **Sarah Escorel** considera que depois disso houve uma parada, e que a idéia da 8ª CNS era distinta: “A idéia do relatório da 8ª CNS era que fosse criado um Grupo Executivo da Reforma Sanitária para implementá-la”. Ou seja, a expectativa do movimento sanitário era a de criação de um grupo com maior poder deliberativo, executivo e maior perenidade, ao contrário do papel que foi atribuído à CNRS.

A Assembléia Nacional Constituinte e a Plenária Nacional de Saúde

Ponto culminante da luta pela Reforma Sanitária foi o processo constituinte, no período 1987-1988, momento em que todo o acúmulo daqueles anos do movimento sanitário tinha, finalmente, a oportunidade de mudar a face da saúde no país, incluindo na Constituição Federal todo o seu ideário. A luta ganhava novos contornos na perspectiva de inscrever o direito à saúde no marco constitucional do país, traduzindo o instituinte do movimento em instituído para a sociedade.

Arlindo relata o episódio de entrega do relatório final da CNRS à Comissão de Seguridade Social da Assembléia Nacional Constituinte, que era presidida pelo deputado Almir Gabriel:

Na entrega do relatório, o deputado Carlos Mosconi, da área de saúde, fez um discurso mais ou menos nos seguintes termos: “Dada a legitimidade e a representatividade da Comissão Nacional da Reforma Sanitária em ter acabado, trabalhado e incorporado as resoluções da 8ª Conferência Nacional de Saúde, eu acredito que não caberá à comissão de saúde na Assembléia Nacional Constituinte senão acatar o que a Comissão Nacional da Reforma Sanitária está nos entregando”. O Almir Gabriel endossou e depois o endosso foi geral. Depois, o Carlos Sant’anna entra, como figura central na negociação pelo “centrão”. Ele tinha uma capacidade interna de articulação muito forte na comissão e dizia para os demais deputados: “você aprovam as coisas de vocês aí, mas na área de saúde vocês aprovam o que eu quiser”. Era para dizer que o pacto era mais ou menos respeitar o que a área da saúde propunha. Essa foi a barganha que o Sant’anna fez e, sem dúvida nenhuma, deu resultado.

O próprio **Carlos Mosconi** relata sua participação no processo constituinte, observando que ele foi escolhido como relator da saúde no PMDB, numa dispu-

ta interna do partido: “o Mário Covas bancou a minha indicação”. Assinalando que, na disputa interna, os setores que perderam não tinham articulação com o movimento sanitário, **Mosconi** relembra a preparação do relatório da saúde:

Havia um embate muito grande ressaltando que o relatório era estatizante, mas que suscitou um resultado muito interessante, embora o outro lado fosse mais poderoso, com acesso à imprensa e maior poder de penetração. [...] E na votação final foi importante que os setores conservadores acabaram apoiando a criação do SUS, com seus princípios, pela influência de alguns parlamentares que ajudaram muito: Roberto Freire, Carlos Sant’anna, Bonifácio de Andrada e outros. Houve uma boa articulação e nós conseguimos. [...] Nós cedemos algumas coisas, mas o importante é que no âmago da questão nós não cedemos nada: a universalidade, a equidade, a descentralização e o controle social. O controle social foi o mais difícil para se bancar.

Mosconi destaca, nessa linha do embate e da vitória do movimento, o fato de o SUS ser uma “proposta muito inteligente e não excludente”. O fato de não ser radical, permitir a participação de outros setores e abrir a porta para a população brasileira, segundo o entrevistado, “*comoveu os parlamentares, até porque isso foi muito bem trabalhado*”.

Nesse contexto, a Plenária Nacional de Saúde surge como instância decisiva, não só pela sua articulação e interpenetração com a CNRS, como na própria condução dos trabalhos constituintes. Vários depoimentos situam toda a dinâmica de sua constituição e desenvolvimento estratégico de suas operações.

Jacinta de Fátima Senna da Silva recorda como a Plenária Nacional de Saúde configurou uma forma de continuidade do movimento, falando de suas origens.

O nome Plenária Nacional de Saúde, com a sua conformação, surgiu depois da 8ª CNS. As forças que participaram da conferência e dos eventos pós-conferência já saíram articuladas, porque a saúde já tinha uma tradição de movimento organizado. Preparar a conferência já auxiliou na articulação, pois era um setor que tinha uma tradição de forte participação. O Cebes, a Abrasco, o Conasems, que foi criado durante a conferência, na escadaria do Centro de Convenções, a CUT e os sindicatos de Brasília foram algumas das forças que puxaram a Plenária Nacional. Em 1987, mais ou menos em maio, a Plenária Nacional se constituiu num movimento forte e foi uma das instâncias de lideranças daquele momento para se pensar e para se articular a proposta de emenda popular de saúde na Constituinte.

Jacinta fala, também, da composição da Plenária Nacional de Saúde.

Como um movimento de articulação, congregava representantes do movimento popular de saúde, da pastoral da saúde, das associações de moradores e de vários outros movimentos, de mulheres, as entidades médicas, de enfermagem e de outros profissionais de saúde – associações e sindicatos, da academia, do movimento sindical. Eu, particularmente, era dirigente do sindicato dos enfermeiros na época, e considero que o movimento sindical teve um peso muito forte na Plenária, assim como a academia.

E, apontando a participação das entidades, relembra alguns aspectos organizativos da Plenária Nacional de Saúde:

A Abrasco e o Cebes tinham uma grande participação, e as pessoas que organizavam e secretariavam a plenária, eram o Eleutério, a Samara Nitão, o Thiers Ferreira, do Conselho Federal de Farmácia, e eu. No início, nós reuníamos a Plenária até 4 vezes no mês. Na secretaria-executiva e coordenação da Plenária, nós nos reuníamos 3 vezes na semana, ou mais, [...] o momento era propício, havia uma grande efervescência política no país. [...] A primeira reunião, mais formal, foi realizada no Conselho Federal de Medicina. Foi uma grande reunião com várias pessoas de pé e, a partir daí, a gente teve uma discussão não só do setor saúde, mas com outros setores que também estavam se reunindo, sabendo que era preciso se articular para se ter uma intervenção durante o período pré-Constituinte. [...] a partir daí foi surgindo essa conformação com uma articulação ampla, democrática, em que se criou o máximo de força possível.

A coordenação da Plenária era bastante ampla. Segundo **Jacinta**:

Da Plenária participavam partidos políticos, sindicatos, movimentos populares, universidades, pessoas, personalidades. Da sua coordenação, participavam a Andes, o CFM, a CUT e representantes de vários movimentos – da Federação Nacional dos Médicos, da Associação Brasileira de Enfermagem, da Federação Nacional dos Enfermeiros, da Conan. Com o passar dos anos, ficamos eu e a Elizabeth Barros, respondendo pela secretaria-executiva. Isso foi uma escolha das forças políticas que compunham a coordenação da Plenária, por morarmos em Brasília e pela nossa inserção no movimento social.

Crescêncio Antunes da Silveira ressalta que, na composição da Plenária Nacional de Saúde, que chegou a congregar 270 entidades, “*os movimentos apoiavam uns aos outros em suas especificidades*”.

Samara Nitão, lembrando a organização do trabalho da Plenária Nacional de Saúde, assinala que o núcleo coordenador tinha auxílio e financiamento do

CFM, à época presidida pelo Dr. Francisco Álvaro Barbosa Costa (gestão 1987-1989). O CFM chegou a gravar vídeos e documentar toda a movimentação. Reiterando que essa participação do CFM foi fundamental, **Samara** comenta o trabalho da Plenária Nacional de Saúde no processo constituinte: *“O capítulo da reforma agrária era anterior ao da saúde, então se agregavam também trabalhadores que vinham por outros movimentos, com suas agendas, e tinha uma troca de propostas, de informação, de comunicação. Tudo isso era muito rico e dava peso às reivindicações”*.

Arlindo reitera a Plenária Nacional de Saúde como uma confluência de um processo de lutas.

Chega um determinado momento em que as questões vão se estruturando acerca da Reforma Sanitária e se começa a sentir a necessidade de uma organicidade maior nesse debate. Então, o que pensa o pessoal da enfermagem, o que pensam os médicos, as santas casas de misericórdia, os sindicatos rurais, os sindicatos dos trabalhadores da indústria e comércio? Todos os que pensam querem se manifestar. A plenária de entidades vem exatamente dentro disso, numa perspectiva plural, numa base da necessidade da Reforma que já vinha sendo pensada. A gente não formulou a proposta da Reforma Sanitária que sai da 8ª CNS e que vai para a Constituição. Ela não é gerada, gestada nesse período de 1986 a 1988. É todo um processo de fermentação de instituições de ensino e de pesquisa, de entidades que já vinham formulando [...].

Sonia Fleury relembra sua participação, assinalando que tinha uma dupla inserção na Plenária. De um lado, porque estava participando da relatoria do deputado Almir Gabriel na área da seguridade social, e não estava pela área da saúde. *“A área da saúde era contra a idéia de ser parte da seguridade social, pelo medo da saúde ser englobada na previdência e perder a identidade. A idéia era favorecer a sua identidade e, nesse momento, a minha função era mesmo a de fortalecer a idéia da seguridade social”*. Rememorando a polêmica entre a integração da assistência, da saúde e da previdência no Ministério da Seguridade Social e a especificidade da área da saúde, continua:

Eu tinha uma polêmica enorme com meu amigo querido de alma, quase meu irmão, Eleutério Rodriguez Neto, nesse tema. Na verdade, eu não sei como se chegou ao Congresso com essa questão colocada dessa forma. A polêmica com o Eleutério se deu na defesa das duas visões, uma que vinha do “sanitarismo” e outra que vinha da seguridade social compreendendo as três áreas que a acompanham. Mas eu entendia perfeitamente o temor da saúde, que queria fazer

um movimento de saída da Previdência Social e compor uma única autoridade, contra a idéia de que a seguridade social podia englobar tudo dentro da previdência novamente. Depois, o próprio Eleutério fez vários artigos reconhecendo a importância da seguridade social. [...] Dentro da relatoria, eu discuti muito com o Almir Gabriel porque eu introduzi a assistência social, que não existia, na seguridade social e ele dizia que não se podia fazer isso, já que “a assistência social não dava nem para definir”. Mas eu acabei convencendo-o.

A relação do movimento sanitário com o poder legislativo

Um aspecto que ressalta nesta história é o amadurecimento do movimento no momento em que se estabelece uma vinculação mais orgânica com o poder legislativo. **Arlindo** assinala que, desde o Simpósio da Câmara de 1979, *“dentro daquilo que viria ser a proposta da própria Reforma Sanitária, seus embriões. [...] a gente se deu conta de que se tinha que incorporar o poder legislativo nesse processo”*. Em diversas entrevistas essa questão é realçada.

Nelsão aborda o tema:

O “pulo do gato”, que não foi urdido nem previsto, pois a prática ensinou, foi o casamento do movimento social com o poder legislativo, o que foi fatal para os conservadores. O movimento da Reforma Sanitária Brasileira teve um dos seus grandes momentos quando teve a competência de respeitar e entender o pulsar do poder legislativo, o que é a cultura política do poder legislativo, entender o poder legislativo como real caixa de ressonância da sociedade, entender que o poder legislativo não é a simples soma dos parlamentares, de extrações das mais diversas, desde parlamentares mais ideologizados, até parlamentares mais fisiológicos, mais vendidos, corruptíveis ou corruptores, venais ou não venais, religiosos, éticos.

As diversas faces dessa articulação com o parlamento são enfocadas. Assim se pronuncia **Samara**:

Lembro-me da Subcomissão de Saúde e Meio Ambiente, com o Carlos Mosconi relator, em que a gente participava e ajudava a resolver, a redigir. Depois, quando vinham as emendas, a gente analisava e fazia sugestões. Era um trabalho mais técnico, de *expertise*, um estudo dos diversos textos que a cada momento apareciam no relatório. O mais interessante é que, durante as próprias votações nos dias das reuniões, das comissões, das subcomissões, e depois na comissão mais ampla que sintetizava todas as áreas, a gente estava presente e a negociação se dava com os parlamentares. A cada momento que havia um impasse de acordo, em relação ao texto, entre o grupo da Reforma e o grupo ligado à saúde privada, dava-se o grande embate.

Do mesmo modo, o tema é visto por **Jacinta**:

No período pré-Constituinte, todas as forças políticas disputavam suas idéias e suas propostas, a partir de suas visões de mundo. Havia um espaço para os movimentos se encontrarem, pela educação, pela terra, pela saúde, e se articularem para avaliar a melhor forma de encaminhar as propostas e articular as forças políticas. Com a disputa política no Congresso Nacional e externamente, nós tínhamos que estar expostos em cada momento, na imprensa, na rua e, ao mesmo tempo, tanto na Câmara dos Deputados quanto no Senado Federal.

Sonia Fleury também aponta os confrontos com as forças adversárias e os personagens dos embates, assim como o aprendizado na relação do movimento com o poder legislativo.

Desde o simpósio da Câmara dos Deputados [1979], sempre foi o momento em que você se reconhecia, você sabia a força que tinha, coisa que você não sabia fora de lá, e lá você começava a perceber os enfrentamentos. O primeiro enfrentamento que tivemos foi com a FBH e nós não tínhamos noção se nós éramos só um bando de marginais de esquerda ou se nós tínhamos força para levar aquilo adiante. Ali era o lugar onde você encontrava o outro, o seu opositor, mas também os seus aliados que se identificavam e sabiam o tamanho da correlação de forças e o seu poder dentro daquela força. Então, aquela atuação dentro do Congresso Nacional é privilegiada por causa disso e, também, superava certas coisas meramente corporativas, como os conselhos regionais, que participavam ativamente também e ali transcendiam a coisa corporativa em direção ao projeto mais abrangente. Foi uma experiência fantástica nesse sentido.

Ainda, sobre a atuação dos parlamentares, **Samara** registra que esses contatos com os parlamentares, com as lideranças, têm uma história anterior nos simpósios de saúde da Câmara do Deputados.

[...] então o contato com o parlamento brasileiro não foi só no momento da Constituinte. Havia parlamentares engajados com a saúde – o Ubaldo Dantas, anterior à Constituinte e que durante a Constituinte foi fundamental, o Eduardo Jorge, o Raimundo Bezerra, o Carlos Mosconi, e outros, o Geraldo Alckmin, atual governador de São Paulo [2005], que foi relator da Lei Orgânica da Saúde. Essas pessoas já sabiam do movimento sanitário, das propostas da saúde, a 8ª CNS tinha tido muita repercussão, quer dizer, elas já conheciam as questões da necessidade de integrar, da integralidade e das suas próprias vivências políticas nos estados. Então, não era uma coisa que elas não tivessem conhecimento. Tudo isso foi o coroamento de uma história de um longo processo de trabalho, dos movimentos sociais, de mais de uma geração, de várias gerações em que isso estava sendo trabalhado, discutido e por isso surgiu.

Nesta perspectiva da relação com o poder legislativo de embates e enfrentamentos, **Nelsão** põe em evidência a ressonância que os blocos parlamentares têm na sociedade e o aprendizado do movimento nessa relação.

Todos os perfis parlamentares têm uma reação prevista individualmente. Só que todos os parlamentares em todas as suas tendências, os mais éticos e os menos éticos, e de todos os partidos, por estarem num bloco coletivo, quando a sociedade pressiona, reagem coletivamente e isso ressoa na sociedade. Esse é um aprendizado empírico que o movimento da Reforma Sanitária Brasileira teve, ao perceber essa ressonância do legislativo ao movimento social organizado, ainda no 1º Simpósio de Saúde em 1979. E aí nós aprendemos, aí se deu o 2º Simpósio em 1982, aí se deu todo o esforço na Constituinte. O movimento da Reforma Sanitária se mudou para o Congresso Nacional, na Assembléia Nacional Constituinte, e em 1989 fez o simpósio para o poder executivo fazer a Lei Orgânica da Saúde, o que foi obrigado a fazer, porque aí não era só o movimento que pressionava o Sarney, o Congresso Nacional pressionou-o para cumprir a lei, através desse simpósio, liderado pelo Raimundo Bezerra.

Chabo, presidente da Federação Nacional dos Médicos, eleito em 1985, rememora: *“Como presidente da federação, naquele período eu fui 86 vezes a Brasília. Me diziam: ‘olha, fulano piscou o olho diferente, venha para cá, vai ter uma Plenária’.* Então nessa fase da Constituinte eu ia tanto lá que teve um cara que pensou que eu era deputado”. Esta participação intensa dos personagens dessa história revela o compromisso de estar presente em cada embate, cujas faces são bastante distintas.

Sonia Fleury revela algumas das diversas faces dos embates, que se deram em torno

- da estatização:

Acho que nós, de toda a esquerda, tínhamos uma visão bastante ingênua de que seria possível um sistema estatal, quando a base material toda já era privada. Então, era desconhecer a realidade, a não ser que se nacionalizasse, acabasse com o setor privado, o que seria uma intervenção de uma brutalidade enorme. Ou seja, quando nós vamos para o movimento de criar o sistema único, com a base material privada, tinha que ser através de convênios. E essa foi uma tensão muito grande porque nos dividia. Aqueles mais à esquerda achavam que tinha que ser estatal e aí a gente começa a perceber que era impossível, que era melhor negociar e incorporar o setor das filantrópicas.

- da saúde do trabalhador:

E aí eu identifico no deputado Eduardo Jorge a tentativa de colocar mais claramente na Constituição Federal os direitos em relação à saúde do tra-

balhador, dos quais não entrou quase nada. [...] Eu me lembro também do Roberto Jefferson, que ele mesmo se achava um troglodita naquela época e não agora, e a gente se enfrentando com ele assim mesmo. Nós éramos meninos e lá brigando com ele, realmente era violenta a coisa, o setor privado fortemente representado pela FBH e o Roberto Jefferson tentando reduzir o papel do Sistema Único de Saúde.

- dos medicamentos:

Foi impressionante porque a gente sentia essa questão da correlação de forças. Na área de medicamentos nós não conseguimos avançar nada. Todos os grupos que participavam da Plenária eram favoráveis a incluir maior controle, a questão dos genéricos, e eu me lembro que o relator da Constituição retirou o item sobre os medicamentos, alegando que havia recebido um telegrama da Abifarma e considerou que isso não tinha importância. Ou seja, esses que eram os mais poderosos sequer nós os enfrentávamos. Foi quando a gente percebeu que a FBH não era tão poderosa, pois se estavam ali tendo que brigar com a gente dava para medir forças, porque era um setor que dependia do Estado. Aqueles que estavam ali, como nossos supostos inimigos, eram os que precisavam do próprio Estado e nós podíamos medir força com eles. Os outros nem apareciam, mandavam telegrama ou faziam o *lobby* deles sequer nos enfrentando – os grandes poderosos da área de medicamentos, saúde do trabalhador – tudo isso nós perdemos.

- do financiamento:

A parte de financiamento também foi uma tensão porque nós queríamos o recurso definido para a área de saúde e acabamos colocando alguma coisa nas disposições transitórias. Essa era a posição fechada da área de saúde e aí o enfrentamento foi com o José Serra e toda a área tributária, que dizia que era impossível vincular todas as receitas, pois não se daria margem nenhuma para o gestor e para o governo. E ele nos impediu, passou só a vinculação da educação porque esse era um movimento que já tinha força social suficiente. Nós perdemos essa também. Foram as áreas que a gente perdeu mais, os grandes pontos de tensão com forças que estavam além da nossa capacidade.

Crescência acrescenta um dos embates mais acirrados, a questão da não comercialização do sangue e hemoderivados:

A luta foi muito difícil. Promovíamos atos públicos com a ABI, a OAB, o Ibase, sindicatos como o dos professores, com Godofredo Pinto, dos artistas, com o Otávio Augusto e algumas figuras simbólicas da luta, como o Betinho e o Herbert Daniel. Lembro que no momento da votação do que hoje está no artigo 199 da Constituição Federal, o Roberto Freire chamou a Lucinha, viúva do Henfil, o Betinho e eu e nos colocou dentro do plenário, burlando a segurança. Aí ele e o Raimundo Bezerra tra-

ziam os parlamentares mais conservadores como a Sandra Cavalcanti e o Amaral Neto para que nós fizéssemos o convencimento, cada um com o seu argumento, a Lucinha com o envolvimento emocional, o Betinho com a questão social e eu, como hematologista, com a questão técnica.

Crescêncio também relembra que na participação do setor privado, cuja proposta já negociada era incorporar as filantrópicas sem fins lucrativos, o movimento sanitário perdeu esse embate, porque ficou no mesmo artigo 199 da Constituição Federal/88: “[...] a participação das entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (grifo nosso). **Crescêncio** ressalta: “Esse e a mais, derrubou a proposta”.

Do mesmo modo, **Eduardo Jorge** acrescenta o olhar do parlamentar, na perspectiva híbrida de quem era parte do movimento sanitário e parte do corpo legislativo de decisão, que poderia dar concretude às suas aspirações.

Como deputado federal, eu vi todo tipo de pressão – pressões gigantescas, agressivas, do poder econômico. A pressão do movimento popular, passando pela Plenária Nacional de Saúde, não tinha nenhum desses elementos, porque não era massiva, até porque na Esplanada dos Ministérios uma manifestação com menos de 100.000 pessoas não é nada, não tinha um componente agressivo, às vezes como a gente via aqui de invadir, quebrar, bater, brigar com a polícia, e também não tinha um componente do poder econômico para pressionar legítima ou ilegítimamente o Congresso Nacional. Então, qual é a virtude desse movimento? É desenvolver uma intervenção mais qualitativa, com propostas, com capacidade de dialogar, com capacidade de fazer sugestões concretas que o Congresso Nacional pudesse analisar. Essa foi a força desse movimento, com intervenção, com a pressão, vamos dizer assim, de mais qualidade, de mais capacidade de propor. Por esse aspecto podemos dizer que é uma trajetória altamente vitoriosa.

A marca das memórias do movimento sanitário

Os depoimentos revelam memórias e, por isso, significados para os diferentes sujeitos, que, ao falarem do que representaram os “anos dourados” do movimento sanitário, não só os relatam, mas os reinterpretam quanto aos processos e resultados alcançados. Nos depoimentos destacam-se várias dimensões que tecem o emaranhado de fios das relações do movimento com o Estado, o poder legislativo, a sociedade e entre os sujeitos em ação.

Para **Arlindo**:

Uma coisa que fica muito clara durante esse período é que toda a sociedade, a sociedade organizada de uma maneira mais forte, evidentemente, mas toda a sociedade, está mobilizada na construção de um novo país, na construção de uma nova sociedade Brasileira. O que a gente tinha pela frente era quase que, como uma metáfora, uma “tábua rasa”, ou seja, o país estava para ser redesenhado. A gente tinha, evidentemente, uma história, reconhecia essa história, mas tinha uma coisa para ser desenhada.

Para **Eduardo Jorge**:

Em relação à participação popular, desde o processo pré-8^a CNS, pré-Constituinte, Constituinte e pós-Constituinte, com a regulamentação, se não houvesse a participação da militância política, dos movimentos sindicais e do movimento popular, não haveria o sistema de saúde, não haveria o SUS. Essa proposta, toda ela, nasce com o pressuposto de que a participação popular influencia na formulação e a participação popular é o elemento estruturante dentro desse sistema. Então, sem ela, não haveria esse sistema, haveria outro, outro tipo de reforma, não essa com seus princípios: universalização, integralidade, eqüidade, descentralização, democratização.

Para **Samara**:

Comecei a me interessar pela saúde pública e, durante o curso de Saúde Pública, tive a oportunidade de assistir à 8^a CNS, que foi uma experiência que juntou a teoria das aulas do curso de especialização àquele momento tão rico e significativo para todos – o processo de luta social da saúde dentro do contexto da redemocratização. E esse lema saúde e democracia foi cativando e dando a compreensão do que se queria realmente na questão da saúde.

Para **Swedenberger Barbosa**:

Há uma conexão entre a ação da Plenária Nacional de Saúde, os atores que constituíram esse fórum importante, a representação dos conselhos e o processo de redemocratização do país com os avanços nas gestões municipais e estaduais, onde se tem condições de vislumbrar muitos feitos eleitos e alguns governadores com o compromisso de implementar políticas na área de saúde na lógica da Reforma Sanitária. [...] Havia discussão, também, na área acadêmica, dentro das universidades, no movimento estudantil, no movimento sindical, nos conselhos profissionais, no movimento popular. Então, o momento era rico e acabou permitindo que a gente avançasse.

Para Vladimir Dantas:

Com o processo da resistência no país, que é marcante, vem a mobilização em torno de algumas bandeiras nacionais. A bandeira maior foi a da carestia, ainda na década de 1970, que me levou no início da década de 1980 a ser um dos coordenadores do Movimento contra a Carestia na Paraíba. O movimento começou a fazer grandes mobilizações, com muitas atividades, e o núcleo contra a carestia fez surgir o núcleo da associação dos moradores que, por sua vez, foi o embrião do controle social da saúde, pois exigia o funcionamento do sistema de saúde. A saúde era a coisa mais marcante para a população. Essa participação no movimento contra a carestia, nos fóruns de saúde, foi o embrião da luta pela Constituinte, pela anistia, do movimento político para vencer a ditadura.

Para Crescêncio:

Foi uma das experiências mais ricas que eu já vivi. Primeiro porque nos dá a oportunidade de constatar que quando a sociedade civil se organiza, se mobiliza efetivamente e quanto maior é essa mobilização, mais os interesses legítimos da sociedade se fazem prevalecer. Quando ela se desorganiza, se desmobiliza, os interesses mais legítimos sofrem prejuízos em detrimento de interesses mais escusos. [...] a grande lição que fica dessa experiência é que a sociedade tem que estar permanentemente buscando a sua organização.

Para Christina Tavares:

Na Plenária, com todo mundo impregnado pela ideologia da saúde, incorporaram-se outros atores e os parlamentares entram para encaminhar tudo com vistas à Constituinte. [...] a Plenária começa a juntar forças: *"agora vamos começar a organizar aqui porque esse trem vai para a Constituinte e nós vamos ter que ganhar isso"*. A Plenária me chamava a atenção, porque você tinha grandes lideranças da saúde sufocadas pelos anos da ditadura, mas com o projeto muito claro de saúde e muito tempo perdido, e aí eu ratifico a palavra companheiro. Ela foi absolutamente fundamental para essa organização, foi o embrião da proposta que a Comissão Nacional da Reforma Sanitária sistematizou para ir para a Constituinte.

Para Jacinta:

Com a Constituição de 1988, o movimento foi vitorioso, mas não foi apenas pelo ocorrido no ano de 1987, e sim pelo acúmulo do período anterior, pelo esforço de todos que, nos trinta anos anteriores, foram construindo o caminho para se chegar ao Sistema Único de Saúde, com os princípios que nós temos consagrados na Constituição Federal.

Para **Sonia Fleury**:

A saúde inovou porque nós tínhamos um projeto, que tinha sido construído durante um longo período de anos, e um projeto consolidado e pronto, através de várias frentes de discussão e de luta, e a direita e o centro não tinham. [...] nós tínhamos um projeto que foi negociado, melhorado, reformulado, perdemos algumas coisas, mas o cerne estava pronto há muito tempo.

Para **Gilson Cantarino**:

O controle social tem um papel bastante relevante em todo esse processo. A Plenária Nacional de Saúde deu o tom da Reforma Sanitária e eu confesso que hoje sinto um pouco de falta da Plenária enquanto ator político motor do processo de avanço do próprio SUS. Não tenho dúvida disso. A 8ª CNS conquistou o preceito constitucional e a gente sabe que foi no período da Constituinte que se conseguiu formar um consenso político bellissimo, com parlamentares de diferentes partidos, uns mais à direita, outros mais à esquerda, que se somavam ao espírito da Reforma. Todos congregavam em torno daquilo que tinha sido conquistado através da 8ª CNS.

Para **Jorge Nascimento**:

Naquele momento, uma coisa que pesava bastante na participação era que a gente tinha que enfrentar a ditadura. A questão cultural já estava implícita, pelas nossas características, nossas raízes, por nós mesmos, mas a gente, como jovem, procurava algo novo como o sentimento da necessidade de enfrentamento da ditadura, na época, o aspecto revolucionário da coisa, nós queríamos ter uma participação revolucionária.

Para **José Luiz Riani Costa**:

Além desses ganhos do ponto de vista da legislação, houve o ganho do crescimento dos profissionais que participaram desse processo, que passaram a ter uma visão completamente renovada do que era o papel das instituições, dos profissionais e do Estado na questão da saúde. Inclusive, serviu de balizamento para outras áreas que foram também incorporando o controle social. Eu, particularmente, sempre utilizei essa experiência para as ações docentes.

Para **Sarah Escorel**:

A grandeza do movimento sanitário é que ele não é um movimento corporativo. O projeto da Reforma Sanitária é, como nas palavras do Sergio Arouca, um projeto civilizatório, que traz embutido dentro de si uma outra sociedade, mais justa, mais equânime, menos desigual, mais pacífica. Tem uma proposta de mudança cultural enorme e não defende interesses próprios. Não se vê ali a luta por salários ou cargos para sani-

taristas. Todas as propostas são propostas para o bem comum, que fala para a população, para o seu bem geral.

Para **Guedes:**

Uma coisa importante que nós aprendemos, quando começamos a trabalhar com o movimento popular, ainda em 1975, é que a população não era bicho, não ameaçava. E a gente aprendeu que, quando a população empurra, o sistema de saúde anda. Quando a população pára, o sistema pára. Quem sabe dos problemas lá no local é a população, não somos nós sanitaristas daqui, que sabemos.

Para **Temporão:**

Lembro-me das idas e vindas [...] é impressionante olhando para trás que, naquele momento, estava muito claro o que a gente queria e se você ler hoje, o que está na Constituição que significa avanço. Poucos países do mundo têm de maneira tão articulada, na perspectiva da Reforma Sanitária, ou seja, na integração entre saúde, ciência social, ciência política, estrutura, o que está ali. [...] está tudo ali, tudo aquilo de que a gente não abriu mão – aquela coisa do direito de cidadania e do papel do Estado, no sentido de implementar políticas econômicas e sociais. No fundo, de maneira singela, em três linhas estão expressos, ali, 30 anos de luta política. A plenária das entidades foi absolutamente estratégica e nós todos, de certa forma, alguns ainda no governo e outros já fora, estávamos ali construindo o processo.

Para **Noronha:**

Resumindo, o movimento intelectual da academia, o movimento da gestão direta dos serviços, tanto no Inamps quanto nos governos estaduais e municipais, os movimentos sociais, dos quais faziam parte operários e trabalhadores, os movimentos sindicais de profissionais de saúde, os movimentos populares [de vizinhança] e o movimento da política formal criaram as condições políticas para a Reforma Sanitária.

Para **Maria Luiza Jaeger:**

É uma luta permanente em defesa da vida. A gente conseguiu chegar na década de 1980 com uma proposta que foi bastante discutida e partiu do direito à vida. Agora, ela é uma luta constante para que não se volte atrás. A referência durante esses 35 anos é de briga por um conjunto de problemas, tanto junto à direita quanto à esquerda, pois ainda não conseguimos fazer com que isso fosse assumido pelo conjunto dos governantes deste país. [...] Para o conjunto dos movimentos, a gente continua brigando e vai continuar brigando em qualquer lugar em que esteja. Agora, é um processo absolutamente interessante. É um processo do tamanho do Estado e do tamanho da sociedade.

Com olhares por vezes diferentes e com ênfases distintas, o que une esses atores é a importância histórica que dão ao movimento e à conquista da cidadania na saúde e da organização de um Sistema Único de Saúde, universal, descentralizado e participativo. Com a memória “*de quem se jogou na luta por inteiro*”, a fala de **Nelson** condensa o significado desse sujeito coletivo chamado movimento sanitário, expressando “*uma utopia com lugar*”.

Isso está muito vivo na minha memória política e na minha memória pessoal, que envolve a visão intelectual e envolve sentimentos, para quem os anos 1980 foram os anos das gerações que militaram na área social contra a ditadura e depois pela construção de um novo Estado para uma nova sociedade. Essa militância foi das mais cativantes e agregadoras da história brasileira na saída da ditadura com a utopia da construção de um Estado democrático. Hoje, rotulo os anos 1980 de “anos dourados”, dourados não de realizações prontas e de um Estado pronto democratizado e uma sociedade perfeita, mas dourados pelo que se teve de uma utopia pela qual lutar, pela capacidade e possibilidade de agregar segmentos da sociedade dos mais diversos, dos mais baixos aos mais altos, em torno de uma utopia de uma sociedade nova, de um estado democrático. Uma utopia extremamente mobilizadora que quem militou tem essa visão, e eu não digo saudade, porque para quem milita não dá para sentir saudade. Nós temos que estar sempre tentando renovar as utopias eternamente, sem parar, mas os anos 1980 têm essa marca, cravaram na sociedade brasileira essa marca. Se ela não produziu um Estado democrático desejável, no entanto, essa marca mobilizou corações e mentes de uma maneira suficiente para agora, 15 anos depois do neoliberalismo que se instala em 1990, devermos a ela a resistência que nos foi possível em todos esses anos.

Síntese do período: um novo paradigma de participação na relação Estado-sociedade

Durante as décadas de 1970 e 1980, no contexto da transição do autoritarismo do regime militar, com o fortalecimento da democratização foi também ocorrendo a institucionalização da relação Estado-sociedade com a participação da sociedade organizada, por meio do controle social, na deliberação e gestão das políticas públicas de saúde no país.

Transitou-se de um paradigma de controle repressivo, unidirecionado do Estado para a sociedade, que mais adequado seria denominar de controle sobre o social, para um outro referencial denominado de controle social, que

se propõe como controle paritário, compartilhado entre Estado e sociedade nos diferentes conselhos.

Esse processo, marcado por avanços e recuos, no sentido mais abrangente de uma reforma do modelo médico-assistencial, de conteúdo democratizante, teve o respaldo e a liderança do movimento sanitário. Este, constituindo-se em restritos espaços de oposição nos anos de 1970, vai alargando-os por entre as brechas proporcionadas pela própria modernização conservadora sistêmica, em que a medicina comunitária necessita, o mínimo que seja, da relação com a sociedade (seus setores carentes) para obter eficácia e auferir legitimidade em suas ações.

Sob o ângulo da modernização dos serviços de saúde, o próprio sistema foi requisitando qualificação técnica atualizada, possibilitando a inserção de novos quadros nos espaços institucionais.

O “contato comunitário”, em uma conjuntura economicamente recessiva, foi forjando a percepção sobre a necessidade de mudança no padrão estruturante das políticas públicas de saúde e a busca de canais de expressão das críticas aos princípios e práticas oficiais/estatais em vigência. O movimento sanitário foi, então, se alicerçando.

A fase final do regime militar, marcada por uma crise global de legitimidade do Estado perante a sociedade, manifesta em várias dimensões e nas diversas políticas sociais, abre novas brechas para algumas mudanças, na medida em que o próprio Estado tenta aproximar-se da sociedade na busca de soluções para a gestão estatal. As primeiras institucionalizações legitimadoras da participação social nas políticas de saúde são, assim, concretizadas, na primeira metade da década de 1980.

Com o encerramento da ditadura militar e o processo de retorno a um Estado de Direito, ao menos jurídico-formalmente, a atenuação dos mecanismos repressivos e a concreta situação de depauperamento e carência das massas trabalhadoras ampliaram a mobilização, bem como a visibilidade de novos sujeitos coletivos, alguns dos quais constituídos desde a década anterior. O movimento sanitário ganha maior abrangência e incorpora propostas reformistas, sustentadas no interior do próprio aparato estatal, onde quadros oriundos e alinhados com o movimento assumem funções dirigentes.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde é um marco histórico da mobilização instituinte da área de saúde, de reafirmação do princípio de participação e controle social, na direção da democratização do Estado. As propostas aí forjadas são constitucionalizadas em 1988, com a conquista do direito à saúde com controle social.

O grande desafio colocado ao movimento passava a ser, então, a consolidação e a implementação do paradigma instituinte e formalmente instituído na Constituição Federal/88.

A efetivação do controle social, num momento que se afigurava bastante diferenciado dos anos 1980 – a chamada década de conquistas, entra, a partir daí, num novo contexto político e econômico marcado pelo neoliberalismo. As forças sociais contrárias aos postulados do movimento passam a ter no jogo político perspectivas que lhes são favoráveis, decorrentes da conjuntura neoliberal radicalizada na década de 1990. A luta do movimento sanitário tomaria novos rumos.

Notas

¹ A região do ABC paulista compreende os municípios de Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano, entre outros, à época considerado o pólo industrial mais importante do Brasil. A concentração de trabalhadores e sindicatos com grande poder de mobilização situou essa região como foco importante da luta democrática no período da ditadura.

² Carvalho (1995) aponta três momentos principais de gestão de políticas estatais de saúde no Brasil, antecedentes à instauração do referencial de participação social: a) o sanitarismo campanhista, implementado nos inícios da República, herdeiro da tradição antimiasmática inglesa e alemã, e da tradição pasteuriana, segundo a caracterização do autor, “*um marco político e técnico onde não há sujeitos senão entre os agentes da ação sanitária, ou seja, onde ao Estado cabe o papel por suposta delegação da sociedade*” (p. 12). Assim, o controle social é centralizado do Estado sobre a Sociedade, impondo a esta última medidas compulsórias, de que é exemplo a Reforma Sanitária de Oswaldo Cruz; b) a medicina comunitária, de tradição norte-americana, configurando um novo referencial de compreensão do complexo saúde-doença, com implicações de mudanças na relação Estado-Sociedade: as ações de intervenção estatal se concentram não mais na higiene do meio mas na relação homem-meio. Portanto, as ações se dirigem à população, convocada a “*cumprir um papel minimamente ativo e consciente no esforço de busca da saúde pública*” (p. 14). Conforme coloca, ainda, o autor, suas dimensões originais (nos Estados Unidos) de assistência social, integralidade da atenção e descentralização, em sua transposição para a realidade brasileira (anos 1950), passou por alterações, sendo algumas características perdidas, a exemplo da integração regional dos serviços. O sentido de participação, nessa linha de atuação, é funcionalista, tomando por base uma comunidade abstrata e descontextualizada de suas relações mais abrangentes. Ainda assim, mesmo com desigualdades para efetivar as ações médico-assistenciais-previdenciárias, adquiriram, no quadro nacional, um cunho reformista e contestatório da situação político-sanitária, quando não faziam sucumbir a dimensão participativa. No primeiro caso, “*terminavam se constituindo em laboratórios não de uma proposta alternativa oficial, mas de práticas de organização e politização comunitárias, na perspectiva de um projeto sanitário contra-hegemônico*” (p. 19), contrapondo à proposta oficial de participação comunitária uma outra, de participação popular, que perdura até a década de 1970; e c) a participação popular, enquanto aprofundamento da crítica à política oficial, em decorrência do cotejo com os resultados políticos e técnicos das práticas de participação comunitária. Então, o referencial povo substitui o referencial comunidade e é tomado, visto de sua segmentação social, como justificativa de acesso a bens e serviços. Em consequência, propõe-se a articulação da luta nas instituições de saúde com as variadas “*formas de luta, resistência e organização das classes populares: associações de bairros, clubes de mães, cooperativas de consumo, etc*” (Van Stralen, 1983 *apud* Carvalho, 1995:21), para que o povo se aproprie dos serviços de saúde e estes sejam, igualitária e universalmente, acessíveis.

³ Prev-Saúde – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – foi criado em 1980 como uma proposta de reorganização do sistema de saúde. Gestado por um Grupo Técnico Interministerial, o Prev-Saúde inspirou-se nas propostas da Conferência de Alma-Ata, que privilegia a atenção primária e a participação popular para a consecução da meta “Saúde para Todos no Ano 2000” e respaldou-se na experiência do Pias no Nordeste. Assim, definia como objetivos: a universalização da cobertura de serviços básicos; a articulação das diversas instituições do setor saúde para a oferta de serviços; a hierarquização da oferta de serviços por níveis de complexidade, tendo a atenção primária como porta de entrada; a regionalização dos serviços; a utilização de técnicas simplificadas; e, a participação comunitária. Para o cumprimento desses objetivos, propunha-se o privilegiamento da expansão da rede pública, especialmente de serviços básicos, bem como o incentivo ao regime de tempo integral e dedicação exclusiva e a definição de planos estaduais de cargos e salários, entre outros. Como era previsível, o documento gerou sérias restrições por parte do Inamps. Além disso, como apontam Oliveira e Teixeira (1986), a sua própria “paternidade” — a tecnoburocracia — gerou desconfiança por parte de todos os segmentos sociais envolvidos, sendo visto como uma proposta “progressista-autoritária”. Assim, antes de ser oficializado, o Prev-Saúde é transformado em sua essência, tornando-se um mero projeto de racionalização do sistema de saúde, e mantendo intacto o privilegiamento do setor privado. Em 1982, em plena crise econômica, foi o Inamps que passou a capitanear o processo de reformulações no setor saúde, asfixiado pela queda das receitas previdenciárias (ocasionada

pela diminuição da massa salarial), concomitantemente ao aumento das pressões da demanda. Assim, é criado nesse ano o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – Conasp, que inicia suas atividades disciplinando, em julho de 1982, por meio de portaria específica, o atendimento médico-hospitalar das instituições contratadas e conveniadas, no sentido de um maior controle dos gastos (Ugá, 1989).

⁴ O II Plano Nacional de Desenvolvimento – II PND (1975-1979) foi instituído no governo Ernesto Geisel, pela Lei nº 6.151, de 4 de dezembro de 1974. “O II PND enfatizou o investimento em indústrias de base e a busca da autonomia em insumos básicos. A preocupação com o problema energético era evidente, com o estímulo à pesquisa do petróleo, o programa nuclear, o programa do álcool e a construção de hidrelétricas, a exemplo de Itaipu. Em 1979, o 2º choque do petróleo leva ao declínio do desempenho econômico. Tem início um período de inflação exacerbada. O planejamento governamental é profundamente esvaziado tornando os planos seguintes – o III PND e I Plano Nacional de Desenvolvimento da Nova República – documentos meramente formais”. Disponível em <http://www.planejamento.gov.br/arquivos_down/spi/publicacoes/evolucao_1.pdf>. Acesso em 21/7/2006.

⁵ Segundo Rodriguez Neto (1988:34), o Cebes foi importante como instância crítica, de politização e divulgação no processo de reorganização da Medicina Preventiva; e a Abrasco, na organização de uma prática acadêmica, até então “imobilizada”.

⁶ Sobre a crise, consultar Belluzzo & Coutinho, 1982.

⁷ Rodriguez Neto (1988) ressalta o processo de construção da Reforma Sanitária como originário, desde os anos de 1970, no Departamento de Medicina Preventiva da USP, no Instituto de Medicina Social da Uerj e na Unicamp, tendo o grupo aí organizado se transferido, posteriormente, para a Ensp. Para o autor, as críticas destes segmentos ao modelo assistencial e o foco na organização do sistema de saúde, sistematizando conhecimentos sobre a matéria, nuclearam o Movimento de Saúde Coletiva, que se constituiu como condutor principal, até por volta de 1986, do que passaria a ser chamado Movimento de Reforma Sanitária ou Movimento Sanitário.

⁸ As AIS surgem no âmbito do Plano de Reorientação de Assistência Médica da Previdência (Plano do Conasp), incorporando os princípios de universalização, equidade, descentralização, regionalização e reforço do Poder Público e, neste, inserindo os governos estaduais e municipais na cobertura assistencial. Desse modo, a proposta transcendia a Previdência Social, expandindo-se convênios entre o Ministério da Previdência e Secretarias de Saúde (Rodriguez Neto, 1988).

⁹ As AIS propunham como instâncias de planejamento e gestão: a Comissão Interministerial de Planejamento – Ciplan, a Comissão Interinstitucional de Saúde – CIS, a Comissão Regional Interinstitucional de Saúde – Cris, e as Comissões Interinstitucionais Locais e/ou Municipais de Saúde – Clis ou Cims (Brasil, 1984).

¹⁰ Duas experiências foram marcantes: no Rio de Janeiro, cuja Cims ampliou a descentralização para instâncias como os Grupos Executivos Locais (GELs) em cinco áreas de planejamento em que foi dividido o município, instituindo-se, pioneiramente, o princípio da paridade; e no Rio Grande do Sul, marcada pelo enfrentamento dos usuários contra a rede privada.

¹¹ O “Diretas-Já” foi um movimento da sociedade civil, no final do período autoritário (governo João Figueiredo), que se inicia em 1983 e culmina em 1984 com sua derrota, após a votação da emenda que propunha eleições presidenciais diretas no Brasil. A Proposta de Emenda à Constituição (PEC nº 5) ficou conhecida pelo nome de seu autor, Dante de Oliveira (1952-2006), deputado federal pelo PMDB do Mato Grosso. Nesse período de intensas e inúmeras manifestações por todo o Brasil, com a participação de políticos que defendiam a emenda, foram realizados inúmeros comícios, dos quais se destaca o de 16 de abril de 1984, dias antes da votação da emenda, realizado em São Paulo, no Vale do Anhangabaú, e considerado a maior manifestação política do país, com uma multidão estimada em mais de 1 milhão e meio de pessoas. A emenda das diretas foi votada no Congresso Nacional em 25 de abril de 1984, com 298 votos a favor, 65 contra e 3 abstenções, sendo rejeitada por faltarem 22 votos a favor, já que não compareceram 112 deputados ao plenário, contrários à redemocratização do país. Medidas intimidatórias tomadas pelo governo, tais como a presença de tropas do exército na Esplanada dos Ministérios e um “apagão” em grande parte das regiões Sul e Sudeste no momento da votação, corroboram a importância do movimento para

a redemocratização do país, apesar da emenda derrotada. Disponível em <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Diretas-J%C3%A1>>. Acesso em 25/7/2006.

¹² Faleiros (1995) arrola, somente no âmbito da Previdência, cerca de 65 greves e/ou conflitos no período de 1985 a janeiro de 1990, noticiadas pelos jornais *Folha de São Paulo* e *Jornal do Brasil* e no *Boletim Dieese*.

¹³ O Decreto nº 91.466, de 23 de julho de 1985, convocou a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

¹⁴ Foram seus temas: I. Saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II. Reformulação do sistema nacional de saúde; III. Financiamento setorial.

¹⁵ A composição da 8ª CNS foi aberta a delegados convidados e participantes. Como delegados convidados: representantes ministeriais; parlamentares das Comissões de Saúde do Senado Federal, Câmara dos Deputados e Assembleias Legislativas Estaduais; representantes dos trabalhadores rurais e urbanos e de entidades patronais de âmbito nacional; representantes de conselhos federais, associações e federações nacionais de profissionais da saúde; representantes de secretarias estaduais e municipais de saúde; representantes de entidades jurídicas prestadoras de serviços; observadores designados por organismos internacionais vinculados ao setor saúde e atuantes no país; representantes de outras instituições da sociedade civil, a critério da Comissão Organizadora. Como participantes: quaisquer pessoas ou instituições interessadas no aperfeiçoamento do SUS (Brasil, 1987).

¹⁶ Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/1986: editada em 20 de agosto de 1986, resolve constituir a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, com as finalidades de: analisar as dificuldades identificadas no funcionamento da rede nacional de serviços de saúde e sugerir opções para a nova estrutura organizacional do sistema; examinar os instrumentos de articulação entre os setores de governo que atuam na área da saúde e propor o seu aperfeiçoamento; apontar mecanismos de planejamento plurianual no setor saúde, ajustando-os com precisão às necessidades dos segmentos da população a ser atendida.

¹⁷ Em seu pronunciamento de 14/4/1987, o parlamentar Raimundo Bezerra sugere Norma Constitucional sobre Saúde e Medicina Preventiva, onde consta o reconhecimento da saúde como direito, mas sem referência à participação social. Este tema aparece em discurso no dia 16/8/1987 e em proposta e emenda ao 1º substitutivo do Relator na Comissão da Ordem Social/Subcomissão de Saúde, Seguridade e do Meio Ambiente (Brasil, 1987a).

¹⁸ Foram inúmeras as intervenções da deputada Abigail Feitosa durante os trabalhos constituintes: de análise da conjuntura de saúde e pendências da época; apoio ao ministro Roberto Santos, pelo aumento das verbas para saúde, no orçamento da União; contra a demissão do secretário do Inamps e o uso de cargos públicos em troca de apoio ao mandato presidencial de 05 anos; solidariedade a Assis Cordeiro pela equiparação do parto normal à cesárea, na tutela de procedimentos do Suds; protesto contra a demissão de dirigentes do Inamps da coordenação do Suds, em que a parlamentar vislumbrava tentativa de desarticulação do sistema; e crítica ao Presidente da República por fazer balcão dos cargos públicos, acusando seus vínculos com o capital estrangeiro. Propôs inúmeras emendas ao Anteprojeto do Relator da Subcomissão da Saúde, Seguridade e de Meio Ambiente: ao Art. 4º - dispendo sobre a participação do setor privado na cobertura assistencial sob a forma de contrato de Direito Público (parcialmente aprovada): “a saúde é direito de todos e dever e responsabilidade do Estado”; ao inciso II do § 4º do Art. 262, com nova redação; em substituição ao Art. 263, nova redação sobre as atribuições do SUS (Brasil, 1987-88).

¹⁹ Em seu pronunciamento de 20/8/1987, Euclides Scalco salienta o valor histórico do I Simpósio Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados (1979), ao ter convergido, pela primeira vez, a luta pela democratização da saúde com a luta pela democratização do país. Reafirma as teses da 8ª CNS, a qual “*longe de ser uma proposta setorial, corporativa [...] coloca a saúde como uma questão central na vida nacional*”. Reafirma ainda o compromisso histórico do PMDB com a democracia e o direito universal à saúde (Scalco, 1988).

²⁰ O parlamentar Eduardo Jorge participou como negociador nos debates constituintes em nome do PT, em emendas como a da deputada Abigail Feitosa, prevendo o mínimo de 13% para a saúde nos orçamentos municipais, estaduais e federal; e na emenda de fusão, relativa ao sangue, assinada por Carlos Sant’anna, Raimundo Bezerra, José Fogaça, Jamil Haddad e ele próprio, resgatando emenda popular. No texto *O Partido dos Trabalhadores e a*

Saúde na Constituinte, expõe detalhada proposta partidária, em 11 tópicos. No item sobre participação popular, analisa algumas características dos movimentos populares e a proposição do partido sobre a matéria: garantir a autonomia dos movimentos e suas formas de luta; democratizar conhecimentos e informações para subsidiarem a participação popular; definir espaços adequados de participação popular e dos trabalhadores de saúde no SUS. No item “Trabalhadores da Área de Saúde”, sugere a preparação de trabalhadores de saúde para reconhecê-la como direito e para estimular a participação da população (Jorge, 1988).

²¹ A Abrasco assumiu, nessa conjuntura, um papel relevante no processo de desdobramento das deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Já em setembro (22 a 26) do mesmo ano de 1986, convocou o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, que reuniu cerca de 2.000 profissionais da área, no Rio de Janeiro. O Relatório Final do evento reafirma os princípios da 8ª CNS e assinala a “unidade das forças progressistas” em torno de suas deliberações. Deixa bastante explícita a compreensão da saúde como processo social e crítica o direcionamento dado às políticas sociais pela Nova República, subordinadas à lógica macroeconômica. Alerta para a necessidade de mobilização social e vigilância em defesa da Reforma Sanitária. Manifesta seu apoio à CNRS e aos avanços representados pelas AIS. Aponta, ainda, a necessidade da construção de uma Frente Popular pela Reforma Sanitária e de engajamento no processo constitucional [Constituinte] (Abrasco, 1986).

²² O pronunciamento de Arouca enfatiza a questão do financiamento à saúde e mecanismos de descentralização/municipalização. Os debatedores – Arthur da Távola (PMDB/RJ), Carlos Sant’anna (PMDB/BA), Rui Nedell (PMDB/RS) e Cristina Tavares (PMDB/PE) não abordaram a questão do controle (Arouca, 1988).

²³ Para maior detalhamento consultar: Nunes, 1998.

²⁴ A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS e Unicef, reuniu-se em Alma Ata, URSS, no período de 06 a 12 de setembro de 1978, “expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo”. A Conferência tinha como lema “Saúde para todos no ano 2000” e nela foi formulada a Declaração de Alma Ata. Disponível em <www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em 21/7/2006.

²⁵ A Usaid – United States Agency for International Development (Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional) é uma agência independente do governo federal dos Estados Unidos responsável pela implementação de programas de assistência econômica e humanitária em todo o mundo. A Usaid oferece assistência técnica a outros países, com ênfase em atividades de desenvolvimento econômico e social de longo alcance, especialmente nas áreas de educação e saúde, bem como nos processos de reforma da administração pública e da justiça social. Disponível em <<http://www.usaidbrasil.org.br/?include=overport.htm>>. Acesso em 25/4/2006.

²⁶ Para maior detalhamento consultar: Escorel, 1998.

²⁷ Conforme a Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, que “*Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública*”, no Artigo 90 se lê: *Ficam instituídas a Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde, destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde, realizadas em todo o País, e a orientar-o na execução dos serviços locais da educação e de saúde, bem como na comissão do auxílio e da subvenção federais. Parágrafo único. A Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde serão convocadas pelo Presidente da República, com intervalo máximo de dois anos, nelas tomando parte autoridades administrativas que representem o Ministério da Educação e Saúde e os governos dos Estados, do Distrito Federal e do Território do Acre.*

Referências Bibliográficas

ABRASCO. Declaração Final do 1o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. **cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, jul./set., 1986.

ABREU, Marcelo Paiva (Org.). **A Ordem do Progresso**: cem anos de política econômica, 1889-1989. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

ALVES, Maria Helena Moreira. **Estado e oposição no Brasil**: 1964-1984. Petrópolis: Vozes, 1987. 424 p.

AROUCA, Sergio. **O dilema preventivista**. Campinas: Unesp, 2003. 270 p.

_____. Saúde na Constituinte: a defesa da emenda popular. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 20, p.39-42, abr., 1988.

BELLUZZO, Luiz G.M. e COUTINHO, Renata (Orgs.). **Desenvolvimento capitalista no Brasil**: ensaios sobre a crise. 2 v. São Paulo: Brasiliense, 1982.

BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan). Resolução nº 6, de 3 de maio de 1984. **Ementário de atos da Ciplan**: 1980-1988. Brasília, 1989.

_____. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**: 17 a 21 de março de 1986. Brasília: Centro de Documentação do MS, 1987a.

_____. Câmara dos Deputados. Discurso do Deputado Federal Raimundo Bezerra. **Diário da Assembléia Constituinte**, 15 de abril p.1.368. Brasília: Câmara dos Deputados, Cedi/Celeg/Sedop. 1987b.

_____. Câmara dos Deputados. Discursos da Deputada Federal Abigail Feitosa. **Diário da Assembléia Constituinte** de 1987-1988. Brasília: Câmara dos Deputados, Cedi/Celeg/Sedop, 1987-88.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil**: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CNRS – COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA. **Documentos II**. Rio de Janeiro: Secretaria Técnica da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, 1987.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

FALEIROS, Vicente de Paula. Estado e massas na atual conjuntura. **Sociedade e Estado**: revista do Depto de Sociologia da UnB, Brasília, v. 1, n.1, p. 25-37, 1986.

_____. **A Previdência Social, o Estado e as Forças Sociais**: a Previdência Social em crise. Relatório Final de Pesquisa apresentado ao CNPq. Brasília. Digitado, 1995.

_____. **Previdência Social e Sociedade**: período 1995-1998. Relatório Final de Pesquisa apresentado ao CNPq. Brasília. Digitado, 2000.

FLEURY, Sonia (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. Rio de Janeiro: Cortez Editora/Abrasco, 1989.

HOBBS, Thomas. **Leviatã ou Matéria, Forma e Poder de um Estado Eclesiástico e Civil**. Tradução de João Paulo Moraes e Maria Beatriz Nizza da Silva, 4. ed. São Paulo: Nova Cultural, v. I e II (Coleção Os Pensadores), 1988.

JORGE, Eduardo. O Partido dos Trabalhadores e saúde na constituinte. **Saúde em Debate**, Londrina, p.49-53, abr., 1988.

KRISCHKE, Paulo José. Atores sociais e consolidação democrática na América Latina: estratégias, identidades e cultura cívica In: VIOLA, Eduardo J. et al. **Meio ambiente, desenvolvimento e cidadania**: desafios para as ciências sociais. São Paulo: Cortez, 1995.

MAINWARING, Scott e VIOLA, Eduardo. Novos movimentos sociais, cultura política e democracia In: SHERER-WARREN, Ilse e KRISCHKE, Paulo (Org.). **Uma revolução no cotidiano?** São Paulo: Brasiliense, 1987.

MENDES, Eugenio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80 In: MENDES, Eugenio Vilaça (Org.). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

NUNES, Tânia Celeste Matos. **A especialização em saúde pública e os serviços de saúde no Brasil de 1970 a 1989**. 1998. Tese (Doutoramento). Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz.

OLIVEIRA, Jaime A.A.; TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. **(Im)Previdência Social**: 60 Anos de História da Previdência no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes/Abrasco, 1986.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. Reunião da Abrasco em Cachoeira, Bahia. **Saúde em Debate**, Londrina, p.33-38, abr., 1988.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entram em cena**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SCALCO, Euclides. Sistema Único de Saúde: compromisso a saldar. **Saúde em Debate**, Londrina, p.47-48, abr., 1988.

UGÁ, Maria Alícia. Crise econômica e políticas sociais: elementos para discussão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 305-335, jul./set., 1989.

VAN STRALEN, Cornelis Johannes. Movimentos sociais urbanos e a democratização dos serviços de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.17, 1983.

2 PARTICIPAÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO (EMBATES DE 1990 A 1994)

Saúde é direito de todos e dever do Estado, a velha e para alguns anacrônica, mas, para mim, atualíssima frase da saúde impressa no texto constitucional, naquele momento, com a mudança de concepção para a de Estado mínimo, passou a ser a bandeira de luta da saúde na resistência pela manutenção do texto.

Jandira Feghali

A periodização do presente estudo leva em conta o processo concomitante de mudança e continuidade na condução política do país e na participação da sociedade. A participação popular é um processo articulado tanto ao contexto político como à força dos movimentos sociais.

O governo Fernando Collor de Mello, eleito em 17 de dezembro de 1989, numa disputa em segundo turno com Luiz Inácio Lula da Silva, trouxe ao contexto político nacional a orientação neoliberal, vigente na política internacional, sob orientação dos organismos financiadores da dívida externa dos países em desenvolvimento. Com o impedimento de Fernando Collor e sua saída do governo, assumiu a Presidência da República seu vice, Itamar Franco. Nesse período de quatro anos continua presente, na cena política, o movimento pelo direito à saúde e pela implantação do SUS. Collor tomou posse em 15 de março de 1990 e Itamar em 30 de setembro de 1992.

Coincidente com a eleição de Collor, o ano de 1989 foi um momento de inflexão da Guerra Fria¹, simbolizado pela queda do Muro de Berlim, com o redirecionamento das relações políticas internacionais, mudando-se o conflito ideológico entre socialismo e liberalismo, trazendo uma clara supremacia do pensamento neoliberal, de defesa do mercado e de suas políticas decorrentes.

Nesse contexto, o destaque pode ser dado para a redução da presença do Estado na condução das políticas sociais e a conseqüente transformação destas em políticas residuais compensatórias, promovidas por um Estado mínimo e dito regulador de um mercado soberano e liberalizado. O Brasil da era Collor foi tributário de primeira hora dessas novas condições internacionais.

Com Collor, nesse contexto socioeconômico de características globais, esse período representou uma mudança de rumo no papel do Estado, acrescida e impreg-

nada de corrupção e mascarada pelo clientelismo próprio das políticas regionais do país. Contrapondo-se ao governo Collor, as forças sociais organizadas por um projeto de mudança do país apostavam no enfrentamento com o modelo dominante, simbolizado por Lula. Os dois projetos de país, no entanto, perdiam nitidez nos meandros das relações políticas locais, marcadas por acordos e alianças de grupos territorializados ou de chefes políticos com poder personalístico tradicional.

O processo participativo, por sua vez, havia se institucionalizado com a Constituição Federal de 1988 ao reconhecer a total liberdade partidária e sindical e estabelecer um marco legal para a participação da comunidade no sistema de saúde.

O movimento sanitário havia conseguido inscrever na Constituição um modelo complexo de efetivação do poder da base, desdobrado na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Collor não hesita em vetar, quando da aprovação do SUS, os artigos referentes à participação da comunidade, entre outros temas de interesse da Reforma Sanitária.

O veto demonstra uma posição claramente contra-hegemônica ao processo de democracia participativa, que havia sido construído nos últimos anos da ditadura e primeiros da Nova República, especialmente na questão da saúde. Estava consoante, portanto, com os rumos da política internacional, na esteira da globalização econômica, em que os movimentos populares, fortemente impregnados por ideologias de transformação perdiam rapidamente sua voz.

Esse veto à lei da saúde coloca o “bloco na rua”, relança o movimento sanitário a pressionar o poder legislativo para uma tomada de posição, no que seria logo depois traduzido na nova Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, embora esta lei tenha recuperado os vetos apenas parcialmente, como será visto adiante. A Lei nº 8.142/90 “*dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde*” e garante o sistema participativo de baixo para cima com duas instâncias colegiadas: I – a conferência de saúde e II – o conselho de saúde. As conferências nacionais de saúde devem ser realizadas a cada quatro anos, podendo, ainda, ser convocadas conforme as necessidades. Os conselhos de saúde são organizados em cada esfera de governo e a representação dos usuários é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Além disso, a lei estabelece diretrizes para os fundos de saúde.

O programa neoliberal de Collor: uma inflexão privatizante

O projeto “Brasil Novo”, de Collor, traz no bojo do neoliberalismo uma proposta de privatização, de corte dos gastos públicos, de desmonte do Estado, consubstanciada numa detalhada reforma econômica e administrativa promulgada através de Medidas Provisórias já no segundo dia do governo. Segundo Oliveira (1992:22), “*Collor era mais messiânico que populista*”. O mesmo autor assinala que a crise de credibilidade do Estado, das instituições, dos políticos, impedia que a agregação de interesses funcionasse de forma mais abrangente.

Se, por um lado, Lula representava a agregação de interesses da sociedade, organizada em movimentos e sindicatos, por outro, Collor foi o símbolo de uma diversidade de interesses difusos, de aglutinação de bolsões de esperança, principalmente daqueles que o próprio Collor denominou de “descamisados”. Mobilizou as frustrações e as descrenças e prometeu dias melhores com a imagem de “integrar o Brasil no primeiro mundo”. No discurso feito no Congresso Nacional em 16/3/1990, afirma seu compromisso com a democracia, mas acentua que a crise coloca em risco a própria estabilidade democrática com o “fantasma da inflação”. No discurso diante de seus ministros, salienta as medidas que denomina de “saneamento moral”, propondo cinco anos de cadeia para abuso econômico, prisão para funcionário que lesasse o fisco, extinção de mordomias, fim do título ao portador, tributação dos ganhos nas bolsas de valores. Afirma que “*sobre esta base de decência determinei que o déficit público, neste ano, seja zero*”².

Como meios de alcançar essa meta, destaca a reforma administrativa, a suspensão dos subsídios, a incorporação da renda agrícola à tributação, a indexação dos impostos, o reajuste de preços públicos. Sob a ótica da modernização, Collor anuncia a redução das barreiras de importação, “ambicioso” programa de desestatização, leilões de débitos da União, criação de certificados de privatização, tudo justificado pela ameaça ao funcionamento da economia, em virtude da “violência da inflação”.

Assim, ficaria garantido o processo de acumulação capitalista com tranquilidade, mas em bases de competitividade. Os salários de março de 1990 foram corrigidos com base na inflação de fevereiro anterior, expurgando-se toda a inflação do mês de março, de 84%, do valor dos salários, ao passo que os preços

se mantiveram no nível atingido em março. Salários reajustados pela média e preços mantidos no pico. As pensões e aposentadorias seguiram o critério dos salários, sendo corrigidas pelo índice de preços de fevereiro, valendo a partir de abril o sistema de prefixação. Collor mudou ainda o padrão monetário de cruzados novos para cruzeiros. Mas a medida de maior impacto foi o confisco da liquidez das contas, proibindo a retirada de dinheiro da conta corrente e da poupança acima do limite de NCz\$ 50.000,00 (cinquenta mil cruzados novos). O excedente foi retido por 18 meses com correção monetária.

O confisco provocou distúrbios e crises nas finanças da grande maioria dos brasileiros, inclusive pequenos poupadores, que não puderam movimentar suas contas, saldar suas dívidas, provocando, inclusive, a morte de alguns aposentados nas filas dos bancos. Foi um momento de grande comoção nacional com uma indignação generalizada que foi, inclusive, a primeira semente para a perda gradual de credibilidade e governabilidade de Collor.

Esse conjunto de medidas – Plano Collor I (“Plano Brasil Novo”) – teve apoio dos bancos credores, do Fundo Monetário Internacional e do governo dos Estados Unidos, mas os empresários brasileiros temiam que o aperto de liquidez, a recessão e o desabastecimento se transformassem em problema. De fato, o ágio grassa na economia provocado pelo efeito de desaparecimento de certos produtos.

O Plano Collor I fracassa com a retomada da inflação e, no início de 1991, é estabelecido o Plano Collor II, com novo congelamento de preços, desindexação da economia por meio do fim do *overnight*, da correção monetária do BTN – Bônus do Tesouro Nacional, que servia para corrigir os valores da economia. Há recessão e desemprego. O nível de emprego na indústria brasileira sofre, em 1990, uma queda de 10,2%, a maior desde 1972. No ano seguinte, em 1991, o salário contratual real da indústria cai 13,3% em relação a 1990³.

A utilização de medidas provisórias caracteriza a administração Collor, que elimina o espaço de negociação com o Congresso Nacional e implementa medidas imediatas.

O Finsocial é recriado com o nome de “Contribuição Social para Financiamento da Seguridade Social”, passando a vigorar em abril de 1992 e correspondendo a 2% do faturamento mensal das empresas.

No seu plano de governo, Collor promete elevar os gastos nacionais com saúde em 10%, mas, na prática, o que ocorreu foi contrário ao estabelecido na Constituição de 1988. Assim, o direito à saúde foi restringido e *“ao cabo de três anos de governo o gasto federal se contraiu em 40%, passando-se de um orçamento de quase US\$ 12 bilhões em 1989 para cerca de US\$ 7 bilhões em 1992, conforme valores convertidos em dólar de março de 1993”* (Singer *et al*, 2002:502).

Os gastos públicos com saúde no período 1980-1990 alcançaram o nível máximo, em 1989, de 3,3% do PIB, mas reduziram-se drasticamente no governo Collor, voltando a 2,7%, somente em 1995 (Brasil, 1998).

A participação das despesas de saúde nos gastos federais, segundo dados do Ministério da Saúde, caiu de uma média anual por habitante de US\$ 63,46 no governo Sarney, para US\$ 54,70 no governo Collor, subindo pouco no governo Itamar, para US\$ 55,75. De US\$ 10,90 bilhões em 1989, os gastos federais em saúde reduziram-se para US\$ 6,60 bilhões em 1992 (Cohn & Elias, 1996).

Assim, ao viés autoritário somou-se o viés neoliberal, com a redução dos gastos em saúde, mas essa combinação não arrefeceu a mobilização social pelos direitos à saúde.

Na era Collor, constatou-se o atraso no pagamento dos hospitais em convênio com o SUS e adiou-se a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde em 1991, apesar das pressões dos municípios e estados e do Conselho Nacional de Saúde, que reafirma a necessidade de convocação imediata da 9ª CNS e de validação das conferências estaduais e municipais, realizadas em 1991. O conselho também aprova documento do “Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde”⁴, que é uma inovação na política de saúde.

A principal questão política e jurídica referente à legislação social, no período, foi a discussão e a aprovação das leis que dizem respeito à Seguridade Social, aprovadas pela Constituição Federal de 1988.

Como foi visto, são promulgadas a Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/90, com vetos de Collor, retomada em alguns pontos pela Lei nº 8.142/90, a Lei nº 8.212, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui o Plano de Custeio, e a Lei nº 8.213, que dispõe sobre os Planos de Benefícios, ambas em 24 de julho de 1991. A Lei Orgânica da Assistência Social, que começou a

tramitar no Congresso Nacional em 1989, tendo sido aprovada nas duas casas do Congresso, foi vetada por Collor em 17 de setembro de 1990, por meio da Mensagem nº 672⁵. No veto, alega que a política de assistência social colocaria em prática a renda mínima. A Constituição Federal garante apenas um salário mínimo mensal para idosos e portadores de deficiência sem meios de se manter e a assistência social a quem dela necessitar (art. 203).

Na área da saúde, a lei implanta o Sistema Único de Saúde e os conselhos nacional, estaduais e municipais, na perspectiva da municipalização e da descentralização. A discussão do projeto de lei sobre a saúde é bastante polêmica, enfrentando-se na Comissão de Seguridade Social as diferentes forças sociais que aglutinam propostas diferentes para o setor: de um lado, os privatistas e, do outro, os que defendem o setor público. Em torno dessas questões, articulam-se representantes de profissionais, hospitais, sindicatos, universidades, setores administrativos dos ministérios, secretários de saúde, lobistas do setor privado.

Carvalho (1995:59) assinala que a burocracia do Inamps é "*radicalmente refratária ao SUS*", evidenciando um conflito ainda latente que havia permeado o grande debate Inamps *versus* Ministério da Saúde, na década anterior, antes assinalado.

Na Lei nº 8.080/90, fica definido que o SUS é constituído pelas ações e serviços prestados por órgãos e instituições federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (art. 4). O parágrafo 2º do artigo 4º diz expressamente que "*a iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar*", conforme disposto no artigo 199 da Constituição Federal, configurando-se a preeminência do setor público e a inclusão apenas complementar do setor privado. No campo de atuação do SUS, estão ainda incluídas as vigilâncias sanitária e epidemiológica, a saúde do trabalhador e a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Collor veta o artigo 11 da lei, que previa, em cada esfera de governo, as conferências e conselhos de saúde e dava ao conselho um caráter deliberativo, alegando que cabe ao Presidente da República criar órgãos da Administração Pública.

Collor veta, também, os artigos referentes ao financiamento da saúde em nível municipal, que possibilitaria os repasses automáticos do Fundo Nacional de Saúde para os municípios e, também, a incorporação do Inamps ao Ministério da

Saúde. Na avaliação de Merhy (1990:8), *“esta mutilação recuperou uma estratégia de organização técnico-assistencial da política de saúde que se baseava na centralização decisória no governo federal, no favorecimento da privatização do setor, com uma visão do setor público sob a forma de uma intervenção de baixo custo, que tenha a extensão de cobertura como sua meta estratégica”*.

O veto mobiliza os setores que defendem a participação da sociedade na questão da saúde, principalmente o movimento sanitário, articulando-se uma plenária das entidades do setor, que conseguem do então ministro da Saúde, Alcení Guerra, um compromisso de envio de um novo projeto de lei que contemple os artigos vetados (Carvalho, 1995:72).

No quadro II-1, a seguir, são apresentados os vetos de Collor e alguns comentários:

Quadro II-1 - Os vetos de Collor na Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/90

Veto	Matéria	Comentário
Artigo 11 e seus §§ e Artigo 42	Estabelece a Conferência e o Conselho de Saúde e detalha sua organização	Recuperado na íntegra na Lei nº 8.142/90
§ 3º do Artigo 26	Correção monetária no atraso da remuneração de serviços	Não foi matéria da Lei nº 8.142/90
Incisos II e III do Artigo 27	Instituição de planos de cargos e salários e carreira para o pessoal do SUS, em cada esfera de governo (II) e piso nacional de salário para cada categoria (III).	Inciso II parcialmente recuperado na Lei nº 8.142/90
Artigo 29	Escolas públicas que formam recursos humanos para a saúde serão subordinadas ao SUS	Não foi matéria da Lei nº 8.142/90
Inciso I e §§ 4º e 6º do Artigo 32	Fontes de recursos para o SUS	Não foi matéria da Lei nº 8.142/90
§§ 2º e 3º do Artigo 33 e §§ 3º, 4º e 7º do Artigo 35	Repasso de recursos	Recuperado parcialmente na Lei nº 8.142/90 – Parte foi matéria de NOBs.
§§ 1º a 4º e 7º do Artigo 39	Estrutura do Ministério da Saúde e incorporação do Inamps e outros órgãos	Recuperado parcialmente na Lei nº 8.689 (27/7/1993) – Matéria de diplomas legais posteriores
Artigo 40	Sucam e Fundação Sesp – Transição das ações para o SUS	Não foi matéria da Lei nº 8.142/90
Artigo 44 e §§	Transferência de servidores ao SUS	Recuperado parcialmente na Lei nº 8.689 (27/7/1993)
Artigos 48 e 49	Recursos do Fundo Nacional de Saúde para os municípios	Matéria posterior de portarias ministeriais
Artigo 51 e §§	Não redução de recursos do SUS pela média quinquenal – Recursos para o SUS de 8% do PIB	Não recuperado
Artigo 53	Encaminhamento ao Congresso Nacional em 6 meses: Plano de Cargos e salários; piso salarial; salário mínimo de profissionais e técnicos; regulamentação de pré-pagamento de serviços; e Código Sanitário Nacional.	Não recuperado

Fonte: Brasil, 1990

Em seguida, o Congresso Nacional passa à discussão e aprovação do projeto que institui os conselhos e prevê as transferências diretas de dinheiro a estados e municípios, promulgando-se a Lei nº 8.142/90.

No governo Collor, durante a gestão do ministro da Saúde Alcení Guerra (15/3/1990 a 23/1/1992), foi aprovada a NOB 91⁶.

Para que ocorresse a transferência automática e direta de recursos de custeio do SUS para os municípios, uma importante medida da NOB 91 foi a exigência de criação dos conselhos e fundos municipais de saúde. A norma exigia, também, a apresentação de plano municipal de saúde aprovado pelo conselho, programação e orçamentação e a apresentação do relatório de gestão local. Finalmente, exigia dos municípios contrapartida de recursos mínimos de 10% do orçamento e elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS). *“A NOB-91 foi editada por três vezes. A primeira, contestada pelos juristas por ter saído pelo Inamps, foi reeditada de imediato após autorização do Ministério da Saúde e, depois de seis meses, revisada. Na seqüência veio a NOB-92. Ambas no governo Collor, com o ministro Alcení e o presidente do Inamps, Ricardo Akel”* (Carvalho, 2001:436).

Nesse período, a atuação do Conselho Nacional de Saúde pautou sua agenda pela implementação da Lei nº 8.080/90 e compartilhou suas atribuições com a constituição das comissões intersetoriais, especiais e técnicas, conforme os artigos 12 e 13 da Lei nº 8.080/90.

Já em 29 de maio de 1991, o CNS havia aprovado o Regimento Interno da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Dedicou-se, também, à aprovação orçamentária, à aprovação de cursos superiores em áreas correlatas à saúde e ao funcionamento do próprio conselho.

Apesar de Alcení Guerra conversar com os movimentos sociais, ele reproduz o modelo de redução do Estado e dos gastos sociais. Com a pretensão de “modernizar” o setor, treina 200.000 servidores, introduz a administração por objetivos e “enxuga a máquina”, demitindo 200 diretores dos 150 hospitais. O ministro critica o absentismo médico de 75% de seu tempo. Mais adiante é envolvido em escândalo na compra de equipamentos para o Ministério da Saúde (mochilas, guarda-chuvas e bicicletas), o que provoca seu afastamento do cargo (Faleiros, 1995). Em seu lugar, assume José Goldenberg (24/1/1992 a 12/2/1992), período em que os mesmos assuntos voltam à agenda, sem acréscimos temáticos.

Na gestão de Adib Jatene (13/2/1992 a 1/10/1992), o CNS solicita ao ministro a apresentação de um modelo de avaliação de desempenho na área da saúde.

O CNS recomenda aos estados a destinação de pelo menos 10% de seus recursos para a saúde, o que é acatado pelo ministro.

Durante o governo Collor, uma série de situações e eventos marcam a crise no setor saúde:

- no início de 1992, o Ministério da Saúde está sem dinheiro para combater o cólera, tendo sido confirmados 2.103 casos em 1991 (Brasil, 2006);
- estados e municípios reivindicam a rolagem de suas dívidas;
- o Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento libera os preços dos seguros de saúde, a partir do dia 1/10/1991, e dos planos de saúde, a partir do dia 1/11/1991;
- o governo anuncia ao mercado segurador sua pretensão de privatizar o seguro de acidentes do trabalho.

No final de 1991, foi criada a Cofins, com alíquota de 2%, que entra em vigor em 1992. A cobrança foi considerada constitucional, por decisão unânime do STF, por não constituir bitributação, como alegavam as empresas. A decisão coloca à disposição do governo entre US\$ 5,5 a US\$ 8 bilhões, depositados em juízo. O governo esperava, para 1993, uma arrecadação da ordem de US\$ 15 bilhões com essa contribuição, mas consegue “apenas” US\$ 9 bilhões⁷.

A implementação do SUS, por sua vez, não foi tranqüila, com afloramento dos conflitos federativos, entre os estados e o governo federal, pelo repasse de verbas e transferência de patrimônio e pessoal, conflitos com os servidores, resistência por parte do funcionalismo em ser transferido para estados e municípios. Por outro lado, há intensas negociações para obtenção de verbas. Estados e prefeituras enfrentam o dilema de administrar hospitais federais, como aconteceu com o Rio de Janeiro, antes mesmo da implantação do SUS. O secretário municipal de saúde, Ronaldo Gazolla, se diz favorável ao SUS, mas declara que “*terá de consultar a população sobre os gastos extras*” e “*a única saída é repassá-los ao IPTU*”⁸. Os médicos e outros servidores da rede estadual fazem reivindicações e greves, por isonomia salarial dos servidores estaduais com os do Inamps.

A disputa por verbas, entre os ministros da Saúde e da Previdência, entre os ministros da Saúde e da Fazenda, entre secretários estaduais e municipais de

saúde e o ministro da Saúde, entre governos estaduais e governo federal, entre secretários municipais e secretários estaduais de saúde, entre governos municipais e governos estaduais, caracteriza a dinâmica institucional de relações no setor. Por outro lado, o usuário sofre, no cotidiano, as conseqüências do sucateamento dos serviços com longas filas, falta de material, pessoal desmotivado, infra-estrutura desgastada, fraudes constantes. Não há como negar a existência de funcionários “missionários” que, apesar das dificuldades, tentam superar os problemas para atender à população.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde

A 9ª Conferência Nacional de Saúde, chamada de “a Nona” pela sua importância na definição de políticas e consolidação do SUS, foi realizada na agonia do governo Collor, em Brasília – DF, em 14 de agosto de 1992, tendo como tema principal “A municipalização é o caminho”.

Essa conferência, com a participação de representantes de mais de 50% dos municípios brasileiros, de 3.000 delegados e 1.500 observadores, veio aprofundar as diretrizes da 8ª CNS, de 1986, reforçando o processo participativo, descentralizado e municipalizado do SUS. Ela foi fundamental tanto para articular as estratégias de ação como para mobilizar os atores envolvidos e a sociedade. Nos dois “Cadernos da 9ª Conferência” (Brasil, 1992) salientam-se os aspectos da crise do financiamento da saúde, ligada à crise fiscal e orçamentária, da gerência, do pessoal assim como dos direitos, da participação e da democratização.

No Relatório Final, a Carta da 9ª CNS decide pelo “Fora Collor”, reafirma o SUS, condena a reforma fiscal da forma como o governo a estava encaminhando e aponta para a construção de estratégias de repasses de verbas aos estados e municípios, com eliminação das transferências negociadas entre União, estados e municípios.

Relativamente ao controle social a Nona enfatiza a democratização, o fortalecimento dos conselhos “*constituídos paritariamente, com poder deliberativo*” (Brasil, 1993a:8), das conferências, das plenárias, dos conselhos de gestores, do Ministério Público, com acesso da população à informação, garantia da transparência e de meios para que os conselhos cumpram as determinações da conferência.

O Relatório Final lembra a preparação da conferência: *“levou quase dois anos, envolvendo centenas de milhares de pessoas e representou a expressão mais fiel da vontade da sociedade brasileira de alcançar melhores condições de saúde e vida”* (*idem ibidem*:13). A conferência simbolizou a aglutinação de um movimento diverso e heterogêneo em torno de objetivos comuns de uma sociedade eticamente estruturada e socialmente justa e equânime.

A crise ética do governo Collor

A crise que se instala no governo Collor se deve ao envolvimento da Presidência da República e da primeira dama, Rosane Malta Collor de Mello, em esquemas sistêmicos de corrupção, articulados pelo tesoureiro de campanha – Paulo César Farias (PC Farias), seja para extorquir verbas de empresários e empreiteiras para os cofres particulares, seja para distribuir favores, cargos e verbas entre parentes e amigos. As denúncias de corrupção por superfaturamento nas superintendências do Amazonas e de São Paulo (fevereiro de 1991) atingem a Legião Brasileira de Assistência – LBA, presidida pela primeira dama, indiciada em setembro de 1992, inclusive com o envolvimento de sua família em Canapi, sertão de Alagoas, no desvio de dinheiro público em proveito próprio.

Outros escândalos envolvem o ministro da Previdência e Assistência Social por receber duplo salário e “comissões”, o ministro da Saúde por compras superfaturadas, a ministra da Economia por ter reformado seu apartamento custeada por PC Farias e o ministro da Ação Social por receber presentes das empreiteiras e financiamentos da Federação Brasileira de Bancos – Febraban para sua campanha.

O governo inteiro parece “podre” diante da opinião pública. Em maio de 1992, o irmão do presidente, Pedro Collor, denuncia um esquema de corrupção comandado por PC Farias e, em junho, o Congresso Nacional instala uma Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI para apurar o envolvimento de Collor com o esquema da corrupção. A CPI descobre o envolvimento de Collor com o esquema PC Farias através de contas fantasmas que implicam a secretária de Collor, Ana Acioli, além de sua mulher, Rosane Collor, e alguns de seus auxiliares. Ana Acioli e uma empresa de PC Farias haviam escapado do bloqueio dos cruzados.

Esse quadro leva ao processo de *impeachment* de Collor. Aprovado o *impeachment*, em 29 de setembro de 1992, na Câmara dos Deputados, por 441 votos a favor e 38 contra, toma posse, na Presidência da República, o vice-Presidente Itamar Franco, em 30 de setembro de 1992.

A conjuntura Itamar Franco

Itamar Franco, vice de Collor, assume a Presidência da República apresentando uma imagem de cidadão comum e “de bem” no exercício da Presidência da República, diferente daquela de seu antecessor.

O maior desafio da economia, no governo Itamar Franco, foi o enfrentamento da inflação, em que Collor fracassara com seus planos autoritários (confisco do dinheiro ao limitar saques etc.). Além disso, enfrentava o combate à corrupção, motivo do impedimento do presidente. A inflação mensal, em 1993, de janeiro a maio, ficou no patamar de 28%, subindo para 35% em outubro, para 37,35% em dezembro, para 39% em fevereiro de 1994 e para 50% em junho seguinte, segundo os índices da Fipe. Em julho, Itamar Franco estabelece o Plano Real, implementado por seu ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso, que reduz a inflação para 6,95% em agosto. A relação entre um projeto econômico e um projeto político para sustentá-lo foi articulada com a candidatura de Fernando Henrique Cardoso à Presidência da República.

Segundo Faleiros (1995), a elaboração do Plano Real, que introduz uma nova moeda, foi um processo arquitetado para se respeitar os contratos e para se conseguir mais ajuste fiscal. A Receita Federal preparou aumento de impostos, que atingiu, principalmente, as classes médias com aumento de alíquotas e a introdução do Imposto sobre Transações Financeiras, também chamado imposto do cheque (IPMF)⁹, que trouxe um aumento de receitas. O governo não conseguiu votar o aumento de imposto para as empresas, por uma significativa falta de quórum no Congresso Nacional. O governo também fez acordo com a bancada ruralista, que representava os interesses de grandes proprietários rurais, mediante subsídios aos agricultores e desconto das dívidas decorrentes do Plano Collor I. A âncora salarial foi a estratégia para segurar a inflação nesse primeiro

momento. Em setembro de 1993, o salário mínimo foi reajustado em 8%. O poder de compra das classes médias diminuiu, as mensalidades, os planos de saúde e os aluguéis subiram mais que a inflação.

Os preços, no entanto, não sofreram controle por parte do Estado. Antes da URV¹⁰, os planos de saúde reajustavam constantemente as tabelas de preços, com correção mensal pela inflação, enquanto nem todos os trabalhadores contavam com reposição mensal dos salários. A conversão dos planos de saúde para a URV foi totalmente liberada pelo governo. Os médicos, por sua vez, pleiteiam um reajuste de seus honorários, diante do coeficiente fixado pelas empresas e, por meio de suas entidades (AMB, CFM, FNM), ameaçam o Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde – Ciefas¹¹ (chamado pelos médicos de cartel) de suspensão do atendimento. O conflito entre médicos e grupos de prestação de serviços afeta os usuários.

Mantém-se a abertura comercial para conter o aumento de preços, com um festival de importações e, ao mesmo tempo, juros estratosféricos para conter o consumo e a expansão da economia. O governo Itamar Franco, no entanto, encaminha algumas medidas referentes à seguridade social, tais como a implantação do Conselho Nacional de Seguridade Social e a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social, anteriormente vetada por Collor.

Na esfera política, Itamar enfrenta também a Revisão Constitucional, prevista na Constituição Federal de 1988. Marcada para 1993, a revisão se inviabiliza nas disputas por seu controle, na oposição a seu funcionamento, no receio de desgaste eleitoral e na prática da falta de quórum no Congresso Nacional. A par disso, não houve empenho do governo Itamar para o seu efetivo encaminhamento (Faleiros, 1995).

Embora tenha freado a crise ética e contido a inflação, as três crises estruturais que marcaram o governo Collor continuam presentes: a crise do pacto federativo, a crise de reestruturação da gestão das políticas sociais, em especial da saúde, e a crise financeira. A primeira se expressa, por exemplo, no processo de implementação da isonomia normativa na criação de conselhos de saúde. Alguns reflexos desta crise: o governo estadual do Rio de Janeiro, por não haver criado o conselho estadual de saúde, deixa de receber verbas para pagar os serviços da rede pública e conveniada; o secretário substituto de saúde do Rio

Grande do Sul afirma que a maioria dos municípios gaúchos está preparada para responder à extinção do Inamps; por sua vez, para o secretário de saúde do Maranhão seria preciso organizar uma estrutura financeira para tal.

A crise de gestão se manifesta na transferência e alocação de servidores, nas demandas de salários, na capacitação. De todo modo, os funcionários do Inamps não perderiam suas condições ou vantagens ao serem transferidos para estados ou municípios, o que foi duramente negociado na discussão da lei de extinção do órgão. Há greves nos setores de saúde em nível estadual e municipal, e mesmo de todo o funcionalismo estadual, a exemplo de Minas Gerais, para reposição salarial diante da inflação galopante. Outras greves são para recebimento de pagamentos atrasados, como acontece em alguns hospitais. As greves do funcionalismo visam conter o grande arrocho salarial e conquistar a isonomia salarial entre os três poderes.

A crise financeira do setor de saúde se agrava com o corte do repasse de recursos da previdência social para a saúde, determinado pelo, então ministro da Previdência, Antônio Britto. Segundo o deputado José Serra, foi um erro grave a não-transferência dos recursos da seguridade para a saúde, constatando que a participação das despesas do Inamps, no total de despesas da previdência, fora de apenas 15%, em 1992, contra 28%, em 1991 e 21%, em 1990; porém os gastos federais em saúde haviam diminuído de US\$ 8,494 bilhões, em 1990, para US\$ 5,413 bilhões, em 1992. Esse corte de repasse leva o então ministro da Saúde, Adib Jatene, à proposta da CPMF⁹, colocando na agenda pública, de forma contundente, a questão do financiamento da saúde (Singer *et al*, 2002).

O bloco neoliberal se rearticula para as eleições de 1994, com a aliança do PFL com o PSDB, que pretende retomar as propostas de reforma constitucional de Fernando Collor de Mello, que não haviam ido adiante, como os encaminhamentos dados pelo bloco na Revisão Constitucional. Na área da saúde, a Federação Brasileira de Hospitais continua pressionando para o pagamento das dívidas, defendendo a privatização dos serviços de saúde.

A relação de Itamar Franco com os partidos e o Congresso Nacional é menos tumultuada que a de Collor, uma vez que a composição de seu ministério foi bastante abrangente, tentando obter um amplo apoio a seu governo, que incluía partidos da esquerda à direita. Itamar, de certo modo, repetiu a formação

da aliança que apoiou Tancredo Neves e incluiu em seu ministério vários amigos de sua terra natal, apelidados de “Turma de Juiz de Fora”.

Faleiros (1995) assinala que, ao mesmo tempo em que tenta articular as forças políticas no parlamento, Itamar Franco tenta manter uma relação populista com as massas, com atos de *marketing* político, paralelos aos encaminhamentos de medidas ao Congresso Nacional. Por exemplo, manda suspender aposentadorias elevadas dos “marajás da Previdência”, declarando aberta “a temporada de caça”, tentando reavivar a imagem de “caçador de marajás”, *leitmotiv* de sua campanha eleitoral conjuntamente com Collor. Também, recua no envio de um “emendação” à Constituição Federal, incluindo a Reforma da Previdência, em função das reações contrárias. O governo Itamar Franco, no entanto, diminui o ritmo das privatizações e o “furor” neoliberal de Collor, reduzindo o ritmo do desmonte do Estado na área social, embora as privatizações de empresas estatais fossem mantidas como meta.

A Comissão Interministerial dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Previdência Social¹², em 1993, apresenta uma rearticulação de responsabilidades desses órgãos sob a ótica do direito do cidadão. No Ministério do Trabalho as ações são voltadas para a prevenção, a fiscalização, a vigilância, a informação e o controle, com propostas para taxação dos riscos e multa aos infratores relativamente às condições de trabalho. Na Previdência, há revisão dos auxílios-doença, apesar de se constatar que, dos 885 postos de benefícios do INSS existentes, 400 não possuem peritos médicos em quantidade suficiente para atender aos segurados¹³.

No governo Itamar, assume o Ministério da Saúde, no período de 8/10/1992 a 18/8/1993, o parlamentar Jamil Haddad, que empreende uma guerra contra os preços dos remédios e, conseqüentemente, contra os laboratórios. O ministro apóia as discussões nos Conselhos Nacionais de Saúde e de Seguridade, mas não consegue impedir o desgaste do setor pela falta de verbas. Seu substituto, Henrique Santillo (30/8/1993 a 31/12/1994), fala do solapamento do SUS por “grupos bilionários” que exploram a medicina de forma mercantil, fazem propaganda da falência do setor público, por meio de manipulação da mídia, e se manifestam contrários às auditorias e informatização das contas, que visam impedir o estoque indevido de Autorização de Internação Hospitalar – AIH por

secretarias estaduais e municipais, usadas depois como moeda de troca em épocas eleitorais. Propõe o programa Saúde da Família e estimula a municipalização da saúde, assinalando que 1.400 municípios já têm condições de gerenciamento local, sugerindo a transferência de recursos diretamente aos municípios, seguindo as orientações do Conselho Nacional de Saúde.

O governo encaminha a extinção do Inamps (Lei nº 8.689, de 27/7/1993), com a transferência das ações de saúde para estados e municípios, o que é aprovado na Comissão de Seguridade Social por acordo entre os partidos, sem que fossem demitidos os 96.000 funcionários do órgão, e com a criação de um Sistema Nacional de Auditoria. O plenário da Câmara dos Deputados aprova o projeto em 16/6/2003, abrindo espaço para a municipalização do sistema de saúde. Ao mesmo tempo cria-se maior interferência dos serviços privados de saúde junto aos prefeitos e maior peso dessas autoridades na definição de políticas de saúde, embora com a forte presença de conselhos na área. Os parlamentares consolidam a Frente Nacional da Saúde e o governo transfere verbas do Fundo de Amparo ao Trabalhador para pagar hospitais.

Os gastos da saúde estavam sob suspeita de corrupção, e uma CPI foi instalada com a incumbência de apurar as inúmeras irregularidades no Inamps, em 7/6/1994, tendo como relator o deputado Jackson Pereira (PSDB/CE). O relatório da CPI leva em conta os dados do Tribunal de Contas da União – TCU, de dezembro de 1993, constatando empréstimos indevidos no Amapá, falta de licitação em Penedo/AL, superfaturamento de obras em algumas municipalidades da Bahia, obra paralisada com pagamentos antecipados em Camapuã/MS, uso de recursos ambulatoriais para aquisição de veículos em Minas Gerais, diferença de faturamento em Nova Iguaçu/RJ. O TCU recebeu, ainda, outras denúncias de irregularidades de execução de convênios, desvio de recursos, cobranças indevidas, pagamentos indevidos, desvio e desaparecimento de material. O relatório ressalta, também, que houve redução do número de leitos por mil habitantes, de 4,13, em 1976, para 3,73, em 1990 e, na rede pública, passou de 1,11 para 0,87, no mesmo período. O relatório da CPI traz, adicionalmente, os dados da auditoria do Inamps numa amostragem sobre 1.000 hospitais, constatando o sucateamento dos mesmos, desde a falta de higiene até a desqualificação e inadequação ou falta de recursos.

O Fundo Social de Emergência¹⁴, com vigência em 1994 e 1995, destinou à saúde apenas 2,1 bilhões de reais em 1994. Se, por um lado, há consenso no Congresso Nacional no encaminhamento de apuração de fraudes, há, por outro, grandes disputas entre várias propostas de redução ou ampliação e manutenção das políticas sociais do Estado brasileiro, confrontando-se, em termos mais gerais, a visão neoliberal de redução do Estado e de privilegiamento do setor privado com a visão de defesa dos direitos sociais do cidadão.

Em 1993, segundo dados da pesquisa de avaliação dos conselhos de saúde, citada por Carvalho (1995), já estavam cadastrados o Conselho Nacional de Saúde, 27 conselhos estaduais e 2.108 conselhos municipais, representando cerca de 42% dos municípios brasileiros (total de municípios: 4.973). Nos conselhos municipais, 49% dos representantes são usuários, proporção que se reduz a 46% nos conselhos estaduais e a 48% no conselho nacional. Ainda, segundo Carvalho, em 1993, os conselhos se firmam como instâncias políticas identificadas com a defesa do SUS.

Entre as diversas deliberações do Conselho Nacional de Saúde¹⁵, durante o governo Itamar Franco, destacam-se: a aprovação da “Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes”; a aprovação do documento “Recomendações para a constituição e estruturação dos conselhos estaduais e municipais de saúde”; e a aprovação do parecer sobre o documento “Municipalização: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, que deu origem à NOB 93.

No período, o CNS instituiu a Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher; a Mesa Nacional de Negociação entre empregadores públicos e empregados de SUS, com 11 representantes de cada lado, e constituiu, no seu âmbito, a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica.

Recomendou, ainda, ao ministro da Saúde a convocação da II Conferência Nacional de Saúde Bucal e da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador; fixou em 11 efetivos e respectivos suplentes os membros das comissões intersetoriais, indicados pelo próprio conselho; aprovou a norma que acaba com a obrigatoriedade do exame clínico do escolar no início do ano letivo; e indicou a eliminação do termo “paramédico” dos documentos oficiais, substituindo-o por “profissional de saúde”.

Em relação às questões orçamentárias, fiscais e de controle, o CNS exigiu dos estados a comprovação da existência dos conselhos e dos fundos estaduais,

estabelecendo uma série de medidas punitivas aos que deixarem de cumprir, no todo ou em parte, as determinações relativas ao seu funcionamento, como condição para o recebimento de recursos SUS; apoiou a Emenda Constitucional de garantia ao SUS de 10% da receita fiscal das três esferas de governo e 30% de todas as receitas da seguridade social; solicitou à Seplan, ao Tesouro Nacional, ao Banco Central e ao INSS relatórios mensais de execução orçamentário-financeira; aprovou alterações nas tabelas do SIH/SUS e do SIA/SUS, conforme proposta apresentada pela SAS/MS; adotou uma série de medidas destinadas a garantir a realização da Pesquisa sobre o Orçamento Público em Saúde – Pops – ao longo de 1994; solicitou o encaminhamento de pedido de informações a vários órgãos federais sobre o montante de recursos depositados em juízo relativos ao Finsocial e ao Cofins, dada a aprovação pelo Supremo Tribunal Federal – STF de sua constitucionalidade.

Ainda, no período, foi instituído o Siops – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde¹⁶. Seu objetivo é a coleta e a sistematização de informações sobre as receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo. Sua implantação teve origem no Conselho Nacional de Saúde, em 1993, sendo considerado relevante pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, quando da instalação dos Inquéritos Cíveis Públicos nos 001/94 e 002/94 sobre o Funcionamento e Financiamento do SUS. No capítulo III será enfocada mais detalhadamente sua criação.

A NOB 93

No governo Itamar Franco, foi editada a NOB 93 – Norma Operacional Básica 01 93, estabelecida pela Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993, pelo então ministro da Saúde, Jamil Haddad. Esta Norma estabelece os parâmetros para garantia da descentralização do sistema de saúde e as responsabilidades e critérios de financiamento das ações de saúde no âmbito federal, estadual e municipal. Define as formas de gestão do sistema pelas Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites. A primeira, de âmbito nacional, integra representantes do Ministério da Saúde, do Conass e do Conasems, “*tendo por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do*

SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde” (Brasil, 1993b:6962).

A Comissão Intergestores Bipartite – CIB, integrada paritariamente por dirigentes das secretarias estaduais de saúde e de representação dos secretários municipais de saúde também deve *“submeter-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Estadual de Saúde”* (Brasil, 1993b:6962).

A NOB 93 assinala, claramente, que a descentralização *“deve ser entendida como um processo de redistribuição do poder, redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas e controle social”* (Brasil, 1993b:6962).

Fica claro que o Sistema Único de Saúde é um novo modelo institucional de pactuação federativa, com um ator central que se torna o eixo de deliberação e de fiscalização – os conselhos de saúde.

Os conselhos se consolidam em seu papel institucional de nova política de saúde, considerando o processo dinâmico de articulação entre os gestores das três esferas, os mecanismos de financiamento e o controle social, com uma normatização que garanta os poderes dos órgãos paritários.

A NOB 93 define os tipos de gestão municipal da saúde como incipiente, parcial e semiplena, exigindo a existência de um conselho municipal de saúde com comprovação semestral de seu funcionamento, com as atas de suas reuniões. A existência de conselhos e seu funcionamento é o requisito, junto com os critérios de distribuição do financiamento, para que o município possa participar da alocação de verbas. Por este meio é que se pode verificar o poder dos conselhos de impor novas práticas que vão de encontro ao clientelismo, ao nepotismo e aos arranjos da troca de favores e apoios entre os governantes. É uma mudança radical que atinge as formas patrimonialistas de se gerir a coisa pública. A NOB 93, como foi assinalado anteriormente, baseia-se no documento *“Descentralização de ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”*, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 15 de abril de 1993.

O retrospecto do governo Itamar Franco mostra o fortalecimento do SUS enquanto modelo instituído, construído nos embates da extinção do Inamps, da nova pactuação federativa no setor, da crise financeira da saúde e da crise fiscal do Estado.

Participação e institucionalização – os embates na visão de alguns dos seus personagens históricos

Os depoimentos das pessoas entrevistadas mostram a tensa relação entre o processo de institucionalização e o processo instituinte, no governo Collor, podendo-se salientar que, mesmo no contexto de um modelo autoritário de gestão e de economia neoliberal, o movimento sanitário conseguiu acumular forças para negociar os avanços no SUS, no sentido de garantir a participação popular (Lei nº 8.142/90), revertendo uma decisão do próprio Presidente da República.

Isto se deveu à mobilização articulada da sociedade, da academia, de entidades de secretários de saúde, do poder legislativo e dos setores organizados da sociedade, entre outros que tiveram um lócus privilegiado de agregação – a Plenária Nacional de Saúde – com um objetivo e um projeto político construído ao longo de vários anos com persistência e profundidade. O movimento aprendeu a trabalhar tanto no espaço instituído como no instituinte e esteve presente no Conselho Nacional de Saúde, nas galerias do Congresso Nacional, nos congressos e nas conferências de saúde.

Conforme os depoimentos, há constatação de avanços no âmbito da saúde e da participação popular no governo Itamar Franco, sobretudo pela abertura de interlocução, no Ministério da Saúde, entre governo e movimento social.

No governo Collor, a pujança da 9ª CNS expõe a fragilidade de um presidente corroído pelas denúncias de corrupção e pressionado pela mobilização das ruas. A análise de conteúdo das entrevistas evidencia como temas: os embates com o governo Collor relativos, principalmente, à Lei Orgânica da Saúde, com os vetos presidenciais, à vitória da promulgação da Lei nº 8.142/90, à realização da 9ª CNS, à questão do financiamento da saúde. No governo Itamar, destaca-se a extinção do Inamps e a NOB 93.

A conjuntura Collor

A Lei Orgânica da Saúde, os vetos do Collor e a Lei nº 8.142/90

Os entrevistados vêem o governo Collor como um retrocesso na área social, como um risco para os avanços no movimento instituinte e nos espaços instituí-

dos da participação, conforme a expressão de **Swedenberger Barbosa**: “*após ter-se definido a saúde como direito, passou-se a empurrá-la com a barriga*”.

Ou, ainda, como no dizer de **Noronha**: “*Aí vem o Collor e o efeito é dani-nho, quer dizer, onde nós tínhamos alguma base participacionista, que foi na saúde, a gente consegue sobreviver*”.

Nelsão, do mesmo modo, contextualiza:

Já nos anos 1990, quando o Estado democrático recuou por uma outra ditadura, não mais militar, mas uma ditadura ideológica do neoliberalismo globalizante, onde surgiu uma nova divindade na sociedade – o deus mercado – várias conseqüências, vários recuos e retrocessos graves aconteceram na sociedade e no Estado brasileiro. Tudo o que se tinha avançado na Constituição Federal foi objeto de retrocesso, a partir dos anos 1990, e o próprio movimento sindical não escapou desse retrocesso. O movimento sindical ficou muito mais corporativo, porque tentou salvar a assistência à saúde em outros sistemas, só para os sindicalizados. Não estou culpando o movimento sindical, porque o conjunto da sociedade foi retrocedendo nos anos 1990.

Vladimir Dantas destaca que o movimento lutava para que Collor não reduzisse o orçamento da saúde e não colocasse nenhum grupo reacionário que fechasse as portas: “[...] *era uma luta de resistência, embora qualquer governo tenda a se fechar ao movimento social, mesmo sendo um governo popular*”.

Nessa conjuntura, o início do governo foi palco do embate para a regulamentação do capítulo da saúde na Constituição Federal. **Arlindo** reforça o papel da Plenária Nacional de Saúde, nesse período: “*Era um espaço de articulação. A Plenária trabalhou no governo Collor, em 1990, quando houve a tentativa de desfazer as resoluções da conferência, da comissão e também da nova Constituição Federal*”.

Jandira Feghali reforça esse ponto de vista, revelando seu olhar sobre o instituído no movimento, pois Collor tenta desinstitucionalizar o SUS pela sua desconstitucionalização, o que significaria perda de direitos e favorecimento do setor privado. A entrevistada diz:

A Constituição Federal foi promulgada em outubro de 1988 e, em 1989, houve a eleição presidencial, em que a sociedade inteira entrou de cabeça na disputa Lula-Collor, infelizmente com a vitória do Collor. E não demorou muito, ou seja, um ano depois da Constituinte, já houve a tentativa de desconstitucionalizar o SUS, transformá-lo em lei infraconstitucional. Então, nesse período a primeira tarefa foi construir e aprovar o texto da lei ordinária e tentar mantê-lo que, aliás, é um pouco do que a gente fez nessa última década: tentar mantê-lo, porque as tentativas de desmontar o texto constitucional e a Lei nº 8.080/90 foram enormes.

Segundo **Nelsão**, esse comportamento do governo tinha sua razão de ser.

Os anos 1980 foram anos dourados nesse sentido das grandes lutas democráticas na área da saúde, a ponto dos setores conservadores da sociedade se assustarem com a Constituição Federal na seção da saúde, tanto que pressionaram o presidente da República – José Sarney – em 1989, para que ele não mandasse o projeto de Lei Orgânica da Saúde para o Congresso Nacional, conforme estava previsto na Constituição Federal. O projeto de lei que regulamentaria a seção saúde para tornar realidade o SUS, passados o 7º, o 8º mês, não foi mandado pelo presidente e aí o deputado federal Raimundo Bezerra, que já estava engajado no movimento da Reforma Sanitária e era o presidente da comissão de saúde, convocou o Simpósio Nacional de Saúde em 1989, onde novamente centenas e centenas de pessoas do movimento da Reforma Sanitária foram para os corredores da Câmara dos Deputados.

Nelsão reitera que esse simpósio foi fundamental naquele momento: *“Foi um simpósio riquíssimo porque o movimento já estava mais maduro, já tinha discutido, já tinha conseguido a aprovação na Constituição Federal e aí o relatório do Simpósio de 1989 quase que também é a cópia carbônica do que viria a ser a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990”*.

Segundo **Jocelio**, a Plenária Nacional de Saúde também teve papel estratégico nesse momento.

[...] na formulação da Lei Orgânica da Saúde, referências importantes eram o deputado Eduardo Jorge, a deputada baiana Abigail Feitosa, a Jacinta Silva que era uma pessoa chave dentro da Plenária. Como representante da Plenária Nacional de Saúde, na qual eu estava, fomos conversar com o Alcení Guerra e com o secretário-executivo do Conselho Nacional de Saúde, o José Cândido, e nós falamos do consenso entre os partidos para a formulação da Lei Orgânica, a partir do trabalho da Plenária. Conseguimos do Alcení Guerra o compromisso de não alterar aquilo que fosse aprovado no Congresso Nacional, até porque como parlamentar ele também tinha se comprometido com a lei. Falando em nome do governo Collor, Alcení Guerra disse que nada seria vetado.

No entanto, **Jocelio** assinala que houve uma traição de Collor quanto ao acordo feito com o movimento sanitário.

Quando a Lei Orgânica da Saúde foi para o Congresso Nacional, circulou a notícia de que o Collor iria vetar toda a parte relativa ao controle social e outros aspectos sobre financiamento. Como representante da CUT, a questão do controle social era a que mais me chamava a atenção. Voltamos ao José Cândido, com um grupo da Plenária – a Jacinta, a Samara, a Angélica Gomes, o Eleutério, dizendo que havia o compromisso do Ministro em nome do governo de que nada seria vetado e vários artigos

foram vetados. Dissemos que eles romperam o compromisso com a gente. E, assim, conseguimos arrancar o compromisso de formatação do que seria o Conselho Nacional de Saúde, por meio do Decreto nº 99.438/90¹⁷ e do que seria a Lei nº 8.142/90, que resgatou a questão dos conselhos de saúde, sua composição paritária e o seu caráter deliberativo.

Jacinta, assinalando a capacidade de negociação da Plenária, recupera o episódio: “[...] *mesmo antes de saírem as leis nº 8.080/90 e 8.142/90, o Conselho Nacional de Saúde foi instalado. Por atuação da Plenária, saiu o Decreto nº 99.438/90, em agosto de 1990, portanto antes da Lei Orgânica da Saúde, instituindo o Conselho Nacional, porque nós atuamos no Congresso Nacional e internamente no Ministério da Saúde, com o Alcení Guerra, ministro à época*”.

Eri Medeiros, à época presidente do Conasems, observa que a entidade teve um papel importante e deixa claro as diversas faces da mobilização no conjunto do movimento sanitário na pressão sobre Collor.

O ministro Alcení Guerra fez uma reunião no seu gabinete, chamou várias entidades da Plenária, entre elas o Conasems. Eu estava presente junto com o Eleutério e outras pessoas, e ele nos comunicou, oficialmente, que o presidente Collor vetaria todos os artigos relativos à descentralização, ao controle social e aos repasses inter-governamentais. Foi uma reunião tensa e difícil com o ministro, mas, ao mesmo tempo em que todo mundo ficou muito danado, fizemos a nossa crítica e também dissemos que o Conasems agradecia por ser chamado com antecedência para discutir um assunto em que seria tomada uma decisão tão importante. Nessa reunião não havia parlamentares, apenas entidades. Isso foi no final de agosto, início de setembro de 1990, e logo em seguida a Lei Orgânica é promulgada, no dia 19 de setembro.

Após a promulgação da lei, com os vetos, a mobilização foi rápida e intensa.

Eri Medeiros prossegue seu relato:

O Conasems tinha feito um trabalho, a bandeira tinha sido a participação social, nós estávamos mais organizados e já tínhamos uma representação nacional nesse processo. Tínhamos gente de todo o país conosco, tínhamos vida própria e com poder de fogo importante e reconhecido pelo governo. Nesse meio tempo nós lançamos um jornal do Conasems, com mais de 100 mil exemplares. Colocamos na capa e largamos para o país todo falando que nós topávamos a briga e faríamos a derrubada dos vetos do Presidente. Com isso, o Alcení Guerra me chamou, querendo fazer uma recomposição e dizendo que não valia a pena a gente criar esse confronto lá na Câmara dos Deputados, e propunha que a gente fizesse uma nova proposta, trabalhando uma nova linha que recuperasse isso.

Eri Medeiros continua, percorrendo sobre o processo: *“No início de novembro, no feriado de finados, no Hotel Fenícia, o Conasems coordenou um trabalho de entidades, em nível nacional, para fazer uma nova proposta do que é hoje a Lei nº 8.142/90. Teve outros atores, mas nós jogamos pesado [...] o ministro achou que a gente ia derrubar os vetos”*.

Jacinta rememora, também, esse encontro e alguns de seus participantes

Fizemos uma reunião com os deputados – Arouca, Eduardo Jorge, Raimundo Bezerra, Mosconi, Abigail Feitosa – e entidades – o Conasems, representado pelo Eri Medeiros, o Cebes, a Abrasco, o Guedes [José], o Arlindo Fábio, o Eleutério, a Samara, a Luiza [Jaeger], o Costa [Francisco] e o Márcio Almeida. Todas essas pessoas e outras, que não me ocorrem, participaram dessa reunião e, ao final da tarde, nós já tínhamos um esboço do que hoje é a Lei nº 8.142/90, pronta, recuperando o que o Collor havia vetado. Os parlamentares que participaram do processo encaminharam a lei, creio que no dia 16 de novembro, e no dia 28 de dezembro do mesmo ano [1990] a lei estava promulgada. Isso demonstra a força do movimento social, dentro e fora do Congresso Nacional.

Jocelio reitera que a Lei nº 8.142/90 teve uma importante participação da Plenária e, de algum modo, membros do governo foram receptivos.

[...] mas o importante é que a Lei nº 8.142/90, essa sim, foi escrita por esses membros da Plenária que voltaram ao Ministério da Saúde pedindo o seu rápido envio ao Congresso Nacional para que, com a sua aprovação, resolvesse essa questão dos vetos. Por alguma razão, nesse momento, o Ministério da Saúde foi muito aberto, atendia e recebia a gente muito bem. Lembro até que compôs, na questão dos recursos humanos, uma comissão que elaboraria a reforma da carreira dentro do setor saúde. Então, foi um começo de governo promissor na área de saúde. Por trás disso estavam roubando um monte de coisas e tudo aquilo que a gente ficou sabendo depois. Mas, do ponto de vista do diálogo, nós que tínhamos perdido a eleição, porque apoiamos o Lula, nos surpreendemos com a receptividade do Alcení e do Cândido a algumas idéias nossas.

Guedes, à época, como presidente da Abrasco, destaca a importância do movimento sanitário para restabelecer o processo participativo, após o veto de Collor: *“Em 1990-1991, eu ocupo a vaga do CNPq no Conselho Nacional de Saúde. Nesse período, ocorre a promulgação da Lei Orgânica da Saúde e, com os vetos do Fernando Collor, o movimento sanitário articula a pressão para criar a Lei nº 8.142/90, restabelecendo vários dos artigos vetados”*.

Continuando seu relato acerca do processo, **Eri Medeiros** destaca tanto a pressão quanto a negociação, naquele período.

Um aspecto importante é que nos dias 8, 9 e 10 de dezembro de 1990, na nossa Plenária [do Conasems], como eu era candidato à reeleição e na minha plataforma estava que nós íamos fazer a mudança nessa lei e que nós tínhamos o suporte para fazer, nós fizemos a leitura já da Lei nº 8.142/90 na íntegra, antes dela ser promulgada, pois o ministro, naquele dia, manda a lei para nós e para o Collor. Então, nós temos esse documento publicado no nosso jornal do dia 10 de dezembro – a Lei nº 8.142/90, promulgada no dia 28 de dezembro daquele ano.

Eri Medeiros revela os diálogos de bastidores com o relator da lei:

Nós fomos bem corporativos na nossa participação, porque na negociação dessa lei com o próprio Geraldo Alckmin, eu coloco o nome do Conasems na lei. Lá está escrito que nós somos membros natos do Conselho Nacional de Saúde. O Alckmin perguntava se tinha algum problema de deixar o nome de fora e eu perguntava se tinha algum problema de deixar “de dentro”. Como ele disse que não, está lá na lei. Conass e Conasems fazem parte da Lei nº 8.142/90, não como convidados, mas como partes integrantes.

Para **Eduardo Jorge**, um dos condicionantes da vitória foi vincular o deputado à sua base de apoio/pressão: *“Os deputados que eram contra eram ‘buscados’, para que a Plenária pudesse, ao mesmo tempo, adicionar um elemento de pressão efetiva, para o deputado saber que na base dele tinha gente articulada, gente preparada, gente com argumentação capaz de criticá-lo”*. Continua **Eduardo Jorge**, reiterando a dinâmica do processo:

O deputado não tem medo de manifestação genérica, se a base dele lá de Pernambuco, da Paraíba, do Amapá, não é muito afetada. Ele é imune, resistente à pressão desse tipo, salvo a movimentos muito grandes como o Diretas Já, o *impeachment*, que aí vira uma coisa em que ninguém está a salvo da pressão. Daí, vários deputados não são afetados diretamente, são resistentes a esse tipo de pressão. Mas, quando o deputado federal, por exemplo, lá do Ceará, recebia a visita do deputado estadual, do vereador, dos secretários municipais de saúde do interior do Ceará, ele prestava atenção na coisa, porque sabia que isso tinha repercussão na sua cidade, na sua base. Então, esse elemento qualitativo do movimento foi importante porque serviu para diminuir as resistências, amenizar a oposição que a gente tinha no setor.

Samara faz uma análise um tanto diversa, considerando que já havia uma certa desmobilização na negociação da Lei nº 8.142/90 que tem origem numa

onda de revisão do papel do Estado: *“A Plenária foi bem atuante na discussão da lei orgânica, mas, se a Constituição Federal diz que a saúde é direito de todos e dever do Estado, já na lei orgânica isso é relativizado, com a ampliação de deveres da família, etc. Essa ampliação já prenuncia uma certa flexibilização do dever do Estado. De alguma forma ela tira força e na discussão da Constituinte já se via essa coisa de se responsabilizar também as pessoas etc”*.

Nesta linha, **Samara** continua:

[...] o movimento já estava meio cansado, e eu acho que essa onda já começava a afetar, tanto que quando houve os vetos do Fernando Collor de Mello à Lei Orgânica da Saúde, a participação da Plenária já não era tanta. A renegociação que depois redundou na Lei nº 8.142/90 foi uma movimentação mais de bastidores com o relator Geraldo Alckmin, menos participativa. A Constituição Federal é concisa e lembro que nos debates da lei orgânica a gente já tinha uma certa apreensão com essa onda do liberalismo econômico. E o movimento arrefecia um pouco.

Vê-se que a pressão do movimento sobre o governo Collor, para efetivar as conquistas dos anos anteriores, utilizava-se de variáveis de sua composição, tais como o Conasems, o espaço instituído do Conselho Nacional de Saúde, a aliança com o poder legislativo e o espaço instituinte da Plenária Nacional de Saúde, que confluem em diversas mobilizações, em momentos distintos, para chegar ao objetivo comum. Mesmo que, aparentemente, demonstrando um certo “arrefecimento” foi possível reconquistar, pela via da pressão social, pontos importantes do veto governamental. Demonstração inequívoca de afirmação de princípios e capacidade de luta, pode-se considerar esse fato como uma herança da competência do movimento sanitário em sua atuação naqueles anos.

Elizabeth Barros sintetiza bem esse momento

de reação articulada da Plenária que se deu em relação aos vetos do Collor à Lei Orgânica da Saúde. A Plenária era isso: poder constituir agendas comuns das diferentes entidades, superar a fragmentação de interesses. Em alguns momentos, ela conseguia produzir processos de discussão que acabavam fazendo com que todos chegassem a uma conclusão a respeito de um determinado tema. E isso foi fundamental naquele momento. Essa foi a grande contribuição da Plenária Nacional de Saúde.

Para **Jocelio** esse período foi culminante para o movimento sanitário: *“Em termos de resgate histórico da participação do movimento eu destacaria a histó-*

ria da Lei nº 8.142/90. Foi o que nós conseguimos de melhor até hoje. Se pensarmos bem, foi o que salvou a pátria em tudo o que se diz de controle social, numa 'cochilada' do governo, num momento em que o Alcení Guerra estava aberto à discussão".

A conjuntura Collor A 9ª Conferência Nacional de Saúde

A realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde foi, também, um momento pleno de idas e vindas e de articulações do movimento. Alguns dos entrevistados se reportam ao fato. **Eri Medeiros** aponta a necessidade de oficializar a questão da municipalização, dentro da proposta da 9ª CNS.

Em fevereiro de 1990, no final do governo Sarney, nós conseguimos uma entrevista com o Presidente da República e chamamos a 9ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema do nosso movimento "Municipalização é o Caminho". O Sarney, antes de sair em março, chama a conferência, aí entra o Collor e nós ficamos cercando o ministério com as nossas teses, de que nós deveríamos ter uma conferência que debatesse o processo da descentralização, o que era fundamental.

Para articular os diferentes atores num movimento comum, a Plenária continua como fórum privilegiado. Segundo **Jocelio**,

nesse período, a Plenária Nacional de Saúde ainda era a principal referência de participação dos diversos segmentos, até o Conselho Nacional de Saúde se consolidar. Quando o conselho se consolida, se legitima, viabiliza a 9ª Conferência, aí começa a seguinte discussão: se existe o conselho nacional e se devem existir os conselhos estaduais, se a Lei nº 8.142/90 garante que para o repasse de verbas tinha que ter conselho, e isso foi absolutamente chave nessa questão, começa a criação dos conselhos municipais e estaduais. A partir da Lei nº 8.142/90, deslança-se a questão do controle social no Brasil como um todo, pela subordinação do repasse de verba à existência de conselhos constituídos.

Elizabeth Barros mostra a necessidade de interlocução para mediar pontos de vista e viabilização das decisões.

Em 1991, quando o debate sobre a 9ª CNS, e a tentativa de não executá-la, havia sido iniciado, eu entrei para a comissão da Plenária de Saúde e comecei a trabalhar ao lado da Jacinta, da Cláudia Spinola, do Arlindo Fábio e do Raimundo Bezerra, fazendo a ponte entre a Plenária e os movimentos sociais de forma a ganhar sustentabilidade e viabilidade. Uma

das estratégias era a articulação entre mobilização e organização tanto para se ter a participação como para ter o financiamento, dois eixos do movimento: era um grupo que se misturava com a atuação da Plenária e com a sua organização. Quando se sentiu que a 9ª CNS estava ameaçada, o grupo se mobilizou fortemente para garantir a sua realização. Assim, nesse período, talvez o grande trabalho tenha sido garantir a realização da Nona.

Elizabeth Barros continua enfocando as dificuldades no governo Collor para a realização da conferência.

No governo Collor, havia um certo clima de dificuldade em se lidar com os movimentos sociais, com qualquer idéia de controle social. Acho que não havia por parte do ministro Alcení Guerra nenhuma especial simpatia pela conferência. Tanto que a gente só conseguiu ter certeza de que a conferência iria se realizar quando o ministro Adib Jatene a assume e banca a sua realização, em 1992. Até aquele momento, por conta da pressão, eles admitiam a realização, mas nada definiam sobre seu financiamento. Havia uma série de dificuldades subjetivas que nos deixavam em dúvida a respeito da possibilidade de realmente realizá-la. Mas acabou acontecendo.

Eri Medeiros arremata, salientando o papel da articulação para chegar, a partir da 9ª CNS, ao objetivo maior do Conasems naquele momento.

Um aspecto importante, nesse período, é que a gente sempre trabalhou as idéias não só na nossa linha do gestor, pois estavam lá as várias entidades do país, o Conselho Federal de Medicina, a Contag, a CUT, a área de medicina privada, os movimentos sociais, para poder tomar uma posição que não fosse isolada. Nesse meio tempo, começamos a ter contato com a Pastoral da Criança, com a dona Zilda Arns, as entidades internacionais – o Unicef, a Opas, com o que foi a segunda grande vertente que a gente tinha para a mudança do sistema: oficializar a questão da municipalização.

Sarah Escorel relata que de 1990 a 1992, quando foi realizada a 9ª CNS, existia uma comissão organizadora, e alguns municípios e estados já vinham realizando as pré-conferências. Relembra que ela ocorre num momento chave para o *impeachment*.

Esse movimento foi crescendo e conseguiu pressionar para que fosse realizada a conferência que o Alcení Guerra adiava, adiava, adiava, finalmente convocou, mas não presidiu, porque caiu antes, e o Adib Jatene presidiu. A conferência ocorreu no momento em que o Collor faz aquela chamada do “não me deixem só” e convocou todo mundo para sair de verde e amarelo e todo mundo saiu de preto. Isso foi exatamente na semana da 9ª CNS, que acabou na quinta-feira e no domingo estava todo mundo de preto na rua.

Eri Medeiros acrescenta alguns fatos sobre a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde: *“O ministro da Saúde, em 1991, cria uma comissão para organizar a 9ª CNS e eu sou nomeado coordenador executivo. Ai, o Conasems tem um crescimento de qualidade, participação e nós tivemos a oportunidade de debater o formato da conferência com o Arlindo Fábio e outros”*. Continua o entrevistado:

Nós tivemos a oportunidade de realizar, naquele período, mais de 3 mil conferências municipais. Pela 1ª vez havia a etapa municipal, as 27 conferências estaduais e a etapa nacional, que foi em agosto de 1992. Esse processo é de uma riqueza enorme para o país e a gente não tem como avaliar o que significou realizar mais de 3 mil conferências municipais. Junto a isso quem teve um papel fundamental foi o Conselho Nacional de Saúde, pois o debate e a manutenção da proposta de realização da conferência se deu dentro do conselho, já que houve troca de ministros, o Alcení Guerra cai em 1991 e quem segurou tudo foi o conselho. No início, o governo queria, depois o governo começa a ter problemas e eles tentam que não saia a conferência. Eu acabei me mantendo na condução, porque eles não me consideraram num cargo nem do governo e nem do ministro, mas do Conselho Nacional de Saúde.

Lembrando que a 9ª CNS foi realizada no período em paralelo à CPI do *impeachment* do Collor, **Eri Medeiros** assinala que todos esperavam ter problemas, pois havia mais de 5 mil participantes, mas não houve conflitos, *“a não ser ideológicos com as nossas teses”*. Saliendo que, com a CPI em andamento e Brasília tumultuada, o presidente Collor não compareceu, o entrevistado continua:

A 9ª Conferência tem um aspecto de que nós colocamos lá todos os atores a favor e contra. A 8ª CNS teve uma importância muito grande, mas ela foi nossa, nós não tivemos praticamente os contra na 8ª. Por exemplo, os médicos como confederação não participaram da 8ª CNS e na 9ª CNS teve toda uma negociação, nós tivemos os *“caras”* da CNI – Confederação Nacional da Indústria, o pessoal que defendia a área econômica contrária, a FBH com quem o Conasems discute o contrato de compra de serviços. Eles vão para a conferência e debatem o contraditório.

Finalmente, lembrando a importância da conferência para a consolidação do Conasems e do movimento, **Eri Medeiros** arremata:

O Arlindo Fábio sempre falava que um aspecto positivo do nosso movimento é que em 1986, nos degraus do ginásio de esportes, nós éramos atores, mas nem coadjuvantes éramos. Fazíamos reuniões paralelas, que

é importante, mas como atores paralelos. Já, em 1992, quem coordenava a conferência éramos nós e isso dava uma representação clara para o nosso movimento, uma demonstração de crescimento político e da sua importância. Era um reconhecimento da própria sociedade, das entidades e do próprio governo que sempre deram suporte. Para nós foi uma conquista grande.

Guedes, também relembra o momento em que a efervescência política já mostrava onde chegaria o movimento anti-Collor, que, por sua vez, fazia diversas manobras para conseguir se legitimar.

Em 1992, com o governo Fernando Collor já agonizante, quando a lama ia subindo e chegando ao pescoço, ele resolve chamar alguns ministros com respeitabilidade no país e convida o Adib Jatene para a Saúde e o Reinhold Stephanes para a Previdência, entre outros. O Adib, então convida o grupo que ele já conhecia, por ter trabalhado junto em tempos anteriores – eu, o [José Carlos] Seixas, o [Edmundo] Pastorello, o [Luiz Roberto] Barradas e o [Edmundo] Juarez. A nossa primeira reação foi recusar, porque não tinha cabimento trabalhar com aquele tipo de governo. Mas a postura do Adib Jatene era de que o governo estava realmente à deriva e iria topar as propostas de aprimoramento do setor saúde. Nós tínhamos muita dúvida se isso seria verdade. Fizemos um pacto de avaliar a cada semana se continuaríamos ou não.

Continuando seu relato, **Guedes** assinala que o presidente Collor foi acatando as propostas, desde a nomeação do grupo, que era temerária, pois haviam trabalhado com governos de oposição como o de Mário Covas, até a substituição de quadros ligados ao seu governo, o pagamento dos atrasados dos hospitais e a correção das tabelas de pagamento dos hospitais. **Guedes** que, naquele momento, assume a direção do Inamps e da SNAS – Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, relata: *“Nossa luta, nesse período, era para criar o que chamávamos de MUS – Ministério Único da Saúde, não era o SUS, pois esse já estava criado. Nós queríamos o MUS porque eram tantos os compartimentos do ministério, tantas as dificuldades de articulação, que até hoje o ministério continua lutando com isso”*. Finalizando, **Guedes** observa que havia uma dissociação entre o governo Collor e o Ministério da Saúde: *“Foi interessante que no dia do impeachment, nós estávamos na janela do 5ª andar do ministério e muitas das caravanas que passavam pela Esplanada dos Ministérios, para acompanhar a votação, saudavam o ministro na janela”*.

A conjuntura Collor

O Conselho Nacional de Saúde – estratégias iniciais

Segundo **Jocelio**, as discussões no Conselho Nacional de Saúde apontavam para a necessidade de consolidação do controle social. Ele assinala que esse foi um período também de aprendizado da negociação no papel de conselheiro.

No Conselho Nacional de Saúde se discutia que, para viabilizar o controle social, tínhamos que estabelecer relações com os conselhos municipais e estaduais, até porque a legislação do SUS vale para as três esferas do governo. Como um conselheiro nacional poderia cumprir bem o seu papel se ele não tivesse relação com os conselhos estaduais e municipais? E foi no conselho, como sindicalista, que eu aprendi a negociar, a ouvir, a ponderar, a fazer acordos naquilo que era possível e não naquilo que era o desejável para nós, no nosso ponto de vista. Então, isso foi muito rico e esse início do conselho foi num período extremamente democrático, apesar de todo o autoritarismo que aí já se esboça claramente no Ministério da Saúde.

E prossegue relatando a sua atuação como conselheiro da entidade que representava no conselho.

A CUT, que eu representava, estabelecia essa relação com seus representantes nos estados e municípios, senão de maneira satisfatória, de forma bastante razoável e, no período, eu conseguia me comunicar com os representantes estaduais da CUT, quase todos oriundos da luta da saúde. Era uma comunicação fluida em qualquer fórum nacional, fosse da CUT, fosse da conferência de saúde, para estabelecer status de diálogo e de intercâmbio de experiências.

Eri Medeiros menciona que no processo de negociação da Lei nº 8.142/90, a questão do Conselho Nacional de Saúde foi também um ponto importante de negociação. No VII Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, promovido pelo Conasems, no período de 9 a 13 de dezembro de 1990, em Fortaleza/CE, como parte da pressão e das negociações, o ministro Alcení Guerra foi convidado, mas *“ele não queria ir, porque naquele período, o cara era vaiado pela ligação com o Collor. O Collor era um cara difícil com seus ministros e o Alcení tinha pretensões maiores”*. Assinalando que não tinha problema que ele fosse ao evento, apesar dos vetos à lei orgânica, **Eri Medeiros** assinala:

Éramos todos gestores e tínhamos respeito pelo ministro, até porque discordar faz parte. [...] Eu disse: “o senhor vai lá e vai ser bem recebido, não significa que vai ser aplaudido, mas também não vai ser vaiado, e nós temos algumas coisas a negociar”. E ele perguntou o que nós queríamos. Pois nós queríamos que fosse montado um novo Conselho Nacional de Saúde, pois até aquele momento o conselho era composto por somente 7 [sete] membros indicados pelo ministro. Eu disse que ia pleitear um novo conselho no meu discurso e ele disse que já estava pensando nisso também. Então, ele vai ao nosso evento nos dias 8, 9, 10 de dezembro e afirma que vai montar o novo conselho. Logo, ele cria uma comissão e em março de 1991 nós já temos um novo conselho, e em abril de 1991 nós já temos a primeira reunião oficial com a composição paritária de 32 membros.

A par dessa negociação com o Conasems, **Jocelio** acrescenta um outro vetor de pressão, mostrando a confluência do movimento. *“Esse foi um período muito interessante porque, de um lado houve o veto e, do outro lado, a Plenária foi muito hábil em ter arrancado um acordo antes do veto e ter rapidamente trabalhado o que seria a substituição daqueles artigos na lei orgânica para poder viabilizar o controle social”*. Continua **Jocelio**:

A composição do Conselho Nacional de Saúde foi negociada com esses representantes da Plenária, à época. É óbvio que a gente não concordava com toda a composição como o governo vinha propondo, mas também o governo não concordava com a composição que nós propúnhamos, já que a nossa era absolutamente representativa, democrática e o governo queria uma certa área de reserva. Daí, por exemplo, surgiu a idéia de que três representantes da comunidade científica seriam nomeados pelo governo e não é por outro motivo que o primeiro representante da comunidade científica nomeado foi o médico particular do Fernando Collor de Mello e outras pessoas que ele dizia que eram da confiança dele, além da vaga do Ministério da Saúde e de outros ministérios sobre os quais, automaticamente, o governo também teria controle.

De qualquer modo, os vetos serviram à negociação. **Jocelio** arremata: *“Antes do veto, já tinha uma proposta de acordo entre os partidos sobre o Conselho Nacional de Saúde e a gente na primeira conversa com o Alcení [após o veto] arrancou o compromisso de rápida composição do Conselho”*.

Adiante, já como membro do conselho, como representante do Conasems, **Eri Medeiros** relata:

No Conselho Nacional de Saúde, em abril de 1991, em nome do Conasems apresento a proposta de criação da Comissão Intergestores Tripartite. Ali nasce, em nome do Conasems, a nossa proposta, já que a Lei Orgâni-

ca da Saúde estabelecia 6 [seis] comissões permanentes, e então eu levo a proposta de que nós deveríamos criar uma nova comissão permanente antes daquelas, já que era mais importante juntar os gestores para fazer o pacto, para não vir para o conselho tudo que é assunto. Foi uma reunião difícil, pois todo mundo queria participar e nós queríamos que a comissão fosse dos gestores. Ela foi aprovada, mas como o governo não queria abrir as portas do processo, apesar da resolução assinada, ela não é implementada em 1991, nem em 1992.

Na verdade, as comissões intergestores só vão ser implantadas mais adiante, conforme assinala **Eri Medeiros**:

Ela só é implementada após a conferência, quando nosso movimento e o processo de descentralização ganha força, e em 1993, o Gilson Carvalho, que era nosso, entra no Ministério da Saúde e, na NOB 93, oficializa aquilo que o conselho já havia aprovado em 1991. Ou seja, cria oficialmente essa instância deliberativa do SUS, que é a tripartite, em nível nacional, e a bipartite, em nível estadual, que era a síntese daquilo que havíamos aprovado no Conselho Nacional de Saúde em 1991.

Outro embate, frente à conjuntura Collor, foi a discussão, no Conselho Nacional de Saúde, sobre a criação do agente comunitário de saúde, lançada por Alcení Guerra. **Guedes** rememora:

A proposta era de que o próprio ministério iria contratar essas pessoas. Nós, do conselho, achávamos um absurdo, porque eram pessoas que tinham que ter uma atividade eminentemente local, escolhidas no local. Como iam ser contratadas pelo ministério se já tínhamos o SUS aprovado e o ministério deveria restringir sua atuação local? A articuladora da discussão contra a posição do ministério era a Dr^a. Zilda Arns. Ela vinha desenvolvendo o trabalho nas pastorais da saúde e era complicado para a lógica da pastoral ver agentes, remunerados pelo ministério, fazendo um trabalho similar, se o trabalho da pastoral era voluntário. Isso geraria uma confusão e a gente achava que o interesse do ministério era ter um grande número de cabos eleitorais. Mas, foi caminhando e os agentes comunitários foram sendo contratados por uma secretaria nacional justaposta ao Inamps – Secretaria Nacional de Assistência à Saúde [SNAS].

Jocelio relata que os primeiros momentos do CNS, naquela conjuntura, eram de afirmação de seu papel como instância decisória da política de saúde.

Passar a ter uma missão deliberativa era a própria sobrevivência do conselho, com a formação de suas comissões, ter um regimento interno, e tudo isso foi amplamente negociado por diversos setores, com uma participação muito ativa de cada um dos representantes. Com o passar dos

anos isso se descaracteriza porque se passa a ter um outro tipo de participação dos representantes e conselheiros, diferente dessa forma original, que era muito ativa e muito representativa dos seus segmentos.

A conjuntura Collor-Itamar **A questão do financiamento da saúde**

O problema do financiamento do SUS já vinha sendo apontado como um dos principais nós críticos do sistema, desde o processo constituinte e a regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde. Alguns dos entrevistados enfocam a questão naquele período inicial de implantação do sistema de saúde. **Jocelio** assinala:

O embate, pouco depois desse período, deu-se na questão do financiamento, na questão da CPMF como resposta à crise de financiamento do SUS e da questão da execução orçamentária. Depois que o Alcení Guerra foi acusado naquele escândalo de compras de guarda-chuva, de bicicletas, ele caiu e o Conselho Nacional de Saúde passou a ter mais influência na questão orçamentária, embora também fosse muito claro que o nosso acesso às informações, ao que ocorria na questão do orçamento, era precário. Por exemplo, nunca tivemos acesso ao Fundo Nacional de Saúde e à política orçamentária como um todo. Essa questão do orçamento seria importante e toda a questão da própria viabilização do conselho, já que ele foi recomposto de uma forma técnica, acadêmica e como consultor.

Complementando, **Jocelio** salienta que no governo Itamar “*isso muda muito quando o Jamil Haddad é ministro e o Gilson Carvalho, médico de São José dos Campos/SP, é o secretário da SAS – Secretaria de Assistência à Saúde. Nesse período, o Gilson Carvalho passa a levar para o conselho informações às quais até então não tínhamos acesso*”.

Eri Medeiros não só valoriza a vitória sobre Collor e Alcení, mas também aponta a edição da NOB 91, apesar de centralizadora, como início de um processo.

Nesse meio tempo, o Ministério da Saúde edita a primeira NOB 91, que continua sendo centralizadora, continua fazendo o município de prestador, mas é o primeiro passo para começar a definir papéis. Naquele momento nem aquilo tinha, o que para nós foi um avanço. A NOB 91, pelo menos, inicia um processo. Nós não tivemos como fazer qualquer tipo de mudança, primeiro porque o governo era mais forte do que nós. A NOB 91 estabelecia um financiamento que era bom para alguns setores, alguns estados, pois ela premiava a rede instalada.

Eri Medeiros continua sua análise, observando que os estados com grande rede instalada foram premiados, caso de Minas Gerais, São Paulo, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Apesar desse privilegiamento, *“o Conasems, mesmo não aceitando, não tinha como ir contra, por esses aspectos positivos, do ponto de vista do financiamento, para boa parte dos municípios brasileiros”*.

Luiza Jaeger salienta que no processo de negociação, no governo Collor, os secretários municipais propõem um tratamento igual ao setor privado. *“Naquele momento, recebíamos recursos por convênio e não por tabela pelos serviços e isso defasava com a inflação absolutamente rápido. O Conasems defendia o pagamento por tabela para todos os prestadores, para ao menos conseguir acompanhar, dentro do possível, a inflação e lutar pela proposta de repasse fundo a fundo”*. De fato, a proposta do Conasems só vai se viabilizar a partir da NOB 93. Continua **Luiza Jaeger**:

Nesse ponto, foi importante a vinda do Gilson Carvalho, secretário municipal de saúde de São José dos Campos/SP, para o Ministério da Saúde, por indicação do Conasems, e a comissão de acompanhamento da questão de financiamento – ele mesmo, eu, Mozart [de Oliveira Júnior], entre outros. Outros secretários são importantes na discussão – o David Capistrano, o Eri Medeiros que foi presidente do Conasems, o Armando Raggio. Nesse processo, o Conasems foi extremamente importante e tem outros secretários que foram fundamentais nesse percurso. É importante ressaltar que aí surge a Frente Parlamentar de Saúde, independente de partidos políticos, que discute as propostas de saúde e segurança.

A atuação da Plenária também se fazia presente na questão do financiamento da saúde. Assim, recorda **Jacinta**:

Em 1993, a Plenária encaminhou uma proposta para a questão do orçamento da saúde. Apesar da saúde ter avançado muito nos princípios e outras questões fundamentais, não conseguimos definir a questão do orçamento. Então, em 1993, os deputados Eduardo Jorge, Waldir Pires e outros apresentaram uma emenda sobre a questão do orçamento, com base na proposta da Plenária Nacional de Saúde, sendo 10% para a União, 10% para estados e 10% para municípios, totalizando 30%. E hoje ainda estamos na luta para sua aplicação, apesar de ter sido garantido na lei.

Raquel Elias Ferreira Dodge faz outras observações sobre a questão do financiamento da saúde.

Nesse ano de 1993, o país vivia o drama da falta de verbas para financiar as ações de saúde, por essas verbas terem sido concentradas para

o financiamento de ações da previdência social, por conta de uma causa que se notabilizou, na época, que era o pagamento do ajuste de 149% para os aposentados, causa ganha no Supremo Tribunal Federal. Precisando de caixa para o financiamento, a verba do setor da seguridade social do governo federal foi integralmente concentrada no Ministério da Previdência Social e no Instituto Nacional do Seguro Social para financiar os pagamentos do reajuste da aposentadoria.

E a entrevistada complementa, justificando a continuação da luta e resistência do movimento.

Esse fato ocorre no momento em que a população estava muito alertada para a carência dos hospitais públicos e para a deficiência da estrutura do sistema. Ao mesmo tempo, havia uma esperança de parte do movimento social e de todos que construíram as várias conferências nacionais de saúde, depositada na idéia de que o SUS era importante, que era possível ser descentralizado e que a responsabilidade deveria estar na ponta da autoridade municipal mais próxima do cidadão, de modo a dar um atendimento integral, gratuito, rápido e sério para todos que precisavam.

É nesse contexto, especialmente em função de problemas do financiamento da saúde, no período em que sai Fernando Collor e entra Itamar Franco, que o movimento sanitário ganha um aliado para a defesa de suas causas – o Ministério Público Federal. Raquel Dodge assinala que os instrumentos de atuação, condizentes com o novo cenário de direito à saúde, foram conferidos ao Ministério Público Federal em maio de 1993, quando foi editada a Lei Complementar nº 75/93, de acordo com a qual o serviço de saúde é um serviço de relevância pública.

A conjuntura Itamar A NOB 93 e a extinção do Inamps

Dentre os diversos fatos significativos no período do governo Itamar Franco, merecem destaque a edição da Norma Operacional Básica, em maio de 1993 – NOB 93 (Portaria MS nº 545, de 20 de maio de 1993) e a extinção do Inamps, em julho de 1993 (Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993). Os entrevistados, em vários momentos, fazem menção a esses fatos. **Elizabeth Barros** assinala que “*no movimento pela implementação da descentralização, a*

Plenária foi um espaço importante do ponto de vista estratégico no campo de defesa da NOB 93". A entrevistada continua dizendo que

isso acabou se transformando no fator de sustentação do próprio processo de descentralização. [...] a Plenária despertava um sentimento de pertencimento a esses processos que davam, depois, sustentação nos diversos locais. Para mim, um grande atrativo da Plenária era essa possibilidade das pessoas se sentirem partícipes e, portanto, de se comprometerem com algumas restrições e serem depois fatores de sustentação na implementação de políticas. Foi um momento muito interessante por seu poder de decisão e de mobilização, porque muitas das pessoas que vinham representando a Plenária eram também membros de secretarias de saúde, eram profissionais de saúde enquanto representantes de categorias profissionais. Então, no movimento da saúde é muito difícil dizer onde começa o movimento social, onde começa o movimento dos profissionais, onde está o movimento dos gestores, porque tudo sempre foi muito imbricado.

Elizabeth Barros também se manifesta em relação à extinção do Inamps.

A tramitação da lei de extinção do Inamps no Congresso Nacional foi um momento importante da Plenária. Merecia que alguém escrevesse uma tese. A Plenária foi importante porque mobilizou, coletou dados, informou, chamou as pessoas para audiências públicas. Foi um momento fantástico porque, claramente, a grande resistência à extinção do Inamps encontrava-se no setor privado. Isso um dia merece ser analisado, olhado sob o ponto de vista histórico: a aliança que se construiu no Congresso Nacional entre os auditores do Inamps e aqueles que eram auditados pelo Inamps, articulados contra a extinção do Inamps. Então, existem alguns momentos que ainda precisam ser melhor analisados na história da saúde.

Guedes, que dirigiu o Inamps, já no final do governo Collor, com Adib Jatene como ministro da Saúde, observa:

No período em que estive no Inamps, pouco antes de sua extinção coordenada pelo Carlos Mosconi, eu atendia, na maior parte do tempo, a deputados e governadores, basicamente para auxiliar na aprovação de emendas parlamentares de obras e empreitadas e aumento do número de AIH, geralmente com fins eleitorais. E como tínhamos uma equipe bem articulada com o ministro, normalmente nós recusávamos estes pleitos, o que, de certo modo, demonstra que nessa transição o Inamps já não tinha aquela virulência que sabíamos.

Saliendo que no governo Collor, não havia cenário político para a extinção do órgão, o próprio **Mosconi** revela como foi sua indicação para presidente do Inamps, destacando sua missão.

Quando o Itamar Franco assume, o Henrique Hargreaves me comunicou que o presidente mandou me convidar para ser presidente do Inamps. Aí eu disse: 'Olha, eu tenho dificuldade em aceitar, porque não sou favorável ao Inamps. Eu gostaria de extinguir o Inamps'. E o Hargreaves perguntou: "É mesmo?" Aí eu expliquei que o Inamps era incompatível com o SUS e o Hargreaves me disse para explicar isso ao Presidente Itamar. Fui, expliquei e, mesmo assim, o Itamar Franco me convidou. Então, assumi, e no meu discurso de posse falei que pretendia extinguir o Inamps.

Mosconi relata que, já no dia seguinte, foi muito criticado por seu discurso e sua intenção, e relembra:

O Jamil Haddad, grande figura da política, pessoa excepcional, em virtude desse fato me disse para a gente ir mais devagar "com esse negócio", e aí eu disse: se a gente for devagar dura 100 anos, se a gente acelerar dura 10, 20 [...] E aí um belo dia o Presidente Itamar Franco me chamou lá, com vários ministros. O Jamil fez uma bela explanação sobre a saúde, sobre o SUS, concordamos com tudo e eu novamente defendi a extinção, alegando que o Inamps era o anti-SUS.

Após chamar a atenção de Itamar Franco sobre a repercussão positiva que teria a extinção do Inamps junto à opinião pública, **Mosconi** acrescenta:

O presidente Itamar Franco, de imediato pediu para prepararmos o ato de extinção. O Jamil Haddad por razões partidárias saiu logo depois, assumindo o Henrique Santillo, que enviou a mensagem para o Congresso Nacional. O líder do governo era o Roberto Freire que escolheu o Sergio Arouca como relator. E aí conseguimos emplacar a morte do Inamps. Mas o féretro foi dramático. Apanhei muito de alguns setores da imprensa e cheguei a receber telefonemas com ameaças, provavelmente de pessoas que se sentiram prejudicadas, nos setores onde ocorriam as fraudes. [...] O Inamps não tinha relação com ninguém, era auto-suficiente. Montava um posto, sei lá onde, ia lá, comprava, pagava e não prestava contas a ninguém. Bem diferente da estrutura do SUS com sua organização interna. Então, foi uma grande vitória a sua extinção.

Flávio Goulart relata que, pouco antes da extinção, alguns setores do Inamps que resistiam se faziam presentes: *"no final do ano, um cartão de Natal nos elevadores dizia o seguinte: Um Feliz Natal e um Próspero Ano Novo e que o espírito da nossa imorredoura instituição permaneça"*.

Mosconi ainda relata que o presidente do Inamps era também secretário nacional de Assistência à Saúde: *"Tinha uma estrutura irracional. Eu tinha dois gabinetes, duas chefias de gabinete, telefone de um, telefone de outro, tudo era*

*dobrado. Então, a divisão começava lá no Ministério da Saúde. Eu recebia carta por um, tinha que mandar pelo outro. Era uma loucura. Quando eu fundi as estruturas já começou a guerra". Um desses setores é revelado por **Mosconi**: "os auditores do Inamps fizeram uma guerra absurda, uma guerra baixa contra mim, infelizmente. Sobre eles pesava muita coisa, porque as auditorias eram risíveis, embora tivesse muita gente séria, que fazia bem-feito". Finalmente, Mosconi assinala que, por outro lado tinha o suporte do movimento sanitário e que a extinção do Inamps fez "desabrochar" o SUS. No período de transição, arremata **Mosconi**: "Nós tínhamos a posição política, mas o suporte técnico quem nos dava era o Gilson Carvalho, o Conass, o Conasems, e o Gilson tinha uma grande liderança nesse meio".*

Gilson Cantarino reitera, ao considerar que "essas instâncias de representação dos gestores ganham força com o Gilson Carvalho na SAS, do Ministério da Saúde, que ainda tinha a cara de Inamps, inclusive com muita resistência a ele. Naquele momento, o Conasems e o Conass são reconhecidos como instâncias de representação, o que culmina depois com a criação da Tripartite".

Síntese do período: os embates da participação e institucionalização

Em primeiro lugar, pode-se observar que, apesar da continuidade das políticas neoliberais, em linhas gerais, o governo Itamar é diferente do de Collor quanto ao combate à inflação e na ênfase dada ao enfrentamento da corrupção e ao impulso a políticas sociais novas como a Lei Orgânica da Assistência Social e a Segurança Alimentar.

No governo Itamar há um clima de interlocução com os movimentos sociais e, na área da saúde, significativos avanços na implementação da participação e da descentralização, principalmente com a NOB 93.

Com Collor, o embate de pressão/negociação do movimento sanitário com o Estado envolveu um conjunto articulado de forças sociais diversificadas, mas aglutinadas na Plenária Nacional de Saúde, com um propósito comum e uma estratégia definida de conquistar a participação. O significado político do resultado

é salientado como uma vitória, uma conquista em que se vence o autoritarismo, o “mandonismo” e os interesses privados na saúde, principalmente com a revogação dos vetos à Lei nº 8.080/90 e a promulgação da Lei nº 8.142/90.

Com Itamar, há um novo bloco histórico, com aliados do movimento que ocupam lugares em instâncias decisivas do Estado, configurando-se, na área da saúde, uma correlação de forças favoráveis que possibilitam um trânsito do movimento no interior do poder do Estado, mas não eliminam as contradições inerentes ao pacto federativo, que são reguladas pela NOB 93. A crise ética de Collor é enfrentada e a crise financeira apenas atenuada com a proposta da CPMF e aumento das contribuições sociais.

O Conselho Nacional de Saúde se consolida e pode apresentar suas propostas institucionalmente, com grande produtividade de decisões que abrangem setores excluídos como o da saúde indígena.

A maioria dos atores entrevistados não se expressa sobre o período do governo Itamar. Talvez esse silêncio signifique, justamente, essa interlocução pacífica entre o movimento social da saúde e o governo, com a aceitação das regras do jogo do SUS, cuja implementação traduz o amadurecimento de um longo período.

No governo Itamar Franco, apesar de sua curta duração, é palpável o avanço da institucionalização da participação e da descentralização, os dois eixos explicitados na introdução deste livro.

No capítulo seguinte, esses mesmos eixos serão apresentados e discutidos no período referente aos dois mandatos de Fernando Henrique Cardoso, que sucedeu Itamar Franco na Presidência da República.

Notas

¹ A Guerra Fria simboliza a disputa entre o bloco capitalista, liderado pelos Estados Unidos, e o bloco socialista, liderado pela União Soviética, no período após a 2ª Guerra Mundial, pela hegemonia política, ideológica e econômica de influência sobre os demais países. Durante aproximadamente 40 anos, com a ameaça constante de conflito nuclear entre os dois blocos, a Guerra Fria teve como principais marcas:

- a posição de Harry Truman, sucessor do presidente americano Franklin Delano Roosevelt, de contenção da expansão comunista (seguindo a doutrina de George Kennan);
- a posição de Winston Churchill e o seu célebre discurso nos EUA, em Fulton – Missouri, a 5 de março de 1946, quando conclama a Grã-Bretanha e os EUA a enfrentarem a expansão do comunismo soviético que estendia uma “Cortina de Ferro” (*Iron Curtain*) sobre os países do Leste Europeu, sob sua influência;
- a criação do muro de Berlim, dividindo a Alemanha derrotada em dois países – a Alemanha Ocidental, capitalista e a Alemanha Oriental, comunista;
- o Plano Marshall de auxílio de US\$ 13 bilhões aos países europeus no pós-guerra, para sua reconstrução e contenção da expansão comunista;
- o macartismo, doutrina anticomunista do senador republicano Joseph McCarthy, que perseguia os cidadãos americanos que pudessem ter alguma ligação com o comunismo, na chamada “caça às bruxas”;
- a criação da Otan – Organização do Tratado do Atlântico Norte, dos países do bloco capitalista e do Pacto de Varsóvia, dos países do bloco socialista, ambas organizações estratégicas de defesa mútua;
- a corrida armamentista e a corrida espacial;
- a Guerra da Coreia e a Guerra do Vietnã;
- a implantação de ditaduras militares na América Latina, com a ajuda norte-americana, para contenção do comunismo;
- a crise dos mísseis em Cuba.

Calcula-se que os custos da Guerra Fria tenha sido de US\$ 17 trilhões de dólares. O símbolo do final da Guerra Fria é a queda do Muro de Berlim, em 1989, com a reunificação da Alemanha. Disponível em <<http://www.suapesquisa.com/guerrafria/>>; <<http://www.guerras.brasilecola.com/guerra-fria/>>; <http://educaterra.terra.com.br/voltaire/mundo/guerra_fria2.htm>. Acesso em 24/7/2006.

² *Folha de São Paulo* de 17/3/1990.

³ *Folha de São Paulo* de 12/12/1991.

⁴ O Programa de Agentes Comunitários de Saúde – Pacs existe desde o início dos anos 90, porém foi instituído e regulamentado pela Portaria Federal nº 1.886/97 de 21 de dezembro de 1997. O Pacs contribui para a reorganização dos serviços municipais de saúde e integra as ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde. Foi inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e de orientações sobre cuidados de saúde. O desenvolvimento das principais ações é feito pelos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, que são pessoas escolhidas dentro da própria comunidade para atuarem junto à população. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>>. Acesso em 24/7/2006.

⁵ Na Mensagem nº 672, de 17 de setembro de 1990, Collor assinala que “entre as razões primordiais que justificam o veto, sobressai a da existência, na proposição, de dispositivos contrários aos princípios de uma assistência social responsável, que se limite a auxílios às camadas mais carentes da população, sem, contudo comprometer-se com a complementação pecuniária de renda, papel este de uma ação voltada à maior disponibilidade de empregos e salários” (grifo nosso).

⁶ A Resolução nº 258, de 7 de Janeiro de 1991, emitida ainda pelo Inamps, aprovou a Norma Operacional Básica /SUS nº 01/91, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991. Destacam-se na NOB 91, entre outras medidas: o financiamento da atividade ambulatorial e recursos na forma de AIHS proporcionais ao tamanho da população; o custeio da administração do Inamps/MS e de Programas Especiais em saúde; a forma convênio firmado com estados, DF e municípios; índices de reajuste com base na Unidade de Cobertura Ambulatorial – UCA; pagamento de prestadores diretamente pelo Inamps, por meio de sistema próprio informati-

zado SIS/SUS; a implementação do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS; e os consórcios administrativos intermunicipais.

⁷ *Jornal do Brasil* de 9/3/1993.

⁸ O *Globo* de 29/9/1991.

⁹ IPMF – Imposto sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Direitos de Natureza Financeira foi criado pela Emenda Constitucional nº 3, de 17/3/1993, com vigência até 31/12/1994, depois substituído pela CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira, criada pela Emenda Constitucional nº 12, de 15/8/1996, em vigor. Segundo o § 3º do art. 74 “O produto da arrecadação da contribuição de que trata este artigo será destinado integralmente ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento de serviços de saúde”.

¹⁰ A URV – Unidade Real de Valor foi um indexador único da economia, criado com o objetivo de estabelecer uma proporção entre salários e preços, que se transformaria em nova moeda quando todos os preços, em tese, estivessem estáveis em termos de URV. Essa estabilidade ocorreu a 1º de julho de 1994, quando a URV, equivalendo a 2.700 cruzeiros reais, passou a valer 1 real, representado pelo símbolo R\$. A URV foi instituída pela Lei nº 8.880, de 27 de maio de 1994, que dispunha sobre o Programa de Estabilização Econômica e o Sistema Monetário Nacional e instituiu a URV. Disponível em <<http://www.bb.com.br/appbb/portal/hs/moeda/MoedaNova.jsp>>. Acesso em 18/4/2006.

¹¹ O Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde – Ciefas foi “fundado e lavrado em ata, em Brasília, no dia 13 de junho de 1990. O Ciefas foi criado com a missão de promover negociações com prestadores de serviços, hospitais, classe médica e laboratórios na defesa dos interesses de suas filiadas. Surgiu, então, a necessidade do Ciefas existir através de uma personalidade jurídica para atuar na defesa legal de suas filiadas. No final de 1991 foi debatido o estatuto social e, nos dias 25 e 26 de junho de 1992, foi aprovado. A Entidade, através de suas Superintendências Estaduais, se faz presente em cada Estado; possui sede nacional em São Paulo, constituindo-se por cerca de 140 organizações, entre públicas e privadas, que oferecem programa de saúde na modalidade de autogestão”. Disponível em <http://www.unidasrj.com.br/quem_somos.asp>. Acesso em 10/7/2006.

¹² Portaria Interministerial MT/MS/MPAS nº 01, de 20 de abril de 1993: Institui Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador, com o objetivo de compatibilizar e implementar ações sistêmicas de atenção à saúde do trabalhador.

¹³ *Jornal do Brasil* de 11/1/1993.

¹⁴ O Fundo Social de Emergência foi instituído nos exercícios financeiros de 1994 e 1995, por meio da Emenda Constitucional de Revisão nº 1, de 1º de março de 1994, “com o objetivo de saneamento financeiro da Fazenda Pública Federal e de estabilização econômica, cujos recursos serão aplicados no custeio das ações dos sistemas de saúde e educação, benefícios previdenciários e auxílios assistenciais de prestação continuada, inclusive liquidação de passivo previdenciário, e outros programas de relevante interesse econômico e social”.

¹⁵ Para mais informações consultar: <<http://conselho.saude.gov.br/deliberacoes/resolucoes.htm>>.

¹⁶ O Siops – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – tem como objetivo a coleta e a sistematização de informações sobre receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde das 3 esferas de governo. Sua origem no Conselho Nacional de Saúde, em 1993, foi considerado relevante pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão – PFDC – quando da instalação dos Inquéritos Cíveis Públicos nº 001/94 e 002/94 sobre o Funcionamento e Financiamento do SUS. Em 1998 a Procuradoria e o Ministério da Saúde viabilizaram a formalização do Siops, que passou a coletar dados por meio de planilhas eletrônicas, dadas as dificuldades das primeiras tentativas de coleta, por intermédio de ofício e formulários contidos em disquetes, devido à falta de padronização das respostas. Em 30 de abril de 1999, foi assinada a Portaria Interministerial nº 529/99 pelo Ministro da Saúde e pelo procurador-geral da República, para desenvolver a implantação do Siops, que passou a coletar dados, valendo-se de um sistema informatizado desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS – Datasus, possibilitando a transmissão dos dados pela Internet. A partir de 1998, os dados transmitidos estão disponibilizados na

Internet, na forma de planilhas e de indicadores, permitindo comparações e agregações de dados das mais diversas formas, por municípios, por UF, por porte populacional ou qualquer outro a ser escolhido pelo usuário, de forma a fortalecer o controle social sobre o financiamento do SUS. Disponível em <<http://siops.datasus.gov.br/siops.htm>>. Acesso em 22/3/2006.

¹⁷ Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990, publicado no Diário Oficial da União em 8 de agosto de 1990, dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. Disponível em <<http://www.presidencia.gov.br>>. Acesso em 20/4/2006.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set., 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos da Nona**: descentralizando e democratizando o conhecimento. Grupo de Trabalho Técnico da Comissão Organizadora. v. 2, Brasília: UnB, 1992.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, fev., 1993a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 545, de 20 de maio de 1993. **Diário Oficial da União**, n. 96, Seção I, p. 6961-6965, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 mai., 1993b.

_____. Ministério da Saúde. **IDB 98 Brasil**: indicadores e dados básicos para a saúde. Periódico anual, de circulação dirigida ao setor Saúde, da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), do Departamento de Informação e Informática do SUS. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Cólera**: distribuição de casos confirmados, por unidade federada. Brasil, 1980-2005. Secretaria de Vigilância Sanitária. Sinan. Brasília, 2006.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de saúde no Brasil**: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

COHN, Amélia; ELIAS Paulo E. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez/Cedec, 1996.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A previdência social, o estado e as forças sociais**: 1985-1994. Relatório de Pesquisa apresentado ao CNPq. Brasília. Digitado. 1995.

MERHY, Emerson Elias. A mutilação da lei orgânica da saúde: vitória dos que desejam um povo mutilado. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 30, p. 8-9, dez., 1990.

OLIVEIRA, Francisco de. **Collor**: a falsificação da ira. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

SINGER, Paul. Saúde In: LAMOUNIER, Bolívar e FIGUEIREDO, Rubens (Orgs). **A Era FHC**: um balanço. São Paulo: Cultura Editores Associados, 2002.

3 NOVAS RELAÇÕES INSTITUÍDO-INSTITUINTE NO PERÍODO FHC (1995 A 2002)

Como fazer com que as organizações sociais que elegem seus representantes exerçam seu papel para que os conselhos não sejam artificiais, não sejam meramente homologatórios ou simplesmente uma espécie de fachada amortecedora da luta social?

Vladimir Dantas

O objetivo deste capítulo é situar a questão da participação nas plenárias de saúde durante o período de governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), de 1995 a 1998 (1ª mandato) e de 1999 a 2002 (2ª mandato). Foi justamente nesse período que as plenárias se estruturaram e se mobilizaram enquanto representação dos conselhos de saúde. Os conselhos passaram a ter uma dupla articulação política: como organismo instituído paritário nas relações Estado-sociedade e como processo instituinte de luta pelo direito à saúde e pelas condições de implementação do SUS.

O contexto do governo FHC

Esse período pode ser caracterizado por uma “reordenação estratégica do Estado”: aprofunda-se o neoliberalismo, mudam-se os fundamentos do próprio Estado – de diretrizes desenvolvimentistas para diretrizes de sustentação da competitividade (incluindo a estabilização econômica) – reduzindo-se a função e o papel do Estado em favor do mercado (Faleiros, 2004).

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – PDRE define o Estado como *“a organização burocrática que possui o poder de legislar e tributar sobre a população de um determinado território, sendo, portanto, a única estrutura organizacional que possui o ‘poder extroverso’, ou seja, o poder de constituir unilateralmente obrigações para terceiros, com extravasamento dos seus próprios limites”* (Brasil, 1995:51). Trata-se de uma descrição do papel do Estado (burocracia com exercício da violência) e não de uma definição de Estado, pois

sequer considera suas relações com a sociedade e o mercado, com o sistema político e, portanto, com a correlação de forças, permeada de hegemonia e contra-hegemonia, como se assinala na perspectiva gramsciana (Faleiros, 2004).

Vários autores apontam para a ocorrência, nesse período, de um reordenamento do Estado, embasado no ajuste fiscal e no desmonte das políticas de garantia de direitos, privilegiando-se a lógica do capital internacional e do monetarismo (Borón, 1994; Soares, 2000; Petras, 1999; Fiori, 2001).

Para Soares (2000), o neoliberalismo produziu um “novo Estado” sob o poder das grandes empresas que ditam as regras, passando-se da minimização do Estado à sua reconstrução para um novo papel no desenvolvimento. A mudança do papel do Estado na economia se articula ao processo de mundialização do capital, tornando os Estados nacionais menos soberanos e com políticas e propostas bastante semelhantes entre si. De fato, a abertura comercial aos investimentos estrangeiros, a privatização, a terceirização, a implementação de parcerias com organismos da sociedade, a desregulamentação e a desresponsabilização do Estado fazem parte de um pacote de ações que foram sendo implementadas como padrão pelo Fundo Monetário Internacional.

Segundo o próprio FHC, *“a globalização também tem contribuído para alterar o papel do Estado: a ênfase da ação governamental está agora dirigida para a criação e a sustentação de condições estruturais de competitividade em escala global”* (Cardoso, 1996:42). Com isso, ele assume que o Estado seja suporte das condições do mercado globalizado. Esse novo papel passa a ser exercido pelo Estado no governo FHC, em substituição ao de promotor do desenvolvimento interno. O governo, nessa perspectiva, propôs um conjunto de reformas constitucionais que se orientaram não só pela e para a redução do Estado como por sua mudança estratégica, ampliando o poder das forças vinculadas ao mercado.

A primeira reforma, que inclusive favoreceu a eleição de FHC, foi a introdução do Plano Real, implementada ainda no governo Itamar Franco, quando FHC era ministro da Fazenda. Essa medida trouxe menos perdas inflacionárias, mas não diminuiu a desigualdade social¹, embora tenha havido retração da porcentagem de pobres de 44% para 33%, em 1995. A renda do trabalho, segundo o IBGE, caiu de 40%, em 1994, para 36%, em 1998, enquanto a renda do capital subiu de 38% para 44%². No governo FHC, constata-se um aumento nos gastos

sociais da ordem de 19,3%, em valores constantes, entre 1994 e 2001, segundo o Ipea (Castro *et al*, 2003). Esse aumento, de 21,2%, no 1º mandato, deveu-se à grande incorporação de trabalhadores rurais à previdência social. A dívida pública, por sua vez, passou de aproximadamente 30% do Produto Interno Bruto – PIB, em 1995, para 55,5% em 2002 (Giambiagi, 2004). O crescimento do PIB foi dos mais baixos nos últimos anos, com média de 2,53%, entre 1995 e 2002 (Brasil, 2005).

A estabilização econômica criou as precondições de um ciclo de garantia de um processo de acumulação capitalista com base na atrelagem do valor do real ao dólar e no arrocho dos salários, para dar confiança ao capital internacional.

A segunda onda de reformas muda o papel do Estado, de pilar do desenvolvimento interno³ para o de suporte da competitividade internacional. Fernando Henrique Cardoso⁴ se posicionou contrário à era desenvolvimentista, declarando que *“a missão do Estado de direcionar o desenvolvimento (steering capacity) passa a ser muito mais importante do que a tentativa comprovadamente ineficaz de substituir a iniciativa privada na produção de bens e de serviços que não têm natureza essencialmente pública”* (Cardoso, 1996:42). Para FHC, o combate à exclusão passa pela competitividade, mesmo após dizer que a globalização acentua a desigualdade. Propôs, deliberadamente, diminuir o papel do Estado na economia para transformá-lo em agente do mercado internacional, na lógica *“market oriented”*. Contudo, o PDRE (Brasil, 1995:14) se contrapõe à idéia de um *“Estado mínimo”* e à orientação de *“simplesmente dar ao mercado mais espaço”*, pois *“um mercado forte precisa de um Estado forte”*⁵.

A competitividade, e não a solidariedade assinalada no discurso de posse, foi erigida em valor central do seu governo, seguindo a lógica de tornar o Estado o suporte do capital internacional. A consolidação legal da supressão de barreiras ao capital se efetivou no marco legal, com a mudança de vários artigos da Constituição Federal/88⁶. As mudanças se orientaram no sentido de atrair os investimentos estrangeiros; privatizar os ativos do Estado; desnacionalizar o patrimônio público; e reduzir o papel do Estado no processo de desenvolvimento. Essa política deu continuidade ao Programa Nacional de Desestatização (PND)⁷, de 1990. Em 1997, a desestatização incluiu, também, as empresas de economia mista, a transferência de ações do governo na Petrobrás, assim como empresas controladas pelos estados e municípios.

A mudança na Lei de Concessões também fez parte do processo de reordenação estratégica do Estado para o mercado. A Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, de Concessões do Serviço Público, permitiu a delegação da prestação de serviços feita pelo poder concedente, mediante licitação, na modalidade de concorrência, à pessoa jurídica ou consórcio de empresas que demonstrasse capacidade para seu desempenho, por sua conta e risco e por prazo determinado, independentemente de ser nacional ou não. A legislação deu flexibilidade para a fixação de tarifas nos contratos do Estado com as empresas, o que veio a ser negociado com reajuste pelo maior índice de inflação ou atrelado ao dólar. A fiscalização do público não foi estabelecida em lei.

Se nos governos Collor e Itamar já haviam sido privatizados os setores siderúrgico, petroquímico e de fertilizantes, no governo FHC foi privatizado o “filé *mignon*” da economia: os setores de mineração, de telecomunicações e de energia.

Ainda no governo FHC, foram implementadas as agências reguladoras como símbolo do “novo Estado” (não Estado Novo, que evoca o getulismo), com um novo desenho institucional, em que os agentes econômicos privados seriam regulados. Na ótica dessas agências, o cidadão não é reconhecido como um sujeito de direitos, com titularidades e garantias, mas como um consumidor. Para exercer algum direito precisa pagar pelo serviço e depender de intercorrências da agência. Pode reclamar, mas nem sequer influi nos preços que paga, nem mesmo por aumento ou diminuição do consumo. Agências e empresas negociam preços entre si, algumas abrindo consultas ao público pela internet. Embora exista um programa de metas a ser cumprido pelas empresas reguladas, em função da expansão e da qualidade dos serviços, a elas não tem interessado atender aos mais pobres⁸. A legislação manteve, no coração das agências, o contrato livre com as empresas que, por terem se tornado oligopólicas, podem impor condições às agências segundo seus interesses.

O desenho dessa reforma se baseou na divisão das atividades do Estado em: exclusivas, compreendendo a regulamentação, a fiscalização, a cobrança, a repressão e a atenção a certos serviços básicos como “compra de serviços de saúde” e “subsídio à educação básica”; serviços não-exclusivos, correspondentes a atividades concorrenciais entre as esferas privada e estatal, onde estão envolvidos alguns direitos e atividades não-lucrativas como hospitais, universidades,

centros de pesquisa e museus; e setor de produção de bens e serviços para o mercado, correspondente à atuação das empresas lucrativas e que não deveriam estar nas mãos do Estado, que as assume, apenas, porque faltou capital ao setor privado para realizá-las ou porque são naturalmente monopolistas.

A Reforma do Estado no governo FHC, portanto, articulou medidas legislativas, mudanças regulatórias e ações governamentais para uma reordenação estratégica do papel do Estado, que passou de impulsionador do desenvolvimento para o de impulsionador da competitividade do capital internacional, mudando, assim, suas relações com o mercado e a sociedade. Para tanto, instaura um novo modelo de gestão pública gerencial, transferindo patrimônio público para o mercado e assumindo uma atuação complementar a este.

O cidadão, sujeito de direitos, passou a contribuinte-cliente, com pouca voz e nenhum voto nas agências reguladoras e pouco poder nos conselhos. A defesa da competitividade foi o eixo do discurso oficial e da legislação aprovada⁹. A concorrência se atenuou no país, fortalecendo-se o capital multinacional, que encontrou suporte institucional e político no Brasil para suas transações em nível mundial. O contribuinte, entretanto, pagou as contas do aumento de tarifas, do racionamento de energia em 2001 e da falta de qualidade de muitos serviços. Não se tornou sequer cidadão-cliente, ao não ter as suas reclamações atendidas e, tampouco, acesso com qualidade aos serviços públicos como educação e saúde. A promessa de se combater a miséria não se realizou.

A conjuntura econômica e política

Apesar da estabilidade da moeda, a conjuntura econômica foi abalada por grandes convulsões e ataques especulativos, em consequência da crise asiática, em outubro de 1997, da crise russa, em agosto de 1998, seguida da desvalorização da moeda, em janeiro de 1999. A estabilidade monetária não foi acompanhada pela estabilidade econômica, que foi também agravada pela recessão e pelo desemprego. A questão do déficit público e do ajuste fiscal foi o eixo central da política econômica, subordinada aos ditames do Fundo Monetário Internacional. Essa política implicava, ao mesmo tempo, aumento de arrecadação e cortes nos gastos públicos, condicionando direta-

mente os gastos com as políticas sociais diretamente à diminuição significativa do déficit público (Faleiros, 2003).

O real foi mantido como uma moeda sobrevalorizada, o que facilitou a reeleição de FHC e, entre outros objetivos, as importações, com efeitos desestruturantes sobre a indústria nacional e redutores das exportações. Para sustentar o real, o governo manteve um câmbio estável até janeiro de 1999, quando foi adotado, atabalhoadamente, o câmbio livre, elevando os juros, o que provocou recessão e acentuou o desemprego, sem muitos atrativos aos capitais especulativos internacionais. FHC investiu prioritariamente na aprovação de sua reeleição. Sua política de reformas da Constituição Federal teve três eixos: a maior abertura possível da economia aos capitais internacionais, eliminando inclusive os monopólios estatais; a privatização do patrimônio público; e a redução dos direitos sociais, com a desregulamentação das leis trabalhistas. Com a perda de reservas internacionais, o aumento do desemprego e a recessão, o governo ficou sem saída, submetendo-se inteiramente ao monitoramento do FMI em troca de empréstimo, pelo qual pagou juros, que aumentaram, ainda mais, a dívida pública.

O modelo político-econômico seguido pelo governo foi o de maior favorecimento do mercado e de redução do Estado em seus serviços, e na questão da cidadania priorizou os que vivem de rendas em detrimento dos que vivem do trabalho. Instituiu-se um programa de socorro aos bancos¹⁰. Aumentaram os subsídios a montadoras de carros – isenções fiscais, enquanto se produziam cortes nos gastos sociais e salários.

A questão do financiamento do déficit exigiu nova leva de aumento de impostos. Entre estes, a CPMF provocou a maior celeuma, sendo viabilizada por vincular recursos para a saúde. Um dos parceiros do governo, o Partido da Frente Liberal – PFL, posiciona-se contra o novo imposto, mas, em 1996, o Supremo Tribunal Federal decide que a CPMF é constitucional, o que facilita sua votação no Senado Federal. De acordo com a Febraban, a contribuição da Cofins e da CPMF junto com outros impostos elevariam para 58% a contribuição para o governo, nas operações financeiras.

A despeito dessas medidas, a evasão de divisas continua a crescer, chegando a fuga de dólares a US\$ 15 bilhões, em 1998, contra US\$ 6 bilhões em 1997. A equipe econômica quer usar a CPMF também para abater a dívida, o que contraria a área da

saúde. Todo o ajuste fiscal, prioridade do governo, é negociado com os presidentes da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, inclusive o teto salarial, os cortes no orçamento e o aumento de arrecadação. E, apesar da voracidade tributária, o déficit público cresceu no período, chegando a 5,12% do PIB em 1998.

Houve também grande oscilação no crescimento do PIB, que ficou em médias muito baixas. No ano de 1995, o PIB teve um crescimento de 4,22%, caindo para 2,66% em 1996, e para 0,13% em 1999, o que significou uma média de crescimento de 2,57% no primeiro mandato. No segundo, a média de crescimento do PIB foi de apenas 2,09%, com 0,79% em 1999, 4,36% em 2000, 1,31% em 2001 e 1,92% em 2002¹¹.

Apesar da diminuição do número relativo de pobres com o Plano Real, manteve-se estagnada a desigualdade de renda no Brasil, já que os salários passaram para a URV pela média e os preços pelo pico, embora os mais pobres pudessem ter, enquanto empregados, um acesso a preços estabilizados, mas nas compras a prazo os juros embutidos eram exorbitantes (7 a 10% ao mês), favorecendo o capital financeiro.

Segundo o Ipea (2003), o gasto social federal, em valores constantes de dezembro de 2001, aumentou 19,3% de 1995 a 2001, passando de 143,538 a 171,274 bilhões de reais, aumentando 21% no primeiro mandato, mas reduzindo o seu crescimento no segundo. O aumento se deveu ao incremento do valor do salário mínimo. Ainda de acordo com o Ipea, a participação relativa da previdência social no gasto social federal, no período de 1995 a 2001, foi de 45,9%; de 20,15% para benefícios a servidores; de 14,1% para a saúde; de 7% para a educação e cultura; de 4,1% para o emprego e defesa do trabalhador; de 2,6% para a assistência social; de 2,4% para a habitação e urbanismo e de 3,6% para outros programas. Os gastos com saúde permaneceram quase constantes no período, em torno de 23 bilhões de reais (23,181 bilhões em 2001).

Na área social, de acordo com a orientação de transformar o Estado, de burocrático a gerencial, o governo considerou atividade exclusiva do Estado apenas a previdência social básica, e impôs aos estados o mesmo esquema do ajuste federal, considerando que o desequilíbrio fiscal é provocado pelos estados e municípios. Na lógica do governo, o ajuste e a redução do Estado são os pontos-chave,

inclusive para o desenvolvimento, pois, segundo Roberto Campos, a fórmula do desenvolvimento é simples: governo pequeno (o motor de desenvolvimento é o setor privado); impostos baixos (o governo é mau alocador de recursos); respeito à propriedade física; e abertura internacional (Pereira, 1998).

O gasto social no Brasil, por outro lado, em 1997 foi de apenas US\$ 129,9 por habitante, enquanto na Argentina era de US\$ 457,00. Segundo o Bird – Banco Mundial, o Brasil gastava R\$ 90 bilhões ou 13% do PIB em programas sociais, mas o fosso entre ricos e pobres não diminuiu, pois os 50% mais pobres representavam 12% da renda em 1990, e os 20% mais ricos abocanhavam 65% da renda, conforme relatório sobre o desenvolvimento humano de 1996 (Pnud, 1996:20).

A reforma da previdência, por sua vez, agravou a crise do déficit, ao colocar os que estavam prestes a se aposentar, diante da perspectiva de ver sua situação piorar e provocou o aumento do número de pedidos de aposentadoria: por exemplo, na Universidade Federal Rural de Pernambuco, 7% dos professores entraram com pedido de aposentadoria, provocando o adiamento do ano letivo por falta de professor.

Num contexto econômico de crises e estagnação, a legitimação do governo se fez pelo controle da inflação obtida com o Plano Real. Nos dois últimos anos de governo, FHC implementou um programa de bolsas de ajuda social focalizadas nos segmentos mais pobres.

A focalização de benefícios em determinados segmentos, por intermédio da concessão de bolsas e a gestão das mesmas pelo uso de cartões bancários, tornou-se a forma dominante de implantação e de implementação de novos programas sociais por parte do governo federal. Seguem essa linha os programas como o Bolsa-Escola, do Ministério da Educação (Lei nº 10.219, de 11/4/2001), o Bolsa-Renda para a população das regiões da seca (Medida Provisória nº 2.203, de 8/8/2001), o Agente Jovem de Desenvolvimento Social e Humano, da Secretaria de Assistência Social (Portaria MPAS/Seas nº 879, 3/12/2001), o Sentinela – com bolsas de R\$ 50,00, por criança para famílias acolhedoras de crianças vitimizadas (Portaria MPAS/Seas nº 878, de 3/12/2001) e o Bolsa-Alimentação, do Ministério da Saúde (Medida Provisória nº 2.206, de 8/8/2001), este implementado a partir de setembro de 2001.

Em nível estadual e municipal, também já existem programas de bolsas com saque dos benefícios em caixas eletrônicos de bancos estatais ou privados. Esses programas focalizados destinavam-se a determinados grupos, como crianças de famílias pobres, com renda de até 1/2 salário mínimo per capita, que tivessem filhos na escola na faixa de 7-14 anos, ou que tivessem carência nutricional e estivessem na faixa de até 6 anos, incluindo também gestantes ou jovens de 15 a 17 anos. O programa Sentinela foi destinado a adolescentes e crianças em situação de exploração sexual, atingindo menos de uma centena de municípios. O governo FHC priorizou mecanismos de transferência direta de renda por meio de um sistema de bolsas, principalmente da Bolsa-Escola, cujos gastos foram de R\$ 254,05 milhões em 2000 e R\$ 1,9 bilhão em 2002.

A política de saúde

A dinâmica de consolidação do SUS seguiu um “caminho de Estado” e não de governo, pois já se havia tornado uma política institucional da República, independente do governo, embora, assim mesmo, pudesse correr riscos de redução ou extinção na correlação de forças com os segmentos defensores da ótica capitalista e neoliberal.

A saúde, no entanto, foi eleita para ser um lócus de promoção do candidato governamental ao posto de Presidente da República, senador José Serra, merecendo, assim, uma maior atenção e até servindo como palco de divergências entre o “desenvolvimentista” José Serra e o “monetarista” Pedro Malan, ministro da Fazenda.

O principal destaque da área foi a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, que estabeleceu mecanismos de financiamento da saúde, com vinculação orçamentária para a área e correção dos valores de acordo com a variação nominal do PIB, conforme Resolução nº 322, do Conselho Nacional de Saúde, de 8 de maio de 2003.

Em 1996 já havia 2.323 municípios em gestão incipiente, 618 em gestão parcial e 137 em gestão semiplena, do total de 3.078 municípios habilitados para a municipalização (Mendes, 1998:37).

O número de equipes do Programa de Saúde da Família – PSF¹², no governo FHC, passou de 724, em 1995, para 3.147, em 1998, elevando-se para 16.698, em 2002, com crescimento significativo no segundo mandato. Considerando que cada equipe atende, em média, 3.450 pessoas, o total aproximado da cobertura populacional do PSF foi de 56 milhões de brasileiros. Na tabela, a seguir, vê-se a evolução proporcional dos municípios, por região do Brasil, com PSF implantados, no período 1994-2004.

Tabela III-1: Proporção de municípios com Programas de Saúde da Família implantado – Brasil e grandes regiões – 1994/2004

Região	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002*	2003**	2004***
Brasil	1,1	3,0	4,6	10,3	20,3	34,0	56,5	66,3	74,8	80,1	84,6
Norte	0,5	0,8	0,8	0,7	22,5	49,7	62,4	61,0	73,1	73,5	78,4
Nordeste	1,6	5,2	8,2	9,9	19,9	39,7	61,6	71,3	78,6	83,3	84,5
Sudeste	1,0	3,1	4,7	20,4	30,0	39,0	59,5	64,6	70,1	76,6	79,9
Sul	1,1	1,7	2,2	3,4	11,0	18,1	41,9	57,1	68,7	76,5	82,7
C-Oeste	0,2	0,2	0,5	1,8	7,6	17,5	58,5	81,2	94,8	96,3	97,2

Fonte: BRASIL (2006). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atecabasica.php#numeros>>. Acesso em 20/7/2006.

*Cobertura populacional limitada em 100% por município. População estimada IBGE/2002.

**Atualização de novembro de 2003.

***Atualização de julho de 2004.

Obs: O Distrito Federal é considerado município, sendo coberto pelo PSF a partir de 1997.

A rede de esgotamento sanitário adequado, no entanto, permaneceu praticamente estável no período, passando de 70,9% dos domicílios urbanos, em 1995, para 76,7%, em 2002. Assim, as condições de saúde e vida relacionadas a essa variável pouco mudaram, apesar do PSF. As taxas de mortalidade por causas externas pouco diminuíram, passando de 74,89 (por 100.000 habitantes), em 1997, para 70,09, em 2001, influenciadas pela presença de violência nas causas de morte.

Segundo Castro e Cardoso Jr. (2005), em 1993 eclodiu uma crise no financiamento da saúde com a decisão do Ministério da Previdência Social de não mais repassar verbas para o Ministério da Saúde, que teve de recorrer ao Fundo de Amparo ao Trabalhador. A solução emergencial foi a criação da CPMF em 1996, que deixou de ser exclusiva para a saúde em 2002.

No governo FHC, a contradição entre a estabilidade fiscal de caráter monetarista e os gastos sociais limitaram a margem de manobra do governo, que priorizou a estabilidade em detrimento dos gastos sociais. Assim, segundo Castro e Cardoso Jr (2005), a proporção do gasto social federal em relação ao PIB passou

de 12,2%, em 1995, para 13%, em 1998, e para 14,4%, em 2002, e o gasto social federal per capita apresentou um pequeno crescimento (11,1%) no período FHC, passando de R\$ 1.135,00 para R\$ 1.325,00, em 1998, reduzindo-se para R\$ 1.255,00, em 2002.

Segundo a Secretaria do Tesouro Nacional, os gastos com saúde (incluindo saneamento)¹³ praticamente mantiveram-se estáveis no período 1995-1998, com média de 2,015% do PIB. No segundo mandato, 1999-2002, os gastos tiveram uma média de 1,927% do PIB, portanto inferior à do período anterior. A partir do ano 2000 em que as despesas da União com saúde são especificadas exclusivamente, observa-se que a participação no PIB foi de 1,841% em 2000; 1,972% em 2001; e 1,890% em 2002¹⁴.

Na área da saúde, há que se considerar que o processo de implementação do SUS mudou a forma de gestão e de participação social, consolidando-se a implementação do modelo institucional resultante das lutas do movimento social e sanitário, inclusive das plenárias de saúde. Este movimento se inscreve na perspectiva da construção do pacto federativo derivado da Constituição Federal de 1988 e das leis nº 8.080/90 e 8.142/90.

Vale destacar que FHC nomeou, em 31 de março de 1998, para ministro da Saúde, o economista José Serra, que veio a ser candidato presidencial em 2002, enfrentando Lula no segundo turno e perdendo a eleição. O então ministro buscou a aprovação da emenda constitucional de recursos para a saúde e também enfrentou a quebra de patentes em relação à fabricação de medicamentos e à promoção dos genéricos.

O Conselho Nacional de Saúde

Na gestão do ministro da Saúde Adib Jatene (1/1/1995 a 6/11/1996), ainda em 1995 o Conselho Nacional de Saúde aprovou o Plano de Ação do Ministério da Saúde, *“resguardando o direito do CNS de acompanhar e propor alterações”*, salientando seu caráter deliberativo, bem como a aprovação da *“política de desospitalização”*. Continuou a deliberar sobre recursos e propostas orçamentárias e tomou nova deliberação sobre o ressarcimento ao SUS pelos planos privados de assistência à saúde. Em outubro, estabeleceu que a violência é uma questão de saúde pública.

No período, o CNS, conforme análise das suas resoluções, estabeleceu uma série de recomendações no sentido de garantir a implementação do SUS e seu financiamento, principalmente por meio da Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO¹⁵ para destinação de recursos ao Fundo Nacional de Saúde – FNS e ao Fundo Nacional de Assistência Social – FNAS.

As relações do pacto federativo foram objeto de deliberação, principalmente na recomposição de valores dos tetos dos estados e municípios e de poderes para a comissão tripartite. Várias comissões técnicas são criadas ou extintas. Finalmente, diante do surto de dengue, o Conselho Nacional de Saúde aprovou o Plano Diretor de Erradicação do *Aedes aegypti*. Aprovou, ainda, os planos de trabalho ou ações sobre diversos temas: a Reforma Psiquiátrica, a NOB 01 96, as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, as Comissões Intersetoriais de Saúde do Índio, da Mulher e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

A gestão do ministro Carlos César de Albuquerque (13/12/1996 a 30/3/1998) interferiu na definição do perfil dos agentes comunitários de saúde. O CNS continuou a preocupar-se com o poder do próprio conselho, pois solicitou ao governo federal que não adotasse nenhuma proposta de mudança sem o prévio debate no CNS e na sociedade, inclusive, suspendendo a aplicação da reforma administrativa na saúde. Aprovou o Programa Nacional de Educação e Qualificação Profissional na Saúde, manteve sua atividade de proposta e controle orçamentários e apoiou a PEC nº 169/93.

Na gestão do ministro José Serra (31/3/1998 a 20/2/2002), já no segundo mandato FHC, o CNS deliberou sobre recursos humanos, política de medicamentos e políticas específicas para a saúde do trabalhador, controle do câncer, tuberculose e profissionais de saúde. As questões orçamentárias continuaram em pauta, tendo o CNS apoiado a informatização que garantisse a notificação e a informação.

O Ministério da Saúde foi bastante ativo no sentido de colocar várias propostas para deliberação do conselho, inclusive, deixando-o atrelado a essa agenda que interessava ao futuro candidato à Presidência da República. Na gestão Serra, o CNS aprovou as recomendações para orientar os convênios de investimentos segundo o processo de regionalização da assistência à saúde, expresso na Portaria nº 544/GM, de 11 de abril de 2001.

Com o ministro Barjas Negri (21/2/2002 a 31/12/2002), o conselho reforçou as políticas de saúde mental, já anteriormente definidas, e deliberou sobre temas de orçamento.

No período FHC os grandes temas de deliberação do CNS foram: a questão orçamentária; o pacto federativo de descentralização e implementação do SUS; a articulação intersetorial; a defesa dos direitos do cidadão; o estabelecimento de políticas específicas, de acordo com a agenda social e do próprio Ministério da Saúde, como combate a doenças específicas; e articulações de propostas para mobilização da sociedade por meio das conferências.

Conforme o estudo de Silva e Abreu (2002), na tabela a seguir é apresentado o número de deliberações do Conselho Nacional de Saúde, entre 1996 e 2000.

Tabela III-2: Número de resoluções, recomendações e moções aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, de 1996 a 2000

Ano	Resoluções	Recomendações	Moções
1996	32	8	2
1997	56	2	4
1998	22	15	6
1999	3	16	6
2000	14	7	6

Fonte: Silva e Abreu, 2002

O Conselho Nacional de Saúde, nesse período, estava preocupado com a sua participação na definição de regras e o estabelecimento de uma política nacional de saúde como uma política pública integrada e articulada com outras políticas. Ainda, segundo Silva e Abreu (2002), os conselheiros buscavam discutir uma questão até encontrar um consenso possível, embora fosse "*difícilimo*", às vezes, conseguiu-lo (p.29). Nesse sentido, os autores assinalam que

o mecanismo sociológico consolidado pelas comissões poderia ser chamado de colonização do discurso, pois práticas, interesses e demandas que, muitas vezes, não têm nenhuma relação entre elas são, por assim dizer, colonizadas pela atuação das comissões, pela construção de um discurso baseado no interesse comum. Esse discurso será eficiente, caso seja considerado, em alguma medida, representativo das posições de um grupo expressivo de agentes ou, pelo menos, um discurso que não afronte interesses considerados vitais por aqueles. Sua eficiência, por outro lado, garante ao Conselho, capital simbólico, alianças e apoios que, na situação ótima, lhe permite intervir, causar desdobramentos, exercer influência (p.33).

Os autores destacam ainda que *“a força institucional do Conselho não está na participação de setores populares, embora esta lhe confira legitimidade em face dos demais órgãos da administração pública”*. Essa força também não vem da articulação e nem das atribuições intraburocráticas e *“reside no complexo formado pela relação entre essas dimensões, complexo que não pode ser reduzido à somatória de seus elementos”*. Portanto, para Silva e Abreu (2002) *“a capacidade de o Conselho influenciar políticas públicas depende de sua capacidade de colonizar práticas, alianças, interesses e conflitos feitos, muitas vezes com objetivos ou ganhos heterogêneos entre si”* (p.39).

Sendo o CNS paritário, as questões se agendam de forma diversificada, com interesses divergentes, e as deliberações implicam a negociação Estado-sociedade no interior do próprio conselho, necessitando-se de encaminhamentos estruturados pelas normas e pelos recursos (Faleiros, 2006). No governo FHC, houve o início de um processo de capacitação de conselheiros que teve várias universidades como parceiras, e que pôde propiciar a oportunidade de uma formação já demandada desde longa data.

A Norma Operacional Básica – NOB 96

A Norma Operacional Básica – NOB SUS 96 foi instituída pela Portaria GM/MS nº 2.203, publicada no DOU em 6 de novembro de 1996.

O processo de negociação e formulação da NOB 96 no Conselho Nacional de Saúde e na Comissão Intergestores Tripartite durou cerca de um ano até sua edição final. *“Esse longo processo de discussão, que envolveu vários segmentos da sociedade, além de várias oficinas de trabalho do Conass e encontros do Conasems, buscou a elaboração de uma proposta consensual, que atendesse às necessidades dos diferentes níveis gestores do SUS”* (Levcovitz et al, 2001:278).

A norma possibilitou a articulação do pacto federativo de forma descentralizada, principalmente com a aprendizagem da NOB 93. O texto da NOB 96 assinala que a mesma *“tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios”* (artigo 30, incisos V e VII, e artigo 32, parágrafo 1º da Constituição Federal). Propugna, ainda, a consequen-

te redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.

A norma compreende a atenção à saúde, integrando os campos da assistência, das intervenções ambientais e das políticas externas ao setor saúde, estruturando os níveis de atenção representados pela promoção, proteção e recuperação, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo. É importante ressaltar o fortalecimento do sistema de saúde municipal, mas articulado a fóruns de negociação integrados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), além de articular a relação entre os próprios sistemas municipais. Nesse contexto, propõe o planejamento e a programação pactuada e integrada entre os gestores (PPI).

A norma ainda enfatiza a necessidade de diversidade do financiamento e estabelece um modelo de gestão que busque a eficácia e a eficiência com qualidade. Nesse sentido, a NOB 96 propõe a reorganização do modelo assistencial estabelecendo uma direção única no setor saúde, com instrumentos gerenciais definidos para prestadores de serviços e gestores públicos, e transferências fundo a fundo. São estabelecidas duas condições de gestão: avançada e plena do sistema estadual e, para os municípios, plena da atenção básica e plena do sistema municipal. *“A análise do período de implementação da NOB 96 sugere importantes avanços no que diz respeito ao processo de descentralização na área da saúde. Por outro lado, podem ser também apontados diversos problemas e distorções, que colocam novos desafios para o SUS”. De qualquer modo, “em dezembro de 2000, 99% dos 5.506 municípios brasileiros já estavam habilitados em uma das condições de gestão da NOB 96”* (Levcovitz et al, 2001:280).

Cartão Nacional de Saúde

A NOB 96 recomendou a adoção do Cartão-SUS municipal, de forma a agregá-lo ao sistema nacional, à época em discussão para regulamentação. Conhecido como Cartão-SUS, como forma de identificar a clientela do Sistema Único de Saúde, explicita ao mesmo tempo sua vinculação à gestão e a um conjunto bem-definido de serviços, cujas atividades devem cobrir, integralmente, toda a atenção à saúde do cidadão, conforme os princípios constitucionais. O cartão, segundo a citada norma,

tem uma “numeração nacional, de modo a identificar o cidadão com o seu sistema (municipal ou estadual) e agregá-lo ao sistema nacional”, garantindo seu atendimento em todo o território brasileiro (Brasil, 1997:14).

O Cartão Nacional de Saúde tem como objetivo a modernização dos instrumentos de gerenciamento da atenção à saúde. A utilização de tecnologia combinada de informática e telecomunicações permite dotar o SUS de uma rede integrada para a realização de variadas operações, com grande capacidade de gerar informações. Além disso, tem como característica a capacidade de identificação individualizada dos usuários do sistema.

Implementado como piloto em diversos municípios, o Cartão-SUS ainda não foi, contudo, assumido integralmente como a ferramenta de gestão do sistema que propunha tornar-se.

Programa DST/Aids

Já em 1986, havia sido criado no Brasil o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids – DST/Aids. No entanto, seu maior desenvolvimento ocorreu após o acordo assinado em 1994 entre o Brasil e o Banco Mundial, que entra em cena como financiador de projetos na área da saúde, evidenciando, de certo modo, a atenção internacional para estas questões emergenciais da saúde pública, em tempos de globalização. “Uma das características essenciais do programa brasileiro tem sido sua fundamentação na indissociabilidade das ações de prevenção e assistência, entendimento este que perdurou mesmo antes da introdução da terapia anti-retroviral” (Brasil, 2006).

A partir de 1996, novas abordagens terapêuticas, com múltiplas drogas, estabelecem mecanismos mais eficazes de luta contra a doença. Sua mortalidade começa a cair e, amparado por legislação garantindo o acesso a esses novos medicamentos, mesmo contra advertências do Banco Mundial, o Brasil adota a política de distribuição da medicação, via SUS, para todas as pessoas acometidas pela doença. Esta estratégia mostra-se eficaz, tanto do ponto de vista da redução da mortalidade, quanto da redução de gastos com o tratamento.

O início do novo século consolida o reconhecimento do programa brasileiro de controle do HIV e aids, transformado em exemplo internacional. Suas características mais marcantes, a integração entre prevenção e as-

sistência, a incorporação da perspectiva de direitos civis à prevenção, a universalidade, entre outras, são por um lado reflexo dos princípios legais do próprio Sistema Único de Saúde, mas também reflexo da evolução dinâmica da resposta de uma sociedade ao desafio representado por uma epidemia (Brasil, 2006).

Política Nacional de Medicamentos Genéricos

Em 1999, o governo FHC estabelece a política nacional dos medicamentos genéricos, por intermédio da Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. O produto genérico é igual ou comparável ao de referência em quantidade de princípio ativo, concentração, forma farmacêutica, modo de administração e qualidade, que pretende ser com ele intercambiável. É geralmente produzido após expiração ou renúncia da patente e de direitos de exclusividade, comprovando sua eficácia, segurança e qualidade através de testes de biodisponibilidade e de equivalência terapêutica.

O medicamento genérico possui um custo menor, por ser igual ao medicamento já conhecido e por não precisar de investimento em pesquisa para seu desenvolvimento nem de publicidade para a marca, já que não tem nome comercial¹⁶.

Norma Operacional de Assistência à Saúde – Noas-SUS

Em 2001, após exaustivos debates entre os níveis de gestão e as instâncias de controle social foi emitida nova norma operacional, cujo título, em relação às anteriores, enfatizou o foco assistencial do sistema: Norma Operacional de Assistência à Saúde – Noas-SUS 01/01 (grifo nosso), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 95/2001. Seus aspectos inovadores, enquanto norma operacional, foram a elaboração de um Plano Diretor de Regionalização – PDR, com diretrizes para a organização regionalizada da assistência; a instrumentalização de gestores estaduais e municipais para o planejamento/programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de compromisso entre gestores; e a atualização dos critérios e dos processos de habilitação de estados e municípios às condições de gestão do SUS.

Em relação à organização da assistência, a norma enfatiza resolutividade da atenção básica em todos os municípios, a partir de questões consideradas estra-

tégicas, tais como saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, controle da hipertensão e do diabetes, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase. Outras áreas não contempladas seriam definidas a critério dos gestores estaduais e municipais, em função de especificidades epidemiológicas locais.

A Noas-SUS 01/01 estabelece, também, diretrizes gerais para as ações de média e alta complexidade, e requer a articulação dos gestores municipais para a negociação e pactuação de referências intermunicipais, sob a coordenação e a regulação estadual, através de programação pactuada e integrada¹⁷.

Em 27 de fevereiro de 2002, foi emitida a Noas-SUS 01/02, por meio da Portaria GM/MS nº 373/2002, que revoga a norma anterior, mantendo suas diretrizes gerais e *"ampliando as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios"*.

A Plenária Nacional de Saúde Últimos movimentos

O período FHC, na perspectiva do movimento pelo SUS e de sua institucionalização, poderia se caracterizar como um processo de avanços na institucionalização e na pressão e nova organização da participação, integrando-se instituído (conselhos) e instituinte (plenárias), onde se colocam, de forma plural, tanto os representantes do Estado como os da sociedade. As plenárias não se situam a partir da sociedade em relação a demandas ao Estado, mas como espaço de lutas e de propostas, de pressão e de encaminhamentos, de dúvidas e esclarecimentos, onde o conflito pode se expressar.

A Carta da Plenária Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 13 de setembro de 1995, salienta que *"o direito à saúde consagrado na Constituição Federal de 1988, dentro do capítulo da Seguridade Social, bem como a sua forma institucional corporificada no Sistema Único de Saúde, estão sendo ameaçados de diferentes maneiras pelo governo"*, considerando a falta de recursos e deterioração da qualidade do atendimento. Nesse sentido, assinala:

Esta situação decorre do não cumprimento, por parte dos governos anteriores e atual de cláusulas legais relativas ao financiamento da saúde; da ausência de critério claros de partilha dos recursos entre as áreas da seguridade social; da especialização da fonte "Contribuição Social de Empregadores e Trabalhadores" para a previdência social; do não repasse dos recursos da Cofins quando judicialmente liberados, da questionável autorização para parcelamento dos débitos relativos a essa contribuição em 80 meses; do indevido uso de recursos da seguridade para pagamento de Encargos Previdenciários da União e, finalmente, da criação do Fundo Social de Emergência que retira recursos do Orçamento da Seguridade Social e os aplica em outras áreas (Plenária Nacional de Saúde, 1995:1).

O documento denuncia que o governo FHC, *"para livrar-se do ônus político de impor à população mais um imposto que viabilize o pagamento da dívida pública e dos salários dos servidores, usa a saúde para justificar o aumento da carga tributária"* (Plenária Nacional de Saúde, 1995:1), considerando que o governo se opõe à vinculação de recursos para a área.

Denuncia, também, que há propostas legislativas que restringem o direito à saúde, como a PEC nº 32/95, que torna infraconstitucional, ou seja, *"nos termos da lei"*, esse direito. A PEC nº 33/95 também muda a Constituição Federal para, igualmente, tornar infraconstitucional a transferência de recursos à saúde *"em termos de lei federal"*, no bojo de reformas do Estado propostas por FHC, na perspectiva do chamado *"Estado mínimo"*. A PEC nº 33/95 transfere para os próprios servidores o ônus do Estado na garantia da previdência e assistência social, quando estabelece que *"os estados, o DF e os municípios poderão instituir contribuição cobrada de seus servidores para o custeio, em benefício destes, de sistemas de assistência à saúde"*, em substituição à atual determinação, que permite contribuições para sistemas de previdência e assistência social, o que contraria os princípios do SUS. Seguindo a Carta citada:

[...] as propostas de emendas constitucionais que são conhecidas como *"reforma da previdência"*, na sua essência, institucionalizam a extinção da Seguridade Social e de seu instrumento principal, o Orçamento da Seguridade Social. Restaurando o antigo modelo de seguro social, elimina o piso de um salário mínimo para os mesmos, deixando seus valores e os reajustes vulneráveis às disponibilidades conjunturais descaracterizando como direitos sociais os benefícios assistenciais (Plenária Nacional de Saúde, 1995:3).

A Carta denuncia, como ameaça ao SUS, que

a proposta de reforma administrativa preconiza que as organizações complexas prestadoras de serviço – de atenção, produção, ensino e pesquisa – deverão ser transformadas em “organizações públicas não estatais”. Isso significa que teriam autonomia de gestão, seriam mantidas com recursos públicos repassados através de contratos de gestão, que seus funcionários sairiam do Regime Jurídico Único e perderiam a estabilidade, podendo ainda prestar serviços de caráter privado e sendo geridos por um Conselho (Plenária Nacional de Saúde, 1995:3).

O documento assinala, ainda, que as propostas de Reforma Tributária visam à reconcentração dos recursos financeiros na União, com perdas para estados e municípios, rompendo-se o pacto federativo descentralizado e democrático instituído em 1988 e constituindo uma ameaça ao financiamento do SUS. E registra que não será possível avançar na descentralização da saúde enquanto o modelo tributário caminha para a concentração de recursos.

A Plenária Nacional de Saúde propõe uma discussão ampla dessas reformas, vendo-as como “*destruição das conquistas sociais alcançadas na Constituição Federal de 1988*”, posicionando-se contra as mesmas, contra a fragmentação do sistema de saúde e a ruptura com o princípio da integralidade, contidas na proposta de transformação das unidades complexas em “*organizações públicas não-estatais*”. Posiciona-se:

[...] a favor de uma solução de caráter permanente para o financiamento da saúde, com a definição de critérios claros de partilha dos recursos das fontes já existentes da Seguridade Social e a preservação do princípio de diversificação das fontes de financiamento, bem como da Proposta de Emenda Constitucional – PEC nº 169/93, que estabelece a destinação à saúde de 30% das receitas das contribuições sociais da Seguridade Social e de pelo menos 10% das receitas fiscais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e por uma política de melhoria da gestão do sistema, que resulte em melhor qualidade das ações e serviços de saúde, com melhores condições de trabalho e exigindo compromisso de todos os trabalhadores com a qualidade e a resolutividade da atenção à saúde (Plenária Nacional de Saúde, 1995:5).

Essas reformas foram rejeitadas em debate complexo e tumultuado no Congresso Nacional. Em 15 janeiro de 1997, a coordenação da plenária, em carta às entidades participantes do movimento focalizando o projeto de organizações sociais, informa que:

No dia 11 de dezembro de 1996 aconteceu uma audiência pública na Câmara dos Deputados em Brasília, que contou com expressiva participação de representantes de entidades, de conselhos de saúde e de secretários de saúde, para debater o tema: Organizações Sociais Autônomas para o Setor Saúde, parte integrante da proposta de Reforma do Estado do governo federal. Esse projeto pretende transformar as instituições públicas estatais em organizações autônomas com gestão privada, transferindo o patrimônio e assegurando a sua operação mediante contratos de gestão. A Secretária de Reforma do Estado – Mare – Dr^a Angela Maria S. Carvalho informou, na audiência, que o Governo Federal enviará ao Congresso um Projeto de Lei que regulamentará o processo de transformação de instituições públicas em organizações sociais. A exceção seria o Hospital Presidente Vargas de Porto Alegre/RS, que seria imediatamente transformado em Organização Social (Plenária Nacional de Saúde, 1997:1).

Naquela ocasião, em reunião de avaliação do evento, decidiu-se marcar uma Plenária de Entidades e um Ato Nacional em Defesa da Saúde e pela implementação do SUS, na cidade do Rio de Janeiro/RJ, em 24 de janeiro de 1997, cujo tema foi: “Rumos do movimento em defesa do Sistema Único de Saúde”. E também um ato público pela implementação do SUS. Em informe de 27/1/1997 da coordenação das plenárias assinala-se que, na audiência de 11 dezembro:

O ministro colocou que suas principais linhas de ação deverão se pautar pela consonância com a macro política, pelo acatamento de sugestões da periferia para o centro, da descentralização como prioridade, da avaliação de resultados das ações em curso no ministério e pretende estimular o controle social, inclusive com vinhetas na televisão. Se declara favorável à PEC n^o 169 (vinculação de 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social para a Saúde e 10% dos recursos Fiscais da União, estados e municípios para a Saúde) e ao Sistema Único de Saúde – SUS (Plenária Nacional de Saúde, 1997b).

O informe de janeiro destaca, também, as questões do orçamento de 1997, a NOB 96, publicada no DOU, em 6 de novembro de 1996, o Projeto Reforsus e moções aprovadas na 10^a Conferência Nacional de Saúde.

A Coordenação da Plenária, no mesmo informe de 27/1/1997, considera que a “*partir da realização da 10^a Conferência Nacional de Saúde observa-se o revigoreamento da mobilização e o fortalecimento do Movimento em Defesa da Saúde e pela Implementação do SUS*”, destacando os debates promovidos por entidades da área da saúde e parlamentares em Belo Horizonte/MG e São Paulo/SP, no segundo semestre de 1996, e o Encontro Nacional de Conselheiros

de Saúde, em novembro de 1996, em Brasília/DF, com a participação de mais de duas centenas de conselheiros de saúde de todo o país. Mas sustenta: “fica evidente a necessidade de maior organização e ampliação do Movimento, de forma que unifique todos os setores que se declaram pela Reforma Sanitária, em defesa da Saúde e do SUS”. Define-se como “eixo do movimento”, em 1997, o financiamento permanente para o SUS, com a luta pela aprovação da PEC nº 169/93, de autoria dos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires, com as seguintes palavras de ordem: “Mais Dinheiro, Mais Controle Social e Qualidade do Atendimento em Saúde” (Plenária Nacional de Saúde, 1997b:3).

O informe destaca, ainda, o ato público, realizado no Rio de Janeiro/RJ, no dia 24 de janeiro de 1997, que contou com expressiva participação de representantes de entidades sindicais, populares, conselheiros de saúde, secretários de saúde, parlamentares, deputados estaduais, prefeitos e vereadores¹⁸.

Em março de 1997, houve um comunicado da coordenação da Plenária Nacional de Saúde chamado de “SOS SUS”, com o objetivo de informar os participantes do movimento sobre as atividades realizadas após a reunião plenária de 4/2/1997, pois haviam ocorrido duas reuniões da coordenação: uma em Brasília/DF, no dia 5/3/1997, e outra no Rio de Janeiro/RJ, em 7/3/1997, para avaliação política do movimento e análise das estratégias de encaminhamento. O informe assinala que em fevereiro daquele ano foram realizadas algumas visitas: ao presidente da CUT, ao Secretário Estadual de Saúde de São Paulo, às editorias dos jornais *Folha de São Paulo*, *O Globo* e *Jornal do Brasil*, à emissora de televisão Manchete, e reuniões com o presidente da OAB e com a vice-governadora do Distrito Federal para definir as condições de infra-estrutura para um ato-show, que contaria com decisivo apoio do governo do Distrito Federal. Ainda em fevereiro houve reunião com o jornalista Carlos Chagas, da TV Manchete, e com o Secretário-Geral da CNBB. O comunicado também destaca as atividades de divulgação do movimento:

Encontro de Secretários de Saúde da Região Sul-Sudoeste do Pará, em Marabá – 21/02/1997; Encontro Estadual dos Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso, em Cuiabá – 27/02/1997; Encontro Estadual de Secretários Municipais de Saúde, em Santarém/PA, 13/03/1997; Seminário sobre o SUS para Prefeitos e Secretários de Saúde, em Porto Alegre/RS, em 18/03/1997; Reunião Nacional da CUT, em São Paulo/SP, 24/02/1997; Seminário da Contag, com a participação de 17 Federações – 04/03/1997; Reunião da Direção Nacional da Aben e Conaben,

com a participação de representantes de 27 estados – 04/03/1997; V Fórum de Gerontologia, em Fortaleza/CE – 04/03/1997; Reunião da Diretoria da Abrasco, em 11/03/1997; Reunião do Conselho Nacional de Saúde, em 05/03/1997; Encontro de Secretários de Saúde do PT, em Belo Horizonte/MG – 13/03/1997; Oficina de Trabalho do Conass, em Curitiba/PR – 13/03/1997, estando previstos para as próximas semanas: Encontro Estadual de Secretários Municipais de Saúde, em São Paulo/SP – 19/03/1997; Encontro de Secretários Municipais de Saúde, em Belém/PA – 20/03/1997; Reunião com o Presidente da Contag, Francisco Urbano Pereira Filho, dia 20/03/1997, às 9:30 horas, sendo providenciado o agendamento de reuniões com: ABI, MST, Fenaj, Copab e SBPC (Plenária Nacional de Saúde, 1997c)¹⁹.

Essas atividades mostram que o movimento de saúde se manteve articulado e reestruturou um outro patamar de organização durante o governo FHC, mobilizando sua reação às propostas neoliberais de infraconstitucionalização do direito à saúde e à privatização do setor, principalmente com a participação das bases do movimento.

O término das atividades da Plenária Nacional de Saúde ocorreu sem que houvesse sido realizada uma avaliação política quanto à suspensão de sua continuidade. No entanto, simultaneamente ao fim das atividades da plenária nacional, vinha ocorrendo um movimento de criação de uma instância de conselheiros de saúde, a que se denominou posteriormente Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Seus primeiros movimentos ocorrem em 1994 e sua criação foi definida no Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, realizado em 25 de abril de 1995, em Salvador, Bahia.

Apesar da natureza diferenciada das plenárias, uma ampla e plural e a outra congregando os conselhos, ambos os movimentos tinham como agenda política a defesa do SUS e a mesma estratégia, com pauta similar de reivindicações. A primeira Plenária Nacional de Conselhos de Saúde ocorre em 19 de novembro de 1996, em Brasília/DF.

As novas relações instituído-instituinte na visão de alguns dos seus personagens históricos

De todas as entrevistas realizadas, destacamos reflexões significativas de alguns participantes, analisando não só o contexto, mas, principalmente, as dinâ-

micas políticas em que se construíram as relações de poder no âmbito da saúde, no referido período, considerando não só as disputas próprias do pacto federativo, mas as do contexto de enfrentamento com o bloco no poder, liderado pelo PSDB/PFL. São analisadas, no contexto do governo FHC, questões jurisdicionais que permeiam o debate do direito à saúde. Destacam-se, ainda, os últimos passos da Plenária Nacional de Saúde e os primeiros passos da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

A conjuntura FHC

Para **Eliane Cruz**, a questão fundamental que se coloca no governo FHC é a disputa sobre o papel do Estado na sua relação com a sociedade, assinalando:

Entre 1995 e 2002, houve uma grande mudança na discussão a respeito do papel do Estado, em especial se viermos analisando de 1988 a 1996, na construção do Sistema Único de Saúde, com recursos econômicos, com participação social. O governo FHC engendrou uma mudança significativa no papel do Estado, consequência de sua consideração de que o Estado não deveria estar incumbido de todas as funções que desempenhava. No momento em que terceirizou a gestão, os contratos e absolutamente todo o resto devolveu para a sociedade o papel de cuidar dela própria na área da saúde. Foi um momento muito difícil, e ainda é o que a gente vive na área da saúde.

Os reflexos desta política são evidentes para a gestão da saúde, especialmente no nível local. **Eliane Cruz** continua sua análise.

Todo o ânimo empregado na construção de um plano municipal de saúde, de um plano estadual, com as disputas locais ou a própria disputa nacional, acaba sofrendo um rompimento que vinha da gestão do José Serra. Ele “verticalizou” absolutamente tudo na hora em que passou a fazer repasses de recursos com a insígnia de onde cada recurso poderia ser gasto. Então você passa a ter todos os municípios e estados trabalhando sob uma mesma ótica, o que faz perder a capacidade de enxergar e reconhecer o que é uma realidade epidemiológica e o que é uma realidade sanitária.

Essa conjuntura acaba refletindo no próprio desempenho dos conselhos de saúde. **Eliane Cruz** arremata:

Esse foi um momento muito difícil, inclusive para os conselhos. Os conselhos vinham, até então, apreendendo qual era a sua realidade epidemiológica e sanitária. Acredito que eles conseguiram enxergar essa realidade

e, com isso, desenhar uma política de saúde e o planejamento de saúde local. Imagino que, a partir do momento, em que se fez a “verticalização”, o que sobrou para os conselhos ou, por assim dizer, o que, sob a ótica de quem faz a gestão de serviços, passou a caber aos conselheiros, foi a apresentação do plano de gastos e o balanço de pagamentos, mas, mesmo assim, sempre com uma lógica de que se eles não aprovassem, o dinheiro não viria. Qualquer conselheiro municipal pode ratificar o que estou dizendo. Isso tirou de qualquer município ou estado a capacidade de fazer a política que ele acha melhor.

O destaque do processo participativo, nesse período, foi, segundo **Elizabeth Barros**, o movimento das plenárias e a mobilização do SOS SUS. Salaria, ainda, que em 2000 houve uma grande vitória com a aprovação da Emenda Constitucional que vincula recursos à saúde – EC nº 29/00. **Elizabeth Barros** chama a atenção para as tentativas de desfiguração do SUS e seus desdobramentos no período.

No período até 1996 houve várias tentativas de desfigurar o SUS, especialmente quando tentaram incluir um dispositivo na Proposta de Emenda Constitucional da Presidência da República que mudava o artigo que garantia o direito em saúde. Algo que derrubava o texto atual – “A saúde é direito de todos e dever do Estado...”, em que eles pretendiam colocar entre vírgulas a expressão “garantido nos termos da lei”, porque retiraria da Constituição Federal a garantia do direito, remetendo a uma lei comum a definição do que era direito ou não.

Elizabeth Barros destaca o papel da Plenária Nacional de Saúde nesse processo, inclusive a dificuldade de identificar seu(s) mentor(es). Assim, a tentativa de desfigurar o SUS

foi uma das batalhas da plenária, de articulação, em que a plenária desempenhou importante papel divulgando, denunciando essas questões, pressionando. Na verdade, ninguém quis assumir a paternidade desse dispositivo dentro da proposta de emenda constitucional, inclusive foi chamado de “dispositivo bastardo”. Os ministros da Saúde, da Fazenda, da Previdência, da Reforma do Estado diziam que não eram os autores e ninguém assumia a paternidade, embora as suspeitas recaíssem sobre o Ministério da Fazenda, pois existiam alguns elementos indicadores de que a sua inclusão teria sido em função de articulações no âmbito da Fazenda. Mas, nunca foi feito, ao que eu saiba, uma investigação para saber de onde realmente surgiu o dispositivo. Ninguém sabe como o dispositivo entrou na Proposta de Emenda Constitucional que o Executivo mandou para o Congresso Nacional.

Já, para **Luiza Jaeger**, o mentor da manobra era conhecido. Ela destaca o papel do movimento social nesse processo:

Não se teria o texto Constitucional nem a Lei Orgânica que temos no país, se não fosse o movimento social fazendo pressão e uma série de articulações políticas. Todas as tentativas de mudanças como, por exemplo, aquela tentativa do Pedro Malan de pôr o SUS como um pacote mínimo, não foram para frente pela pressão do movimento. Sempre que houve dificuldades, como a questão do financiamento, as propostas no Congresso Nacional não passam, por pressão tanto do movimento social quanto do próprio setor privado e dos secretários de saúde.

Eliane Cruz também se refere ao mesmo tema: *“Uma das grandes questões enfrentadas na época, ‘o grande debate’, foi a Emenda de 1994-1995. Havia um movimento para mudar a Constituição Federal, pois queriam colocar no SUS: ‘Saúde, direito de todos e dever do Estado, nos termos da Lei’. Queriam, então, tirar da Constituição e remeter a uma lei que explicasse o que era isso. Esse foi um momento bastante importante”*. Assinalando algumas divergências entre a Plenária Nacional de Saúde e o CNS, em relação ao *“encaminhamento no campo institucional, pois o conselho é um espaço de representação social institucionalizado”*, **Eliane Cruz** finaliza:

A importância desse movimento se deu em função do fato de termos conseguido derrubar a emenda no Congresso Nacional. Inclusive, já foi um passo diferente, pois trabalhávamos com o Congresso. Embora alguns deputados já participassem e acompanhassem, era diferente de trabalhar diretamente com o Congresso Nacional e com uma frente mais ampla. Eu me lembro de uma série de deputados que não eram ligados ao movimento, e que nem se davam bem com os movimentos, mas que vieram trabalhar conjuntamente.

O embate entre a área econômica liderado pelo ministro da Fazenda Pedro Malan e o movimento social, por mais recursos para a saúde, expresso na Emenda Constitucional nº 29/00, segundo **Nelsão** *“atropela”* tanto o presidente da República quanto a área econômica e a própria área da saúde *“que estava inerme”*. Nelsão afirma que *“...o Ministério da Saúde não lutou, a não ser em alguns escalões intermediários, e começaram a demitir no ministério quem estava a favor da Emenda Constitucional nº 29/00”*. Em relação ao papel dos mecanismos de democracia participativa, ele acrescenta:

As entidades da sociedade e o Conselho Nacional de Saúde foram muito importantes, não pela mobilização do conselho, que eram 32 conselheiros que não têm maior peso em si, mas esses conselheiros na hora em que vão para as suas entidades, mobilizam as centrais sindicais, as entidades nacionais de portadores de deficiências e de patologias, mobilizam a CNBB que está no conselho, os empresários da indústria, da agricultura e do comércio, as entidades por eles representadas, nos corredores do parlamento, aí sai de baixo, tanto que foi aprovada.

Nesse período, a disputa entre estados, municípios e União é também salientada por **Luiza Jaeger** sobre o papel do Estado, principalmente quanto à regionalização e também à universalização, em confronto com as formas de gestão. Para a entrevistada, *“o papel regional deveria ser do município, com a indução dos estados”*. Os estados também deveriam repassar recursos para os municípios e não assumiram a característica de serem co-responsáveis financeiramente. **Luiza Jaeger** salienta, ainda, que o nó do sistema é o acesso da população, na relação entre o atendimento básico e a complexidade de toda a atenção à saúde. E acrescenta que a compreensão dos estados na gestão do SUS apresenta dificuldades.

Outro gargalo do sistema é que os estados até hoje não entenderam ou não querem entender, porque isso significa perda de poder em determinados sentidos, qual é o seu papel no sistema, por exemplo, na briga pela média e alta complexidade. Os municípios têm bem mais claro até onde eles podem chegar, como gestores e executores, mas o estado fica disputando com os municípios e com o governo federal o seu papel. O governo federal tem mais entendimento do seu papel, mesmo no governo Fernando Henrique Cardoso, mas os estados não conseguem entender o que eles podem e não podem fazer, como podem e como deve ser feito. Existe o problema da regionalização, pois se há o direito do sujeito ser atendido em qualquer lugar, com essa coisa do sistema ser descentralizado, o estado tem que entender que, se ele for referência, tem que atender todo mundo e ver como é que se compensa isso. Embora o papel regional não seja estadual e mais do município, o estado tem que ter um papel indutor no estabelecimento dos pactos.

Outra questão assinalada sobre o período FHC foi a questão do setor privado.

Elizabeth Barros fala um pouco sobre isso.

O SUS nunca foi uma proposta que agradou ao setor privado. Mas, também, existe um segmento do setor privado que sempre foi muito dependente do Estado. Peguemos o exemplo dos hospitais. Eles se constituíram com financiamento público, venderam serviços ao Inamps e depois

continuaram vendendo ao Ministério da Saúde. A imbricação é muito grande. Por exemplo, em todas as lutas para melhorar o financiamento, seus representantes eram aliados de primeira hora. Era uma forma deles garantirem a sua própria sobrevivência. Já, em outros momentos, eles eram resistentes. Na descentralização, claramente ficaram numa posição de resistência. Fora que existem outros setores aos quais o Ministério da Saúde nunca interessou como regulador.

A alta complexidade também é enfocada por **Elizabeth Barros**.

No período das reformas do Estado em 1996, que foi o ano do Bresser-Pereira, houve uma proposta de criação de uma estrutura que seria quase uma recriação de um Inamps para a alta complexidade. Seria uma espécie de secretaria vinculada à Presidência da República para operar na área de alta complexidade, desvinculando-a do SUS, o que seria absolutamente inconstitucional. E, não por acaso, pois é um setor que tem um poder enorme de influir sobre a remuneração dos serviços. Pegue a tabela do SUS e veja que está pagando por esses procedimentos melhor que o mercado. Então, eles tinham essa postura de se tornar diferenciais e não correr o risco de haver concorrência, de se ter desvio de recursos para a atenção básica, por exemplo. Falar do setor privado na área da saúde é muito complicado porque, dependendo do momento e do segmento, este setor pode ser muito conflitante. [...] no caso dos genéricos havia uma forte articulação, mas também uma forte resistência no segmento industrial da saúde.

O GOVERNO FHC E A QUESTÃO JURÍDICA DO DIREITO À SAÚDE

A luta pelo SUS, no período considerado, passou por mediações jurídicas que refletem os embates para garantir de fato as expressões constitucionais do direito à saúde e dever do Estado, além do direito à participação da comunidade, como um de seus princípios.

Após a instalação, em 1993, pelo Ministério Público Federal – MPF de um inquérito civil público sobre o cumprimento dos preceitos constitucionais pelo SUS, o MPF passou a ocupar um lugar estratégico no debate sobre a democracia participativa e o controle social do SUS. A atuação do MPF, mais sistemática e mais orgânica junto ao sistema de saúde, consolidou-se no período ora analisado do governo FHC.

Raquel Dodge situa o debate lembrando que “[...] *naquele ano de 1993, eu estava na Procuradoria da República refletindo sobre como era possível começar a agir para proteger os direitos humanos da saúde, se isso era uma responsabi-*

*lidade do Ministério Público Federal e, se era, como agir, que instrumentos eu tinha, já que a Constituição Federal de 1988 garante o direito à saúde como um direito humano e um dever do Estado". Considerando que este preceito brasileiro é uma novidade dentre as constituições ocidentais, a entrevistada segue: "A Constituição norte-americana e a lei norte-americana não dizem que a saúde é um dever do Estado. A Constituição Federal Brasileira, diferente de todas as outras constituições da América Latina, desdisse isso como uma vitória do movimento social". Continua **Raquel Dodge**:*

Diz lá: a responsabilidade é do Estado e o direito é do cidadão. Portanto, eu tinha um instrumento, um fundamento jurídico claro, mas a Constituição Federal de 1988, só veio a ser regulamentada para dar instrumentos de atuação condizente com esse novo cenário de direito ao Ministério Público Federal justamente no ano de 1993, em maio de 1993, quando foi editada a Lei Complementar nº 75, que diz nos seus primeiros artigos que o serviço de saúde é um serviço de relevância pública. Ao categorizar desse jeito ela também dá instrumentos ao órgão do Ministério Público, ao Procurador da República para instaurar uma investigação para saber como esse direito à saúde está sendo cumprido, observado e estruturado pelo Estado.

É nesse momento que surge a demanda sobre o SUS, encaminhada ao MPF. **Humberto Jacques de Medeiros** refere-se a algumas faces da questão, falando dessas primeiras iniciativas do MPF.

Foi em Brasília/DF, no Ministério Público Federal, que o doutor Aristides Junqueira Alvarenga, procurador-geral da República, o doutor Álvaro Augusto Ribeiro Costa, Procurador Federal de Direitos do Cidadão e a doutora Raquel Elias Dodge, Procuradora-Geral da República, abriram o inquérito civil público nacional sobre o direito à saúde no Brasil, provocado pelo movimento social. A meu ver, o marco do direito à saúde no Brasil foi o episódio no qual, por conta da crise financeira, o Sindicato dos Médicos, as Santas Casas, a Federação dos Médicos e todo o movimento social se deslocam para o MPF, provocando a abertura de um inquérito nacional. [...] Conheci, então, uma nova vertente de trabalho de investigação sobre o financiamento da saúde, sobre a insuficiência dos recursos da saúde, diferente da versão investigativa repressora, um pouco policialasca, que havia.

Raquel Dodge, que recebeu a demanda para lhe dar provimento, fala sobre aquele momento.

Era uma representação muito densa e centrada justamente no que era mais importante de ser resolvido de forma estruturada naquela ocasião: garantir financiamento contínuo, adequado, proporcional às necessi-

dades do sistema, garantir atendimento célere, conter desvios e conter abusos de poder. Era um documento muito rico, muito importante, e eu peguei esse documento e fiquei meditando sobre ele cerca de um mês, porque imaginava que não podia errar na iniciativa, no tom, no modo de desenvolvimento das atividades do Ministério Público, a partir daquele documento.

Assinalando que trabalhou no documento com o procurador federal dos direitos do cidadão, o Dr. Álvaro Ribeiro Costa, hoje Advogado-Geral da União, **Raquel Dodge** continua “[...] *nós nos reunimos todas as tardes durante um mês estudando esse assunto. Como será o objeto de uma investigação por parte do MPF? Se eu apurar tais coisas, que instrumentos tenho para corrigir isso? Se eu me deparar com uma omissão administrativa ou uma omissão legislativa, algo desse gênero, o que posso fazer com isso?*” A entrevistada assinala que essa reflexão era importante porque não havia experiência jurídica nas questões de proteção ao direito à saúde no Brasil. Foi ao cabo desse período que decidiram instaurar um inquérito civil público, o primeiro instaurado no MPF. **Raquel Dodge** assinala que, em síntese,

o alvo do inquérito era o sistema de saúde. O financiamento é adequado? É suficiente? Se não, quais os entraves ao fluxo desse dinheiro? O controle social é exercido? De que maneira? O que emperra o exercício do controle social? Os conselhos estão instituídos apenas formalmente para inglês ver, como se diz? Ou esse controle está sendo realmente instituído? Era basicamente isso. [...] pela primeira vez no Brasil, havia uma possibilidade, havia instrumentos para fazer valer os direitos econômicos, culturais e sociais no país, o direito à saúde incluído. [...] Era tudo muito novo, estávamos “inventando” o Ministério Público Federal, trabalhando com uma categoria nova do direito à saúde.

Humberto Jacques ressalta o papel do movimento sanitário, nessas iniciativas: “*O movimento sanitário que havia provocado a abertura do inquérito no MPF, oferecia serviços para nós. Havia uma série de sujeitos interlocutores habituais que, gratuita e generosamente, nos apoiavam nessa investigação. Maria Luiza Jaeger, Elias Jorge e Gilson Carvalho, por exemplo, grandes quadros que me ensinaram muita coisa...*” Nessa mesma linha, **Humberto Jacques** coloca a condição para que o MPF atue na questão da saúde.

Ainda que eu não quisesse, que eu não gostasse de gente ou fosse um procurador de gabinete, é impraticável para o MPF trabalhar com o sistema de saúde sem o controle social. Ou seja, não dá para substituí-lo e,

ao contrário, é extremamente importante potencializá-lo para simplificar o nosso serviço. Essa ferramenta faz-se necessária, à medida que não se pode estar em todos os lugares, saber de tudo o que se passa, olhar o tempo todo o que o ministro da saúde faz, o que o posto de saúde faz, e o controle social está em todos esses espaços. Apoiar o controle social é, no mínimo, apoiar uma ferramenta de racionalização do serviço, mas, mais do que isto, o controle social é um dos pilares do sistema de saúde. Se eu não cuidar deste eu não estou cumprindo a Constituição Federal. Participação da comunidade é um imperativo constitucional.

Humberto Jacques segue reiterando a relação do movimento sanitário com o MPF: “A Constituição Federal diz que o Ministério Público é o guardião do regime democrático [...] e o controle social do sistema de saúde é um espaço privilegiado da democracia participativa. Então, eu tenho que zelar por esse espaço para que a democracia ocorra”. Nesse contexto, assinala o quanto a democracia participativa do SUS é paradigmática.

A democracia praticada no sistema de saúde pode, e deve, ser expandida para todos os outros setores do Estado e essa também é nossa tarefa. Então, muito do que eu aprendi com saúde eu podia aplicar em outras áreas, em outras questões de envolvimento da sociedade com o Estado. Ou porque eu tenha uma leitura larga do que é a democracia que eu tenho que guardar na Constituição ou porque eu tenha procedimentos demais, e por uma questão de economia do meu trabalho eu preciso que essas pessoas do controle social trabalhem para que elas resolvam os conflitos e venham para mim já maduros, senão eu tenho que começar desde o início. São, dentre outras coisas, grandes parceiros e eu dependo deles, sem eles não é possível, pois são os nossos olhos sobre o sistema de saúde.

A aliança controle social-Ministério Público Federal Alguns embates – Algumas reflexões

No período FHC, o Ministério Público Federal atua próximo às instâncias de controle social do SUS, participando dos fóruns de debate e propondo inquéritos e ações civis públicas. **Humberto Jacques** ilustra essa dinâmica:

Houve um momento primoroso em relação à resolução do CNS sobre a Emenda Constitucional nº 29/00, que foi alvo de uma Adin [Ação Direta de Inconstitucionalidade] no Supremo Tribunal Federal, por parte da governadora do Estado do Rio de Janeiro, e o CNS tomou um susto. Então, veio o Ministério Público e disse que a primeira coisa a fazer era comemorar. Eu gosto do movimento social porque ele não esmorece e consegue não se abalar tanto. Havia motivo para comemoração porque

a resolução do conselho ganhou status de lei, pois o STF só se pronuncia sobre o que é lei, então isso significa uma promoção. Agora, é tudo ou nada, pois se a gente perder no STF pode ser que tudo desça pelo ralo. Foi interessante a longa conversa que eu tive com o CNS para explicar o que poderia ser feito, e o CNS fez o que a Constituição Federal não imaginava que poderia ser feito, ou seja, as ações do STF eram fechadas, técnicas, e essa ação permitiu que a sociedade pudesse se expressar através dela.

Assinalando que o Conselho Nacional de Saúde, alertado para essa possibilidade, acionou as suas representações nos conselhos estaduais e nos movimentos sociais, **Humberto Jacques** lembra que o Supremo Tribunal Federal

recebeu uma avalanche de petições dos municípios. O STF nunca havia visto um banho de democracia como esse. É de arrepiar. Ele se deu conta de que aquilo não era uma questão técnica entre o Rio de Janeiro e uma norma, mas uma questão nacional. Quando a Apae de um pequeno município de Minas Gerais manda uma petição dizendo que não concorda com a alegação do Rio de Janeiro, e chovem petições do Brasil inteiro, isso abala o Tribunal. Nunca houve tanto “cheiro de povo” numa ação do tribunal constitucional brasileiro, ao ponto em que o tribunal não soubesse o que fazer e até hoje não julgou. [...] o tribunal disse “*calma, isso não é tão simples assim e essa questão não é meramente técnica e eu estou mexendo em algo crucial*”. O tribunal nunca tinha visto isso antes. Eles mudaram a história do direito constitucional brasileiro, sem sombra de dúvidas.

Nesse momento dinâmico da relação do controle social com o MPF, **Raquel Dodge** se refere à criação do Siops – o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

Havia no âmbito do Conselho Nacional de Saúde uma demanda veiculada por muitos segmentos organizados do movimento da saúde, apoiada pela participação do Elias Antonio Jorge e do Gilson Carvalho, que consistia em criar um sistema que fosse transparente para todas as unidades federativas do SUS, que nasceu com o nome de Siops. Mas havia muita resistência do Ministério da Saúde em confiar na importância disso e em assumir, no âmbito político, um sistema de informação dessa natureza. E havia um empecilho federativo porque o ministro da Saúde não podia requisitar informações das unidades federadas para inserir nesse sistema.

Esclarecendo que há um impedimento federativo expressado numa decisão recente do Supremo Tribunal Federal de que a autonomia da unidade federada lhe confere domínio sobre as informações de receitas e despesas que ela pro-

cesse, **Raquel Dodge** explica que nenhuma unidade federativa pode requisitar informações de outras unidades federativas. *“Pode ser solicitado, mas pode ser negado o acesso a essa informação, ou ela pode ser dada do modo como convém ao responsável pela mesma, limitadamente, parcialmente”*. E, para essa proposta do Siops, interessava que essas informações fossem precisas, exatas e o mais próximas do real possível. Continua **Raquel Dodge**:

No âmbito desse inquérito, era importante ter essas informações porque havia, como há hoje, uma disputa sobre os resultados positivos do SUS e um desprezo pela responsabilidade quando os resultados são negativos. O município diz que colocou a sua verba, o Estado colocou a sua verba, a União diz que repassou a verba, mas o Estado diz que não chegou, como saber? Quem enviou, quanto enviou, com que velocidade enviou? Acreditamos nesse modelo que a sociedade propunha, o Conselho Nacional de Saúde aprovava como adequado, mas ninguém assumia a responsabilidade administrativa de constituir e estabelecer esse sistema e nenhuma das entidades tinha força jurídica para requisitar informações. Então, no âmbito desse inquérito, lá no meu modesto computador, nasceu esse modelo do Siops, cujo propósito era revelar quanto o município, quanto o Estado e quanto a União arrecadaram como verba própria, receita própria e receita vinculada à saúde e quanto efetivamente gastou. Não nos interessava o gasto reservado ou empenhado, mas nos interessava o efetivamente gasto e realizado.

Assinalando que a equipe de assessoramento do Conselho Nacional de Saúde, disponibilizada pelas entidades *“teve extrema boa vontade, e durante muito tempo ficou dedicada a descobrir que tipo de informação era necessária para instituir o sistema e que tipo de gastos eram de interesse registrar”*, **Raquel Dodge** relata o processo: *“Nós simulamos questionários, perguntas, estudamos a legislação, foi um processo que durou praticamente 2 anos porque a nossa perplexidade em relação a isso era enorme. Não queríamos instituir um modelo de balanço contábil, estávamos atrás de informações de realidade, nada semelhante a informações contábeis, em que se podem mascarar números, esconder gastos e receitas em determinadas rubricas.”* A proposta do sistema, formulada pelo grupo, era que pudesse ser usado pela população, tornando transparente qual a receita da saúde e os gastos da saúde, para qualquer cidadão, inclusive disponibilizado *on-line*. Continua **Raquel Dodge**:

A partir de um piloto, testamos o modelo, a consistência de informações, cruzamos os dados da União com os do município para checar os dados cruzados e percebemos que se podia detectar corrupção e desvio como,

por exemplo, o dinheiro da União para ser usado no estado era transformado em dinheiro do estado para ser aplicado em qualquer coisa. O sistema foi se consolidando e o Datasus se dispôs a gerenciar esse grupo de informações. Até que chegou um momento político em que o Siops passa a ser o único instrumento com consistência que permitia às autoridades e ao movimento social argumentar no Congresso Nacional a favor da Emenda Constitucional nº 29/00.

A relevância da atuação do Ministério Público Federal, nesse caso, é que o Ministério da Saúde não podia requisitar essas informações a autoridades federais, mas o MPF podia. Explica **Raquel Dodge** que, num primeiro momento, isso foi feito por um mecanismo de ofícios datilografados dirigidos a cada um dos 5.300 prefeitos municipais, criando-se em seu gabinete uma “*central de expedição de ofícios*”.

Diz, ainda, que num primeiro momento houve muita resistência em repassar a informação, porque se pensava que a atuação do MPF teria um cunho repressivo e, na verdade, a grande novidade desses inquéritos é que, pela primeira vez, o MPF atuava como agente de promoção, em cooperação com o controle social da saúde. Acrescenta que o objetivo do MPF nessa requisição não era pegar o documento do prefeito e promover uma ação penal, mas realizar um trabalho de convencimento. Esse trabalho de convencimento, que mudou o modo de atuação do próprio MPF, foi um trabalho realizado pelo Brasil inteiro em seminários e visitas. A Fiocruz participou desse processo, e diversos profissionais, estudiosos, acadêmicos passaram a conhecer a atuação do MPF nesses inquéritos.

Raquel Dodge assinala que o MPF estava, na verdade, contribuindo para instalar progressivamente o SUS “*fortalecendo-o e dotando-o de mecanismos de aprimoramento da qualidade dos serviços, planejamento etc. E foi muito interessante porque o processo de desconfiança foi cedendo a uma compreensão de que era um serviço de promoção e fomos conquistando a confiança de todos, que perceberam que aquele mecanismo, concebido para uma determinada finalidade, tinha outras finalidades*”.

Continua assinalando que, na medida em que as autoridades passaram a ter acesso a esse conjunto de informações, começaram a achar esse sistema útil para elas próprias, “*porque havia um controle recíproco de quem está recebendo o quê, quanto, em que velocidade e como estão gastando, que cidades são mais oneradas pelo atendimento do que outras porque há maior eficiência admi-*

nistrativa ou da capacidade instalada, do pessoal contratado, disponibilidade de serviços. Então, isso passou a ser útil para as próprias pessoas que contribuíram para as informações requisitadas". Raquel Dodge conclui:

Já na gestão do ministro José Serra, percebeu-se que havia a possibilidade do Siops sair do MPF e ser institucionalizado no Ministério da Saúde. O sistema amadureceu tanto que a um determinado ponto deixou de ser necessário que eu requisitasse a informação. A solicitação do Ministério da Saúde já era atendida porque passou a ser um mecanismo em que todos perceberam utilidades e vantagens recíprocas. E a informação vem com o mesmo grau de precisão, de responsabilidade por quem fornece os dados. Hoje funciona *on-line* e tem as datas de fornecimento de informações, automaticamente.

Outro embate em que houve uma articulação efetiva entre o Ministério Público Federal e o controle social foi, no início do governo FHC, em relação à convocação do Conselho Nacional de Saúde, quando Adib Jatene assume o Ministério da Saúde, em janeiro de 1995. Com a posse de um novo ministro da Saúde era retomado o mecanismo de consulta às entidades que integravam o Conselho Nacional de Saúde, para que fizessem a indicação dos conselheiros. O ministro recolhia as indicações, definia os nomes e mandava para o presidente da República aprovar e emitir o decreto de designação dos membros que o compõem. Assinala **Raquel Dodge**:

Nessa ocasião, creio que pressionado por forças políticas, o ministro Adib Jatene deu aos jornais a declaração de que considerava que o Conselho Nacional de Saúde, por ter funções eminentemente consultivas, não era necessário ser instalado, por ele estar suficientemente informado sobre os problemas e os dilemas que o sistema estava vivendo. E dizia, ainda, que por ser sua prerrogativa consultar ou não o conselho, dispensava o acionamento dos mecanismos de consulta às entidades. Ou seja, não via necessidade de instalar o Conselho Nacional de Saúde.

Jocelio acrescenta informações sobre esse episódio.

Como o Adib Jatene tinha tido uma boa postura, uma boa participação no Conselho Nacional de Saúde como conselheiro, não se entendia porque ele não convocava o conselho. Nós reunimos um grupo de ex-representantes do Conselho Nacional de Saúde e fomos a ele cobrar a composição do novo conselho, porque o presidente da República ou o ministro da Saúde tinha rapidamente que convocar, mas as respostas foram muito vagas. O ministro Jatene, da forma sincera como normalmente falava sobre essas questões de controle social, falou para um grupo pequeno de pessoas que havia divisão dentro do governo e que muita gente do

Ministério da Saúde era contra convocar o Conselho Nacional de Saúde, que ele era a favor e gostaria, mas tinha muita gente contra e que dentro da equipe havia divisões quanto a convocar ou não.

Com as declarações de Adib Jatene, **Raquel Dodge** agregou a nota da imprensa ao inquérito civil público sobre o SUS, que estava em andamento. Acrescenta:

Quando li aquilo no jornal fiquei perplexa e nós, com o inquérito civil público instalado, relativo ao funcionamento dos conselhos, interpretamos aquilo como uma atitude que poderia ser replicada pelas diferentes autoridades em face dos conselhos municipais e estaduais de saúde, o que faria ruir o sistema naquilo que ele tinha de mais essencial, que era a participação da sociedade, ativamente, no sistema. Então, tomei duas atitudes: trazer a notícia para o inquérito e ouvir as entidades que motivaram a instalação do inquérito. Até porque eu não podia ouvir o Conselho Nacional de Saúde, cujo mandato havia expirado, não havia mais essa figura.

Enquanto procuradora da República, **Raquel Dodge** argumenta que não poderia se dirigir diretamente a um ministro de Estado, sendo essa prerrogativa do procurador-geral da República. Ela, então, reuniu os documentos e fez a comunicação ao procurador-geral. No documento encaminhado, o argumento era que o SUS tinha como um dos princípios o da participação democrática e, com base neste princípio, os conselhos municipais, estaduais e federal e as conferências nacionais de saúde eram órgãos próprios do sistema e, portanto, não poderiam ser extirpados. Argumentava, ainda, que, além disso, os conselhos de saúde têm atribuições que não são meramente consultivas, têm funções fiscalizatórias e deliberativas, como a definição de valores dos limites de despesas e o planejamento de ações preventivas ou assistenciais nos serviços. Com base nisso, assinalava que o ministro não percebia que estava inibindo a instalação de um órgão do sistema impedindo que esse órgão exercesse suas principais funções. Relata **Raquel Dodge**:

O doutor Aristides Junqueira no mesmo dia me chamou no gabinete e perguntou se isso era grave. Eu disse que era muito grave e desestruturaria o sistema. Sugeriu que ele tomasse uma providência imediata no sentido de alertar o ministro da Saúde porque os jornais poderiam não ter reproduzido bem o que ele quis dizer com aquilo. O procurador-geral, então, redigiu um ofício ao ministro Jatene, no qual ele faz algumas perguntas, fundamentando juridicamente qual era a compreensão do

que deveria ser a atitude dele. O ministro recebe esse ofício do procurador-geral do melhor modo possível, do modo como era o nosso espírito e prontamente se dispõe, já no dia seguinte, a instalar o conselho. Parece que o doutor Aristides recebeu o ministro no seu gabinete da Procuradoria Geral para explicitar melhor como era aquilo tudo. Em menos de sete dias o Conselho Nacional de Saúde estava instalado.

Jocelio destaca que a convocação da Plenária Nacional dos Conselhos, em Salvador, em 1995, também surgiu dessa necessidade de mobilizar conselheiros para viabilizar o Conselho Nacional de Saúde, pois *“ficou muito claro que não bastava a lei para garantir o conselho. A mobilização teria que estar sempre cumprindo o seu papel, porque o próprio ministro tinha deixado claro que havia divisões, pessoas que não queriam o conselho e, portanto, era possível que o conselho tivesse dificuldades”*.

A mobilização para a plenária coincide com a movimentação do MPF, neste episódio. Uma conjugação de forças que viabilizou a convocação do CNS que, a partir daí, retomou seu caminho normal. Desta forma, o instituinte atuou para que o instituído atuasse sem perder seus vínculos de articulação democrática, pois o CNS era a garantia da participação já conquistada.

A compreensão da atuação do Ministério Público Federal, nas suas relações com o sistema de saúde e o controle social, como um de seus princípios, também foi motivo de questionamentos, motivados pela inovação das relações Estado-sociedade que a concepção do SUS inaugurou. **Raquel Dodge** relata que, terminado *“o mandato do Dr. Aristides Junqueira, o procurador-geral da República que o sucedeu, no seu discurso de posse disse o seguinte: ‘Saúde é uma responsabilidade do executivo que deve ser exercida nos limites de conveniência e de discricionariedade insuscetíveis de exame judicial e, portanto, insuscetíveis de investigação pelo Ministério Público Federal’*. Essa declaração foi primeira página do jornal *O Globo no dia da posse*”. Com essa posição, o MPF poderia ver sua atuação questionada, inclusive quanto ao inquérito civil público sobre o SUS e o controle social, cuja investigação estava bem avançada. Continua **Raquel Dodge**:

O Globo deu um destaque enorme à matéria, os ministros de Estado deram declarações e a linha da argumentação era a linha do mérito e do ato administrativo, cuja definição de política pública é uma definição de Estado que o judiciário e o Ministério Público Federal não podem aquilatar. É a postura clássica que entende como direitos apenas os civis e políticos e entende que direitos econômicos, sociais e culturais, incluído

o direito à saúde, são apenas objeto de planejamento ou de políticas públicas, portanto, direitos que não são exigíveis de prova, direitos que podem ser exercidos pelo Estado apenas progressivamente e, portanto, não há instrumento jurídico que viabilize o exercício individual de um direito dessa natureza. É um raciocínio muito vigente no mundo ocidental, que se contrapõe fortemente ao movimento internacional de definição de direitos que surge com a Declaração Universal de 1948, com a Declaração de Viena de 1993, com o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos de 1966²⁰, o Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1976.

Raquel Dodge relembra as questões que foram levantadas, apresentando os seguintes questionamentos: *“Como sobreviver institucionalmente diante de uma nova postura institucional? Como sair da situação contraditória, porquanto se a autoridade pública não cumprir o que você determina, você não tem instrumentos para fazê-la cumprir?”* Com esse raciocínio, o poder judiciário estaria pronto para fazer cumprir direitos civis e políticos e esses outros, inclusive o direito à saúde, não. **Raquel Dodge** complementa:

E nós achávamos que tínhamos o instrumental para fazê-lo. Aí, com muita perseverança e paciência e sem provocar uma cisão interna, que não nos interessava, porque nosso propósito era construir o sistema, começamos a reafirmar todas as idéias de que é possível, de que se tem o instrumento para o judiciário fazer valer, e isso acabou evoluindo dentro da própria instituição, até que o próprio procurador-geral Dr. Geraldo Brindeiro, anos depois, publicamente reconheceu que era papel, inclusive prioritário, do Ministério Público Federal cuidar dessas questões. Fato que acabou sendo afirmado pelo atual procurador-geral, Dr. Cláudio Fonteles, quando, já com a Emenda Constitucional nº 29/00, ele envia uma correspondência ao Presidente da República cobrando o compromisso de dotar a lei orçamentária anual de verba suficiente e adequada para ser cumprida.

Humberto Jacques estabelece algumas diferenças ainda não bem estudadas entre o movimento sanitário e outros movimentos sociais na sua relação com o direito e a lei. *“Em algumas circunstâncias pode ser preocupante o atrelamento do movimento sanitário à lei. Se pensarmos que o direito é um trem, muitas das discussões sanitárias deságuam no vagão errado do trem, e às vezes o movimento sanitário vai à burocracia e pega o pior dos vagões jurídicos possíveis para tratar daquilo”*.

Nesta linha, **Humberto Jacques** exemplifica:

O Movimento dos Sem-Terra, que discute o acesso à terra, tem uma

relação crítica com o direito, porque entre outras coisas eles dizem “*lei injusta não é lei, o direito injusto não é direito, o acesso à terra é algo maior do que uma norma escrita pelo parlamento, que é feita por grandes latifundiários*”. Então, eles têm uma posição tensa e crítica com o direito e são um movimento social de vanguarda. Aí eu pego o movimento sanitário, que também é um movimento social de vanguarda, e ele tem um discurso jurídico legalista do tipo “*é a lei, tem que cumprir a lei, viva a legalidade*”. É isso que o faz desaguar no vagão normativo, cheio de papel, uma espécie de face triste do direito. O movimento sanitário considera a lei uma vitória, enquanto outros movimentos sociais têm a lei como adversária.

Continuando sua reflexão **Humberto Jacques** assinala que “*há uma contradição permanente entre legalidade e legitimidade, entre direito e lei. É preciso pensar nisso, pois é possível que tenha a ver com a formação científico-positiva dos profissionais de saúde, determinista, facilitadora da adoção de uma perspectiva inocente do direito, que outros movimentos sociais não têm*”. No mesmo tom questionador, conclamando a uma reflexão “*para saber se o movimento sanitário está atrasado ou adiantado*”, quanto a essa relação entre lei e direito, **Humberto Jacques** arremata:

[...] uma coisa é o direito-regra, outra coisa é o direito-princípio, e a gente tem que trabalhar a saúde com um pé em cada um, sabendo que a boa regra advém do bom princípio. É possível aliar o conhecimento da saúde, especialmente no aspecto da epidemiologia e no trato coletivo das questões, com o direito que, historicamente, trata as coisas de forma individual. Ou seja, a saúde trata individualmente os problemas de saúde – a clínica, e coletivamente a gestão pública – saúde coletiva, e nós do direito praticamente só clinicamos. É no que a saúde apreendeu de gestão coletiva que o direito caminha: ações coletivas, metaindividuais, transindividuais, direitos homogêneos, ambiental etc. Na vigilância sanitária e na bioética, isso já vem ocorrendo. E, por isso, o Ministério Público atua nas questões coletivas, o que é uma vanguarda do direito, e a saúde muito cedo já lidava com isso, com todo um ferramental, uma lógica, um domínio e um enfrentamento em que o direito vai lucrar na medida em que se estabeleça o diálogo intersetorial entre o direito e a saúde.

A Plenária Nacional de Saúde Últimos passos

Em sua fala, **Elizabeth Barros** lembra que a antes citada tentativa de desfigurar o SUS foi simbólica dos últimos momentos da Plenária Nacional de Saúde.

O último grande movimento importante que a Plenária articulou foi o SOS SUS, em 1995-1996. Na época, houve uma longa discussão na Plenária a respeito da necessidade de se fazer uma campanha publicitária para que a população e a sociedade comesçassem a ver o SUS como uma conquista de cidadania, demanda que foi colocada na agenda do SUS e até hoje não foi levada a efeito. A articulação no Congresso Nacional em defesa do financiamento, a garantia de manutenção no texto constitucional do direito à saúde e dever do Estado, a sustentação política em todas as tentativas posteriores da reforma e a garantia do financiamento foram os grandes temas da Plenária até esse período.

Depois, com a consolidação da Plenária Nacional de Conselhos, **Elizabeth Barros** destaca que *“o espírito da antiga plenária de saúde permaneceu na plenária dos conselhos”*. A crítica é que a nova plenária de conselhos terminou *“quase criando uma nova corporação”*, tendo a entrevistada dúvidas sobre se esta articulação seria a melhor possível, considerando que *“o controle social, da forma como eu concebo conceitualmente, é um espaço, realmente, de manifestações de grupos de interesse, de representações de sujeitos coletivos. Eu penso que na hora em que você descola um representante da entidade, você corre o risco de fragilizar o controle social”*. A extinção da Plenária Nacional de Saúde coloca algumas inquietudes para **Elizabeth Barros**.

O fato da Plenária Nacional de Saúde ter se extinguido, associado ao processo de descentralização, levou as entidades a se mobilizarem em torno das instâncias de controle social, no nível local. A conferência coloca diretrizes, mas não coloca palavras de ordem na atuação, no cotidiano concreto das entidades. Esta talvez seja uma diferença de que as pessoas ainda não se deram conta, pois coloca as grandes linhas da política nas instâncias locais que se refletem na militância local, mas do ponto de vista da articulação nacional em torno de grandes temas precisaria haver outro espaço de debates para poder interferir na agenda política do país.

Humberto Jacques também faz sua avaliação sobre a representatividade da Plenária Nacional de Saúde.

Bem, nós estamos fazendo história, [...] o controle social é legitimado, está na lei, mas na verdade não tem estrutura própria, pois depende da secretaria de saúde local o recurso para o seu andamento, a estrutura física de alocação etc. Alguns conselhos vêm reivindicando uma estruturação própria, orçamento próprio, enfim um empoderamento mais institucional do conselho. Por isso, eu sou um entusiasta da Plenária Nacional de Conselhos. Existe um perigo na bonança, pois isso pode gerar uma inflexão no movimento sanitário e nos conselhos, ou seja, a fatura, os

assentos, a cadeira, o orçamento, o dinheiro, tudo isso pode gerar uma burocratização do conselho. Eu não sou favorável ao conselho de pires na mão, mas há riscos nesse processo em que a Plenária nunca perdeu.

Uma das coordenadoras da Plenária Nacional de Saúde, **Jacinta**, assinala, em relação a essa questão: *“Até 1997 a plenária continua atuando. Tivemos o movimento chamado SOS SUS, e a cada momento nós tínhamos uma marca, cartazes e vários símbolos que traduziam os diversos momentos que vivemos”*. Considerando que o SUS não funcionaria sem o processo participativo e que a Plenária era mobilizadora, com repercussões nos estados e com participação importante dos movimentos populares, **Jacinta** fala do surgimento da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

Também participei da sua fundação, e ela surge no sentido de criar um fórum para todos os conselheiros do país, para colocar o que estava sendo discutido em seu conselho, o que era preciso pautar no movimento para ele se fortalecer. Naturalmente, como muitas pessoas que se tornaram conselheiras eram militantes do movimento da saúde, organizaram-na e mantiveram a mesma metodologia de trabalho, de forte atuação no plenário, com forte atuação junto ao Congresso Nacional e com atuação também externa. Hoje se constituem plenárias regionais, e o que as diferenciou da Plenária Nacional é que a Plenária Nacional de Conselhos nasceu como um movimento institucionalizado, composta por conselheiros indicados que têm representação institucional.

A Plenária Nacional de Conselhos de Saúde

Primeiros passos

A primeira iniciativa com vistas a uma articulação entre conselhos de saúde ocorreu em 1994, no Congresso da Abrasco, em Recife. **Arlindo** justifica: *“[...] na medida em que a Plenária Nacional de Saúde vai se esvaziando vê-se o embrião, o surgimento de uma outra instância de debate que é a Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde. Aí, já como uma prática, já como uma institucionalização no SUS. É colocar o SUS para funcionar; e fundamental dentro desse processo é o controle social”*. Presidente da Abrasco no período 1992-1994, **Arlindo** rememora:

Jocelio Drumond era o representante da CUT e eu era o representante da Abrasco no Conselho Nacional de Saúde, de 1992 a 1994, e a gente tinha uma articulação muito forte, evidentemente porque a questão do

controle social era algo que preocupava o conselho nacional: a implantação dos conselhos estaduais, municipais, se os conselhos eram deliberativos ou consultivos ou indicativos, ou seja, era um tema recorrente. Os prefeitos resistiam, os secretários estaduais resistiam e no próprio Ministério da Saúde havia uma resistência grande, total em relação a isso. A gente tinha a consciência clara da força e da importância dos conselhos e, numa conversa sobre a organização dos conselhos municipais, o Jocelio teve a idéia de fazer a reunião e a gente topou: “vamos fazer esse negócio, mas onde é que a gente pode fazer, onde é que tem espaço pra isso?” E o espaço foi o congresso da Abrasco, em Recife.

O próprio **Jocelio** fala sobre esse encontro de 1994.

O 1º encontro foi em Recife, utilizando a estrutura da Abrasco. Nosso contato era o Péricles Silveira da Costa, que era o secretário, que foi muito solidário a essa idéia da organização de uma plenária de conselhos de saúde e nos ajudou muito para viabilizar a vinda de estados em que o conselho estadual boicotava. A idéia era aproveitar os conselheiros que, eventualmente, fossem ao congresso da Abrasco, mas que nós sabíamos que eram poucos, divulgar a idéia do encontro e fazer com que os conselheiros nos seus estados e municípios buscassem financiamento para participar do encontro. A surpresa é que a resposta foi muito maior do que o esperado, porque muita gente conseguiu se autofinanciar por meio dos conselhos, a Abrasco nos ajudou com passagens para conferencistas, abrigou nossa idéia [...] foi um sucesso do ponto de vista de representação, de resoluções, de mobilização. Foi muito positivo.

Jocelio ressalta a importância desse encontro.

No caso de Recife, foi um encontro de conselheiros, não foi uma plenária já com esse nome, mas surpreendeu a sua capacidade de mobilização, de discussão. Foi um excelente encontro. Saímos de lá vitoriosos, felizes. Lembro-me que as pessoas-chave eram a Adalgiza Balsemão, como representação do Rio Grande do Sul, o Raimundo Nonato de Rondônia, que hoje são pessoas que aparecem na composição da Plenária [...] e algumas outras [...] Esse encontro foi surpreendente. Como produto tem resoluções, cartas, documentos e uma discussão muito rica, de um primeiro verdadeiro intercâmbio das três esferas de governo de conselheiros, que passavam por situações comuns, tentavam ocupar espaço, tentavam deliberar, tentavam articular entidades e o governo não respeitava.

Em 1995, ocorre o 2º encontro, já com uma organização mais estruturada e maior nível de articulação. **Adalgiza Balsemão Araújo**, já engajada na militância e articulação dos conselhos de saúde, fala desse evento.

Em 1995 aconteceu o primeiro Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, em Salvador, na Bahia, organizado e articulado pelo representante da Central Única dos Trabalhadores – CUT no Conselho Nacional de Saúde – CNS, à época, o Jocelio Drummond, que tinha uma articulação, através da nossa central, em todo o Brasil e conseguiu, enfim, organizar uma comissão nacional, articulando todos os estados para a organização do congresso. Foi [também] utilizada a estrutura do Congresso de Epidemiologia da Abrasco. [...] Nessa articulação do Jocelio no CNS, a Abrasco cedeu um espaço, anterior ao congresso deles, para que nós pudéssemos realizar o nosso congresso nacional. Os conselhos dos estados ajudaram a articular, e o congresso de conselhos foi uma experiência muito linda, principalmente porque, pela primeira vez, no Brasil, os conselhos de saúde estavam convidados a participar de um congresso. A maioria dos conselheiros nunca tinha saído dos seus municípios.

Adalgiza relata sua experiência na mobilização dos conselhos de saúde em seu estado, na época em que presidiu o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

Nós nos comunicávamos com os conselhos municipais e recebíamos muitos telefonemas dos gestores municipais, do tipo: *“Senhora Adalgiza, a senhora quer que nós autorizemos aqui um usuário do conselho a participar de um congresso em Salvador?”*. E eu respondia: *“Queremos, claro que queremos, assim como vocês autorizam os vereadores e outras autoridades, nós gostaríamos que vocês autorizassem esses conselheiros a participarem das atividades dos conselhos. É muito importante para o seu município, para o crescimento do conselho”*.

Após esse primeiro congresso, em 1995, a primeira plenária ocorre em 1996 e, a partir daí, assume-se como Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. **Adalgiza** fala de seu desenvolvimento e organização.

Teve alguns anos em que ocorreram várias plenárias nacionais, três ou quatro. E elas eram organizadas também como plenárias nos estados e regiões. Nos últimos anos tentamos fazer a plenária por região. As Plenárias sempre foram organizadas a partir do CNS, que contribuiu para a organização e o formato. Os conselhos estaduais e municipais garantem as despesas dos conselheiros e o deslocamento. Para dar conta de uma plenária que tem a intenção de reunir o maior número de conselhos do Brasil, onde temos mais de 5 mil municípios com conselhos, estabelecemos junto ao CNS a estrutura de inscrições, com os conselhos tendo direito a inscrever 4 conselheiros, sendo 2 usuários e 2 dos demais – um trabalhador e um gestor prestador, em função da paridade. Essa foi a divisão para a participação na Plenária Nacional. Na organização, os conselhos tinham um momento em que reuniam as delegações dos estados e depois da região, onde se decidia quem seriam os seus representantes.

Em relação à coordenação da plenária, **Adalgiza** assinala:

A primeira coordenação de plenária de conselhos foi com 5 conselheiros das regiões do Brasil, mais 3 ou 4 representantes do CNS. [...] depois as regiões reivindicaram que fossem 2 representantes por região, à exceção da região Nordeste que reivindicava ter 3 representantes, em função de ter 8 estados, [...] isso foi aceito pela coordenação e pelo plenário como um todo. É claro que teve uma grande articulação, um grande movimento dentro do plenário, dentro das regiões, dentro dos estados para que a região Nordeste pudesse conquistar a aceitação e que os demais estados concordassem com essa reivindicação. Foi um processo lindo também, o da Plenária.

A organização da plenária foi se moldando pouco a pouco. **Jocelio** fala sobre esse processo.

[...] a partir daí, estabelecem-se determinadas regras que nunca foram definitivas como talvez sejam agora. A oportunidade de trocar experiências, debater e analisar o processo de participação, que era muito rico naquele período, foi constituindo regras e um regimento interno da plenária. De um lado, para configurar uma estrutura mais sólida e mais institucionalizada no espaço do conselho nacional e de outro lado, para responder a demandas. Na terceira Plenária, já em Brasília, havia duas vertentes: uma de estabelecer regras bastante formais para a Plenária e outra de ter regras com flexibilidade, considerando duas necessidades, a de troca de experiências para o exercício do conselheiro e a de mobilização em algumas situações.

Na fala de **Jocelio**, pode-se distinguir a divisão entre as vertentes de orientação das plenárias, uma enfatizando o movimento e outra, enfatizando a necessidade do instituído, de estabelecimento de regras formais; mas dentro do governo havia também uma disputa entre aqueles que seguiam o padrão monetarista de controle dos gastos e aqueles que defendiam mudanças que favorecessem a área social. No início não havia apoio irrestrito do Conselho Nacional de Saúde ao funcionamento da Plenária. Segundo **Jocelio**,

o CNS não apoiava na íntegra a convocação da plenária, poucos conselheiros participavam, pois a maior parte não queria a responsabilidade de estar presente junto com conselheiros municipais e estaduais e, muito menos, subordinar-se às resoluções da Plenária [...] A convocação da Plenária foi aprovada no conselho, mas não significou que ele ia se empenhar para viabilizá-la. A gente fazia aliança com os funcionários do conselho, porque alguns apoiavam e eles acabavam nos ajudando. [...] os convites para estados e municípios, vindo do CNS, de Brasília, os secretários estaduais e municipais respeitavam a convocação.

Pouco a pouco, entretanto, com o desenvolvimento dos debates na Plenária sobre os grandes temas nacionais, ela vai passando a contar com o apoio do Conselho Nacional de Saúde. **Jocelio** complementa:

Era meio conspiratório porque havia má vontade do governo, no caso, representado pela estrutura oficial do conselho, também havia resistência dos empresários e, mesmo, de entidades de usuários que não queriam muito contato nem subordinação a espaços como esse [...], mas os temas nacionais pautados nas plenárias que receberam deliberações repercutiam nos estados e municípios e na discussão geral dos conselhos de saúde, por exemplo, a questão da CPMF, do orçamento, das novas legislações, das NOBs. E por meio da plenária viabilizava-se um respaldo nacional muito forte, com os conselhos e os conselheiros, de mobilização e discussão, e isso dava muita legitimidade às decisões do Conselho Nacional de Saúde. Ai, sim, as plenárias começam a ganhar novas adesões de setores do CNS que até então resistiam.

Sob a ótica do movimento social organizado na base, **Vladimir Dantas** refere que o período FHC instigou o movimento pela saúde, porque *“até 2002 era um período em que nós éramos oposição”*, e afirma:

A nossa responsabilidade era uma responsabilidade menor do que é hoje. Então, essas plenárias de saúde, os conselhos de saúde e todas essas estruturas, o próprio movimento sanitário, o movimento pela saúde de um modo geral, todos os envolvidos esmagadoramente eram forças de esquerda. E as forças de esquerda bancavam todo esse processo e são responsáveis por esse êxito, que é, de fato, um êxito, um avanço. Houve um avanço, porque houve um processo de resistência.

Síntese do período: as novas relações da participação

Em entrevista realizada em 2002, Sergio Arouca fornece alguns dados síntese do período. Assinala a grande avalanche de atos normativos de José Serra, que denominou de *“fúria regulatória”*. Enfatiza, também, que a Noas-SUS é importante para a municipalização, mas, ao mesmo tempo, *“foi abandonado o conceito da Reforma Sanitária para não burocratizar o sistema que não se resume à criação do SUS”*. Arouca salienta, ainda, que *“o conceito saúde-doença está ligado a trabalho, saneamento, lazer e cultura”* e *“temos que discutir saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente [...] e o conceito fundamental é o da intersetorialidade”*. Continua Arouca: *“o governo se transfor-*

mou em grande comprador e todas as outras instituições em produtores e o modelo assistencialista acabou universalizando a privatização". Propõe, ainda, que *"o modelo de pagamento de serviços seja substituído por um contrato global com metas de desempenho, qualidade e prioridades definidas pela população"*. E, finalmente, lamenta que seu projeto sobre os direitos do paciente não tenha sido aprovado depois de oito anos de tramitação (Arouca, 2002:18-21).

A fala de Arouca aponta que as disputas pela implementação de políticas sociais não se circunscrevem àquelas que se manifestam no Parlamento, entre projetos políticos; àquelas que se manifestam por recursos; àquelas que se traduzem no modelo de pacto federativo; àquelas que se referem à distribuição do poder entre gestores e usuários e prestadores de serviço; àquelas referentes ao modelo do SUS. Mas se ampliam como disputas abrangentes, de dimensão macroestrutural, em torno do papel do Estado nacional diante dos interesses das multinacionais e dos países dominantes.

Depreende-se que a década de 1990 explicita esse embate no cenário político brasileiro: os dois mandatos governamentais de Fernando Henrique Cardoso, claramente, orientam-se para uma reestruturação estratégica do Estado nacional, implicando mudanças nas suas relações com o mercado e a sociedade, nas quais se busca assegurar a hegemonia das forças sociais transnacionais, vinculadas ao primeiro. O papel do Estado é equacionado para assegurar condições favoráveis à competitividade globalizada do capital, tal como assumido pelo próprio presidente.

Assim, blindada a economia com a estabilização monetária, várias medidas do governo foram imprimindo ao Estado a configuração desejável a suas bases de sustentação e que, por sua vez, reforçavam tais bases: estímulos de atração do capital estrangeiro, desregulamentação, privatização do patrimônio público, encolhimento do poder público nas políticas sociais, redesenho institucional do Estado com a criação de instâncias para a viabilização das diretrizes estratégicas consoante um capitalismo transnacionalizado, com padrão de acumulação em escala global. As conseqüências de tais transformações se materializaram em aumento do déficit público, baixos índices de crescimento do PIB, arrocho salarial, aumento da carga tributária, desemprego, ampliação do endividamento externo, entre outras.

No tocante à política mais específica de saúde, ao longo do período, seu percurso foi o de uma política de Estado e não de governo, dada a sua institucio-

nalidade como política pública, já estabelecida antes da gestão FHC. Os gastos no setor permaneceram estáveis, mas ameaçados pela prioridade conferida à estabilidade fiscal. Assim, a questão orçamentária para a saúde foi pauta e ação constante do movimento social e sanitário, diante das medidas governamentais de desconstrução das conquistas obtidas.

Do mesmo modo, o processo de implementação do SUS teve continuidade, visando ao aprofundamento do pacto federativo consignado na Constituição Federal de 1988 e nas leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, mas teve que enfrentar as inúmeras investidas do governo para desfigurá-lo, em direção contrária, mediante a concentração de recursos e a sua direcionalidade, bem como as tentativas para converter a saúde como “direito de todos e dever do Estado” em legislação infraconstitucional, com vistas a enfraquecer sua força normativa e deixá-la ao arbítrio dos governantes.

De qualquer forma, o movimento assinala, no período, alguns ganhos de monta:

- a) a aliança com o Ministério Público, que permitiu a esse órgão sair de uma ótica repressivo/penal para uma perspectiva promotora de políticas sociais (no caso a saúde), e ao movimento, a compreensão de suas relações com a lei, o direito, a justiça;
- b) o exercício de práticas de gestão participativa, nos conselhos disseminados pelo país, cuja análise global é incabível neste texto, mas encontra expressão na atuação do Conselho Nacional de Saúde, que, a despeito de sua quase desinstitucionalização, no início da gestão FHC, exerceu suas atribuições de modo significativo;
- c) a articulação de uma nova modalidade de institucionalização do movimento, a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, cuja atuação foi intensa no período;
- d) a aprovação, em 2000, da Emenda Constitucional nº 29/00 que vincula recursos à saúde.

Em síntese, a estruturação do SUS pôs em confronto e em questão, nesse período de 1995-2002, um modelo civilizatório de cuidado e de ética com o ser humano, envolvendo interesses complexos e contraditórios, cuja análise foi sendo feita pelas plenárias, que, por sua vez, posicionaram-se firmemente pela defesa do direito à saúde, cuja conquista ainda é um processo inacabado.

Notas

¹ No governo FHC, o índice de Gini se manteve acima de 0,56. O índice de Gini mede o grau de desigualdade na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita. Seu valor varia de 0 (zero), quando não há desigualdade (a renda de todos os indivíduos tem o mesmo valor) a 1 (um) quando a desigualdade é máxima (apenas um detém toda a renda da sociedade, e a renda de todos os outros indivíduos é nula). Disponível em <<http://ipd.unijui.tche.br/ipd/html/definicaoindices.doc>>. Acesso em 16/6/2006.

² Para esses e outros dados, como melhoria nos indicadores de saúde e educação, ver Faleiros e Pranke, 2001.

³ Como no processo de substituição de importações, exercido desde a primeira guerra mundial até início dos anos 1980.

⁴ O próprio FHC diz que *“intimamente vinculada à globalização econômica é a mudança no papel do Estado. A globalização significa que as variáveis externas passam a ter influência acrescida nas agendas domésticas, reduzindo o espaço disponível para as escolhas nacionais”* (Cardoso, 1996:31).

⁵ Segundo Bresser-Pereira, que foi ministro da Reforma do Estado no governo Fernando Henrique Cardoso, em palestra de 6 de agosto de 2002, no Seminário de Gestão do Ministério do Planejamento.

⁶ A Constituição Federal de 1988 previu uma revisão que deveria ser efetuada após 5 anos de sua promulgação, conforme o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, em seu artigo 3º, pelo voto da maioria absoluta dos membros do Congresso Nacional, em sessão unicameral. Embora tenha havido facilidades para reduzir o quórum e também tenham sido preparadas várias propostas de revisão, com pareceres elaborados, sistematizados em três volumes de *“Relatoria da Revisão Constitucional”*, publicado pelo Senado Federal, poucas matérias foram votadas, em função da crise provocada pelo *impeachment* de Collor e as disputas pelo poder.

⁷ Programa Nacional de Desestatização – Lei nº 8.031, de 12 de abril de 1990: *“Cria o Programa Nacional de Desestatização, e dá outras providências”*. Segundo Garcia, o PND era parte do plano de liberalização da economia do governo Collor, que pretendia dar implementação às seguintes medidas: vincular a privatização à conversão da dívida externa; participação de investimentos estrangeiros em porções de empresas estatais; e corte nos incentivos fiscais e subsídios concedidos pelo governo, entre outras (Garcia, 2004).

⁸ Apesar de a Anatel incluir no regulamento o acesso da telefonia à população pobre, as operadoras não *“estão interessadas nisso”* em razão da inadimplência. A prioridade das operadoras é atender as empresas (*Folha de São Paulo*, 11/8/2002, p.B-8).

⁹ Mário Covas, candidato do PSDB em 1989, articulou sua campanha em torno do lema: *“precisamos de um choque de capitalismo”*.

¹⁰ Conhecido como um programa de socorro aos bancos, o governo FHC instituiu o Proer – Programa de Estímulo à Reestruturação e ao Sistema Financeiro Nacional, por meio da Medida Provisória (MP) nº 1.179, de 3/11/1995. A MP, devida ao Plano Real, permitia ao Banco Central conceder financiamentos para promover fusões de bancos, reorganizações societárias e reestruturação de instituições. O Plano Real, que vigorou a partir de 1º de julho de 1994, reduziu a inflação de 50% para menos de 2% ao mês. Os bancos, sujeitos à perda da receita inflacionária, segundo o governo, não conseguiriam se adaptar e ameaçavam uma *“quebradeira generalizada”*, com a população perdendo a confiança no sistema, retirando seu dinheiro dos bancos e provocando o desmantelamento da economia. Para compensar as perdas os bancos aumentaram suas receitas com operações, praticamente dobrando os ganhos com tarifas cobradas na prestação de serviços. Até junho de 1995, o Estado já tinha gasto mais de 14 bilhões de reais com o socorro financeiro aos bancos privados, segundo o diretor do Banco Central, Cláudio Mauch. Segundo o governo, o Proer foi criado para garantir calma e estabilidade no sistema financeiro nacional e foi extinto em dezembro de 1995. Disponível em <http://www.economiabr.net/economia/2_proer.html>; <<http://www.bcb.gov.br/ftp/saneamento.pdf>>. Acesso em 29/7/2006.

¹¹ *Folha de São Paulo*, de 19/10/1998.

¹² O Programa Saúde da Família – PSF consolidou-se na Portaria MS/GM nº 648, de 28 de março de 2006, que estabelece o PSF como estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a atenção básica. A Portaria MS/GM nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.

¹³ Até 1999, a Secretaria do Tesouro Nacional fornecia as despesas da União na função saúde sob a rubrica saúde e saneamento.

¹⁴ Em relação ao PIB, os recursos públicos destinados à saúde no Brasil são menores que os da Bolívia, Colômbia, África do Sul, Rússia, Venezuela, Uruguai, Argentina (5,12%), Cuba (6,25%), EUA (6,2%), Japão, Inglaterra, Austrália, Portugal, Itália, Canadá, França, Alemanha (8,1%), segundo dados da OMS de 2002. Disponível em <<http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060712142141.pdf>>. Acesso em 30/7/2006.

¹⁵ A Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO atende ao dispositivo da Constituição Federal de 1988, conforme o § 2º do art. 165: “a lei de diretrizes orçamentárias compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da lei orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento”. A lei orçamentária anual deverá estar de acordo com as regras previstas na LDO e na Lei Complementar nº 101 de 4/5/2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal.

¹⁶ Disponível em <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/genericos/faq/cidadao.htm>>. Acesso em 3/7/2006.

¹⁷ Para maior detalhamento ver: Souza, 2001.

¹⁸ Dentre as personalidades que apoiaram o evento, registrou-se a presença dos deputados federais José Aristodemino Pinotti (PMDB/SP), Jandira Feghali (PCdoB/RJ), Alexandre Cardoso (PSB/RJ), Eduardo Jorge (PT/SP), Tarcísio Perondi (PMDB/RS); do prefeito de Belo Horizonte, Célio de Castro; de David Capistrano, ex-prefeito de Santos/SP; de Gilson Carvalho, representante do Conasems; de Jorge do Nascimento, do Mops Nacional; e de Jocelio Drummond, da CUT.

¹⁹ Ficou agendada, para o dia 16 de abril de 1997, a realização do ato-show, em Brasília/DF, no Ginásio Nilson Nelson, com a presença dos músicos Sivuca e Glorinha Gadelha e Kleiton e Kledir, entre outros.

²⁰ Adotado pela Resolução nº 2.200-A da XXI Assembleia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966 e ratificado pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992.

Referências Bibliográficas

AROUCA, Sergio. O eterno guru da Reforma Sanitária. **RADIS: Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, n. 3, out. 2002. Entrevista concedida a Ana Beatriz de Noronha et al.

BORÓN, Atílio. **Estado, capitalismo e democracia na América Latina**. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do Estado**. Brasília: Presidência da República. Imprensa Oficial, 1995.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde**: NOB- SUS 96. Brasília, 1997. 34 p.

_____. Banco Central do Brasil. Evolução do PIB em 2004: maior taxa de crescimento nos últimos dez anos. Banco Central do Brasil. **Focus**, Brasília, 3 mar., 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Aids vinte anos**: esboço histórico para entender o Programa Brasileiro. Brasília, 2006. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DITEMIDCF21498585DB4D9F8F812B75B92305DAPTBRIE.htm>>. Acesso em 16/7/2006.

CARDOSO, Fernando Henrique. Quatro discursos de FHC In: **Cadernos do PSDB**, Brasília, v. 1, n. 1, abr., 1996.

CASTRO, Jorge Abrahão de e CARDOSO JR., José Celso. Políticas Sociais no Brasil: gasto social do governo federal de 1988 a 2002 In: JACCOUD, Luciana. **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: Ipea, 2005.

CASTRO, Jorge Abrahão de et al. Evolução do gasto social federal: 1995-2001. **Políticas Sociais**: boletim do Ipea, Brasília, n. 6, p. 127-134, fev., 2003.

FALEIROS, Vicente de Paula . Impasses na Reforma da Previdência no governo Lula: legitimidade e governabilidade In: MORHY, Lauro (Org.). **Reforma da Previdência em questão**. Brasília, Ed. UnB, p.285-300, 2003.

_____. A reforma do Estado no período FHC e as propostas do Governo Lula In: FALEIROS, Vicente de Paula et al. **A era FHC e o Governo Lula: transição?** Brasília: Inesc, 2004.

_____. Os conselhos do idoso: controle social e democracia participativa In: FALEIROS, Vicente de Paula; LOUREIRO, Altair Lahud (Orgs.). **Desafios do envelhecimento: vez, sentido e voz**. Brasília: Universa, 2006.

FALEIROS, Vicente de Paula; PRANKE, Charles. **Estatuto da Criança e do Adolescente: uma década de direitos**. Campo Grande; UFMS, 2001.

FIORI, José Luís. **Os moedeiros falsos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

_____. **Brasil no espaço**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

GARCIA, André de Oliveira. **Aspectos Políticos, Econômicos e Ideológicos da Reforma Econômica da década de 90 (1990-2000)**: uma Revisão do Processo de Desnacionalização. 2004. Dissertação (Mestrado). Campinas: Departamento de História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas.

GIAMBIAGI, Fabio. A relação Dívida Pública/PIB: que indexador utilizar para inflacionar o PIB? **Boletim de Conjuntura**: publicação do Ipea. Brasília, n. 67, dez, 2004.

IPEA. Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise. Brasília: Ipea, 2003. **VER AUTOR E CONTEÚDO DENTRO DO TEXTO**

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça (Org.). **A organização da Saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, p. 17-53, 1998.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Reforma do estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional**. São Paulo: Ed.34, 1998.

PETRAS, James. **Armadilha neoliberal e as alternativas para a América Latina**. São Paulo: Xamã, 1999..

PLENÁRIA NACIONAL DE SAÚDE. **Carta da Plenária Nacional de Saúde**. Brasília, 13 set., 1995.

_____. **Carta às Entidades**. Brasília, 15 jan., 1997a.

_____. **Informe da Audiência Pública de 11 de dezembro de 1996**. Brasília, 27 jan., 1997b.

_____. **Comunicado SOS SUS**. Brasília, mar., 1997c.

PNUD. **Relatório do Desenvolvimento Humano**: 1996. Tricontinental Editora, Lisboa, Portugal, 1996.

SILVA, Frederico Augusto Barbosa; ABREU, Luiz Eduardo de Lacerda. Saúde: capacidade de luta: a experiência do Conselho Nacional de Saúde. **Textos para Discussão**: publicação do Ipea, Brasília, n. 933, 2002.

SOARES, Laura Tavares. Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina In: **Coleção Questões da Nossa Época**, v. 78. São Paulo: Cortez, 2000.

SOUZA, Renilson Rehem. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.

4

AS RELAÇÕES INSTITUÍDAS CONSOLIDADAS: BALANÇO E PERSPECTIVAS DO CONTROLE SOCIAL

Eu não tenho dúvida alguma de que, hoje, há muito mais cuidado de legisladores e administradores em querer mudar qualquer coisa dentro do SUS, porque sabem que existe um grande movimento, em todos os municípios, em todos os estados e há muito mais dificuldades de se mexer com a legislação, seus princípios.

Adalgiza Balsemão

Este capítulo tem como propósito sistematizar e analisar a dinâmica e os resultados das Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, na visão de seus protagonistas, em relatórios, entrevistas e um questionário. Como já foi assinalado no capítulo anterior, a plenária de conselhos de saúde se articulou em 1995. A “passagem” da Plenária Nacional de Saúde para a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde significou, ao mesmo tempo, a institucionalização das demandas dentro do SUS e um processo instituinte de debates, pressões e propostas, numa convivência democrática de atores da sociedade com atores governamentais.

Configura-se a trajetória das plenárias dos conselhos de saúde, mostrando-se a agenda interna das assembleias e encontros e a agenda externa de pressões para fora delas mesmas. Embora a denominação dos eventos tenha variado ao longo do tempo, para efeito de padronização, neste texto, consideramos as plenárias, os encontros e os congressos como plenárias.

Os relatórios consultados não são uniformes, mas, pela análise temática de seus conteúdos, foi destacado o que é mais ou menos significativo nessa trajetória. Neles, estão registradas as questões debatidas em defesa do SUS e do seu paradigma de direitos, a análise de conjuntura e, também, a mobilização para a efetivação e implementação, na prática, dos direitos assegurados em lei.

Em seguida é feito um balanço do controle social, a partir da percepção dos próprios participantes da XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde,

ocorrida em 2004, em Brasília/DF, levando-se em conta os resultados de um questionário aplicado durante a plenária.

A criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, em 2003, durante o governo Lula, agrega alguns elementos ao componente instituído, sendo avaliada em algumas entrevistas.

Seguindo a mesma estrutura dos capítulos anteriores, são apresentadas as entrevistas em que foram abordadas, tanto a avaliação quanto as perspectivas das instâncias de controle social do SUS, dentro do objeto deste trabalho, ou seja, a relação instituinte-instituído.

Nas considerações finais, faz-se uma reflexão sintética sobre as questões abertas pelos próprios protagonistas sobre os limites e possibilidades de uma participação que se institucionaliza e se quer instituinte.

Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde – síntese de uma trajetória

Apresentam-se, a seguir, os temas das agendas interna e externa das plenárias, levando em conta o contexto, já discutido no capítulo anterior.

Os documentos analisados mostram uma síntese dos debates que foram realizados em cada uma das plenárias, evidenciando as inquietudes dos conselheiros em relação a temas conjunturais, em função do período da ocorrência, e a temas estruturais, especialmente na esfera da autonomia e da estrutura administrativa e financeira dos conselhos, independentemente do período da ocorrência.

Desde a primeira plenária, ainda com o nome de congresso, ocorrida em Salvador/BA, no ano de 1995, passando pela décima segunda plenária, analisada mais detidamente neste trabalho, foram 16 ocorrências, cuja diversidade de propostas e riqueza dos debates podem ser observados adiante.

No quadro IV-1, é apresentada a relação de Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, desde 1995.

Quadro IV-1 – Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, segundo a data e o local de realização

Evento	Data	Local
I Congresso Nacional dos Conselhos de Saúde	24 e 25 de abril de 1995	Salvador – BA
I Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	19 de novembro de 1996	Brasília – DF
II Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	16 de abril de 1997	Brasília – DF
III Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	19 e 20 de agosto de 1997	Brasília – DF
IV Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	2 e 3 de dezembro de 1997	Brasília – DF
V Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	25 e 26 de março de 1998	Brasília – DF
II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde ¹	2 a 4 de junho de 1998	Brasília – DF
VI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	19 e 20 de novembro de 1998	Brasília – DF
VII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	18 e 19 de maio de 1999	Brasília – DF
VIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	9 e 10 de dezembro de 1999	Brasília – DF
IX Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	6 e 7 de junho de 2000	Brasília – DF
X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	18 a 20 de novembro de 2001	Brasília – DF
XI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	1 a 3 de dezembro de 2002	Brasília – DF
Plenária Extraordinária de Conselhos de Saúde	12 e 13 de maio de 2004	Brasília – DF
XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	24 a 26 de novembro de 2004	Brasília – DF
XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	5 a 7 de dezembro de 2005	Brasília – DF

Fonte: Brasil, 2006.

Até 1997, as plenárias se realizavam com pouca organicidade e de forma esporádica, por convocação ora de entidades nacionais, ora de conselheiros de saúde e militantes. Em dezembro de 1997, constituiu-se a primeira coordenação nacional da plenária com representantes de conselheiros das cinco regiões, cujo objetivo era planejar o II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde. A partir daí as plenárias são realizadas com dois eixos temáticos, um fixo, efetividade do controle social, e o outro conjuntural, que durante muitos anos traduziu a luta pelo financiamento da saúde (Brasil, 2006).

O documento *Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde: Resgate Histórico do Controle Social no SUS* (Brasil, 2006) destaca que, em 2001, a maioria dos delegados participava pela primeira vez de uma plenária, havendo, no entanto, um pequeno grupo que havia participado de mais de três plenárias, configurando-se, por um lado, um núcleo organizador e, por outro, um grupo maior, que circula nas plenárias, conforme as possibilidades e interesses presentes numa determinada conjuntura.

Este é um aspecto para reflexão do movimento: até que ponto tem sido garantida a transmissão da experiência de participação, de um grupo de representantes a outro, de modo a não gerar descontinuidade e fazer com que, nas plenárias, o acúmulo participativo anterior permita avançar nas lutas?

Há também um núcleo central de valores que articulam simbolicamente a representação social dos participantes relativamente ao “que queremos”. Num levantamento feito, nessa oportunidade, sobre as palavras que representam “o que queremos”, o resultado foi: militância, amor, dignidade, paz, controle social, respeito pelos direitos humanos, negociação e responsabilidade com a coisa pública. As palavras que representaram o “como lidar com tudo isso” foram: ética e organização, responsabilidade, compromisso, respeito com a saúde e os conselheiros, união entre usuários e trabalhadores, *impeachment* já, José Serra aqui, respeito com a saúde, modelo assistencial digno, dignidade e democracia.

São valores que perpassam as plenárias configurando uma preocupação com a construção de um pacto civilizatório e de direitos dentro da democracia, com participação e responsabilidade na dinâmica da institucionalização e da transformação.

Nas plenárias participam atores de lugares institucionais e de visões distintas, com interação entre essas vozes e argumentações, nem sempre convergentes: de representantes do governo, da sociedade organizada, dos gestores, dos prestadores de serviço e do Ministério Público, com expressões de seu ponto de vista em mesas-redondas, palestras e grupos de trabalho.

Nesses eventos, o número médio de participantes foi de 471,2 pessoas por plenária, com a média de participação de 22 estados da Federação (Brasil, 2006).

Análise dos temas das Plenárias

Saliendo-se os temas centrais que emergiram nos relatórios, pode-se destacar que eles se situam no eixo da relação entre instituinte e instituído, no movimento de pressão/negociação/implementação do SUS.

Todas as plenárias manifestam-se em defesa do SUS e sempre foram uma ocasião de mobilização social e manifestação contra as políticas privatizantes. Expressaram publicamente sua posição com audiências ou manifestações públicas diante das autoridades do Ministério da Saúde e do poder legislativo. Sempre buscaram articular medidas jurídicas para a institucionalização e os direitos de cidadania.

Ao mesmo tempo, em sua dinâmica interna, as plenárias buscaram, também, promover uma articulação entre conselheiros para uma ação conjunta, tempo-

rária ou permanente, no sentido de sua organização e fortalecimento interno. A seguir, é apresentado o tema central de cada uma das plenárias.

O 1º Congresso Nacional de Conselhos de Saúde ocorreu em Salvador/BA, nos dias 24 e 25 de abril de 1995, foram predefinidos quatro temas centrais: papel dos conselhos de saúde; organização dos conselhos de saúde; formação de conselheiros; e articulação entre conselhos. Seu manifesto final reforça a participação dos movimentos populares, buscando uma aproximação entre os conselhos e a sociedade. Além disso, defendem a soberania nacional e a saúde pública, colocando-se contrários às reformas constitucionais que estavam em curso, e dessa forma:

- a) exigem a efetiva implantação do SUS com fontes de financiamento estáveis e capazes de dar as respostas necessárias à realidade sanitária do País e a uma política de recursos humanos justa;
- b) exigem, também, um intenso combate à corrupção e à sonegação de impostos; e
- c) reafirmam a necessidade do fortalecimento do controle social do SUS, pela manutenção do caráter deliberativo dos conselhos, de um processo de capacitação e aperfeiçoamento dos conselheiros, acesso democrático a todas as informações necessárias ao funcionamento pleno dos conselhos, criação de canais permanentes entre as Secretarias de Conselhos de Saúde (Brasil, 2006:29).

A I Plenária tornou clara sua posição contra a medida provisória, então em vias de publicação, que transformava os hospitais públicos em organizações sociais, no primeiro governo FHC e foi relatada a constituição da Comissão Interconselhos Tripartite, de acordo com as resoluções da 10ª Conferência Nacional de Saúde². A seguir, o texto citado traz uma síntese de cada uma das plenárias.

Na I Plenária, salientou-se que:

A saúde é, sem dúvida alguma, a mais inclusiva das políticas sociais promovidas pelo Estado brasileiro, mesmo que ainda não estejamos satisfeitos com a qualidade do sistema. É graças ao Sistema Único de Saúde – universal, com atendimento integral e gratuito – que milhões de cidadãos podem contar com um mínimo de amparo e atenção à sua saúde. Ainda que o sistema que temos hoje se distancie daquele que foi consagrado na Constituição Cidadã, sua existência é essencial num país com tantas e tão grandes disparidades regionais e desigualdades sociais (*idem ibidem*:35).

A II Plenária buscou-se a formulação de estratégias para apoio ao SUS e

aprovação da PEC nº 169/93, com mobilizações como coleta de assinaturas, marchas, passeatas, atuação na mídia e manifestos. De novo, manifestou-se contra a privatização e as reformas neoliberais, destacando que *“o ataque ao SUS se verifica com a proposta de substituição do modelo universal, eqüitativo, integral, democrático e transparente com controle social por uma proposta excludente de criação de organizações sociais, cooperativas e fundações”* (Brasil, 2006:45), o que reduziria o papel do Estado.

A III Plenária, com 400 participantes, teve como eixo central a mobilização pela aprovação da PEC nº 169/93 e por recursos para o SUS, com várias audiências e manifestações. Predominou, portanto, a agenda externa de ação pública, com relatos de manifestações feitas em 19 estados. Na audiência com o presidente da Câmara dos Deputados, este se manifestou contra a vinculação de recursos para a saúde, o que mostra como a questão orçamentária era objeto de visões controversas e de forte articulação.

Na IV Plenária continuou a luta pela aprovação da PEC, inclusive com várias audiências com líderes parlamentares, a exemplo de Inocêncio de Oliveira, do PFL, que, *“apesar do seu apoio a esses pontos argumentou que a Saúde Pública deve ser somente para pobres e que aqueles que podem pagar, devem fazê-lo”* (*idem ibidem*:60). Os conselheiros destacam que as condições de funcionamento dos conselhos estão deterioradas e passam por dificuldades, constatação que levou à constituição de uma coordenação provisória da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

Na V Plenária, várias análises foram feitas sobre a PEC nº 169/93, pois faltava um financiamento vinculado para o SUS, propondo-se mobilizações e pressões para a sua aprovação e articulando-se o segundo encontro sobre participação e controle social.

Em junho de 1998, ocorreu o II Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde com o tema *“Efetivando o controle social”*. Foram temas de debate os referentes à saúde, cidadania, políticas públicas; funcionamento, organização e papel dos conselhos de saúde; comunicação entre os conselhos de saúde, a sociedade e demais conselhos; gestão, organização e financiamento dos serviços de saúde. Esse encontro convocou *“a sociedade brasileira a defender intransigentemente o SUS como o modelo de gestão, atenção e organização dos serviços de saúde no País”* (Brasil, 2006:71).

A VI Plenária continuou na defesa do SUS, dos direitos do cidadão à saúde e do orçamento. Realizou uma mobilização na Câmara dos Deputados e no Senado Federal. Enfatiza, no âmbito da dinâmica interna dos conselhos, a necessidade de uma formação permanente dos conselheiros, preparando-os, inclusive, para analisar as questões orçamentárias. Criticou, mais uma vez, o modelo econômico adotado que *“penaliza a saúde e representa uma ameaça aos avanços na construção democrática”* (*idem ibidem*:124). Na manifestação final, declarou que:

O Conselho Nacional de Saúde e representações de conselheiros estaduais e municipais de todo o país, com o apoio das principais entidades da sociedade civil organizada (CNBB, Confederações Nacionais de Empresários, de Trabalhadores, de Usuários, de Profissionais de Saúde, de Entidades Filantrópicas, de Entidades de Portadores de Deficiência, de Associação de Moradores e da Comunidade Científica) vem a público reafirmar:

As medidas de ajuste orçamentário adotadas pelo governo mais uma vez vêm penalizar os setores sociais, que são aqueles onde a dívida acumulada com a sociedade brasileira é mais importante.

Como órgão democrático de intensa participação na sociedade organizada, cuja atribuição primordial é exercer o controle social, o Conselho Nacional de Saúde, juntamente com os Conselhos Estaduais e Municipais reunidos na Plenária dos Conselhos, e demais segmentos da sociedade civil:

1. Reafirmam o compromisso com a garantia dos direitos constitucionais da população brasileira na defesa de sua saúde;
2. Manifestam sua veemente rejeição à redução dos recursos imposta pela equipe econômica ao Ministério da Saúde, o que acarretará inevitavelmente prejuízo para as ações do SUS afetando assim cerca de 80% da população brasileira;
3. Exigem a reavaliação da proposta orçamentária enviada ao Congresso Nacional pelo Governo no sentido de recuperar os valores aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde;
4. Conclamam o Congresso Nacional a aprovar, de imediato, a emenda constitucional que garante a vinculação de recursos assegurando o necessário financiamento público estável, adequado e sustentável para o SUS (*idem ibidem*:124-125).

Na VII Plenária, houve grande representatividade e realizou-se uma análise da conjuntura com a abordagem de temas como a defesa do SUS, o orçamento, a formação de conselheiros, o controle social e a articulação entre as esferas de governo. Salientou-se a defesa dos mandatos de conselheiros, a troca de expe-

riências, a capacitação e a necessidade de apoio para a formação, com moções de apoio a governadores e prefeitos que valorizam o SUS, e de repúdio àqueles que não o apóiam.

Na VIII Plenária, foram retomados os temas anteriores e proposta a efetivação real do SUS em todas as regiões, com a articulação das esferas de governo, voltando-se os conselhos para a reivindicação de políticas articuladas com as necessidades locais e a garantia da distribuição de medicamentos. Ressaltou-se, também, que os recursos da CPMF fossem destinados exclusivamente ao SUS, com informação aos conselhos de toda a movimentação de verbas.

A IX Plenária, voltou, com ênfase, à discussão da aprovação da PEC, que aguardava deliberação do Senado Federal, organizando-se pressões nesse sentido. Buscou-se, nessa plenária, uma articulação de suas propostas com as da 11ª Conferência Nacional de Saúde para a implementação do SUS, propondo-se, como eixo da plenária, “a efetivação do controle social”, com encaminhamentos para a garantia de funcionamento dos conselhos. Buscou-se, também, o funcionamento do sistema “de baixo para cima”, com o controle social entendido como participação da sociedade, conforme a definição dada na introdução deste livro.

Na X Plenária, recomendou-se que a criação de conselhos gestores obedecesse a uma composição paritária e que os conselhos de saúde pudessem se adequar à Resolução no 33/92, do CNS³. Propôs-se, ainda, a incrementação da parceria entre os conselhos e que o projeto Reforsus⁴ seja transparente, além de se aumentar o incentivo ao PSF.

A XI Plenária reiterou a necessidade de implementação orçamentária do SUS, tendo como objetivo principal organizar uma grande mobilização para a efetivação da EC nº 29/00 (antiga PEC nº 169/93), com encontros e pressões junto a vários parlamentares e à Presidência da Câmara dos Deputados, quando lhe foi solicitado urgência no encaminhamento da regulamentação. Foi aprovada uma agenda nacional de mobilizações nos estados e municípios, com divulgação e organização permanente.

Em maio de 2004, realizou-se uma Plenária Extraordinária de Conselhos de Saúde, convocada pelo Conselho Nacional de Saúde, por recomendação da sua Comissão de Orçamento e Finanças – Cofin. Os pontos principais de debate

foram: a regulamentação da EC nº 29/00 e a organização e funcionamento das Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde. Além disso, foram realizadas manifestações e pressões para que os parlamentares regulamentem a EC nº 29/00, com agendas também nos estados.

A XII Plenária, na perspectiva de construir um olhar mais global sobre a atuação do Estado nas políticas de saúde, com ênfase na gestão do trabalho em saúde, voltou a salientar o efetivo papel do SUS na garantia do direito à saúde e o cumprimento da Lei nº 8.142/90. Houve repúdio ao Projeto de Lei do Ato Médico, em trâmite no Congresso Nacional, que concede exclusividade aos médicos para diagnóstico e prescrição em tudo que afete a saúde, reduzindo-se, assim, a atuação de outros profissionais. Houve manifestação contrária à precarização dos serviços públicos, além de se solicitar a revogação das leis do governo FHC que viabilizaram privatizações e terceirizações nos serviços públicos estratégicos, valorizando-se o documento do CNS sobre Oscip^{5,6}. Programou-se uma agenda de mobilização pela regulamentação da EC nº 29/00. Salientou-se, outra vez, a necessidade de formação de conselheiros e definiu-se melhor a organização e funcionamento das plenárias, com garantia de autonomia quanto a seu funcionamento e representação, sendo proposta a criação de plenárias regionais, a serem realizadas a cada dois anos, ficando a nacional e as estaduais, com periodicidade anual. Cada estado indicou um coordenador. Várias moções de apoio foram feitas para o trâmite de criação e regulamentação de um modelo mínimo de funcionamento dos conselhos.

A plenária manifestou repúdio à Resolução nº 20/2004 do Conselho das Cidades/Ministério das Cidades, que deliberou pelo adiamento da tramitação do PLP 01/03⁷. Também foi rejeitada a cobrança de serviços em entidades filantrópicas, o descumprimento das resoluções da 12ª Conferência Nacional de Saúde, a falta de apoio à participação de conselheiros, a não discussão da Reforma Universitária pelo governo, enfatizando-se a necessidade de se garantir o ensino público. Houve manifestação contra o governo de Pernambuco, que não atendeu as reivindicações salariais dos servidores da saúde.

Em síntese, como foi comentado, os grandes temas das plenárias foram agrupados pelos assuntos mais significativos, tomados como eixos, e são apresentados na Tabela IV-1. Em seguida, a análise destaca as agendas internas e

externas desses eventos. Entende-se como agenda interna a programação e a temática central dos debates voltados para a própria organização dos conselhos e plenárias, e agenda externa as manifestações públicas em relação às políticas mais gerais.

Tabela IV-1 – Temas centrais de debates das Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, por frequência e percentual de aparecimento por número de eventos (15*).

Tema Central	Frequência	% Relativa ao Número de Eventos
Implementação do SUS: funcionamento, acesso, condições, publicização, municipalização, gestão	12	80%
Orçamento, Financiamento, PEC nº 169/93 e Emenda Constitucional nº 29/00	12	80%
Funcionamento, estrutura e organização das Plenárias dos Conselhos	9	60%
Formação de Conselheiros, articulação e comunicação entre Conselhos	8	53,3%
Controle Social, papel, competência e organização dos Conselhos	7	46,6%
Recursos humanos, gestão, plano de carreira	4	26,6%
Modelo de gestão, organização da atenção à saúde	4	26,6%
NOB e Resolução nº 33/92	3	20%

Fonte: Relatórios dos encontros citados no Quadro IV-1 (Brasil, 2006).

* Dos 16 eventos, somente 15 foram analisados (Relatório da XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, não concluído até a data desta publicação).

Uma dupla agenda pode ser visualizada em temas voltados, ora mais para as questões de funcionamento do próprio SUS na constituição da agenda interna, ora na manifestação pública por questões políticas de pressão por garantia e efetivação de direitos. Foi nesse duplo movimento que as plenárias de saúde foram se articulando. As manifestações externas constituíam-se, como expresso no capítulo anterior, por audiências públicas, protestos, cartas, mobilizações. A agenda de discussão interna, por seu turno, fortalecia a expressão, propiciando o aprofundamento do debate e a compreensão dos participantes sobre as questões em jogo.

Dessas questões assumem lugar preponderante a própria condição de implementação do SUS, seu funcionamento, o controle social e a formação dos conselheiros. Percebe-se uma triangulação entre a perspectiva do sistema como um todo, a perspectiva de seu funcionamento para o público e a perspectiva da formação dos atores, integrando-se, assim, sistema e atores, e estes como público ou como gestores e controladores da garantia de direitos. De fato, a dinâmica que envolve a normatização, o pacto federativo, o orçamento e liberação de verbas, o acesso, a qualidade, a descentralização, o controle social e pessoal

bem-formado é um movimento desigual e combinado que as plenárias foram estabelecendo ao longo do período aqui analisado.

Na Tabela IV-2, é apresentada uma síntese das declarações públicas das plenárias, cujos temas se articulam às agendas internas. As declarações finais tornam públicas as posições consensuais ou majoritárias das plenárias e têm o efeito de mostrar para a sociedade as demandas, as reivindicações e os objetos de pressão dos participantes.

Tabela IV-2 – Temas centrais de Declarações Finais das Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, por frequência e percentual de aparecimento por número de eventos (15*)

Declaração Final por Tema	Frequência	% Relativa ao Número de Eventos
PEC nº 86–A, nº 169/93 e Emenda Constitucional nº 29/00	8	53,3%
Defesa do Sistema Único de Saúde	8	53,3%
Contra a criação de Organizações Sociais e Reforma Constitucional e Privatização	5	33,3%
Orçamento	3	20%

Fonte: Relatórios dos encontros citados no Quadro IV-1 (Brasil, 2006).

* Dos 16 eventos, somente 15 foram analisados (Relatório da XIII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, não concluído até a data desta publicação).

As agendas internas e as declarações políticas mostram uma continuidade temática, ao longo de quase todas as plenárias, quanto à defesa do SUS como sistema de garantia de direitos e seu financiamento e condições de implementação. Nas declarações públicas predominam os temas da aprovação da emenda constitucional e de defesa do SUS como garantia de direitos, sabendo-se que, sem o marco legal e a sustentação orçamentária, o sistema não seria instituído. Outros temas como a saúde indígena e a criação de laboratórios fitoterápicos também foram objeto de manifestações das plenárias.

A articulação entre as agendas interna e externa das plenárias está também inserida na conjuntura política, como visto nos capítulos anteriores, levando o movimento a maior ou menor pressão e a diferentes estratégias de mobilização diante dos interlocutores, não raro, adversários do movimento, como aconteceu nos governos Collor e FHC. Do mesmo modo, no governo Lula foi necessária uma grande mobilização para a garantia do orçamento da saúde, expressa na articulação da Frente Parlamentar da Saúde e na própria plenária.

Assim, a mobilização pelo avanço do instituído confere às plenárias força de reivindicação e atuação junto ao sistema.

A XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde A percepção dos participantes

Durante a realização da XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, em Brasília, de 24 a 26 de novembro de 2004, foi proposto um questionário junto aos participantes, com participação voluntária nas respostas, no sentido de fazerem “um balanço das dificuldades e avanços no controle social”, no âmbito do SUS. Para fins de análise, os questionários foram divididos pelas categorias de representantes: gestores, usuários, trabalhadores da saúde e prestadores de serviços, com a seguinte composição: 18 gestores; 5 prestadores de serviço; 61 usuários e 32 trabalhadores da saúde, totalizando-se 116 pessoas, o que equivale a 24,7% dos participantes da referida plenária.

O questionário foi elaborado com apenas uma pergunta aberta, sobre o balanço do controle social, evitando induzir os participantes a respostas positivas ou negativas. Na análise das mesmas, no entanto, foram detectadas dimensões positivas e negativas, que são apresentadas nos resultados deste capítulo. Os temas para análise de conteúdo dos questionários levaram em conta a relação entre Estado e sociedade, distinguindo-se aqueles que se referem mais especificamente à sociedade, tais como: protagonismo, conhecimento e cultura política; os que se referem ao Estado: gerenciamento, postura dos gestores, legislação e poder médico; aqueles relativos aos conselhos: articulação política, fiscalização dos recursos e formação; e, finalmente, os que dizem respeito à relação com a mídia: divulgação e informação, no sentido de distinguir a agenda interna dos conselhos da agenda pública.

A XII Plenária colocou em discussão os desafios da implementação do SUS e da garantia de direitos do cidadão numa realidade desigual, socioeconômica e culturalmente. No balanço configurado pela pesquisa, constatou-se que, ao longo dos anos, o SUS foi se consolidando como paradigma de defesa da universalidade e da integralidade, mas ainda se distancia da sua proposta quanto à resolubilidade em dar respostas efetivas às questões da saúde, preservando, contudo, a descentralização e a participação da sociedade, numa interação conflituosa entre os diferentes atores do sistema.

A seguir, apresenta-se a sistematização dos dados dos questionários, começando-se com o perfil dos participantes da pesquisa por região e tipo de representação.

Tabela IV-3 – XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde - participantes da pesquisa por Região e por tipo de representação

Região/Tipo de representação	Usuário	Gestor	Prestador	Trabalhador de Saúde	Total
Norte	14	5	1	8	28
Nordeste	11	2	1	6	20
Sudeste	23	6	-	8	37
Sul	7	2	1	4	14
Centro-Oeste	4	-	1	2	7
Não Informado	2	3	1	4	10
Total	61	18	5	32	116

Fonte: Questionário aplicado aos participantes da XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, em Brasília, de 24 a 26 de novembro de 2004. Preenchimento opcional.

Embora todas as regiões do país estivessem representadas na pesquisa, 11,1% dos que responderam são do Pará, 13,7% são de Minas Gerais e 10,3% de São Paulo, não havendo questionários provenientes do Distrito Federal, Goiás, Paraíba, Acre, Amapá e Roraima, pois não foi uma amostra estratificada. Na tabela seguinte, são apresentados os dados dos participantes da pesquisa por escolaridade, destacando-se que a maioria tem curso superior (totalidade entre os prestadores de serviço), em contraste com os usuários, com 23% com ensino fundamental e 41% com ensino médio. Apenas 6,25% dos trabalhadores de saúde têm apenas ensino fundamental. Destaca-se ainda que 72,23% dos gestores possuem nível superior e 27,7% nível médio.

Não podem ser feitas ilações muito complexas desses dados, mas eles indicam uma tendência de qualificação escolar nos serviços e de abertura à participação de pessoas com menor nível de escolaridade como conselheiro-usuário

Tabela IV-4 – XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde - escolaridade dos participantes por tipo de representação

Escolaridade/representação	Usuários	%	Gestores	%	Prest. de Serviços	%	Trab. de Saúde	%	Total	%
Ensino Básico	4	6,55	-	-	-	-	-	-	4	3,4
Ensino Fundamental	10	16,39	-	-	-	-	2	6,25	12	10,3
Nível Médio	25	40,98	5	27,77	-	-	13	40,62	43	37,1
Nível Superior	18	29,50	13	72,23	3	60,0	16	50,0	50	43,2
Pós-Graduação	1	1,63	-	-	2	40,0	1	3,12	4	3,4
Não Informado	3	4,91	-	-	-	-	-	-	3	2,6
TOTAL	61	100	18	100	5	100	32	100	116	100

Fonte: Questionário aplicado aos participantes da XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, em Brasília, de 24 a 26 de novembro de 2004. Preenchimento opcional.

Na Tabela IV-5, é apresentada uma síntese dos balanços do controle social expressos por cada segmento, conforme a metodologia indicada, destacando os avanços e dimensões positivas e as dimensões negativas. Em geral, os participantes avaliaram positivamente o controle social. A presença de pontos de vista negativos aparece mais entre os trabalhadores da saúde (37,7%) e prestadores (40,0%). Somando-se todos aqueles que encontraram pontos positivos, isto é, os que fizeram avaliação positiva e os que encontraram pontos positivos e negativos, 63,8% de pessoas têm com uma visão aprovadora do processo de controle social.

É entre os usuários que se encontra uma proporção maior de pessoas que fazem um balanço positivo do controle social (57,4%), o que mostra a importância do espaço instituído para a voz dos usuários, onde se sentem instituintes. Os gestores, os trabalhadores da saúde e os prestadores de serviços são contratados pelo instituído. Há que se destacar, que na Lei no 8.142/90 há garantia de 50% para os usuários nos conselhos de saúde, mantendo-se a força do instituinte.

Tabela IV-5 – XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde - síntese do balanço do controle social por tipo de representação

Tipo de avaliação/ representação	Usuários		Trab. de saúde		Gestores		Prestadores		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Avaliação positiva	35	57,4	12	37,5	10	55,6	-	-	57	49,2
Avaliação negativa	12	19,8	12	37,5	2	11,2	2	40	28	24,2
Pontos positivos e negativos	7	11,4	4	12,5	5	27,9	1	10	17	14,6
Sem avaliação	7	11,4	4	12,5	1	5,2	2	40	14	12
Total	61	100	32	100	18	100	5	100	116	100

Fonte: Questionário aplicado aos participantes da XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, em Brasília, de 24 a 26 de novembro de 2004. Preenchimento opcional.

A apreciação positiva do controle social, entre os usuários, apresenta o seguinte dimensionamento temático: avanço no controle social/aumento da participação da sociedade/aumento da articulação entre conselhos (77%); avanço nos direitos/EC nº 29/00/fiscalização e legalidade (15,3%); melhoras na política municipal (3,8%); melhoras no Conselho Nacional de Saúde (3,8%). Os usuários privilegiam a agenda voltada para a efetivação das políticas públicas com a mobilização e articulação interna dos conselhos, não separando uma da outra. Não parecem ver o conselho de saúde como uma instância burocrática e sim como um espaço público de debates e de funções públicas.

Os usuários assim verbalizaram as suas considerações positivas sobre o controle social:

- maior participação da sociedade;
- maior participação dos conselheiros em comissões;
- mais respeito do gestor pelo conselho;
- mais articulação entre o conselho municipal e estadual;
- avanços consideráveis na efetivação dos conselhos de saúde;
- avanços na relação entre os conselhos para incentivar a participação;
- melhor conhecimento do SUS e do controle social;
- maior conscientização dos conselheiros;
- melhor participação, conhecimento e acionamento do Ministério Público;
- avanço do controle, apesar da representação apropriada por profissionais com pouca informação e autonomia;
- “o controle social vem sendo fortalecido, apesar da resistência dos gestores”;
- avanços com a EC nº 29/00 e avanços da fiscalização;
- avançou, mas falta capacitação e fiscalização.

Os usuários, grande maioria dos respondentes, manifestaram as seguintes dimensões negativas: faltas ou problemas na atuação dos próprios conselhos (40%); faltas ou problemas na relação Estado/conselho (31,4%); faltas ou problemas na atuação do Estado (25,7%) e faltas ou problemas na mobilização da sociedade (2,9%).

São registros negativos por parte do segmento dos usuários:

- o controle social só ficou no papel;
- ainda está só no papel, não há implementação da complexidade;
- “o controle social está sendo destruído”, por falta de responsabilidade e fisiologismo dos conselheiros;
- “apropriação dos conselhos por pequenos grupos, sem ouvir a sociedade”;
- falta competência política para o avanço do controle social;
- falta maior participação da sociedade nas plenárias;
- houve ganhos nos instrumentos de controle social, mas falta comunicação entre Estado e conselho;
- melhorou a política municipal, mas falta responsabilidade social com a população por parte da secretaria de saúde;
- descaso com o SUS por parte dos políticos;
- os gestores não assumem e não implementam o controle social;
- existe desvio de dinheiro para programas assistencialistas temporários;
- avanço nos direitos, mas retrocesso no atendimento;
- não melhorou nada ainda, a plenária ficou mais desorganizada;
- ainda falta atendimento e política de reabilitação dirigida aos portadores de hanseníase;
- muito pouco foi encaminhado, investido ou repassado para implementação do controle social;

- apesar do esforço do CNS, falta capacitação e relacionamento entre sociedade e Estado. Predomina a política tradicional;
- faltou interesse do Estado e mobilização da sociedade para conhecimento dos direitos;
- há conhecimentos, mas falta mais informação sobre os direitos, falta capacitação e existe muita manipulação. “O povo não sabe o montante de dinheiro que tem para a saúde”;
- o ritmo está lento na implantação do controle social;
- há dissimulação no que se apresenta, pois predomina a política tradicional do Estado;
- não houve evolução, falta campanha, implementação das políticas, capacitação, interlocução, projeto nacional para informatizar os conselhos, infra-estrutura nos conselhos, “o poder sobe à cabeça”;
- falta mais participação da sociedade, que está emperrada “por motivo político-partidário”;
- falta autonomia aos conselhos e capacitação, e publicização das decisões do conselho;
- falta maior uso da palavra pelos usuários;
- o conselheiro é usado somente para aprovação, o controle social não saiu do papel.

Tanto a síntese quantitativa do agrupamento das dimensões positivas e negativas quanto as expressões qualitativas mostram que os usuários estão compreendendo os conselhos como um espaço público de debate e de deliberações onde a participação da sociedade é crucial para efetivação do controle social, que deve ser exercido de baixo para cima com o envolvimento de toda a sociedade. Nesse espaço público, a palavra do usuário deve ser ouvida e valorizada e ao conselho devem ser dadas as condições de funcionamento.

Os usuários apresentaram as seguintes sugestões quanto ao funcionamento das plenárias e à efetivação do SUS:

- implantar a Resolução nº 333/03⁸ do Conselho Nacional de Saúde;
- dotar os conselhos de saúde com orçamentos próprios;
- encomendar ao Conass estudo de reformulação da Noas-SUS e elaboração de política nacional para educação permanente em saúde;
- garantir uma maior cobrança, por parte do Ministério da Saúde, sobre gestores estaduais e municipais;
- encontrar uma forma legal de articulação entre o CNS, o MS e o CES, formando um *pool* de organização em cada município, fugindo da utilização partidária;
- capacitar os gestores novos por ocasião das mudanças de governo;
- tirar o controle social do papel e implantá-lo na prática, por meio da mobilização;
- garantir a circulação de mais informações e mais bem-organizadas sobre as plenárias;
- realizar plenárias depois das eleições para não esvaziá-las.

Especificamente sobre a XII Plenária, os usuários registraram como críticas:

- plenária atrasada, atropelada e abaixo das expectativas;
- o local da plenária foi péssimo;
- plenária com pouca objetividade, pouco tempo de debate em grupos, falta de relatórios anteriores, pequeno tempo de inscrições.

No segmento dos trabalhadores da saúde, foram ressaltadas as seguintes dimensões positivas: grande avanço no controle social (63,6%); melhora do conhecimento e do espaço de intervenção da sociedade (18,1%); e 9% consideraram como positivos, tanto o bom conteúdo das plenárias, quanto a melhor fiscalização do sistema por parte dos conselheiros.

São salientados como avanços no controle social, isto é, na participação da população:

- a sociedade vem melhorando seu conhecimento e espaço de intervenção, por exemplo, com conselhos distritais e capacitação do Ministério da Saúde;
- boa capacitação dos conselheiros;
- mais consciência crítica da população;
- grande avanço no controle social;
- melhora do conhecimento e capacitação dos conselheiros;
- não se constatou desvio de recursos.

Quanto às dimensões negativas, os trabalhadores de saúde participantes da pesquisa salientaram, em primeiro lugar, e de forma expressiva (55%), os problemas de relacionamento entre Estado e sociedade; 20% expressaram como dimensão negativa os problemas na atuação dos próprios conselhos; 15% na atuação do Estado e 10% na mobilização da sociedade.

É na relação Estado-conselho que os trabalhadores vêem dimensões negativas, considerando as condições de trabalho, as formas de gestão, conforme as seguintes expressões:

- fisiologismo dentro de alguns conselhos municipais, “cabresteados pelo gestor”;
- avanços no controle social, mas existem vícios e opressões no sistema: “existe o poder do maior sobre o menor”;
- falta capacitação, precariedade do controle social e falta informação e apoio para a participação, inclusive nas plenárias;
- partidarização e disputa de interesses dos conselhos em razão da interferência política, o que diminui a sua autonomia;
- falta de respeito, por parte do Estado e/ou gestores, aos trabalhadores da saúde;

- não aceitação da participação e do acompanhamento dos conselhos por parte dos gestores;
- falta de conhecimento por parte dos usuários do SUS;
- falta vontade política e recursos para a saúde.

Os trabalhadores de saúde, em síntese, consideram que o autoritarismo (opressão, impedimento da participação) e falta de recursos são problemas importantes na relação Estado-sociedade, mas lhes parece que a sociedade vem avançando mais que o Estado, pois salientam como dimensões positivas, justamente, a maior mobilização, capacitação e conhecimento dos conselheiros sobre a participação no SUS.

Os trabalhadores de saúde presentes na XII Plenária que responderam ao questionário, apresentaram como sugestões:

- articular melhor a relação entre democracia representativa (câmara de vereadores) e democracia participativa;
- ampliar a participação e o conhecimento da população acerca do controle social;
- fortalecer a autonomia dos conselhos, [fortalecimento desse por iniciativa] do Conselho Nacional de Saúde;
- melhor local de realização das plenárias;
- melhorar a organização, as condições e o cumprimento da programação das plenárias;
- mais tempo para discussões e menos tempo para palestras nas plenárias de saúde;
- participação de todas as pessoas no processo de votação nas plenárias finais das conferências nacionais de saúde;
- capacitação dos conselheiros usuários, para não serem usados pelos prestadores.

Por sua vez, os gestores assinalaram, como dimensões positivas de seu balanço, o seguinte: 72% vêm avanço no controle social; 14% na conscientização da população; 7% consideram como positivos, tanto o melhor conhecimento do SUS, quanto à mobilização da sociedade. As sugestões dadas pelos gestores são as seguintes:

- respeito à programação das plenárias;
- distribuição prévia do material das plenárias;
- informação, com antecedência, do local de realização das plenárias;
- consignação aos conselhos de um orçamento e não apenas de dotação orçamentária;
- consideração de que a saúde é multidisciplinar (contra o Ato Médico)⁹.

Há uma expressão que simboliza esse posicionamento: os gestores destacaram como pontos negativos (com uma distribuição semelhante de 18,2%) o fisiologismo e a falta de implementação do controle social conforme as normas. Uma das expressões que simbolizam esse posicionamento é *“há necessidade de valorizar os conselhos, de mais capacitação dos conselheiros e gestores e principalmente há falta de autonomia/orçamento dos conselhos”*. Com uma percentagem de 9,1% em cada uma das dimensões seguintes, ainda são negativos: a falta de capacitação dos gestores; a falta de autonomia/orçamento para os conselhos; a falta de percepção da população sobre o SUS; a falta de implementação do controle social conforme as normas; a discriminação política na distribuição de verbas; e a falta de multidisciplinaridade.

Os gestores também valorizam o SUS como espaço público, criticando o fisiologismo e a não-implementação do instituído em sua normatividade, defendendo que o governo promova a devida provisão de recursos e a capacitação de conselheiros e gestores para a efetividade do SUS.

Somente quatro prestadores de serviços responderam ao questionário, salientando, negativamente, que podem existir avanços nos pequenos municípios, mas sem controle social, havendo redução de participantes nas plenárias, falta de organização das plenárias e atendimento discriminado politicamente, mas não se especificando qual seja a discriminação.

O resultado do questionário mostra que a institucionalização é um processo contraditório, com dimensões positivas e negativas de forma mais acentuada na atuação do Estado. Há pontos positivos e negativos, na atuação da sociedade, sendo os positivos mais acentuados. Parece que a aposta para a efetividade do controle social está na sociedade. Estaria o Estado, já por demais burocratizado, prisioneiro das amarras do fisiologismo e do descaso?

A despeito das contradições quanto à atuação do Estado, reveladas na pesquisa, a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Segep¹⁰, do Ministério da Saúde, em 2003, propõe sintonizar-se com os anseios de consolidação do processo participativo instituído.

O objetivo da Segep de estimular e ampliar a participação da sociedade na implementação e consolidação do SUS observa-se em algumas de suas atuais

atribuições, das quais se destacam: o fortalecimento da participação social e dos conselhos de saúde; a realização das conferências de saúde e das plenárias de conselhos de saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde; o incentivo e apoio à educação permanente para o controle social; e o apoio às estratégias de mobilização social em saúde.

Inclusive, sua missão de fomentar estudos e pesquisas que contribuam para o desenvolvimento do SUS e da reforma sanitária brasileira foi um dos incentivos para a realização do presente trabalho.

A institucionalização do SUS, considerando-se a progressiva descentralização das responsabilidades, seja na execução das ações, no uso dos recursos ou no apoio ao controle social, exige uma ampla mobilização para a construção de um processo de gestão estratégica e participativa, implicando a estrutura do Estado brasileiro nesse desafio.

As instâncias de participação do SUS na visão de alguns de seus personagens históricos

No balanço do controle social em suas diversas faces da relação instituinte-instituído, parte-se da premissa de que tanto a construção quanto a consolidação do SUS, que prossegue, tiveram como seus pilares: a participação popular como esteio do movimento sanitário; a institucionalização da participação da sociedade nas instâncias de controle do SUS; suas diversas formas de manifestação, como as plenárias; as pressões públicas como as manifestações políticas; e as negociações entre diferentes atores.

Todo esse movimento exibe uma dinâmica muito rica e, por isso, plena de contradições, com dificuldades e embates, a despeito de sua capacidade estruturante do sistema.

Dentre as entrevistas realizadas para a pesquisa, foram destacados alguns depoimentos que fazem um balanço das instâncias de participação do SUS, inclusive das plenárias, com avaliações, críticas e sugestões.

As instâncias de controle social

Organização e pactuação

Nas entrevistas, os depoimentos reiteram o processo de relação da agenda interna das plenárias, como forma organizativa e articuladora, com a agenda pública de manifestação política pelo direito ao SUS, num movimento de organização, pressão e pactuação, o que vem complementar a análise dos relatórios.

Quanto à agenda interna, **Adalgiza** observa a dificuldade inicial de se organizar a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

Nós tivemos o absurdo do Conselho Nacional de Saúde, por intermédio da sua estrutura administrativa, no ano 2000, impedir, proibir que funcionários do conselho se comunicassem com os coordenadores de plenária. E nós tivemos a realização de Plenária Nacional de Conselhos de Saúde em que os funcionários foram proibidos de ajudar, de trabalhar na estrutura.

Em seguida, a entrevistada tece alguns comentários sobre a organização da plenária, realizada em 2004.

Na última plenária nacional, em 2004, já havia uma reivindicação de alguns estados, que na representação por região nunca seriam eleitos coordenadores. Não por ser menor ou maior, mas devido à organização das plenárias no estado. Então, a reivindicação dos conselheiros no Brasil inteiro era de que tivesse uma representação por estado, e isso foi conquistado na última Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. A plenária estadual indica o representante do estado para a coordenação nacional da plenária. Assim, hoje, em 2005, a coordenação nacional está formada por 26 representantes de estados, um do Distrito Federal e dois do CNS (2 titulares e 2 suplentes), num total de 29 representantes, tendo a secretaria-executiva do CNS contribuído na estrutura, já que a plenária não tem secretaria própria.

A plenária é também vista por **Adalgiza** como movimento, não institucionalizada, distinta de uma burocracia.

Aliás, esse é um grande debate. O Humberto Jacques, representante do Ministério Público Federal, grande colaborador das plenárias há muitos anos, contribuiu muito nessa discussão, porque acompanhou esse período em que havia a tendência de alguns setores quererem institucionalizar a plenária. Queriam transformar a plenária em lei, queriam que a plenária fosse uma comissão do conselho nacional. E o debate apontou que a plenária é um movimento de articulação de conselhos de saúde, não é institucionalizada e é a representação direta dos conselhos. Então, a

representação do CNS é essa, eleita no plenário do conselho nacional, e todos os demais são eleitos pelos conselhos de saúde do seu estado para estar nessa coordenação.

O próprio **Humberto Jacques** se manifesta em relação à questão, estendendo sua análise à própria institucionalização dos conselhos.

Eu não sou favorável ao conselho de pires na mão, mas há riscos nesse processo [...] É uma discussão que eu tenho tido com a plenária – vocês têm que ter cuidado com a institucionalização, pois quando você se institucionaliza cria umas certas amarras que, de certo modo, podem condicionar a sua atuação. A escassez e a dureza fortalecem a guerra. Tem o perigo de você deixar de ser sociedade como sociedade e passar a ser mais um departamento dentro do Estado. Não que eu seja contra rubrica orçamentária para os conselhos, mas eu preferiria, e essa é uma posição muito minha, agora como militante apaixonado, que a mesma pressão que se faz com relação ao Estado para que apóie existisse em relação à sociedade, ou seja, pedir apoio de organismos da sociedade que também pudessem sustentar o conselho.

Ainda tratando sobre a organização da plenária, **Adalgiza** relata as divergências entre sua instituição e o Conselho Nacional de Saúde.

Uma figura muito importante nesse processo foi o Gilson Cantarino, que teve uma participação excelente no plenário do CNS e que nos ajudou muito nesse debate da plenária, porque havia um sentimento de disputa entre a plenária e o CNS. Alguns segmentos do CNS criavam o sentimento: “a plenária quer se sobrepor ao conselho nacional, a plenária está disputando com o conselho nacional”. E isso não era verdade, o que a plenária queria e sempre quis foi trazer as demandas dos conselhos, chamar o CNS ao debate das dificuldades dos conselhos municipais e estaduais e não ter uma estrutura, porque isso ela já tem. [...] os que fazem parte da plenária são conselheiros, não estão disputando vagas de conselheiros, pois são conselheiros nos seus estados, municípios e estão desempenhando a sua função lá.

O próprio **Gilson Cantarino** tece algumas reflexões sobre essas relações entre as instâncias de controle social e o o sistema de saúde: “*A gente tem uma estrutura hoje do controle social que é invejável do ponto de vista da política de Estado do país e talvez do mundo, com 5 mil conselhos estruturados mais ou menos funcionando, muitos funcionando bem*”. Mas, argumentando que as relações entre o controle social e a gestão nem sempre são pacíficas, uma vez que já houve “*muito conflito do que seria a competência do executivo e a competên-*

cia do controle social", chama a atenção para esse *"conflito de papéis"* e continua sua análise, entendendo que nesse conflito há, por parte do controle social, um certo preconceito, uma certa incompreensão do que é o tempo burocrático e a legislação que *"amarra"* o gestor. Em seguida, assinala que *"o gestor ainda despreza o controle social. E despreza no dia-a-dia, muitas vezes porque o tempo administrativo exige muito mais velocidade do que o tempo deliberativo de uma instância de controle social. Então, isso é uma coisa que tem que ser revista: o modo como nós vamos comungar controle social e gestão"*. Aprofundando sua análise, **Gilson Cantarino** observa em relação à plenária:

A plenária de conselheiros perdeu força. Pelo menos, ela já esteve mais na minha agenda do que está hoje. Se ela não perdeu força nacionalmente, eu não tenho dela a percepção que tinha antes. A plenária pode criar agendas desde que não venha só de questões nacionais, que, inclusive, são pautadas pelo conselho nacional ou pelas entidades de representação nacional. Que venham daquilo que está sendo sentido pelo conselheiro municipal e estadual. Nesse sentido, o Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro criou pólos descentralizados e está realizando, hoje, um trabalho em todas as regiões do estado. Tem conselheiro com delegação de competência para ser articulador em cada uma dessas regiões, o que significa poder trabalhar com acúmulo de informações que possa ser condizente com a realidade local e não o que está pautado na agenda nacional.

Noronha adiciona um fermento ao debate, assinalando: *"O meu problema com a plenária é o critério da legitimidade"*. Considerando a organização das instâncias de controle social, continua:

O conselho é difícil de ser constituído, mas quando se constitui tem regras, regras para as conferências, para delegado, mas nas plenárias... quem fala? Quem chega primeiro, quem senta na primeira fila? Como os conselheiros conseguem financiar as passagens, como é isso? Eu tenho problemas com isso. Não faço disso uma questão central de minha ação política, até porque o pessoal que frequenta as plenárias é da minha linha política, mais à esquerda, e eu quero mais é que essa coisa funcione por causa da minha posição política; mas se eles fossem conservadores, se fosse gente de direita eu ia me opor terrivelmente. [...] Eu sempre defendi a institucionalização desses mecanismos, com democracia, com participação. Se você acha que uma conferência a cada 4 (quatro) anos é muito pouco, não vamos substituí-la por plenárias, e sim encurtar-lhe o tempo, ou fazer regionais específicas, sem penalizar aqueles que têm menor poder de mobilização. Essa é uma questão complexa.

Gilson Cantarino argumenta sobre as questões do financiamento. “*Acho que perdemos o debate político, recentemente, desmobilizamos o nosso processo político, perdemos força na questão do financiamento. Diz-se que o orçamento é alto demais, que se gasta muito dinheiro, que o dinheiro vai para o ralo e não é verdade.*” Com base nos instrumentos de controle que hoje estão disponíveis, um estudo recente do Conass mostra que em 2005, com base na Constituição Federal, o orçamento para o Ministério da Saúde deveria ser de R\$ 69 bilhões, portanto quase o dobro dos atuais R\$ 39 bilhões. Continua:

Então, nós estamos vivendo com menos R\$ 30 bilhões de orçamento e sem força para colocar esse debate. Hoje, esse debate fica parecendo absurdo, porque já é um orçamento de R\$ 39 bilhões, só que onde se tem uma assistência efetivamente integral é no SUS e na hora do alto custo o plano de saúde privado não cobre. O cidadão contribui a vida inteira para o plano de saúde e na hora do medicamento excepcional, na hora da hemodiálise, na hora do transplante tudo é no SUS e não há nenhuma contrapartida das seguradoras de saúde. Então, o orçamento, para dar conta do avanço tecnológico e das demandas a que o cidadão tem direito, não é suficiente. Aí você acaba tendo muito mais dinheiro tragado para a alta tecnologia, que atinge um número menor de pessoas, com uma queda de qualidade na atenção básica.

Nesse contexto, **Gilson Cantarino** estabelece relações entre a macropolítica de saúde e as instâncias de controle social.

É uma contradição, mas essa desmobilização política tem a ver com a organicidade do SUS. É como se nós começássemos a ter os nossos embates nas nossas próprias instâncias, que não estão debatendo isso com a sociedade civil. Não dá para dizer que o Conselho Nacional de Saúde debate com a sociedade, não dá para dizer que a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde debate com a sociedade, não debate, debate apenas com o setor saúde. O debate está concentrado no setor responsável pelos problemas dentro do setor saúde. Isso eu acho que a diferença da velha Plenária Nacional de Saúde, quando, para garantir um SUS orgânico, nós estávamos debatendo dentro do Congresso Nacional, com deputados e senadores, com prefeitos e governadores, pautando a mídia, e com a sociedade colocando elementos para refletir.

A importância do processo instituinte-instituído, com valorização da ação “*de baixo para cima*”, é levantada por **Gilson Cantarino**, no sentido de se abrir mais a agenda externa, na relação com a sociedade, ao invés de se privilegiar a agenda interna das disputas entre atores.

Não estou desvalorizando a plenária de conselheiros, até porque eu já ressaltai a importância dela. Mas acho que ela pode permitir uma nova escuta se não for manipulada por questões nacionais, perdendo o caminho de baixo para cima. Por exemplo, a gente tem um debate absolutamente equivocado sobre o crescimento da representação dos segmentos dos trabalhadores, como se isso fosse representar uma mudança de agenda. Não muda porque é uma briga interna entre gestor, conselheiro que representa um segmento do movimento social e o segmento dos trabalhadores da saúde. É uma briga interna. A minha questão é: como é que a gente abre novamente uma agenda para a sociedade brasileira; e aí eu acho que é uma obrigação do Conass, do Conasems, do Conselho Nacional de Saúde articular com a Frente Parlamentar de Saúde, encontros para a mídia etc.

Continuando sua análise, enfocando esse “pautar para fora” das instâncias de controle social, **Gilson Cantarino** assinala:

O Conselho Nacional de Saúde tem subsídios suficientes para isso, tem uma história de debate muito rico. A questão é que a gente acaba se prendendo à nossa organicidade, porque as bipartites e a tripartite funcionam, os conselhos funcionam, mas as bipartites e a tripartite estão muito burocráticas. [...] a gente tem que começar a desburocratizar um pouco essas instâncias e a plenária tem que abrir uma agenda maior de debates para a sociedade, maior do que uma agenda interna ao sistema, porque interna o sistema já tem o CNS, que vai deliberar, vai estudar matérias, vai convocar o ministério, e as instâncias estão todas lá.

Essa abertura de uma agenda para a sociedade também é considerada por **Humberto Jacques**, ao observar a necessidade de uma política de alianças mais abrangentes.

O que falta é uma aliança com outros movimentos, ainda por uma questão de tempo, mas ela vai acontecer. Todo mundo no movimento sanitário sabe que as condicionantes da saúde estão fora da saúde – a segurança se reflete na saúde, o trabalho se reflete na saúde – e a aliança com o movimento social reivindicatório nessas outras estruturas ainda não foi feita suficientemente bem. Na hora que isso acontecer, ninguém segura. Então, parece que o movimento da saúde está mais preocupado em ir longe do que ir lá; tem hora que quando se encontra uma barreira muito grande aqui, está difícil de avançar, tem que voltar aqui e fazer o largo. Enfim, um movimento forte nacionalmente, com um nome, uma marca, para, inclusive, fortalecer os conselhos e sua atuação, penso ser uma lacuna na conjuntura atual em que estamos vivendo.

Gilson Cantarino considera que as instâncias de pactuação – bipartites/tripartite, muitas vezes são vistos pelo controle social como concorrentes, o que gera

dificuldades – e sugere uma agenda comum que dialogue com a sociedade, para fora do setor saúde. Ressaltando que *“é real que o conselho delibera coisas que não são decididas na instância de saúde, mas nas instâncias maiores do executivo em sua interseção com o legislativo”*, arremata:

É preciso que essas representações tenham uma visão que se sobreponha aos interesses corporativos e que façam um pacto para a sociedade. [...] têm que ter autenticidade não deixando de ser uma representação daquele conselheiro que está ali por suas idéias e interesses. Muitas vezes você acaba tendo uma instrumentalização de vários segmentos pelo partido político que ocupa esses espaços, diferente da lógica da representação do segmento. O controle social podia estar melhor, mais valorizado e é preciso trabalhar nisso. A sua contribuição é inegável. As críticas que faço são para o fortalecimento do processo e não correremos o risco de cair em armadilhas do dia-a-dia. Na verdade, o controle social tem a capacidade de colocar o debate, de cobrar, e isso é bom, mesmo que muitas vezes não se tenha a solução. [...] exige a transparência do processo, da alocação de recursos, e nisso o SUS está bem democratizado. Acabou aquela história “de que eu posso porque eu quero”.

Ainda, em relação à questão da representação do controle social, **Anamaria Tambellini** observa: *“Eu tenho a impressão de que um dos problemas graves dessa forma de representação é a possibilidade de indicações não-democráticas, por exemplo, com nepotismo, e sempre o nível mais consciente não tem como atuar sobre esse tipo de coisa, muitas vezes porque não há interesse em mexer com isso, por estar servindo a demandas partidárias”*. Lembrando que uma das queixas mais comuns da população é em relação aos serviços de saúde, a entrevistada assinala:

Nas filas dos postos de saúde, as mães com os filhos no colo dizem que vão pra lá uma hora da manhã. Meu Deus! Quando se fala que isso está acontecendo, o burocrata diz que a via de representação é o conselho. Então, ela não está funcionando. Porque isso não repercute em lugar nenhum. O problema é que não se pode resumir a representação a uma forma só. A representação popular e os conselhos não podem seguir a lógica da forma “partido”, senão ela perde a razão de ser. É preciso admitir que há várias formas de representação, e o setor saúde tem que ouvi-las, todas.

As instâncias de controle social A questão da autonomia

O tema do poder dos conselhos é a questão-chave para se entender a relação entre instituinte e instituído, visto que as disputas por espaços, cargos,

deliberação, hierarquização estão presentes nas relações de institucionalidade e se expressam no conceito de autonomia.

Raquel Dodge enfoca a questão da autonomia de conselhos e conselheiros face às autoridades constituídas.

É interessante que em todos os níveis, federal, estadual e municipal, havia uma perplexidade sobre as atribuições dos conselheiros e do conselho de saúde e do nível de autonomia em relação aos prefeitos, governadores ou à autoridade federal. E, ainda, qual era a garantia que os conselheiros tinham de exercer as atribuições tal como definidas em lei, sem ter seus direitos e sua vida pessoal atingida por isso? No limite entre o jurídico e o político, até que ponto a vida pessoal será afetada se o conselheiro fiscalizar realmente o setor de saúde como se deve. Essa é uma experiência que precisa ser observada com mais cuidado: como tornar possível a autonomia do conselho face aos poderes municipal, estadual e federal? Como poder exercer a atribuição para valer e dar um sentido útil ao resultado da atuação? Esse é um problema que nós detectamos há tempos e não está resolvido.

Humberto Jacques evidencia outras questões na relação do controle social com o Ministério Público, que refletem o problema da autonomia dos conselhos.

Uma questão é em relação à condução da demanda. Não é uma relação simples porque ela traz muitas tentações. Por exemplo, há uma tentação de eu, promotor, adotar uma postura paternalista, e o controle social querer de mim uma postura protetora. Algumas vezes aparecem problemas do tipo: *“Olha, briguei com o gestor [...] Me socorra!”* Estamos aprendendo a conversar uns com os outros. E aí eu digo: *“Olha não transfiram para o MP a tarefa de vocês. Não adianta pedir socorro. Se isso ocorrer, vocês não vão ganhar autonomia e podem viciar a mim e ao MP, causando-nos uma sensação de paternalismo”*. [...] Então, troca-se um Estado paternalista por um Ministério Público paternalista. [...] *“Nós somos parceiros nas brigas, vocês briguem bem e a gente, se necessário, entra para desempatar, mas não contem conosco como uma muleta, caso contrário vocês não vão aprender a caminhar”*.

Esse olhar sobre a autonomia dos conselhos depende do enfoque quanto ao modelo de inserção do controle social no aparelho de Estado. **Sarah Escorel** comenta essa questão.

Fala-se do controle social como se fosse um ente à parte. [...] O controle social fala de uma autonomia que não existe, porque o conselho é parte do poder executivo, é parte do Ministério da Saúde e parte das secretarias estaduais e municipais de saúde, é isso que está escrito. É a democratização do aparelho de Estado. Querer se comportar como sociedade civil é uma contradição enorme com essa posição de controle social como

aparelho de Estado. [...] É a representação política para discutir políticas de saúde, como política de Estado, por dentro do Estado.

Nessa linha de autonomia do controle social, **Humberto Jacques** salienta a questão da aquisição de conhecimentos, por parte dos conselheiros. E considera positivo o recente processo de capacitação de conselheiros, pois “[...] *existe uma cultura de autodidatismo de gestão e autodidatismo do controle social. Tudo o que se fez até hoje foi em cima de aprender errando, seleção natural, os melhores assessores foram os que conseguiram sobreviver no processo*”. Por outro lado, questões federativas não resolvidas são complicadores no processo.

Outro problema é que a academia, a universidade, a ciência do direito não deram respostas que precisavam dar, ao tempo e ao modo da necessidade. Por exemplo, existe uma tensão mal resolvida entre a noção de federação, estados e municípios autônomos e o Sistema Único de Saúde. Como o sistema é único dentro de uma Federação? Para quem adota a lógica do direito, é parecido com estar na Santíssima Trindade, com o mesmo Deus que ao mesmo tempo são 3. Ou seja, a federação são 3 entes autônomos e o sistema é único. Isso é um problema não tão simples do direito, e o direito não respondeu ao tempo e ao modo, deixou-se no alto da política e do sistema, deixando o problema mal equacionado e por ser resolvido.

Assinalando que “*o conflito federativo na saúde é muito, muito problemático*”, **Humberto Jacques** discute a questão da autonomia dos entes federativos.

Mesmo com a idéia de autonomia em cada esfera de gestão, você tem, além da autonomia, graus de co-responsabilidade. Muitas vezes você quer dizer autonomia em cada esfera de gestão para dizer que a União não tem nenhuma responsabilidade com a condição horrorosa em que se encontra a população do município, que a sua tarefa é só entregar dinheiro e não é isso o que a Constituição diz. O sistema é único, os 3 entes são co-responsáveis e existe uma tensão da União querer se livrar da responsabilidade, ou às vezes o movimento é contrário, em que a União quer centralizar e desautorizar municípios. Então, um dos problemas claros do sistema de saúde é que as relações federativas não estão bem-resolvidas no sistema de saúde, e isso é decisivo. A União diz: “*eu passo dinheiro, eu dou assistência técnica, mas não sou co-obrigado*”, e aí o cidadão vai estar no desamparo.

Essas questões repercutem nas instâncias de controle social. Continua **Humberto Jacques**:

Nesse vácuo, existe um processo de desresponsabilização, você vai responsabilizar o município e ele diz que a União não mandou dinheiro e aí você vai cobrar da União e ela diz que o município não está fazendo, e padece a população. E nesse vácuo, várias das tensões que existem no SUS se mantêm, em função de diversos interesses. Tanto é que, ao que me lembre, não há registro de que o controle social tenha conseguido impor a esses gestores alguma menção por violação de decisão de controle, por decisão do conselho, por extinção do conselho; isso não existe.

Em parte, essa questão pode ser explicada pela posição que o conselheiro ocupa nesse processo, conforme enfoca **Anamaria Tambellini**.

Como pesquisadora acadêmica, quando me chamam para falar sobre algum tema, eu vou falar o que acho, mas não exatamente, porque o conhecimento científico me permite dizer aquilo naquelas circunstâncias. Mas, quando sou um representante no conselho, que existe para fazer ouvir democraticamente a população, eu não posso ficar só respondendo à regra que o Estado me coloca, os problemas que o Estado me coloca. Eu tenho que colocar os problemas...

Fica patente a importância da democracia participativa e da configuração das instâncias de controle social no SUS, como sua base de consolidação, mas o caminho da crítica mostra, na fala dos entrevistados, a preocupação com os rumos que pode vir a tomar o controle social. Alguns vícios, já apontados, como a burocratização dos conselhos, o corporativismo, a partidarização, a falta de representatividade são indicativos claros para essas reflexões e eventuais mudanças de enfoque, ou mesmo, adoção de novas iniciativas.

Jocelio estabelece uma outra linha crítica de reflexão que, com certeza, acrescenta ao debate sobre a autonomia dos conselhos e seus desdobramentos.

Tem conselhos, mas não tem controle social. Tem participação social, mas não tem controle social. O acesso à informação é precário, as discussões são, muitas vezes, mal conduzidas. O poder executivo que teria que cumprir um papel chave nisso, na maioria das vezes não cumpriu. Estou falando até 2001, mas não sinto mudança de lá para cá. [...] participação social é uma coisa, controle social é outra coisa. Não é porque estou participando que estou controlando, longe disso. Embora o controle social seja a meta, o participar não garante nada. Você simplesmente pode estar sendo enganado, cooptado, estar se burocratizando, afastando-se da sua representação original. [...] há riscos em participar e só com muito exercício democrático, muito controle, inclusive do seu trabalho, seria verdadeiramente controle social. A fórmula para isso eu não tenho, mas

com certeza o que nós estamos fazendo nos conselhos ainda está longe de ser o que nós gostaríamos que fosse o controle social do SUS.

Em suas reflexões, **Jocelio** observa alguns dos vícios na estrutura do controle social, que acabam por comprometer sua atuação, com riscos de se perder o movimento instituinte e de crítica.

Qualquer espaço de participação democrática acaba criando determinados vícios, e isso é um custo que acaba prejudicando a estrutura. Por exemplo, muitos conselheiros passaram a fazer acordos com o governo, acordos financeiros que mantêm suas entidades, mantêm seus trabalhos e isso os torna reféns. Conselheiros cujas entidades têm sede em prédios do governo, pela dependência, acabam dando ao governo um poder de veto, de influência, sem o governo precisar ser autoritário com o conselho. Esse é um lado da realidade. Outro lado é a vida dura nos estados e municípios e ter acesso às discussões nacionais, ir a uma plenária, ir a Brasília é “*um sonho de consumo*” das pessoas, as pessoas querem ir, querem participar, e isso vai criando uma estrutura um pouco viciada. O próprio CNS se acomodou muito a interesses do Ministério da Saúde até o período em que participei, no fim do governo FHC.

Como reflexo dessas situações de desrespeito das deliberações dos conselhos, por parte do governo, muitos buscam novas alternativas, como acrescenta **Jocelio**.

Na medida em que o governo não respeita as deliberações, também as pessoas buscam outros caminhos de influência que não mais o conselho, o que significa que os principais quadros se afastam e vão procurar outras formas de fazer *lobby* e de influenciar. Então, perdeu-se um pouco da legitimidade, os conselheiros foram de alguma forma cooptados, foram se adaptando às estruturas para sobreviver e isso não é a mesma coisa que foi no início, e não está melhor agora por ter profissionalizado pessoas. Vejo uma burocratização, conselheiros burocráticos, cada vez menos representativos, cada vez menos ligados às suas representações e cada vez mais cooptados dentro de uma estrutura de poder. Isso descaracterizou os conselhos.

Uma das explicações para esse fato é a compreensão do papel do controle social para o gestor. **Adalgiza** fala sobre o tema:

Muitos conselhos estão cercados pelo poder, porque o administrador público não aceita ser fiscalizado e faz de tudo para que o conselho não funcione [...] tivemos muitas experiências de administradores que pegam a lei do conselho e mandam projetos de lei para a câmara de vereadores, trocando a lei do conselho de um dia para o outro. Os conselheiros fazem movimentos lindos [...] participei de vários, de várias audiências em

praça pública contra o gestor que mudou a lei, por não se convencer, até hoje, que o SUS não é propriedade de um setor. O SUS será, sim, um espaço democrático, onde os conselheiros e a sociedade vão se manifestar sobre a sua atuação.

A compreensão do controle social enquanto instância consultiva ou deliberativa, desse modo, ainda se reveste de dificuldades. **Adalgiza** continua:

Uma polêmica é se a plenária é ou não deliberativa. Esse debate também se vê nas conferências de saúde. A Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, quando reunida com os conselhos municipais e estaduais juntos, é deliberativa no seu âmbito de atuação. Ela delibera sobre a sua organização e funcionamento, delibera sobre o seu relatório final, delibera no seu âmbito. No âmbito municipal, quem delibera é o conselho municipal e, no estado, quem delibera é o conselho estadual. Não existe hierarquia entre os conselhos, os conselhos são de cada esfera de governo. Nisso não há choque.

Assinalando que *“há, na verdade, uma grande articulação para o crescimento desse movimento e, nisso, a plenária contribuiu muito durante todo esse tempo, porque no momento se busca reunir e articular os conselhos de saúde de todos os cantos do Brasil”*, **Adalgiza** ressaltava as dificuldades de acesso à participação. Nas regiões Norte e Centro-Oeste, principalmente, em alguns municípios só se chega por via aérea ou via fluvial, o que impede uma melhor articulação interconselhos. Segue **Adalgiza**: *“[...] essas são dificuldades para os conselhos exercerem o papel deliberativo e fiscalizador. Todos os municípios, e isso não é privilégio de qualquer região específica, têm conselheiros lutadores, todos. E alguns desses lutadores não conseguem nem chegar ao conselho. Mesmo assim, eles participam do movimento de saúde, das conferências”*.

Jocelio, na linha das contradições, faz uma distinção entre legalidade e legitimidade do controle social, sinalizando para as dificuldades de mudança.

Na verdade, o conselho nacional se legalizou, mas não se legitimou. Ele não consegue ser expressão das demandas populares, nunca conseguiu. Consegue ser um espaço de embate entre projetos políticos, mas não de expressão de demandas populares. Na gestão José Serra, o esforço era conseguir dar mais transparência à questão dos recursos do SUS, em virtude das muitas denúncias de desvios dos estados e municípios, e consolidar a participação social por meio dos conselhos, mediante sanções a conselhos não democráticos. [...] Havia uma proposta com um conjunto de regras que consolidaria a democratização da estrutura de conselhos

e a participação social efetiva. Creio que foi a melhor resolução que nós tivemos nesses 10 anos de plenária e isso se perdeu, não se implantou. O José Serra se comprometeu, depois levamos ao Humberto Costa, mas não vi ser implantado nada disso.

Jocelio conclui sua análise com uma incitação: *“Significa dizer que talvez valesse a pena voltar a ter uma Plenária Nacional de Saúde, voltar a ter um espaço não-institucional, não formal de reflexão e de mobilização, que não fosse tão dentro do aparelho de Estado como os conselhos. Isso está fazendo falta, e essa plenária poderia repercutir mais na politização, nas demandas da sociedade do que estar dentro dos conselhos”*.

Maria do Espírito Santo Tavares dos Santos – Santinha, na mesma linha de análise, também considera a importância de se manter o processo instituinte, mobilizador.

Eu acho que tem uma diferença muito grande entre plenária e conselho. Na plenária nós temos um grito maior e mais solto da população. Eu acho que a plenária não deve ser institucionalizada. Já temos os conselhos institucionalizados. E a gente tem que entrar no conceito de autonomia, porque nos conselhos debate-se o grau de autonomia, se há ou não dependência, desde o financiamento de viagens, uso de viaturas, local da sede etc. Já a plenária é mais solta, quando se coloca o conceito de autonomia na plenária, ela o acata mais facilmente. Eu tenho levantado essa questão da autonomia com as entidades mais próximas, ONGs etc., para financiar viagens dos seus conselheiros, por exemplo.

Como se depreende de todas as observações, a questão da autonomia do controle social está, ainda, por ser resolvida. Há um embate ainda por ser pesquisado mais minuciosamente.

As instâncias de controle social: algumas perspectivas

Entre as análises que, por um lado, valorizam o instituído e, por outro, apostam no instituinte, as falas dos entrevistados mostram, neste capítulo e nos anteriores, mesmo nas posições mais críticas, que há um entusiasmo latente pelo acúmulo histórico da construção do controle social no SUS, base de sua própria existência. Daí que as críticas são formuladas como sinais de alerta para a sua legitimação e consolidação definitiva – sugestões para enfrentamento dos desafios, superação das dificuldades e delineamento de perspectivas. Na fala

de **Adalgiza**, destaca-se um processo de cobrança mútua entre os atores, que continua a existir.

O Humberto Jacques, recentemente, questionou num debate com pessoas que participaram do movimento, de 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, até 1988, se essas pessoas imaginavam que nós estaríamos alguns anos depois todos dentro de uma mesma sala, discutindo e sendo cobrados pelos conselheiros de saúde, como são cobrados os gestores, como o Ministério Público é cobrado e todos têm que se explicar para os conselheiros usuários. Quem não reconhece esse avanço é porque não viveu aquele período e não acompanhou o processo.

A existência do controle social, enraizado no Estado e na sociedade, apesar de todas as ressalvas assinaladas anteriormente, confere uma robustez ao Sistema Único de Saúde, muito concreta para aqueles que acompanham o dia-a-dia da gestão participativa. **Adalgiza** assinala:

Antes, havia muito mais tentativas de mudar o SUS do que hoje. Se, hoje, alguém quiser mudar a Lei nº 8.142/90 saltam conselheiros de todo o Brasil para dizer se mexe ou se não mexe. E a maioria acha que não tem que mexer, pois os princípios do SUS tornaram-se inatacáveis, depois que os conselheiros passaram a ter domínio sobre eles, na sua grande maioria. E se alguém disser que não, por certo, está subestimando a capacidade dos conselheiros de possuir esse conhecimento.

Lembrando que “[...] *os conselhos são dinâmicos, os conselheiros mudam, as pessoas passam pelos conselhos, muitos dos que estiveram lá naquele processo não estão mais, estão outros*”, Adalgiza observa que muitos dos que estiveram nesse processo assumiram funções dentro do SUS, sendo hoje gestores municipais, estaduais e até nacionais. Continua a entrevistada: “*esse caminho da Plenária Nacional de Saúde e da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde é uma grande escola para nós que acreditamos na saúde pública. E para o SUS, esse movimento, inegavelmente, trouxe para as pessoas que nele militaram um grande crescimento. E nós não temos hoje como avaliar o número dessas pessoas*”.

Adalgiza também sinaliza para os temas que agregam e desagregam conselheiros, mostrando que ainda há muito por fazer na questão da representação.

Como dificuldades e desafios, posso dizer que não se tem como fazer análise dos conselhos sem entender que houve muito avanço no movimento. O Humberto Jacques diz que tem alguns temas que são recorrentes, temas que unem e temas que desagregam. [...] ele dizia que os temas que agregam todo mundo no controle social do SUS são os que

falam da “*falta de dinheiro para a saúde*”. [...] Todas as falas vão na linha de que a culpa de tudo é que falta dinheiro para a saúde. Já o tema que desagrega é o da representação dos conselhos de saúde, quem representa o quê. Essa fala desagrega todo mundo. Se a gente quiser acabar com qualquer debate, é só puxá-la. Então, nós temos que pensar que temas e falas nos unem.

Nesse debate da representação dos conselhos, ainda em aberto, **Antônio Alves** reitera o desafio do fortalecimento dos conselhos como forma de se enfrentar a cooptação.

Um obstáculo que vai necessitar ainda de um tempo é como ter conselhos de saúde fortes, onde cada conselheiro tenha de fato representatividade de seu segmento, levando a opinião daquele segmento e prestando contas depois. Que não sejam conselhos em que os conselheiros sejam cooptados pelos gestores estaduais, municipais ou mesmo federal. Esse fortalecimento do conselho é estratégico para que nós tenhamos um SUS ainda mais fortalecido e implementado na sua plenitude conforme prevê a legislação.

Elizabeth Barros, com outro enfoque, propõe a necessidade de se fortalecer as entidades representativas, principalmente para a defesa dos direitos humanos, e não os conselheiros, assinalando que tem dúvidas “*em relação à estratégia de articulação de conselheiros e não de entidades, porque você acaba personalizando situações, e as pessoas se descolam das suas bases. Eu percebo isso em algumas falas, na atuação das pessoas.*” Retomando o tema da articulação das instâncias de controle social em saúde com outros movimentos da sociedade, já assinalada anteriormente por outros entrevistados, **Elizabeth Barros** reitera a importância do instituinte.

Precisamos começar a resgatar uma articulação do tipo que havia na Plenária Nacional de Saúde – constituir agendas comuns das diferentes entidades, superando a fragmentação de interesses – para a sustentação do sistema de saúde. Ainda falta um espaço que faça com que as agendas das diferentes forças sociais possam continuar construindo o SUS. [...] Inclusive, deveríamos extrapolar para os movimentos internacionais de direitos em saúde. Penso que hoje essa defesa vai precisar ser feita num espaço político mais amplo, de movimentos de defesa de direitos humanos, por exemplo. [...] rearticular o movimento de defesa do SUS, ganhar identidade ampliando alianças com vários segmentos, inserir a questão da saúde na agenda do movimento nacional de direitos humanos, de defesa das mulheres, relacionados a outros problemas, como os da população rural. Pensar em inserir o debate pela saúde nesses movimentos e trazer essas pessoas para o nosso lado.

Um problema também detectado por **Elizabeth Barros** é, por parte das instâncias de controle social, “*fazer atendimentos de demandas pontuais de maneira fragmentada*”. Considera que o debate sobre o sistema de saúde que se deseja construir, e que está sendo construído, acabou ficando em segundo plano. Em virtude disso, “o atendimento de demandas pontuais acaba mascarando outras ações que podem, no médio e no longo prazo, significar a anulação desses efeitos que essas demandas produzem e que não consolidam as políticas”. Acrescenta que falta um aprofundamento da discussão política sobre o movimento.

Falta um pacto de reflexão sobre a direcionalidade política ou alguma coisa assim. A Plenária Nacional de Saúde, em vários momentos, fez isso. À medida que cada um diz o que pensa, vai-se elaborando, vai-se construindo, vai-se enriquecendo a visão de todo mundo. Eu sinto que as conferências de saúde não cumpriram essa função adequadamente. Elas ficaram grandes demais, fragmentadas. Então, os resultados são a soma de várias discussões, mas não há confluência no debate de alguns pontos. Eu ainda acho que é um momento importante, é um momento em que a gente deveria estar repensando esses desejos para ganhar densidade política. Se você olha para trás, vê que a 8ª CNS colocou o SUS na agenda. A 9ª CNS colocou na agenda a municipalização e de lá para cá tenho dificuldades de identificar um tema que tenha entrado na agenda política, em decorrência dos debates que as últimas conferências propiciaram como espaço de confluência do movimento social.

Flávio Goulart, a seu modo, reitera a questão da politização, ao invés da partidarização do controle social e das conferências, como já foi destaque nos resultados dos questionários aplicados na XII Plenária. Sua posição assim se expressa: “*Tenho uma posição de ressalva no que diz respeito a alguns aspectos do controle social. Por exemplo, surgiu a figura do militante profissional do controle social no Brasil. Pode-se encontrar essa figura, hoje, em toda parte. Principalmente nos maiores conselhos, nos conselhos estaduais, gera-se uma disputa bastante acirrada por posições ideológicas, partidárias, inclusive posições pessoais...*” Salientando que foi membro da comissão organizadora da 2ª Conferência Nacional da Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, em 2004, como representante do Conasems, acha que foi um equívoco fazer uma grande conferência paritária em ciência e tecnologia, e acrescenta:

Há um nível de polarização, que se transforma em batalha de vida ou morte por apenas uma vírgula em questões que não são ideológicas, mas

técnicas, ligadas a uma área complexa e de difícil alcance para o cidadão comum. Falou-se, por exemplo, na Conferência de Minas Gerais, se o Ministério da Saúde deveria apoiar a telemedicina ou não e isso se transformou numa batalha campal. Ideologiza-se um negócio em que não há tantos componentes ideológicos. Este é o problema. Há uma militância profissional que está botando o controle social a perder.

Ressaltando que o controle social é um grande mecanismo de democratização de poder e de relações de poder, **Flávio Goulart** também o considera desgastante e, por exigir muito, avalia que permanece no controle social somente quem tem algum ganho direto ou indireto, como prestígio político, afastamento do serviço público, viagens, não se devendo esgotar em disputas internas.

Isto transforma o controle social num palco de interesses materiais. Mas ele não pode ser único, e como no Brasil você tem os canais de democracia que são pequenos e curtos – o voto, a eleição etc. –, o controle social é bastante sobrecarregado, em termos das expectativas de seus participantes. O conselho, então, acaba se transformando numa verdadeira arena de disputa, onde, muitas vezes, levam-se em conta somente esses interesses. Pude observar essa questão no Canadá, onde os conselhos são sempre pequenos e não são paritários. Fiquei até um pouco decepcionado quando vi aquilo, mas a diferença é que o país tem dezenas de diferentes canais para o exercício da democracia, é uma democracia capitalizada e, portanto, eles não concentram muitas fichas nesse negócio.

Na mesma linha, conclui **Flávio Goulart**: *“Para sairmos da armadilha do profissionalismo, deveríamos abrir outros canais de controle dentro e fora da saúde, cultivando uma postura de interlocução com outros setores. Veja a situação: muitos dos conselhos se reúnem todo mês, fazem atas perfeitas, o Ministério Público não tem objeção a fazer, mas isso não redundava em nada, pois se transformaram em instâncias burocráticas”*.

Adalgiza encaminha sua análise em perspectiva um tanto diversa: *“Os desafios permanecem porque os desafios são os desafios do SUS. Enquanto nós não conseguirmos implantar o SUS com acesso universal e igualitário, os desafios dos conselheiros vão permanecer”*. E acrescenta que a instituição consolidada agrega massa crítica rapidamente ao processo participativo.

O maior ganho, o maior avanço para o SUS é que cada vez aumenta mais o número de conselheiros e o número de militantes desses conselhos. É muito mais fácil alguém chegar no conselho, não entender nada e querer continuar e aprender, porque sabe que é um direito seu à saúde, e muito mais difícil alguém achar que não vale a pena. O avanço maior é esse.

Cada vez, o contingente de pessoas que se envolvem no debate dos conselhos é maior. E, também, os estudiosos. Uma queixa dos conselhos em relação à academia, é que a academia vai lá dar aulas, muitas vezes sem nunca ter entrado num conselho de saúde. Muitos conselhos, por exemplo, não aceitam que alguns doutores dêem aulas de controle social, porque falar daquilo que está nos livros não tem sentido para o controle social. Se você observar alguns relatos, algumas falas você vai ver que há um hiato bem grande entre os conselhos de saúde e a academia.

Já **Elizabeth Barros** conclui sua análise prospectiva olhando um pouco para atrás.

Em relação ao momento atual, percebo que o movimento social está bem mais frágil do que em momentos anteriores, quando havia um maior grau de independência em relação aos governos Fernando Collor e Itamar Franco, por exemplo. Porque há uma certa interdição da crítica é preciso recolocar os focos do debate, pois só com um pensamento crítico é que se vai poder fazer um julgamento dos nossos horizontes e da imagem-objetivo do sistema de saúde brasileiro.

Jacinta, também olhando para trás, coloca a questão da institucionalização e de sua relação com o instituinte e indaga: *“A luta anterior era para se conquistar, mas não é preciso estar de novo na ‘trincheira’ para fortalecer? E o acesso aos serviços? São perguntas, dúvidas, porque agora tem uma lacuna”*. A lacuna a que se refere a entrevistada diz respeito aos grandes temas de saúde, que estão fora da pauta do movimento popular. Entre os desafios e dificuldades, considerando que a construção do SUS é dinâmica e a questão do acesso e da qualidade da atenção à saúde ainda são as grandes bandeiras, **Jacinta** assinala:

Enfim, um movimento forte nacionalmente, com um nome, uma marca, para fortalecer os conselhos e sua atuação, penso ser uma lacuna na conjuntura atual em que estamos vivendo. Inclusive, porque grande parte da militância, as pessoas que mobilizavam estão hoje tanto no governo federal, quanto em vários governos estaduais e municipais, e essas lideranças ativistas, que surgem dos movimentos, vivendo um período de representação, penso que deixam uma lacuna. Só os movimentos institucionalizados com que contamos hoje será que dão conta? De fato, formular as políticas, acompanhá-las e, inclusive, fiscalizá-las, dá-se conta?

Para **Jandira Feghali**, as perspectivas de atuação do controle social se situam na relação com o modelo econômico e de Estado e deste com o setor privado. Defende que a responsabilidade do gestor necessita de uma legislação mais firme

– um Código de Responsabilidade Sanitária¹¹. Analisando que a posição do Estado relativamente ao movimento social da saúde variou pouco nos governos Collor e FHC, mantendo uma relação autoritária, destaca que a possibilidade de ação democrática foi restringida. Considerando, ainda, que atualmente há um posicionamento mais democrático de cumprir as determinações dos conselhos e de viabilizar o SUS, observa que ainda há limitações, tanto dentro do Ministério da Saúde, quanto limitações da política econômica. A entrevistada considera, também, que as dificuldades repousam na concepção de Estado que não foi modificada no governo Lula.

Jandira Feghali continua sua análise considerando que há uma luta permanente para não deixar tirar recursos da saúde. A entrevistada considera que essa discussão normalmente não chega aos conselhos de saúde, nem mesmo ao Conselho Nacional de Saúde. *“Nós até já a levamos e quando tem a plenária de conselhos também, inclusive na última”*, mas considera que há uma dificuldade no governo Lula, decorrente do fato de que grande parte da militância da saúde é composta por representantes de partidos que estão na base do governo.

Avaliando que essa dificuldade se reflete diretamente nas instâncias de controle social, **Jandira Feghali** observa que, *“apesar de nós termos feito a plenária e a luta pelo orçamento, a mobilização não está do mesmo tamanho do que era antes, porque isso interfere nas lideranças políticas dentro do movimento social que tem que ter responsabilidade política, é claro, mas tem que ter a sua autonomia; essa é a confusão que ainda está existindo”*. Outro problema na questão do controle social, também enfocada por outros entrevistados, *“é que ainda há a necessidade de um preparo maior no que tange ao direito por parte dos conselheiros”*. Continua:

São pessoas aguerridas, de luta, mas precisam ser ajudadas no sentido de compreender melhor o que é um orçamento, o que é a diretriz prioritária, como controlar o executivo, como fiscalizar. Muitos conselheiros nos chegam, e nós lhe dizemos que entrem com mandado de segurança para cumprimento da lei, que vocês têm direito de acessar o orçamento, de decidir, de deliberar. Nas capitais e algumas cidades das regiões metropolitanas, o problema é menor, mas, se pensarmos neste Brasil enorme, a gente ainda tem dificuldades, muita cooptação de prefeito, que coloca como membros os seus representantes e a coisa vai andando.

Defendendo que os conselhos de saúde têm que ter estrutura, sede, secretaria, recursos financeiros, **Jandira Feghali** acredita que os conselhos precisam ter

ajuda, além da infra-estrutura, no preparo e politização de seus protagonistas, para poder cumprir o seu papel, principalmente de mobilização social. Concluindo, assinala:

Tudo isso está dentro desse balanço e a gente só se mobiliza quando tem bandeiras concretas. Então, eu considero que a perspectiva do movimento, se ele consegue retomar, é uma linha de ação real, concreta, de mobilização. A gente tem aí três ou quatro bandeiras fundamentais para mexer e ter conquistas novas. É óbvio que, apesar das dificuldades do governo Lula, nós temos menos dificuldades do que teríamos no governo FHC. A nossa capacidade de avanço é maior e só falta a gente realmente conseguir juntar essa força de novo, mobilizadora, com uma estratégia clara para conseguir fazer, regulamentar a emenda constitucional, retomar o aspecto da garantia do acesso por uma série de motivações, ter um código que faça o gestor andar no trilho e sustentar o controle social. Nós precisamos retomar a luta já em outro patamar de qualidade, de liderança.

Jorge Nascimento reitera a questão da relação dos movimentos sociais com o controle social instituído, observando as origens populares do governo Lula, para o qual o movimento deve apresentar uma agenda política.

Complicado foi depois do governo Fernando Collor, quando se sucederam alguns embates que deram uma quebrada na organização dos movimentos; houve uma desmobilização grande, uma desarticulação. Agora, a gente começa a ver uma retomada numa outra relação e aí há uma coisa que nos *"pegou de calças curtas"*, digamos assim. É a questão de ter um governo que tem as suas origens justamente nesses que construíram esse processo e nós não estarmos articulados o bastante para bancar uma agenda para esse governo, dizer: *"olha, nós temos uma agenda!"* Na verdade, isso realmente tem sido um complicador, tem sido um desafio.

Em relação a essa agenda dos movimentos, **Jorge Nascimento** comenta o papel da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, do Ministério da Saúde.

Discutindo a gestão participativa, a gente vê que o governo acaba bancando uma agenda para nós, talvez até propondo uma agenda interessante, mas seria mais interessante que os movimentos sociais definissem essa agenda para que o governo apoie, porque esse governo tem que apoiar, ao contrário de outros. Há quem ache que não é papel, por exemplo, de uma secretaria de gestão participativa apoiar ou ajudar o movimento social. Eu acho que o movimento social, independente de qualquer coisa, vai ser independente, mas, se há uma secretaria na máquina do governo, ela pode contribuir, isso é ótimo, mas quem tem que definir o norte disso são os movimentos sociais. Hoje, o nosso nó crítico é esse.

Face ao mesmo tema, **Santinha** expressa a necessidade de uma clareza da agenda dos movimentos sociais.

Tem algumas portas do CNS e da Segep que são portas iguais e que têm que ser definidas. Por exemplo, vejo algum papel da secretaria similar ao papel do conselho nacional, o que é complicado, a meu ver. Eu não tenho clareza. No conselho nacional há um mal-estar em relação à não definição de papéis. O papel do conselho está mais definido, mas o papel da secretaria, cujo nome é belíssimo, não está bem-definido, embora ela tenha questões para colocar que não entram em choque com o conselho. A gestão participativa podia clarear melhor. [...] O trabalho como esse aqui, de análise, vejo muito como um trabalho típico da gestão participativa, onde se coloca a essência do que é isso pelo que a gente está brigando há um tempo: os ganhos do controle social, os ganhos da organização da sociedade ao nível dos conselhos de saúde e do SUS.

Vladimir Dantas também faz sua avaliação da nova institucionalidade, quanto ao papel da Segep, no contexto do atual governo.

A Segep, que foi criada, qual é o seu papel, o que ela vai implementar? É para acelerar, contribuir com essa visão de que o movimento social, as entidades tenham um papel mais efetivo ou é simplesmente para fazer cena? É claro que isso é uma grande polêmica. O Conselho Nacional de Saúde era ligado diretamente ao gabinete do ministro, agora é ligado à Segep. Isso fez cair o seu status, reduziu a sua autonomia em relação à própria estrutura do ministério? O conselho nacional é uma estrutura de governo ou não? A secretária do conselho nacional é da estrutura do conselho ou é funcionária do ministro da Saúde? Essas discussões eu não vi acontecer.

Continuando suas indagações, **Vladimir Dantas** considera relevante que os líderes não estão refletindo a base, tampouco refletindo os anseios da sociedade, nas questões de saúde. Neste contexto, faz sua avaliação sobre o papel do Conselho Nacional de Saúde, como fonte de perspectivas no atual governo.

É claro que existe um comprometimento da secretaria do CNS com as causas populares, mas o que se alterou em termos de essência, de atividade, de movimento, de ação? Qual foi o papel que o conselho nacional jogou no sentido de alavancar a questão do atendimento, do combate à má utilização dos recursos e da máfia que persistia e ainda persiste nos corredores, nos subterrâneos das verbas gordas que transitam do ministério para os municípios e os estados? Podemos dizer que não houve tempo ainda suficiente, mas estamos avançando no tempo e esse governo vai acabar, vai terminar o prazo dele no próximo ano. Por que a estrutura do conselho nacional não se alterou para dar uma envergadura, um papel de maior força no processo de mobilização e da participação

popular, do controle social efetivo sobre os aspectos do financiamento e da gestão? São questões.

Numa outra linha de análise, **Nelsão** traça as perspectivas das instâncias de controle social, vinculando sua reflexão à conjuntura macropolítica, lembrando que em 1990 havia o Conselho Nacional de Saúde, conselhos de saúde em dois estados e em meia dúzia de municípios. Ao final dos anos 1990, “*em apenas dez anos*”, todos os estados e mais de 90% dos municípios brasileiros possuíam conselhos municipais. Continua:

Isso, do ponto de vista quantitativo; do ponto de vista qualitativo já é outra discussão. Uma parte dos conselhos atende às obrigações legais de representatividade, de segmentos da sociedade, da paridade e outros não atendem, ou atendem explicitamente, mas não implicitamente, quer dizer, são paritários, representam os diversos segmentos de profissionais, prestadores de serviço e de governo, mas há uma cooptação de postulações, onde os conselhos não cumprem o seu papel de controle social.

Remete, de certo modo, ao debate sobre a questão legalidade *versus* legitimidade antes enfocada. Contudo, **Nelsão** reforça a análise segundo a qual os conselhos têm-se voltado mais para o controle da execução que para a formulação de estratégias.

Isso faz parte da anestesia sobre toda a sociedade brasileira dos anos 1990. Por exemplo, na Lei nº 8.142/90 tem duas atribuições explícitas, bem claras para os conselhos de saúde. A primeira é atuar na formulação de estratégias e diretrizes. A segunda é atuar no controle da execução das políticas. Então, a escala de valores, de pressões sociais, valores políticos assumidos nos anos 1990, assumidos hegemonicamente, compelem os conselhos a se desenvolverem muito mais no controle da execução das políticas do que na formulação de estratégias, porque quem formula estratégias e diretrizes está formulando política pública, está intervindo na governabilidade, na forma de governo e de Estado, principalmente de Estado.

Nessa linha, **Nelsão** considera que o Estado brasileiro, a partir de 1990,

não admite em nenhuma hipótese que a sociedade organizada vá intervir na formulação das políticas e diretrizes de governo, porque os governos estão a serviço desse Estado, [cujas] diretrizes governamentais estão dadas externamente pelo ajuste fiscal, pelas exigências do FMI – Fundo Monetário Internacional, pelo modelo do sistema financeiro internacional para a economia dos países do terceiro mundo, cujo investimento na área social, quer dizer, para os direitos sociais é realizado com o que

sobra. E o que sobra para os direitos sociais é muito, muito menos do que as necessidades.

O entrevistado considera que a magnitude de uma *“massa de mais de cem mil conselheiros de saúde espalhados pelo Brasil”*, com capacidade de organização para mobilizar algumas dezenas de milhares, com plenárias nacionais que, convocadas nas bases dos conselheiros de cada conselho, *“sem nenhum esforço maior”*, colocam mais de mil conselheiros em Brasília, significa que *“esse é um movimento de grande expressão, que veio para ficar”*. **Nelsão**, entretanto, coloca ressalvas na sua análise:

A efetivação e concretização das conquistas, baseadas na integralidade, na equidade e na universalidade, exige o entendimento do modelo e o discernimento de quais são suas características baseadas nos interesses da oferta e quais são aquelas baseadas nos interesses e nas necessidades da população. [...] A apropriação desses conceitos e desses valores e sua transformação em bandeiras políticas, como uma apropriação dos movimentos sociais, os conselheiros ainda não exercitaram. Esses conceitos e sua transformação em bandeiras políticas não se constituem em desafio intelectual, são conceitos que qualquer um pode assumir, pois a questão não está na base do grau de instrução das pessoas, está na base do grau de politização, de engajamento político e de visões de interesses dos movimentos da sociedade. A politização da sociedade organizada no nosso país, que se reflete na politização dos próprios conselheiros de saúde, não atingiu ainda o grau de empolgar bandeiras de mudanças de um modelo para outro modelo.

Nelsão continua sua análise com exemplos: *“no orçamento do Ministério da Saúde, só uma secretaria executa R\$ 20 bilhões ao ano. Como é que esses R\$ 20 bilhões são executados? Que paradigmas, que critérios e por que canais esses R\$ 20 bilhões são transformados em despesas mensais e vão lá na ponta fazer acontecer o quê? Essa discussão não está dada para os conselhos”*. E nessa tônica, conclui:

De 1990 até aqui, as coisas ficam mais complexas, porque nós estamos convivendo com um avanço no movimento da Reforma Sanitária com dois atores coletivos que não existiam – os secretários municipais organizados e os conselheiros de saúde, mas a anestesia imposta ao conjunto da sociedade pela ideologia neoliberal de mercado, da competição individual e de que o poder aquisitivo determina o grau de saúde, é muito mais séria do que se pensava. Por isso, esses anos se transformam muito mais em anos de resistência. As tentativas de colocar esse tema na agenda de debate dos conselheiros não estão conseguindo passar. É o grande desafio do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, hoje. O

grau de mobilização e de organização da sociedade obedece à influência e a determinações e condicionamentos históricos que têm leis próprias para prever para que lado vai a sociedade.

Considerando que a capacidade de avanço do controle social depende dessa relação de forças políticas, **Raquel Dodge** sinaliza com a plena utilização do marco legal existente, principalmente na fiscalização.

Os conselhos ainda estão temerosos de poder exercer sua atribuição em plenitude e, especialmente, a atribuição de fiscalização. Os conselhos e os conselheiros de saúde talvez tenham uma vocação maior, digamos, mais confortável, em exercer atribuições de planejamento, de formulação de política pública, de observação, de auxílio e de consultoria para a autoridade que vai realizar o serviço, do que propriamente do seu papel fiscalizador. Acho que há uma certa inibição que talvez tenha laços com a fase da ditadura que vivemos, tenha laços com circunstâncias da realidade nacional, e a gente pode pensar em trabalhar um pouco mais na importância do exercício autônomo dessa atividade de fiscalização dos conselhos, na fiscalização das políticas concebidas e exercidas.

Com essa premissa, **Raquel Dodge** conclui: *“A nossa sociedade é muito tolerante, ainda, com os desvios, as irregularidades, as arbitrariedades. Se o nosso canal é o conselho, ele precisa exercer de forma enérgica essa atribuição. Para isso ele pode se articular, se ilustrar e demandar informações que o habilitem a exercer melhor essa atribuição, e aí outros setores podem auxiliar os conselheiros, se eles estiverem abertos a isso”*.

Para quem participou do controle social desde antes de sua institucionalização, as perspectivas parecem ter um centro bem definido. Assim se expressa **Naelson Correia Guimarães**: *“Minha escola de conselheiro foi a Zona Leste de São Paulo, participei de todas as conferências, desde a 8ª CNS, e nos conselhos em que participei, em todos esses anos, a atividade sempre foi de luta”*.

Síntese: algumas considerações retrospectivas e prospectivas do controle social

As plenárias souberam aliar discussão e mobilização/pressão e negociação, o instituinte com o instituído, não somente com a força do imaginário de uma sociedade e de um Estado de direitos e democrático, mas com estratégias de enfrentamentos, mobilização e pressão e de negociação e consenso, de institu-

cionalização e de mudança.

Da breve síntese de cada plenária, dos questionários, das falas de entrevistados, algumas constatações podem ser feitas sobre o estado atual da problemática do controle social na saúde.

Primeiramente, o controle social é um dado, ou seja, um referencial já incorporado discursivamente no setor saúde e em muitas de suas práticas, bem como um elemento circulante na sociedade mais abrangente, embora seu raio de ação ainda precise ser bastante ampliado, tanto no debate interno quanto nas relações intra/intersetoriais e com a sociedade.

As entrevistas propiciaram um enriquecimento crítico-analítico dos achados da pesquisa, feitos por meio dos relatórios e do questionário, principalmente no dimensionamento de um movimento que articula uma agenda interna de debates e propostas em inter-relação complexa com as agendas públicas de pressão, na relação com o Estado e a sociedade.

Constatou-se que a institucionalização, na conjuntura de expansão dos conselhos, não é tão uniforme como se poderia pressupor a partir de uma norma comum, dependendo não só da macropolítica global e nacional, mas dos arranjos políticos estaduais e municipais. Persiste, no entanto, um forte imaginário de luta pelo direito à saúde, pela democracia, pela efetivação das garantias universais desse direito, com controle social.

O movimento social da saúde, sem dúvida, dos mais expressivos no conjunto das lutas recentes por políticas públicas no país, tem registrado avanços e recuos, nessas duas décadas, numa trajetória dialética das forças sociais e no embate entre alguns dos seus segmentos que defendem interesses privatistas com outros segmentos defensores do direito à saúde e da responsabilidade do Estado, na efetivação de políticas que materializem esse direito.

As falas de algumas lideranças do movimento sanitário e mais as de participantes da última plenária apontam alguns dos impasses da gestão participativa.

Como avanços do controle social, são destacados: maior conhecimento do SUS e do controle social, consciência crítica e intervenção por parte da sociedade; melhoria na implantação dos conselhos e das suas articulações, bem como do conhecimento, capacitação, participação e conscientização dos conselheiros; maior acionamento do Ministério Público; maior respeito dos gestores pelos con-

selhos; EC nº 29/00; e mais fiscalização.

Como pontos nevrálgicos e impasses são assinalados: a questão do atendimento do SUS; a precariedade e lentidão na implantação do controle social; a falta de maior participação da sociedade, permeada por questões político-partidárias, bem como pela falta de informação sobre o SUS e os recursos aplicados na saúde; o desinteresse e a falta de responsabilidade do Estado, dos políticos e dos gestores por um maior conhecimento da sociedade sobre seus direitos, bem como o desrespeito à participação e controle nos/dos conselhos; e a falta de vontade política e de recursos para a saúde.

Especificamente sobre os conselhos, foram registradas: a sua falta de autonomia, especialmente no tocante a recursos e infra-estrutura para o exercício do controle social; a sua partidarização e permeabilidade a interferências políticas, ficando sob controle de pequenos grupos; o fisiologismo e a burocratização, com persistência da política tradicional; a restrita interlocução com a sociedade; a falta de capacitação dos conselheiros, também assinalada para os gestores; e a baixa publicização de sua atuação. Foram assinalados, ainda, problemas organizativos das plenárias, tais como: dificuldades de participação por falta de apoio e falta de representação da sociedade com escuta dos usuários.

As contradições apontadas, entre avanços e recuos, explicitam o próprio movimento, a dinâmica da luta, a dialética entre o instituinte e o instituído. Revelam, também, diferentes falas e olhares sobre o processo histórico, pois um movimento social se configura por heterogeneidades às quais é preciso dar um sentido unificado.

Em sua trajetória, as plenárias foram se tornando uma expressão do instituído, de certo modo, perdendo vinculação mais profunda com o instituinte de suas origens, os movimentos contestatórios. Por outro lado, o instituinte, nos últimos anos, foi ganhando novos conteúdos. Atualmente, a face inovadora da contestação provém dos próprios usuários, que estão reforçando uma dinâmica própria dentro do sistema, mas sem a força suficiente de pressão.

Faltam mecanismos mais amplos e mais eficazes para a resolução de conflitos entre os muitos interesses em jogo nesta arena política, sobretudo, relativos às atribuições e à atuação de cada ente federativo. Especificamente, no tocante aos órgãos de controle social, é necessário aprofundar a relação da representatividade

de de cada segmento, suas respectivas atribuições e suas relações com as bases de sua representação.

Ainda pelo ângulo estatal, a descontinuidade das políticas públicas, que marca a cultura política da estrutura de poder no Estado brasileiro, não é gratuita e pode ser vislumbrada como uma espécie de “organização da desorganização”, no sentido de representar interesses em manter esse Estado privatizado. Essa é uma questão que merece aprofundamento.

Falta ainda resolver a questão da força de trabalho em saúde, cuja situação mantém um percentual muito grande de trabalhadores com vínculo precário na saúde sem uma política de carreira. Outra questão que necessita ser estruturada é o financiamento da saúde, pois o montante de recursos e sua transparência não estão estabelecidos de forma a dar sustentabilidade institucional plena.

A globalização do setor saúde e a abertura comercial para empresas multinacionais, por exemplo, dos planos de saúde, trazem preocupação ao movimento pela cidadania, pela inclusão universal no direito à saúde, para que a população não fique refém do pagamento para ter acesso ou qualidade. E é essa qualidade do atendimento vinculada à gestão, à tecnologia, aos insumos que são objeto da agenda dos conselhos e das plenárias.

Diante disso, o movimento pelo direito à saúde defende, na contracorrente, o fortalecimento de sua organização interna, de seus processos decisórios e de suas articulações específicas com o setor saúde, bem como, na face organizativa externa, as alianças com setores da sociedade que também estão na luta por esse e por outros direitos.

Várias sugestões foram apresentadas pelos participantes e pelos entrevistados, no intuito do referido fortalecimento do controle social e do movimento social:

- a) em termos de políticas de saúde: configurá-la com um enfoque interdisciplinar, contrariamente ao Ato Médico; formular uma política de educação permanente para a área; reformular a Noas-SUS;
- b) no que diz respeito aos conselhos: mecanismos legais de articulação entre MS, CNS e CES, de cunho suprapartidário; maior cobrança do Ministério da Saúde aos gestores estaduais e municipais; consignação aos conselhos de orçamento e não apenas de dotação orçamentária; apoio financeiro de

organismos da sociedade aos conselhos; melhor articulação entre democracia representativa e democracia participativa; melhoria e amplitude na informação à sociedade sobre o controle social; maior e melhor capacitação, com destaque para os conselheiros usuários e para os novos gestores, por ocasião das mudanças de governo;

- c) para a organização do movimento: qualidade na informação e na realização das plenárias, com maior tempo para debates e mais mobilização.

É vital ao movimento, portanto, dispor de uma compreensão, a mais ampla possível, de seu próprio percurso histórico, de seus alcances e de suas incompletudes, bem como da conjuntura e de perspectivas sobre o cenário político do país, para prosseguir na luta. É visando essa atualização reflexiva que, nas conclusões deste trabalho, que se seguem, buscou-se configurar esse contexto histórico mais recente e, projetivamente, suas tendências e possíveis cenários.

O efeito paradoxal do SUS é o do feitiço virando contra o feiticeiro: a estruturação do SUS, enquanto permeável ao controle social, quanto mais problemas venha a apresentar, mais chances tem de se consolidar, via ajuste de suas práticas. O exercício da cidadania representada nos conselhos de saúde que, hoje, ultrapassam os 5.500 municípios brasileiros, por não ter sido jamais experimentada na história do Brasil, encerra um forte potencial revolucionário de democracia participativa e reivindicatória, gerando uma expectativa impossível de ser prevista em seu alcance e conquistas (Vasconcellos, 2003:16).

O desafio para um governo oriundo do movimento popular e da esquerda brasileira, diante das injunções e restrições da mundialização do capital é não sujeitar-se às armadilhas e limitações, mas isso será possível se e somente se os movimentos sociais continuarem a pressionar e lutar pelo Estado de direito, pela universalização desses direitos, ainda mais profundamente, como ficou evidenciado nos depoimentos.

Por outro lado, a aparente contradição sobre o “fazer” do controle social, que emerge da fala de alguns dos entrevistados é simbolicamente representativa. Reflete, sem dúvida, as próprias contradições sobre a autopercepção dos conselheiros de saúde quanto ao seu papel de instituído, mas, sobretudo, reflete as distintas possibilidades de atuação, em cada momento, em cada local, em cada conjuntura.

A questão que se coloca não é somente melhorar o atendimento, mas também manter o poder da base e, simultaneamente, saber lidar com as divergên-

cias e conflitos do movimento, que, potencialmente, contêm possibilidades de influir em novas propostas; e, ainda, avançar muito mais no já instituído.

O espaço do controle social, ainda que institucionalizado, não é meramente administrativo; é um espaço político que põe em cena interesses, imaginários, representações. Este espaço é uma situação de partida, e não de chegada. É neste contexto que se entende que, a princípio, o exercício do controle social é espaço de criação de uma cultura política democrática (Sposati & Lobo, 1992:373).

O sonho do SUS ainda não está realizado e, segundo os depoimentos, a utopia precisa voltar, urgentemente, e se manter presente.

Notas

¹ Considera-se que o I Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, foi realizado durante o Congresso da Abrasco de 1994, em Recife-PE. “*Naquela ocasião, 300 conselheiros, representando conselhos de diversos estados do Brasil, discutiram aspectos referentes ao processo de democratização das decisões e da gestão em saúde, o exercício do controle social, por meio dos Conselhos de Saúde, e da atuação dos conselheiros nesses órgãos colegiados*”.

² A 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília-DF, no período de 2 a 6 de setembro de 1996, em relação à autonomia dos conselhos e conselheiros de saúde, propõe em seu artigo 132.1: “*criar Comissões Inter-Conselhos Tripartite e Bipartite, com o objetivo de proporcionar uma maior integração entre as ações e decisões dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde*” (Brasil, 1998:42).

³ O Conselho Nacional de Saúde, com o objetivo de acelerar e consolidar o controle social do SUS, por intermédio dos conselhos estaduais e municipais de saúde, aprovou, na gestão Jamil Haddad, a Resolução nº 33, em 23 de dezembro de 1992, com o documento anexo “*Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde*”. Destacam-se no documento as seguintes diretrizes:

- conselho de saúde como instância colegiada de caráter permanente e deliberativo, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica de saúde dos estados e municípios;
- número de conselheiros não inferior a 10 nem superior a 20 membros (recomendação);
- representação com 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores públicos e privados;
- governos estadual e municipal devem dar suporte administrativo e garantir dotação orçamentária;
- composição: plenário, colegiado pleno e secretaria-executiva com assessoria técnica;
- atuação: formulação e controle da execução da política de saúde (aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico-administrativa), estabelecimento de estratégias e mecanismos de coordenação e gestão, articulação com os demais conselhos nas 3 esferas, aprovação dos planos de saúde, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços e da movimentação de recursos.

Essa resolução foi revogada pela Resolução nº 319 do Conselho Nacional de Saúde, de 7 de novembro de 2002, emitida na gestão do ministro Barjas Negri, preservando as diretrizes anteriores, e incluindo novas diretrizes, como é o caso da educação para o controle social.

⁴ Projeto Reforsus – Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde, considerado o maior projeto de investimento do Ministério da Saúde e integrando o Plano de Metas do próprio ministério e o Programa Avança Brasil do governo Fernando Henrique Cardoso. Instituído no final de 1996, por meio de um acordo de empréstimo celebrado entre o governo brasileiro, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), e o Banco Mundial (Bird) no valor de US\$ 650 milhões, investe na recuperação da rede física de saúde do país, que presta serviços ao SUS, mediante a compra de equipamentos médico-hospitalares e unidades móveis, execução de obras de reforma, ampliação e conclusão de estabelecimentos de saúde (Componente I) e, também, em projetos para a melhoria da gestão do sistema de saúde nacional (Componente II). Foi concluído em 2005. Disponível em <<http://www.saude.se.gov.br/HomePages/HPPadroSaude.nsf/afbba48c0a268a2b0325685e0067c3fe/c3eee20c6a6e2d1203256d350048772e!OpenDocument&Click=>>>. Acesso em: 28/04/2006.

⁵ Oscip: Organização da Sociedade Civil de Interesse Público. A Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999 regulamentou o chamado terceiro setor para parcerias com o setor público. Essas organizações de direito privado não podem ter fins lucrativos e devem ter interesse público, devendo ser qualificadas como Oscip. Cujas atuações com o Estado se faz por meio do “termo de parceria”, diferentemente do convênio e do contrato de prestação de serviços e permite que seus dirigentes sejam remunerados.

⁶ Durante a sua gestão como prefeito de São Paulo, José Serra conseguiu aprovar, em 2005, uma lei que transfere para as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) a prestação dos serviços municipais de saúde.

⁷ PLP 01/03: Projeto de Lei Complementar nº 01 de 2003: Trata da regulamentação do § 3º do artigo 198 da Constituição Federal.

⁸ O Conselho Nacional de Saúde, aprovou, na gestão Humberto Costa, a Resolução nº 333, em 4 de novembro de 2003: Diretrizes para Criação, Reformulação, Estruturação e Funcionamento dos Conselhos de Saúde. A resolução revoga a anterior (Resolução CNS nº 319/2002), sem prejuízo das diretrizes anteriores.

⁹ Projeto de Lei do Ato Médico do Senado Federal nº 25/2002: Define o ato médico e dá outras providências. O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Ato médico é todo procedimento técnico-profissional praticado por médico habilitado e dirigido para: I. a promoção primária, definida como a promoção da saúde e a prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia; II. a prevenção secundária, definida como a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos; III. a prevenção terciária, definida como a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos.

Parágrafo único – As atividades de prevenção de que trata este artigo, que envolvam procedimentos diagnósticos de enfermidades ou impliquem em indicação terapêutica, são atos privativos do profissional médico.

Art. 2º Compete ao Conselho Federal de Medicina, na qualidade de órgão normatizador e fiscalizador do exercício da medicina no País, nos termos do artigo anterior: I. fixar a extensão e natureza dos procedimentos próprios dos profissionais médicos, determinando, quando necessário, o campo privativo de atuação desses; II. definir, por meio de resolução normativa devidamente fundamentada, os procedimentos médicos experimentais, os aceitos e os vedados para utilização pelos profissionais médicos.

Art. 3º As atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão e ensino dos procedimentos médicos devem ser unicamente exercidas por médicos.

Art. 4º A infração aos dispositivos desta lei configura crime de exercício ilegal da Medicina, nos termos do Código Penal Brasileiro.

Art. 5º O disposto nesta lei não se aplica ao exercício da Odontologia e da medicina Veterinária, nem às outras profissões de saúde regulamentadas por lei, ressalvados os limites de atuação de cada uma delas.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 2003, em sua proposição número 53, Eixo VII – O Trabalho na Saúde do relatório final, manifesta-se “Contra o Projeto de Lei do Ato Médico” (Brasil, 2004:124).

¹⁰ A criação da Secretaria de Gestão Participativa na estrutura administrativa do Ministério da Saúde foi uma iniciativa do governo Lula, com o objetivo de estimular e ampliar a participação da sociedade na implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS. Instituída pelo Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, a secretaria foi renomeada como Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Segep, com ampliação de suas competências, por meio do Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006, que Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. As suas competências, segundo o decreto (artigo 26), são:

- I. formular e implementar a política de gestão democrática e participativa do SUS e fortalecer a participação social;
- II. articular as ações do Ministério da Saúde, referentes à gestão estratégica e participativa, com os diversos setores, governamentais e não-governamentais, relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde;
- III. apoiar o processo de controle social do SUS, para o fortalecimento da ação dos conselhos de saúde;
- IV. promover, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, a realização das Conferências de Saúde e das Plenárias dos Conselhos de Saúde, com o apoio dos demais órgãos do Ministério da Saúde;
- V. incentivar e apoiar, inclusive nos aspectos financeiros e técnicos, as instâncias estaduais, municipais e do Distrito Federal, para o processo de elaboração e execução da política de educação permanente para o controle social no SUS;
- VI. apoiar estratégias para mobilização social, pelo direito à saúde e em defesa do SUS, promovendo a participação popular na formulação e avaliação das políticas públicas de saúde;
- VII. contribuir para a equidade, apoiando e articulando grupos sociais que demandam políticas específicas de saúde;
- VIII. promover a participação efetiva dos gestores, trabalhadores e usuários na eleição de prioridades e no processo de tomada de decisões na gestão do SUS;
- IX. formular e coordenar a Política de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, por meio da análise de seu desenvolvimento, da identificação e disseminação de experiências inovadoras, produzindo subsídios para a

- tomada de decisões e a organização dos serviços;
- X. formular e coordenar a Política de Ouvidoria para o SUS, implementando sua descentralização e cooperação com entidades de defesa de direitos do cidadão;
 - XI. realizar auditorias e fiscalizações no âmbito do SUS e coordenar a implantação do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, nas três esferas de Governo;
 - XII. promover, em parceria com a Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde, a articulação dos órgãos do Ministério da Saúde com o Conselho Nacional de Saúde;
 - XIII. apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde;
 - XIV. fomentar a realização de estudos e pesquisas, por meio de acordos de cooperação com entidades governamentais e não-governamentais, que contribuam para o desenvolvimento do SUS e da reforma sanitária brasileira; e
 - XV. estabelecer mecanismos para a gestão da ética, com enfoque na conformidade de conduta como instrumento de sustentabilidade e melhoria da gestão pública do SUS, bem como acompanhar sua implementação no âmbito do Ministério da Saúde.

¹¹ O Projeto da chamada Lei de Responsabilidade Sanitária (LRS) esteve em consulta pública, em 2005, foi apresentado ao Conselho Nacional de Saúde e tramita no Congresso Nacional. A LRS: "*Dispõe sobre a responsabilidade sanitária, cria o Sistema Nacional de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS e dá outras providências*". Entre outras medidas propõe: a estruturação do Fundo de Saúde; apoio à manutenção do conselho de saúde; elaboração do plano de saúde; estruturação nacional, estadual e municipal do Sistema Nacional de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria do SUS; pactuação intergestores; relatórios de gestão; termo de ajustamento de conduta sanitária; e penalizações às infrações e aos crimes de responsabilidade sanitária. Disponível em <<http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Destaque106.doc>>. Acesso em 30/7/2006.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília-DF, 2 a 6 de setembro de 1996. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca**. Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: Relatório Final/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2004, 230 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde: resgate histórico do controle social no SUS**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2. ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle Social e Políticas de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 366-378, out./dez., 1992.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel. **Sistema Único de Saúde: projetando cenários**. Texto Digitado, 2003.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência na área da saúde foi capaz de propiciar uma mudança fundamental dentro do próprio setor, como também foi capaz de contaminar outros setores da atividade pública do país. Acontece que o entendimento da população sobre isso é pequeno, é mínimo.

Arlindo Fábio Gomez de Sousa.

O eixo que articulou e costurou este trabalho – a relação entre o instituinte e o instituído – encontrou repercussão nas falas dos entrevistados. A relação instituinte-instituído se manifesta como um processo, na dinâmica de construção e implementação do SUS desde seus primeiros momentos, ainda na década de 1970, passando pelos anos de 1986 a 1988 – da 8ª Conferência Nacional de Saúde à promulgação da Constituição Federal – até chegar a 2006, quando se encerra esta pesquisa.

Nesse período, a economia, a política e a organização/mobilização da sociedade marcaram a trajetória do movimento sanitário como instituinte-instituído no sistema de saúde brasileiro. Destacam-se a constituição e consolidação do movimento sanitário, ainda no período autoritário; o momento de grande mobilização pelo direito à saúde, no governo da chamada Nova República, com José Sarney; a pressão, a negociação e a conquista da Lei nº 8.142/90, no governo Fernando Collor; a extinção do Inamps e a negociação da NOB 93, no governo Itamar Franco; as resistências, pressões e negociações pelo financiamento, no governo Fernando Henrique Cardoso; e os aprofundamentos e contradições do controle social e do SUS, a partir do governo Lula.

Pode-se considerar que nessas quase quatro décadas o horizonte do movimento foi o direito à saúde, tanto no contexto político do autoritarismo quanto no da institucionalização da democracia, na busca de um sistema universal, descentralizado e participativo, demarcado na Constituição Federal/88, na lei e nas normas.

Nesse processo, o movimento soube combinar, ao mesmo tempo, a pressão, a negociação e a aprendizagem, conquistando vitórias, tendo como horizonte não só o marco legal, mas também a garantia de pleno funcionamento do Sistema Único de Saúde, dentro do pacto federativo descentralizado

e com controle democrático da população. A organização do movimento buscou integrar vários e díspares atores num objetivo comum, construído no debate plural de idéias e projetos.

A relação do movimento social com o Estado foi se estruturando na correlação de forças historicamente dada, com as mudanças do bloco no poder e nas novas configurações do movimento, em que se destaca a passagem de uma plenária de entidades para uma plenária de conselhos de saúde em 1995, ainda que não planejada como estratégia de mudança de enfoque da luta. Na verdade, a transição natural de uma plenária a outra indicou a rearticulação dos atores sociais nos mecanismos da democracia participativa e revela um pacto implícito dos instituintes-instituídos.

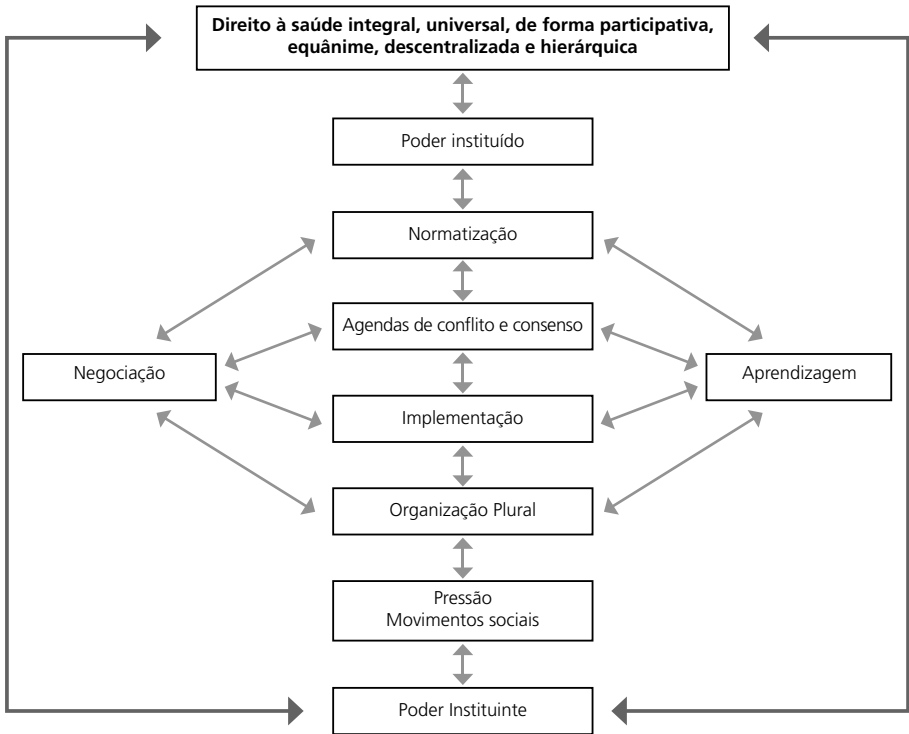
O pleno funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, de caráter deliberativo, criou um espaço de apoio institucional aos movimentos dos conselhos, de formulação e negociação de propostas de políticas de saúde e de agenda pública das questões encaminhadas pelos atores estatais.

Percalços, dificuldades, obstáculos, equívocos, desvios, reencaminhamentos e demais situações foram evidenciadas naquilo que consideramos como um processo de construção do SUS, consolidação e aprimoramento de suas instâncias de controle democrático.

Novos desafios se apresentam, e velhos desafios se reapresentam na conjuntura onde o bloco no governo é liderado pelo Partido dos Trabalhadores, desde 2003: o financiamento do SUS; a qualidade dos serviços; a força dos gestores e a burocratização; o enfrentamento do clientelismo e do corporativismo; e a partidarização dos conselhos, em contradição com a conquista da cidadania e a ética do cuidado.

Na Figura V-1, apresenta-se uma visão articulada das dimensões centrais da relação entre instituído e instituinte, que compreendem a pressão do movimento pelo direito à saúde, articulada a uma organização plural que, por sua vez, negocia e aprende na dinâmica de implementação do SUS com as agendas conflituosas e os encontros de consenso, até desaguarem em normas instituídas.

Figura V-1 – A relação instituinte-instituído



Nesse contexto de pressão/negociação/institucionalização, a pesquisa mostrou, em primeiro lugar, que as mudanças decorreram de um processo complexo de mobilização e organização e transformaram a concepção, o paradigma, as estratégias e as formas de organização e atendimento à saúde da população brasileira. Amélia Cohn (2003) fala de uma *"reconfiguração do direito à saúde"*, destacando que os movimentos sociais trazem novos sujeitos coletivos à cena. Os conflitos, segundo a autora, são postos "em nome da sociedade". O Estado e as elites deixam de ser os donos exclusivos das agendas das políticas públicas. O movimento sanitário, a Plenária Nacional de Saúde e a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde são, em realidade, sujeitos coletivos que mudam a cena política do país, não só elaborando agendas políticas, mas também participando das decisões, por meio da pressão, da negociação e da integração nos conselhos instituídos.

A pesquisa mostra que as contradições entre as propostas societárias, de direito do cidadão, são confrontadas com propostas e interesses de grupos privatistas, de *lobbies*, e de caráter eleitoral, mas a conquista da cidadania na saúde só se efetivou com a conquista da *"cidadania em geral"*, ou seja, de um Estado de direito a ter direitos, democrático, participativo.

Eliana Labra (2005) considera que os conselhos de saúde *"são espaços deliberativos integrantes da engenharia político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, constituindo uma inovação crucial para a democratização das decisões setoriais"* (p. 253).

A construção desses espaços se defrontou, como foi visto ao longo da pesquisa, com as contrapressões do neoliberalismo, a redução do Estado, o corte de recursos e a perpetuação da cultura clientelista. O espaço de participação das plenárias mostrou a possibilidade de se enfrentar o corporativismo e o autoritarismo, embora nele se mantenham ainda presentes.

Enfim, as plenárias, como os conselhos, significaram enfrentamentos e construção de consensos de pessoas atuantes no cenário democrático, possibilitadas pela confrontação de posições e viabilidades político-institucionais. A confrontação, por si mesma, define o espaço público onde o conflito se manifesta de forma comunicativa e argumentativa. As plenárias se situam como uma forma de democratização setorial, mas, também, na intimidade da relação Estado-so-

cidade, emergem como movimento instituinte-instituído e de construção concreta do pacto federativo e do pacto pelo direito à saúde e à vida.

Essa mobilização teve impacto não só na mudança da agenda pública, da cultura política e do pacto federativo, como no acesso à saúde, rompendo-se com as fragmentações existentes entre diferentes segmentos da população e os serviços oferecidos. A saúde é pública; apesar disso, existem os diferentes planos que atendem aos que têm maior poder aquisitivo, produzindo-se uma clivagem entre ricos e pobres no âmbito da saúde. O sonho do SUS ainda não acabou com essa clivagem, que é fruto da desigualdade socioeconômica do país.

A pujança do movimento, cuja marca impregnou fortemente as pessoas entrevistadas, trouxe como resultado um sistema de saúde com controle democrático, que já assentou suas raízes, mas apresenta muitas lacunas e problemas. As perspectivas de sua consolidação, os desafios e dificuldades a serem enfrentadas estão presentes em todas as falas. Existem questões de fundo relacionadas à própria concepção do sistema, sua macroestrutura e o formato que o sistema foi tomando, de certo modo não correspondente à utopia revolucionária que o plasmou. Além disso, existem gargalos de funcionamento do sistema, na linha mais operacional, que impedem a consolidação de uma identidade de eficiência, especialmente junto à sociedade. Muitas questões se mostram nas entrevistas realizadas.

As entrevistas tiveram uma temática preestabelecida, mas sua efetivação se deu numa dinâmica aberta que possibilitou a cada personagem entrevistada expressar seu ponto de vista de forma espontânea, sem um direcionamento específico. Essa inflexão metodológica trouxe uma dificuldade de unificação temática, mas propiciou a expressão mais franca dos entrevistados. O decorrer da análise possibilitou uma complementaridade de pontos de vista. As pessoas consideraram os temas e olharam o objeto da pesquisa a partir de seu lugar de fala e, principalmente, de sua inserção no movimento histórico de luta pela construção do SUS.

Essa maneira de olhar a questão, a partir da inserção no movimento, parece predominante mesmo quando as pessoas se colocam em posições de gestão do sistema de saúde. Esse olhar sofre mudanças quanto à estratégia e tática de operacionalização, diante dos constrangimentos impostos pela estrutura econômica

e política. O horizonte de garantia de direitos, no entanto, se mantém ao mesmo tempo constante como princípio, mas móvel como estratégia. As críticas têm como horizonte o direito, mas olham também o caminho tortuoso e acidentado de suas condições de efetivação. Os entrevistados manifestaram-se com um olhar crítico de seu tempo histórico, olhando o processo vinte anos depois, numa viagem histórico-crítica a um processo em que ainda se vêem presentes.

Chicão faz uma crítica à falta de crítica, pois pensa que houve uma certa “sacralização” do SUS e que o contexto subsequente impediu que o resultado fosse aquele que se esperava.

O problema fundamental foi a derrocada do movimento comunista, que tinha o Sistema Único de Saúde como a possibilidade de realização de uma reforma em tudo socialista, e a falta de uma visão de que, dentro do capitalismo, cada vez mais globalizado, a possibilidade de realizar uma certa justiça social passa por fazer escolhas e aceitar a realidade de uma sociedade de classes. [...] Então, essa sacralização do SUS dificulta até uma revisão de problemas técnicos.

Para **Anamaria Tambellini**, em certa consonância com Chicão, o processo de construção do sistema não foi suficientemente flexível para acatar as críticas e se relacionar com o todo.

É um processo que tem pouca flexibilidade para se repensar, para se refletir e muito pouca tolerância com a crítica. A crítica deveria ser bem-vinda. A bandeira do SUS não é uma bandeira dos sanitaristas. É uma bandeira muito mais ampla. Não é uma bandeira do setor saúde. Muito pelo contrário. A proposta que eu entendi é que a saúde faria parte de um universo maior de possibilidades e de responsabilidades que diziam respeito àquelas condições que produzem a doença e a saúde. Então, ela não estaria fechada na mão de um setor e, muito menos, numa parte desse setor – o que lida com a atenção médica. Essas questões eram primitivas quando se começava a discuti-las na década de 1970.

Segundo a entrevistada, existem questões de fundo colocadas na esfera do poder e sua perpetuação impede que o sistema se repense. Continua **Anamaria Tambellini**: *“a falta de visão e de generosidade para encarar os problemas de saúde, para abrir mão dos espaços de poder é um problema muito grave, sempre foi e continua sendo. Hoje, dentro do governo, nesse Estado, da maneira como ele organiza a questão da saúde, o SUS permanece intocável. A questão dos grupos de poder dentro do aparelho do Estado permaneceu intocável”*.

Conclui, dizendo que poderia haver melhores formas de se avaliar os problemas, com um sistema mais organizado e capaz de dar respostas a essas questões.

Flávio Goulart, na mesma linha de considerações críticas, constata que os desafios do SUS se referem a seu “isonomismo”, a sua não-consideração da diversidade.

Hoje, na construção do SUS, os maiores desafios que enfrentamos estão relacionados às políticas de formação de alianças, de reconstrução e de libertação de alguns dogmas. É a questão do poder deliberativo, a questão isonômica da realidade. Temos que quebrar os dogmas que criamos, que intitulei de visões “isonomistas”, à medida que tratamos o Brasil como tendo apenas uma realidade, como se todas as pessoas fossem portadoras do mesmo conhecimento, do mesmo direito, sem conseguir enxergar uma realidade mais complexa. O SUS ainda tem áreas nebulosas – a questão das referências, das emergências, da qualidade do atendimento, da humanização, da informatização, da modernização administrativa etc. – que deixam muito a desejar, com um passivo muito grande. São áreas de sombra dentro do SUS. O sol ainda não penetrou nessas áreas.

Dentre essas “*áreas nebulosas*”, onde ressaltam questões específicas na operacionalidade do sistema, muitos são os pontos enfocados nas entrevistas.

Hesio Cordeiro, por exemplo, chama a atenção para o descuido que houve na formação de pessoal e no envolvimento da educação.

Eu acho que no fundo, no fundo, a grande falha não foi do SUS, mas da Reforma Sanitária como um todo, ou uma impossibilidade talvez, de envolver mais a educação dos profissionais de saúde. Alguns se inseriram, mas sempre de forma esporádica, episódica, e não de forma orgânica como foi a própria discussão do SUS. A questão dos recursos humanos sempre ficou para depois. Sempre nos dedicamos muito mais à discussão institucional, da legislação, do arcabouço legal, organizacional e deixou-se para um segundo plano a questão da formação, da capacitação e da educação permanente dos recursos humanos da saúde. Esse é o gargalo central do SUS ainda hoje.

Nessa linha, **Hesio Cordeiro** avalia a inserção do tema nos currículos das unidades de ensino, sugerindo o aprofundamento das reformas curriculares “*não só em medicina, mas em odontologia, enfermagem, fisioterapia e todas as áreas da saúde, envolvendo os alunos com os serviços, na pesquisa e no ensino. É perfeitamente possível manter um bom nível de atividades de pesquisas e de ensino sem abandonar totalmente os serviços ou sem necessariamente se ter*

um afastamento do serviço público, que num certo momento todos somos obrigados a fazer”.

Em relação a esses aspectos, **Francisco Campos** acrescenta a necessidade de uma visão integralizadora que o profissional do sistema deve possuir.

A maior preocupação que se deve ter neste momento, como comunidade da saúde coletiva, é a renovação do profissional de saúde, para que ele possa ter uma visão geral em nosso campo. A formação de subespecialistas em epidemiologia, planejamento, ciências sociais, saúde do trabalhador etc. pode dar uma elevada contribuição ao SUS, mas certamente seguirá fazendo falta o profissional que possa transitar por todas as áreas e que tenha uma visão holística, capaz de integrar todas essas partes.

Em outra linha, **Samara** destaca as dificuldades do próprio SUS em se articular e de resolver questões básicas, afirmando que *“a questão da ciência e tecnologia é fundamental, o déficit que o país tem em relação a medicamentos, equipamentos, a regulação na área da incorporação tecnológica é uma questão na qual o país tem que ser firme para obter uma ação pública mais acessível em relação a isso”*. Nesse contexto, a intersetorialidade que marca o SUS com a idéia explícita de sistema, convidando-o a dialogar com todos os setores que compõem as variáveis de saúde, deve ser resgatada. Prossegue **Samara**:

A questão da intersetorialidade tem pautas não resolvidas, na questão do saneamento, da moradia, do emprego. A pauta específica precisa cobrar mais da questão do financiamento, da área econômica. Acho que isso vai ser uma luta eterna, mostrar que o sistema público é mais eficiente, é mais justo e, de certa forma, é mais barato mesmo. Essa luta eterna com a área econômica para garantir que o gasto público em saúde aumente e não seja reduzido, acho que vai estar por um bom tempo sendo uma bandeira que a gente não pode baixar.

A questão do financiamento, sempre presente como um nó crítico do sistema, como já foi evidenciado nos capítulos anteriores, destaca-se em sua relação estrita com a política econômica. No governo Lula, a política econômica deu continuidade àquela do governo anterior, já analisada no capítulo III: superávit primário de 4,25%; corte nos gastos públicos; compromisso com o Fundo Monetário Internacional renegociado em 2005; e controle inflacionário com metas de inflação e altas taxas de juros. Essa política baixou o índice de inflação de 13% em 2002 para 5,1% em 2005, mas o crescimento do PIB também foi infe-

rior ao de outros países emergentes no período. Houve, no entanto, um crescimento das exportações que fez baixar o dólar, mas a dívida pública se manteve ainda em torno de 60% do PIB.

Contudo, muitas das perspectivas otimistas em relação à consolidação do SUS, assinaladas nas falas dos entrevistados, repousam na possibilidade de resolução dos problemas de financiamento do setor. Assinalando que o Ministério da Saúde, no governo Lula e na gestão do ministro Humberto Costa, preocupou-se em cumprir a Emenda Constitucional nº 29/00, considerada um grande avanço para a implementação do SUS, **Antônio Alves** acrescenta:

Em 2003 e 2004 nós cumprimos a emenda e em 2005 o nosso orçamento também prevê isso. Agora, ainda não conseguimos que os estados e os municípios na sua totalidade cumpram o que está previsto na emenda constitucional – 12% da receita dos estados e 15% dos municípios. Esse é um desafio, um obstáculo que nós estamos buscando superar. O cumprimento disso é fundamental, embora o que nós estejamos cumprindo quanto à União seja o mínimo. É claro que para a dimensão e a problemática que o país apresenta em alguns momentos esse nível também não se faz suficiente, mas até para o seu crescimento é necessário que os demais entes cumpram pelo menos o mínimo, até mesmo para avaliar o que, além desse mínimo, é preciso ampliar. Nós só podemos ter essa avaliação se tivermos o cumprimento claro da emenda tanto pelos estados quanto pelos municípios.

Por seu turno, **Eri Medeiros** considera que existem problemas que dificultam a solução do financiamento da saúde. *“Na atual conjuntura estamos de novo enfrentando dificuldades grandes com o dinheiro, pois o município não está conseguindo se apropriar desse modelo, para fazer a mudança e produzir aquilo que a gente estava discutindo na década de 1990”*. Assinalando que houve avanços na instalação da rede do SUS e na contratação de grande número de trabalhadores, **Eri Medeiros** conclui que é preciso repactuar a forma de pagamento dos trabalhadores. Justifica assim sua análise:

As dificuldades de construção do SUS têm essa vertente econômica, pois, na realidade, a saúde não é uma prioridade, vamos dizer, fundamental, do governo. Por exemplo, se fosse uma prioridade, em nível de governo, o setor saúde já teria uma carreira do sistema SUS, pactuada com responsabilidade nos três níveis de governo. Para a área da receita federal tem, para a área dos tributos tem, o Estado se organiza, mas, quando é para o ideário da humanidade e defesa da vida, você não tem essa organização.

A despeito de que o equacionamento da utilização dos recursos financeiros da saúde venha sendo enfrentado, conforme lembra **Chabo**, (*“hoje, bandidos e mocinhos são muito mais cuidadosos, muito mais zelosos com o dinheiro do SUS”*), o enfrentamento da questão do financiamento se mantém. **Jandira Feghali** vincula sua análise à política macroeconômica.

As dificuldades maiores que a gente enfrenta situam-se naquela concepção de Estado mínimo que ainda não foi modificada no governo Lula. Não que seja explícito, claro, ele não está privatizando, mas a terceirização ainda é ampla e ainda não está resolvida, [...] mas acho que o nó mais grave ainda é a lógica macroeconômica, porque ela define o papel do Estado. Então, se eu pego quase 50% do orçamento da República e coloco para pagar encargos financeiros, isso aumenta os juros mantendo a dívida pública e o contingenciamento da verba de política social, eu vou atingir diretamente políticas como as de saúde e educação. Então esse nó não está resolvido e, na minha opinião, ele está aprofundado. Essa é uma grande dificuldade que a gente tem, hoje, para viabilizar de forma correta as políticas sociais, tanto que o orçamento precisa ser corrigido, vide o “jalecação”, a luta dos conselhos de saúde e de todo mundo contra os R\$ 5 bilhões que seriam confiscados do orçamento da saúde.

Jandira Feghali expressa essa necessidade de continuação da luta, mesmo no governo Lula.

Estamos lutando todo o tempo para não haver contingenciamento, estamos de novo na luta que podia estar avançando muito, e ainda continuamos com um grande componente de resistência para não deixar tirar recursos da saúde. Já ouvi o ministro da Fazenda falar em desvinculação de recursos da saúde, o que seria um retrocesso para trás do ano 2000. Então, essa é uma grande dificuldade que a gente tem enfrentado diante do governo Lula, mantendo e aprofundando essa lógica financeira e não social.

A questão do financiamento da saúde é enfocada por **Antônio Alves**, sob o prisma do investimento: *“Uma tarefa nossa do movimento sanitário, nós que defendemos a saúde pública, é sempre buscarmos trabalhar e provar, principalmente para as áreas econômicas dos governos, em todas as esferas, que recurso na saúde é investimento e não gasto”*. O entrevistado justifica:

Quando nós ampliamos saúde da família, geramos empregos. Quando levamos a saúde bucal para saúde da família e para os centros de especialidades nós estamos comprando equipamentos, exigindo que a indústria produza. Quando nós ampliamos o acesso aos medicamentos, obrigamos a indústria farmacêutica a produzir mais, o que significa mais

impostos, mais investimentos. Tudo isso movimenta um recurso financeiro que é riqueza para o país, gerando empregos, arrecadando impostos, investindo em tecnologia. Então, a área da saúde é uma área que tem um grande potencial para o crescimento do país. Se a gente levar essa discussão para a mudança de paradigma de que saúde não é gasto e sim investimento, logicamente a gente consegue ampliar a quantidade de recursos para o SUS.

Muito da questão do financiamento se reporta ao pacto federativo, consignado no SUS. **Eliane Cruz** fala sobre a descentralização e a municipalização, cuja centralidade foi objeto das disputas do pacto federativo e da dificuldade de se construir os planos municipais de saúde, pedra de toque da descentralização do SUS, confirmando as observações já captadas na pesquisa exposta no capítulo anterior.

Hoje, o desafio é conseguir retornar para a realidade local, olhar a realidade local e planejar, pois há problemas de referência e de acesso principalmente para os serviços de média e alta complexidade, e o SUS tornou todo mundo igual, mas a realidade é diversificada, são diferentes as regiões, não se pode verticalizar. [...] Os conselhos ficaram um pouco burocratizados para poder acompanhar a conjuntura do que se estabeleceu, houve uma acomodação e instala-se o programa e contrata-se tudo terceirizado, porque a rigor, quando não houver mais aquele programa, demite-se todo mundo. É preciso pensar em políticas permanentes.

Essas políticas permanentes assinaladas, segundo **Sonia Fleury**, devem estar ancoradas nos planos macro e micro do sistema de saúde. Em relação ao funcionamento das unidades de prestação de serviços, a entrevistada assinala:

Teríamos que avançar na qualificação e na melhoria da gestão das unidades. Nós avançamos enormemente na gestão do sistema. Os secretários de saúde antes não sabiam nada e hoje eles chegam, discutem, sabem como funciona o sistema. Houve uma apropriação, a criação de uma cultura de gestão do sistema, hoje há no sistema pessoas qualificadas. Mas o que eu tenho enfatizado é que gestão do sistema não garante a boa gestão das unidades, são duas coisas diferentes. E nós não investimos em nada disso. O sistema funciona uma maravilha, e o posto de saúde não funciona; não pode, tem um erro.

A relação do construído e o “em construção” está presente em todas as grandes questões, como nesse caso do problema da gestão. **Arlindo** relata um episódio para marcar seu ponto de vista sobre a desburocratização da gestão.

Certa ocasião, eu estava na sala do Hesio Cordeiro, presidente do Inamps, e ele estava assinando um papel, no meio de uma pilha. Era um formulário para que uma unidade de saúde no interior do Rio Grande do Norte pudesse mudar um formulário do Inamps. E ele me chamou a atenção: “olha aqui”. A mudança de um formulário de uma cidade do interior do Rio Grande do Norte, ou seja, de qualquer estado brasileiro passava obrigatoriamente pela autorização do presidente do Inamps, no Rio de Janeiro. Pelo amor de Deus vai dizer que não houve avanço? E não estou me referindo só à parte burocrática, estou me referindo ao prefeito que faz, organiza os recursos federais, organiza o conselho, organiza encontros, passa a ser gestor pleno e vai colocar o formulário do jeito que ele bem entender e vai responder por aquilo.

Continuando sua análise, **Arlindo** considera que o SUS “contribuiu para a cultura do servidor público no Brasil”, já que se trata do setor que fez um novo paradigma da reforma: “[...] a reforma do setor público brasileiro foi feita na área da saúde, com todas as dificuldades, com todas as mazelas, sem dúvida nenhuma. Quem é que dá o exemplo para a educação, para a assistência social, a previdência social, a segurança pública, quem é que faz isso?”.

Outro problema identificado pelos entrevistados foi a relação do sistema com a mídia. A invisibilidade do SUS, perante a opinião pública, é um entrave para a sua consolidação e melhor compreensão pelo usuário e a população em geral. **Sarah Escorel** se refere à questão, assinalando que essa falha de comunicação do SUS com a sociedade impede que esta possa abraçar a proposta e transformá-la em bandeira de luta.

Como essas idéias, essas propostas tão generosas, de uma transformação tão radical da sociedade pelo bem comum podem ser transmitidas para que a população possa abraçar isso? O SUS não é um patrimônio da população. E era para ser. Era o que a gente gostaria que fosse. A única forma que o SUS teria de sobreviver e de melhorar seria que a população o assumisse como um patrimônio seu. E não é. É visto como um lugar em que as pessoas são maltratadas, por falta de respeito, ou porque a qualidade não é boa. Não é reconhecido. O direito à saúde hoje em dia é visto pela via da judicialização na obtenção de medicamentos, para determinados tratamentos. A coisa como direito de cidadania para a população não passou.

Jandira Feghali também se refere ao problema: “*Não temos mais problema na parte ideológica, hoje nenhum partido político seria contra nós. Quebraram-se todas as resistências. O que temos é a falta de entendimento da nossa proposta pela própria mídia, nós não sabemos trabalhar bem na mídia o que representa hoje o SUS*”.

Em virtude desta situação, **Arlindo** considera que o entendimento da população é mínimo, e relata:

Numa pesquisa feita algum tempo atrás, nas primeiras três páginas as pessoas respondiam que o atendimento do setor público, do hospital público, era da melhor qualidade, com 82% de respostas positivas sobre o atendimento ambulatorial e hospitalar e, ao mesmo tempo, nas duas páginas finais respondiam que o Sistema Único de Saúde está falido, está enterrado. Uma coisa é o imaginário e a outra é o que está acontecendo.

Dentre essas “idas e vindas” da consolidação do SUS, perante a sociedade, **Noronha** agrega um fator pouco considerado no movimento pela saúde, cuja tônica foi a democratização que congregou militantes da academia, da comunidade, de gestores, de movimentos sindicais, de profissionais, propiciando consensos. No auge da Reforma Sanitária, ainda nos anos 1980,

os sindicatos dos profissionais da saúde começam a ter mais vida e conseguem também, a essa altura, estabelecer uma aliança com o movimento de renovação médica e a agenda dos médicos, que era a mesma dos sanitaristas, o que já não é verdade hoje. Hoje, a agenda dos médicos é uma e a dos sanitaristas é outra, mas naquela época, havia uma coincidência entre as agendas dos médicos, dos sanitaristas, dos enfermeiros, dos odontólogos etc. Havia uma confluência.

Sarah Escorel reforça esse ponto de vista:

Até 1979, com a “renovação médica”, os movimentos médicos eram muito amplos, pouquíssimo corporativos. Todos os lemas e as propostas estavam relacionadas às questões mais amplas, à saúde em geral da população, à luta contra a ditadura. Depois, no decorrer da década de 1980, isso muda e, no final da década, o movimento médico passa a ser mais corporativo. E aí a luta é pelos convênios, pelas tabelas, pelos salários.

De fato, a recente defesa do Ato Médico pelos conselhos de medicina, nos níveis federal e regional, corrobora a dissociação de interesses entre o movimento médico de hoje e o remanescente movimento sanitário, cujas bandeiras de luta passam pelo fortalecimento do controle social e o anticorporativismo.

Santinha situa a questão:

Eu ainda tenho uma crítica, e ela teria que ser trabalhada, é o corporativismo que existe na área dos profissionais. Alguns estão trabalhando na sua área. A minha área médica, que eu critico bastante, talvez seja ainda

mais complicada. Quando eu vejo a questão do Ato Médico, eu tenho vontade de chorar. Sou contra o Ato Médico, já discuti e fui altamente criticada pelos colegas, que não entenderam.

O fortalecimento da corporação médica, dentro do sistema de saúde, coloca um ingrediente um tanto sombrio nas perspectivas, ao se retomar a discussão do modelo em suas contradições aparentemente já superadas. A tentativa de manutenção da hegemonia médica entre as práticas sanitárias revela a vulnerabilidade do sistema de saúde à possibilidade de recriação do modelo centrado no médico e hospitalocêntrico, contrário ao modelo do SUS.

Chabo acrescenta: *“o médico deve fazer da sua prática médica um exercício de plenitude científica, mas não deve perder a perspectiva política da sociedade. Isso significa participação política, e sem isso a gente se desorganiza, se torna fraco, temos o saber, mas a organização política é fragilizada”*.

Nas questões enfocadas, observam-se alguns dos nós que indicam o sistema de saúde, dentro do processo participativo, como inconcluso e ainda em vias de ser consolidado como um patrimônio da sociedade brasileira. Suas contradições ensejam alguns cenários, que são também objeto de análise dos entrevistados.

A crise ética ocorrida no governo Lula e no Congresso Nacional, vinculada ao entrecruzamento de setores públicos e privados para financiar campanhas eleitorais com caixa dois, provocou um desgaste da imagem do bloco no poder e afetou a gestão das políticas, de modo geral. Houve, no entanto, mudanças para uma maior transferência de renda por meio do Bolsa-Família e ampliação dos direitos sociais quanto à integração racial, aos direitos humanos e também quanto ao direito das mulheres. Na área da saúde, o direito de acesso a medicamentos e à hemodiálise se ampliou e foram desenvolvidos os Programas “De volta para casa”¹, na saúde mental, e o “Brasil Sorridente”², na área da saúde bucal.

Também houve, no Ministério da Saúde, a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, ambas com o propósito de conferir empoderamento (*empowerment*)³ tanto ao controle social quanto ao próprio trabalhador da saúde.

Nessa projeção de cenários, **Jandira Feghali**, ressalta a dificuldade existente no governo Lula, em que muito da militância da saúde é de representantes de partidos que estão na base do governo. Assinala:

Eu acho que isso levou a um certo “defensismo” do movimento, uma paralisia, uma certa imobilização, porque o pessoal tem medo de desgastar o governo, porque quer dar um crédito de confiança, uma chance maior. Então, a militância do PT e dos partidos da base ficam um pouco defensivos e isso tem levado a uma dificuldade de rearticulação do movimento. Na saúde, que tem um movimento politizado, isso interfere, mas não tanto quanto no movimento sindical, no movimento sindical das centrais, esse daí mesmo quase parou. Não há dúvida de que interfere, o que acaba gerando uma certa institucionalização, muita cautela, preocupações. Isso vai levando a uma certa dificuldade, apesar de que nós fizemos a plenária, a luta pelo orçamento, mas a mobilização não está do mesmo tamanho do que era antes, porque isso interfere nas lideranças políticas dentro do movimento social que tem que ter responsabilidade política. Essa é a confusão que ainda está existindo.

Para **Nelsão**, continua o desafio de realizar o sonho do SUS, pois é preciso efetivar o modelo do SUS, baseado na integralidade, na equidade e na universalidade, o que, para ele, *“exige o entendimento de qual seja o modelo, quais as suas características baseadas nos interesses da oferta e baseadas nos interesses e nas necessidades da população”*. Segundo o entrevistado, é preciso levar em conta as contradições entre o modelo e a realidade, mas também a *“apropriação desses conceitos e desses valores e sua transformação em bandeiras políticas”*, o que ainda não foi exercitado pelos conselheiros e depende da continuidade da pressão social dos de baixo, que ainda está distante de seu ideal de transformação da sociedade,

do grau de politização, de engajamento político e de visões de interesses dos movimentos da sociedade. A politização da sociedade organizada no nosso país, que se reflete na politização dos próprios conselheiros de saúde, não atingiu ainda o grau de empolgar bandeiras de mudanças de um modelo para outro modelo. Todos desfraldam a bandeira da universalidade, da equidade e da integralidade, mas, essas sim, são bandeiras vagas. Como transformá-las e decodificá-las em bandeiras de luta do dia-a-dia?

Raquel Dodge observa um cenário favorável, cujo pano de fundo é o exercício não mais da utopia, mas da ousadia.

O SUS está avançando na perspectiva de prestar uma assistência plena e integral, e nisso não se pensava. Hoje é uma nova etapa porque é uma etapa para a ousadia. É uma etapa cujo desafio é cobrir novas áreas e prestar serviços de qualidade para a população, prestar uma assistência plena e com qualidade de atendimento que suprima filas, que atenda prontamente e supere entaves do processo, e conquista a classe média,

que forma opinião. Nesse ponto haverá uma virada. É um cenário possível [...] de política mais favorável para o florescimento de novas ousadias, de novas idéias, de novas experiências que fortaleçam o sistema e o reestruturarem em vários aspectos, no tocante ao financiamento, à definição de novos serviços e de novas políticas, à idéia de que todos são iguais e merecem ter acesso a serviços de qualidade.

Por outro lado, para **Raquel Dodge** existe também a possibilidade de um cenário desfavorável, que viria da

pressão para a desvinculação de receitas vinculadas. E não acho isso improvável, porque temos visto emendas constitucionais e atos normativos de diferentes categorias de reestruturação das verbas federais para que as verbas originalmente vinculadas à saúde e à educação sejam desvinculadas para pagamento da dívida externa, serviços da dívida e outras prioridades de governo. Os conselhos, os conselheiros e todo o sistema precisam estar vigilantes e exercer uma pressão de resistência.

Sonia Fleury considera que um cenário ideal depende de que o compromisso com o SUS se transforme num compromisso com a democracia, com o controle democrático, com o controle social participativo.

O compromisso que a gente tem com a democracia existe porque, se nós conseguimos ser uma vanguarda na democratização para ter um sistema público que garanta direitos, mas que não funciona, nós estamos contribuindo fortemente para a desmoralização da democracia e da coisa pública. E isso é culpa nossa. Então, nós temos que fazer funcionar, essa devia ser a meta do sistema como um todo. Tem que funcionar, se não funcionar, fecha; mas não deixa uma coisa fingindo que está funcionando e deixando a população sofrer, porque não tem capacidade de funcionar. Se for pra ter, que funcione bem.

A entrevistada conclui que deve haver um aprofundamento da gestão participativa, na linha de uma descentralização mais capilar. Continua **Sonia Fleury**:

E aí eu acho que tem que radicalizar um pouco a democratização nas unidades. Só a participação no sistema não dá conta. Nós não avançamos nada na democratização das unidades. Garantimos o direito, garantimos que o cidadão pode participar, mas quando ele chega no hospital ele é tratado como um não-cidadão, e onde é que ele pode reclamar? Não existem ali formas de participação, de reclamação para as garantias dos direitos na entrada do sistema e na sua utilização.

Tudo o que se viu e ouviu é uma pequena amostra do manancial inesgotável de reflexões que suscita esse debate acerca do movimento sanitário, da partici-

pação da sociedade na construção do SUS, e das próprias contradições do sistema, por onde ele caminhou, por onde ele está caminhando. Diante da dinâmica propiciada pelo movimento, recentemente, o Ministério da Saúde, o Conass e o Conasems pactuaram responsabilidades entre as três esferas de gestão do SUS, buscando articular seus princípios na diversidade operativa, considerando as diferenças regionais. O pacto se configura como um Pacto pela Saúde, composto por três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, com o objetivo de efetivar os acordos das três esferas de governo⁴. Na publicação do Pacto pela Vida (Brasil, 2006), há uma definição de seis prioridades: saúde do idoso, controle do câncer do colo de útero e da mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase à dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde e estabelecimento da atenção básica.

É possível vislumbrar que o pacto está direcionado para o enfrentamento de problemas emergentes e emergenciais, mas é insuficiente para dar resposta a todas essas questões assinaladas. Os caminhos são diversos e nem todos ainda estão sendo trilhados.

Na atual conjuntura do governo Lula, a luta por recursos para a saúde mobilizou atores de distintos lugares, como conselheiros, parlamentares, gestores, militantes que se posicionaram contra os cortes orçamentários da área econômica, evidenciando uma fratura no governo que se expressa nos conflitos entre as exigências monetaristas da área econômica para o controle da inflação e as necessidades concretas de redução das condições adversas e inadequadas de saúde, de redução das desigualdades e do acesso à saúde. São outros caminhos, mas, ainda, insuficientes.

As reflexões das pessoas entrevistadas propiciaram um aprofundamento do referencial analítico, exposto na introdução, que se refere à relação entre instituinte e instituído, numa visão dialética e histórica. Por isso, trabalhou-se a análise no sentido de mostrar a diversidade de pontos de vista sobre a temática. Essa diversidade se tornou, em realidade, um entrecruzamento de perspectivas que permitiram olhar o movimento de garantia de direitos de distintos lugares, conforme proposto na introdução: de atores provenientes de movimentos sociais, da academia, da gestão, de organizações da sociedade e de usuários do SUS.

Refletiu o mosaico que compôs o movimento sanitário e suas “adjacências”, como reflete, hoje, a pluralidade das divergências e a chegada praticamente homogênea ao consenso de defesa do SUS e do controle social, do diagnóstico de suas dificuldades e dos apontamentos para as soluções.

Em síntese, o movimento pela saúde vai tendo desdobramentos não só na garantia do Sistema Único de Saúde, mas em movimentos pelos remédios, pela saúde mental, pelo combate à aids, pela quebra de patentes das multinacionais, pela saúde do trabalhador, pela saúde materna e infantil, pela saúde indígena, tornando mais complexa a implementação do SUS. Essa complexidade se expressa, hoje, nas plenárias dos conselhos que continuam como um espaço de debate, de conflitos e também de consensos. É o desafio histórico de mudanças e continuidades que se colocou e se coloca em cada plenária e em cada espaço democrático de participação dentro do sistema. São outros caminhos.

Ou, como diz **Nelsão**: *“o movimento da reforma brasileira tem essa catimba acumulada que lhe é muito peculiar e que deveria também existir nos demais movimentos sociais, das vitórias de interesse da cidadania, dos direitos sociais da população. Parece-me que esse é mesmo o caminho”*.

Notas

¹ O programa De Volta Para Casa, criado pelo Ministério da Saúde, é um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial. O objetivo desse programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania. Os documentos que regulamentam o programa de Volta para Casa são: a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, e a Portaria GM/MS nº 2.077, de 31 de outubro de 2003.

² A Política Nacional de Saúde Bucal tem como principais linhas de ação: “*a viabilização da adição de flúor a estações de tratamento de águas de abastecimento público, a reorganização da Atenção Básica e da Atenção Especializada (através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias)*” (Brasil, 2004). A Política de Saúde Bucal é conhecida como Brasil Sorridente. Este programa foi lançado em 17 de março de 2004. Até o seu lançamento, “*apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos feito no SUS correspondiam a tratamentos especializados. A quase totalidade era de procedimentos mais simples, como extração dentária, restauração, pequenas cirurgias, aplicação de flúor*”. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/brasil_sorridente.php>. Acesso em 25/7/2006.

³ *Empowerment* – ou empoderamento – é um conceito que significa o processo de fortalecimento dos dominados e oprimidos na relação de forças com o poder dominante, pelo aumento e articulação do poder do dominado, pela pressão sobre o adversário (capital mobilizador), pela compreensão crítica da conjuntura (capital analítico), pelo exercício de direitos e construção de estratégias de poder político (capital político), pela conquista e usos de recursos econômicos (capital econômico), pelas re-significações da história individual e coletiva (capital cultural), pela rede de contatos e reconhecimentos (capital social), pela construção/desconstrução de símbolos e imaginário (capital simbólico), na dialética de transformação das relações de opressão/emancipação (Faleiros, 2001).

⁴ O pacto foi estabelecido pela Portaria GM/MS nº 399/2006, para maior detalhamento ver: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em 20/7/2006.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

COHN, Amélia. Estado e sociedade e as reconfigurações, o direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 9-18, 2003.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em serviço social**. São Paulo: Cortez, 2001.

LABRA, Maria Eliana. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios In: LIMA, Nísia et al (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

Anexo 1 – Fichas Documentais

FICHA DOCUMENTAL Nº. 01

CONGRESSO/ENCONTRO E PLENÁRIAS DOS CONSELHOS

I. IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO

Título do Documento: _____

Órgão Emissor: _____ Data da Emissão : _____

II. PARTICIPANTES POR UNIDADE FEDERADA

- Nacionais N° _____
- Estaduais N° _____
- Municipais: N° _____
- Outros N°. _____

III. SÍNTESE DO DOCUMENTO (Principais Linhas/Temas Abordados no Documento)

TEMAS GERAIS REFERENTES AOS CONSELHOS EM GERAL

- Papel e Atuação
- Normatização
- Implementação
- Organização e Funcionamento
- Articulação entre Conselhos
- Formação e Capacitação de Conselheiros
- Sistemas de Informação e Comunicação dos/entre Conselhos e entre Conselhos e Sociedade
- Orçamento
- PEC nº 169/EC nº 29/00
- Controle Social
- Problemas/Dificuldades
- Denúncias
- Reivindicações
- Propostas
- Resultados

RELATOS DAS PLENÁRIAS ESTADUAIS

- Temas abordados
- Participantes
- Denúncias
- Reivindicações
- Propostas
- Resultados

DECLARAÇÃO POLÍTICA FINAL

- Contra a Privatização
- Defesa do SUS

- PEC 169/EC 29
- Direitos
- Orçamento
- Municipalização

IV. SÍNTESE DO DOCUMENTO QUANTO AOS CONTEÚDOS REFERENTES A PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

V. TRECHO DO DOCUMENTO SIGNIFICATIVO (Transcrever na Íntegra)

Data de Preenchimento: ____/____/____.
Preenchido por (assinar legível)

FICHA DOCUMENTAL Nº. 02
SISTEMATIZAÇÃO DA LEGISLAÇÃO FEDERAL
REFERENTE A PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

I. IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO

TIPO	Nº:	DATA
• Lei _____		____/____/____
• Decreto _____		____/____/____
• Portaria _____		____/____/____
• Resolução _____		____/____/____
• Outro _____	Discriminar o tipo: _____	

Órgão Emissor: _____

II. EMENTA:

III. PRINCIPAIS ASSUNTOS ABORDADOS NO TEXTO LEGAL:

IV. DISPOSITIVOS SOBRE PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Art. _____ Discriminação de Conteúdo:

Art. _____ Discriminação de Conteúdo:

Art. _____ Discriminação de Conteúdo:

Data de Preenchimento: ____/____/____.
 Preenchido por (assinar legível)

Anexo 2 – Roteiro básico de entrevista

Roteiro de Entrevista

1. Identificação da pessoa entrevistada:

Nome: _____ Ano de Nascimento: _____

Escolaridade: _____ Formação: _____

Profissão/Ocupação Atual: _____

Local de Moradia Principal: _____

Autoriza a citação de seu nome no seu depoimento: sim não

2. Especifique sua atuação/inserção pessoal no movimento pela saúde nos seguintes momentos:

- 1987-1990 (lugar de inserção);
- 1990-1995 (lugar de inserção);
- 1996-2002 (lugar de inserção);
- 2003 em diante (lugar de inserção).

3. Contextualize o movimento pela saúde, situando-o em cada momento conjuntural e considerando as forças políticas e econômicas, as possibilidades e limites do movimento e o seu eixo central.

4. Caracterize a organização e a participação dos vários sujeitos individuais e coletivos (identificando-os) no movimento, em cada período. Assinale as forças aliadas e as de apoio.

5. Caracterize a atuação do Estado e do setor privado diante do movimento, em cada período.

6. Remarque as principais dificuldades, enfrentamentos e desafios para o movimento, em cada período. Assinale os principais resultados obtidos em relação aos interesses, necessidades e direitos da população.

7. Aponte as perspectivas para o movimento pela saúde na conjuntura do atual governo.

8. Que balanço geral faz do movimento e de sua experiência vivida no mesmo?

Observações adicionais, caso queira.

Data: / / Entrevistadora/or

Anexo 3 – Questionário da XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde

Prezada Conselheira e Prezado Conselheiro,

Este questionário faz parte de uma coleta de dados sobre a trajetória das Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, sob o ângulo da participação social. Nesse sentido, solicitamos sua colaboração para responder às questões e informamos que será mantido o sigilo sobre as informações pessoais.

IDENTIFICAÇÃO

Inscrição nº.: _____ Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____

Escolaridade: _____

Município: _____ UF: _____

Categoria:

Usuário ()

Gestor ()

Prestador de Serviços ()

Trabalhador de Saúde ()

Qual o balanço que você faz do controle social desde a última plenária (2002)?

Anexo 4 – Relação dos Ministros de Estado da Saúde (1985 - 2006)

Ministro de Estado da Saúde	Período
Carlos Correa de Menezes Sant'anna	15.03.1985 a 13.02.1986
Roberto Figueira Santos	14.02.1986 a 22.10.1987
Luiz Carlos Borges da Silveira	23.10.1987 a 16.01.1989
Seigo Tsuzuki	17.01.1989 a 14.03.1990
Alceni Ângelo Guerra	15.03.1990 a 23.01.1992
José Goldemberg	24.01.1992 a 12.02.1992
Adib Domingos Jatene	13.02.1992 a 01.10.1992
Jamil Haddad	08.10.1992 a 18.08.1993
Saulo Pinto Moreira	19.08.1993 a 29.08.1993
Henrique Antônio Santillo	30.08.1993 a 31.12.1994
Adib Domingos Jatene	01.01.1995 a 06.11.1996
José Carlos Seixas	07.11.1996 a 12.12.1996
Carlos César de Albuquerque	13.12.1996 a 30.03.1998
José Serra	31.03.1998 a 20.02.2002
Barjas Negri	21.02.2002 a 31.12.2002
Humberto Sérgio Costa Lima	01.01.2003 a 10.07.2005
José Saraiva Felipe	11.07.2005 a 31.03.2006
José Agenor Álvares da Silva	31.03.2006

Fonte: Biblioteca do Ministério da Saúde

Anexo 5 – Legislação citada *

1937

Lei Federal nº 378/37: editada em 13 de janeiro de 1937, dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública.

1974

Lei Federal nº 6.151/74: editada em 4 de dezembro de 1974, dispõe sobre o Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), para o período de 1975 a 1979.

1975

Lei Federal nº 6.229/75: editada em 17 de julho de 1975, dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde (Diário Oficial da União, de 18 de julho de 1975). Essa lei foi revogada pela Lei nº 8.080/90.

1979

Lei Federal nº 6.683/79: editada em 28 de agosto de 1979, concede anistia e dá outras providências. Lei da Anistia (Diário Oficial da União, de 28 de agosto de 1979).

1981

Decreto nº 86.329/81: legislação de 2 de setembro de 1981, criou no Ministério da Previdência e Assistência Social, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – Conasp.

1983

PEC nº 05/83: Proposta de Emenda Constitucional de 2 de março de 1983, também conhecida como proposta Dante de Oliveira, propunha eleição direta para Presidência da República. Proposta rejeitada em 26 de abril de 1984.

1984

Resolução Ciplan nº 06/84: resolução da Comissão Interministerial de Planejamento de 3 de maio de 1984, aprova as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o documento Normas Gerais Aplicáveis às AIS.

1985

Decreto nº 91.466/85: legislação de 23 de julho de 1985, convoca a 8ª Conferência Nacional de Saúde, e dá outras providências.

1986

Portaria Interministerial MEC/MS/MAPS nº 02/1986: editada em 20 de agosto de 1986, resolve constituir a Comissão Nacional da Reforma Sanitária.

* Constam nesta lista, em ordem cronológica, apenas a legislação e os documentos normativos citados pelos autores, sem pretensão de abranger toda a estrutura legal referente ao SUS.

1987

Decreto nº 94.657/87: legislação de 20 de julho de 1987, cria o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde nos Estados – Suds, e dá outras providências.

1988

Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

1990

Lei Federal nº 8.031/90: legislação de 12 de abril de 1990, cria o Programa Nacional de Desestatização, e dá outras providências (Diário Oficial da União de 18 de abril de 1990).

Decreto nº 99.438/90: legislação de 7 de agosto de 1990, dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências (Diário Oficial da União, de 08 de agosto de 1990).

LOS (Lei Orgânica da Saúde), compreendida por duas leis federais: a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990:

Lei Federal nº 8.080/90: dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências (Diário Oficial da União, de 20 de setembro de 1990, seção I).

Lei Federal nº 8.142/90: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências (Diário Oficial da União, de 31 de dezembro de 1990, seção I).

1991

Resolução Inamps nº 258/91: editada em 7 de Janeiro de 1991, aprova a Norma Operacional Básica/SUS nº01/91, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991.

Lei Federal nº 8.212/91: editada em 24 de julho de 1991, dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências (Diário Oficial da União de 25 de julho de 1991).

Lei Federal nº 8.213/91: editada em 24 de julho de 1991, dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social, e dá outras providências (Diário Oficial da União nº155, de 14 de agosto de 1991, seção I).

1992

Resolução CNS nº 33/92: resolução do Conselho Nacional de Saúde de 23 de dezembro de 1992, aprova o documento "Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde", na forma anexa.

1993

Portaria Interministerial MT/MS/MPAS nº 01/93: Portaria dos Ministros de Estado do Trabalho, da Saúde e da Previdência e Assistência Social, de 20 de abril de 1993, institui Comissão Interministerial de Saúde do Trabalhador, com o objetivo de compatibilizar e implementar ações sistêmicas de atenção à saúde do trabalhador.

Lei Complementar nº 75/93: editada em 20 de maio de 1993, dispõe sobre a organização, as atribuições e o estatuto do Ministério Público da União.

Portaria MS nº 545/93: editada em 20 de maio de 1993, estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93.

Lei Complementar nº 77/93: editada em 13 de julho de 1993, Institui o Imposto Provisório sobre a Movimentação ou a Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira – IPMF, e dá outras providências.

Lei Federal nº 8.689/93: editada em 27 de julho de 1993, dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps, e dá outras providências (Diário Oficial da União de 28 de julho de 1993).

PEC nº 169/93: Proposta de Emenda à Constituição de 10 de setembro de 1993, altera o inciso IV do artigo 167 e o artigo 198 da Constituição Federal e prevê recursos orçamentários a nível da União, estados e Municípios para a manutenção do Sistema Único de Saúde com o financiamento das redes pública, filantrópicas e conveniadas.

1994

Emenda Constitucional de Revisão nº 01/94: editada em 1º de março de 1994, acrescenta os arts. 71, 72 e 73 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Lei Federal nº 8.880/94: editada em 20 de maio de 1994, dispõe sobre o Programa de Estabilização Econômica e o Sistema Monetário Nacional, institui a Unidade Real de Valor – URV, e dá outras providências.

1995

Lei Federal nº 8.987/95: editada em 13 de fevereiro de 1995, dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previsto no art. 175 da Constituição Federal, e dá outras providências.

PEC nº 32/95: Proposta de Emenda à Constituição de 28 de março de 1995, modifica a redação do artigo 196 da Constituição Federal, visando substituir a idéia da universalização e gratuidade da prestação de serviços de saúde, como direito do cidadão e dever do Estado, por outro regime a ser estabelecido em lei, alterando a nova Constituição Federal.

PEC nº 33/95: Proposta de Emenda à Constituição de 28 de março de 1995, modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição, e dá outras providências.

Medida Provisória (MPV) nº 1.179/95: legislação de 3 de dezembro de 1995, dispõe sobre medidas de fortalecimento do Sistema Financeiro Nacional, e dá outras providências.

1996

Portaria GM/MS nº 2.203/96: editada em 06 de novembro de 1996, aprova nos termos do texto a esta portaria, a NOB SUS 01/96, a qual redefine o Modelo de Gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema (alterada pelas Portarias GM/MS nº 1.882/97; nº 385/2003; nº 2.023/2004).

1997

Portaria GM/MS nº 1.882/97: editada em 18 de dezembro de 1997, estabelece o Piso da Atenção Básica – PAB e sua composição.

Portaria GM/MS nº 1.886/97: editada em 18 de dezembro de 1999, aprova as Normas e Diretrizes do Programa Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família.

1999

Lei Federal nº 9.787/99: editada em 10 de fevereiro de 1999, altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências (Diário Oficial da União de 11 de fevereiro de 1999).

Lei Federal nº 9.790/99: editada em 23 de março de 1999, dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências (Diário Oficial da União de 24 de março de 1999).

Portaria Interministerial nº 529/99: assinada pelo ministro da Saúde e pelo procurador-geral da República, editada em 30 de abril de 1999, designa equipe para desenvolver, no prazo de dezoito meses, projeto para implantação de um sistema de informações sobre orçamentos públicos para saúde – Siops, abrangendo União, estados e municípios, incluindo o estudo de normas para a elaboração orçamentária do setor saúde dentro das contas públicas.

2000

Emenda Constitucional nº 29/00 (EC nº 29/00): Emenda Constitucional de 13 de setembro de 2000, altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

2001

Portaria GM/MS nº 95/2001: editada em 26 de janeiro de 2001, aprova, na forma do anexo dessa portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – Noas-SUS 01/2001, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde; e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Lei Federal nº 10.219/2001: editada em 11 de abril de 2001, cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à educação – "Bolsa Escola", e dá outras providências (Diário Oficial da União de 12 de abril de 2001).

Portaria GM/MS nº 544/2001: editada em 11 de abril de 2001, aprova as recomendações para orientar os Convênios de Investimentos ao Processo de Regionalização da Assistência à Saúde.

Medida Provisória nº 2.203/2001: editada em 8 de agosto de 2001, institui o programa Bolsa-Renda para atendimento à população atingida pelos efeitos da estiagem, incluída nos municípios localizados na Região do Semi-Árido, e dá outras providências; revogada e reeditada pela Medida Provisória nº 3.213-1, de 30 de agosto de 2001.

Medida Provisória nº 2.206-1/2001: editada em 6 de setembro de 2001, cria o Programa Nacional de Renda Mínima vinculada à saúde: "Bolsa-Alimentação", e dá outras providências (Diário Oficial da União de 10 de setembro de 2001).

Portaria MPAS/SEAS n° 878/2001: editada em 3 de dezembro de 2001, estabelece diretrizes e normas do Programa Sentinela, e dá outras providências (república, no DOU de 4/4/2002, por ter saído com incorreções do original, no Diário Oficial da União de 19/12/2001, seção I, página 91).

Portaria MPAS/SEAS n° 879/2001: editada em 3 de dezembro de 2001, estabelece Normas e Diretrizes do Projeto Agente Jovem de Desenvolvimento Social e Humano e do Projeto Centro da Juventude (república, no Diário Oficial da União de 4/4/2002, por ter saído com incorreções do original, no Diário Oficial da União de 19/12/2001, seção I, p. 91).

2002

Projeto de Lei do Senado Federal n°25/2002: de 27 de fevereiro de 2002, define o ato médico, e dá outras providências.

Portaria GM/MS n° 373/2002: editada em 27 de fevereiro de 2002, aprova, na forma do anexo dessa portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – Noas-SUS 01/2002, que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde; e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios, cessa os efeitos da Portaria GM/MS n° 95, de 26 de janeiro de 2001.

Resolução CNS n° 319/2002: resolução do Conselho Nacional de Saúde de 7 de novembro de 2002, aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Revoga a Resolução CNS n° 33 de 23 de dezembro de 1992.

2003

PLP n° 01/2003: Projeto de Lei Complementar de 18 de fevereiro de 2003, de autoria do deputado federal Roberto Gouveia, regulamenta o § 3° do artigo 198 da Constituição Federal.

Portaria GM/MS n° 385/2003: editada em 4 de abril de 2003, altera o Capítulo V – Regulamentação Complementar, da Noas-SUS 01/2002, aprovada por meio da Portaria/GM/MS n° 373, de 27 de fevereiro de 2002, no que se refere à Instrução Normativa – IN 01/2002, que passa a vigorar com a redação constante no anexo dessa portaria.

Resolução CNS n° 322/2003: resolução do Conselho Nacional de Saúde de 08 de maio de 2003, resolve, aprovar as diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional n° 29, de 13 de setembro de 2000.

Decreto n° 4.726/2003: editado em 9 de junho de 2003, aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências.

Lei n° 10.708/2003: legislação de 31 de julho de 2003, institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

Portaria GM/MS n° 2.077/2003: editada em 31 de outubro de 2003, dispõe sobre a regulamentação da Lei n°10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8°.

Resolução CNS n° 333/2003: resolução do Conselho Nacional de Saúde de 4 de novembro de 2003, aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Revoga a Resolução CNS n° 319 de 7 de novembro de 2002 (Diário Oficial da União de 4/12/2003, seção I, p. 57).

2004

Resolução Conselho das Cidades nº 20/2004: resolução do Conselho das Cidades/Ministério das Cidades de 3 de setembro de 2004, recomenda ao Ministério das Cidades que: I – faça gestões no sentido de adiar a tramitação do PLP 01/2003 e que seja reaberta a discussão no Congresso Nacional com os setores interessados; II – viabilize uma discussão conjunta envolvendo o Comitê Técnico de Saneamento Ambiental, do Conselho das Cidades e a Cisama/MS – Comissão Intersectorial de Saneamento e Meio Ambiente, do Conselho Nacional de Saúde – para que sejam avaliados os impactos da lei complementar na saúde e saneamento e que as duas comissões possam subsidiar os relatores do PLP 01/2003, na Câmara dos Deputados e no Senado Federal.

Portaria GM/MS nº 2.023/2004: editada em 23 de setembro de 2004, define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências.

2006

Portaria GM/MS nº 399/2006: editada em 22 de fevereiro de 2006, divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.

Portaria GM/MS nº 648/2006: editada em 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).

Decreto nº 5.841/2006: editado em 13 de julho de 2006, aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências (publicado no Diário Oficial da União de 14/07/2006), seção I, p.7).

LISTA DE SIGLAS

- 8º CNS** – 8ª Conferência Nacional de Saúde
9º CNS – 9ª Conferência Nacional de Saúde
Aben – Associação Brasileira de Enfermagem
ABI – Associação Brasileira de Imprensa
Abifarma – Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica
Abramge – Associação Brasileira de Medicina de Grupo
Abrasco – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AC – Estado do Acre
ACS – Agente Comunitário de Saúde
Adin – Ação Direta de Inconstitucionalidade
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AIS – Ações Integradas de Saúde
AL – Estado do Alagoas
AM – Estado do Amazonas
AMB – Associação Médica Brasileira
Anatel – Agência Nacional de Telecomunicações
Andes – Associação Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior
Anpasa – Associação Nacional do Ministério Público Federal em Defesa da Saúde
AP – Estado do Amapá
Apae – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
Arena – Aliança Renovadora Nacional
Assedisa – Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde
BA – Estado da Bahia
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
Bird – Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (Banco Mundial)
BTN – Bônus do Tesouro Nacional
CCN – Centro de Cultura Negra
CE – Estado do Ceará
Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Cebs – Comunidades Eclesiais de Base
Cecria – Centro de Referências, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes
Cedi – Centro de Documentação e Informação
Celeg – Coordenação de Estudos Legislativos
Ceme – Central de Medicamentos
CES – Conselho Estadual de Saúde
CF – Constituição Federal
CFM – Conselho Federal de Medicina
CGT – Confederação Geral dos Trabalhadores
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
Ciefas – Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde
Cims – Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
Ciplan – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIS – Comissão Interinstitucional de Saúde
Cisama – Comissão Intersetorial de Saneamento e Meio Ambiente do Conselho Nacional de Saúde
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNI – Confederação Nacional da Indústria
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

- CNRS** – Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CNTSS – Confederação Nacional dos Trabalhadores da Seguridade Social
Cofin – Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Nacional de Saúde
Cofins – Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
Conaben – Conselho Nacional da Associação Brasileira de Enfermagem
Conan – Conselho Nacional de Auto-Regulamentação e Normalização Voluntária
Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conasp – Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária
Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Contag – Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
Copag – Comissão de Elaboração do Plano de Ação do Governo Tancredo Neves
Cosems – Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito
CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
Cris – Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
CUT – Central Única dos Trabalhadores
Datasus – Departamento de Informática do SUS
DF – Distrito Federal
Dieese – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos
Diesat – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho
Disoc – Diretoria de Estudos Sociais
DNERu – Departamento Nacional de Endemias Rurais
DOU – Diário Oficial da União
DPS – Departamento de Promoção da Saúde
Ebape – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas
EC – Emenda Constitucional
Ensp – Escola Nacional de Saúde Pública
EUA – Estados Unidos da América
Famerj – Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro
FBH – Federação Brasileira de Hospitais
Febraban – Federação Brasileira de Bancos
Fenaj – Federação Nacional dos Jornalistas
Fepac – Federação Paraibana de Associação Comunitária
FGV – Fundação Getúlio Vargas
FHC – Fernando Henrique Cardoso
Finsocial – Fundo de Investimento Social
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz
Fipe – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas
FMI – Fundo Monetário Internacional
FNAS – Fundo Nacional de Assistência Social
FNM – Federação Nacional dos Médicos
FNS – Fundo Nacional de Saúde
Funasa – Fundação Nacional de Saúde
GEL – Grupo Executivo Local
GM – Gabinete do Ministro
Iapas – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
Ibam – Instituto Brasileiro de Administração Municipal
Ibase – Instituto Brasileiro de Análise Sociais e Econômicas
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMS – Instituto de Medicina Social
IN – Instrução Normativa
Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Inca – Instituto Nacional de Câncer
Indes – Instituto Interamericano para o Desenvolvimento Social
Inesc – Instituto de Estudos Socioeconômicos
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPMF – Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira
IPTU – Imposto Predial e Territorial Urbano
IUPERJ – Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro
LBA – Legião Brasileira de Assistência
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LRS – Lei de Responsabilidade Sanitária
MA – Estado do Maranhão
Mare – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MDB – Movimento Democrático Brasileiro
MEC – Ministério da Educação
MG – Estado de Minas Gerais
Mops – Movimento Popular de Saúde
MP – Ministério Público
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MPF – Ministério Público Federal
MPV – Medida Provisória
MS – Estado do Mato Grosso do Sul
MS – Ministério da Saúde
MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
MT – Estado do Mato Grosso
MT – Ministério do Trabalho
MUS – Ministério Único da Saúde
Nesc – Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva
Nescon – Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Nutrição
Noas – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não-Governamental
Opas – Organização Pan-Americana da Saúde
Oscip – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
Otan – Organização do Tratado do Atlântico Norte
PA – Estado do Pará
PAB – Piso de Atenção Básica
Pacs – Programa Agentes Comunitários de Saúde
PB – Estado da Paraíba
PC Farias – Paulo César Farias
PCB – Partido Comunista Brasileiro
PCCS – Plano de Carreiras, Cargos e Salários
PCdoB – Partido Comunista do Brasil
PDR – Plano Diretor de Regionalização

PDRE – Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PDS – Partido Democrático Social
PE – Estado do Pernambuco
PEC – Proposta de Emenda à Constituição
Peep – Programa de Estudos sobre a Esfera Pública
PFDC – Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão
PFL – Partido da Frente Liberal
PhD – Philosophical Doctor
PI – Estado do Piauí
Piass – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB – Produto Interno Bruto
PLP – Projeto de Lei Complementar
PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PND – Programa Nacional de Desestatização
Pnud – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POI – Programação e Orçamento Integrada
Pops – Pesquisa sobre o Orçamento Público em Saúde
PPI – Programação Pactuada Integrada
PPS – Partido Popular Socialista
PR – Estado do Paraná
 Prev-Saúde – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
Proer – Programa de Estímulo à Reestruturação
PSB – Partido Socialista Brasileiro
PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira
PSF – Programa de Saúde da Família
PT – Partido dos Trabalhadores
ReforSus – Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
RJ – Estado do Rio de Janeiro
RS – Estado do Rio Grande do Sul
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde (até 2003, SAS – Secretaria de Assistência à Saúde)
SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
Sedop – Seção de Documentação Parlamentar
Segep – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Seplan – Secretaria de Planejamento
SES – Secretaria Estadual de Saúde
Sesp – Serviço Especial de Saúde Pública
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Sindsaúde – Sindicato dos Trabalhadores Públicos da Saúde
Sinmed – Sindicato dos Médicos
Sinpas – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
Siops – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIS – Sistema de Informações em Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNAS – Secretaria Nacional de Assistência Social
SP – Estado de São Paulo
STF – Supremo Tribunal Federal
Sucam – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
Suds – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCU** – Tribunal de Contas da União
- UCA** – Unidade de Cobertura Ambulatorial
- UCB** – Universidade Católica de Brasília
- UEL** – Universidade Estadual de Londrina
- UEPB** – Universidade Estadual da Paraíba
- Uerj** – Universidade Estadual do Rio de Janeiro
- UF** – Unidade Federativa
- UFF** – Universidade Federal Fluminense
- UFMG** – Universidade Federal de Minas Gerais
- UFMS** – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
- UFPB** – Universidade Federal da Paraíba
- UFPE** – Universidade Federal de Pernambuco
- UFRJ** – Universidade Federal do Rio de Janeiro
- UnB** – Universidade de Brasília
- Unesp** – Universidade Estadual de São Paulo
- Unicamp** – Universidade Estadual de Campinas
- Unicef** – Fundo das Nações Unidas para a Infância
- Unifenas** – Universidade José do Rosário Vellano
- Unifesp** – Universidade Federal de São Paulo
- Unisinos** – Universidade Vale do Rio dos Sinos
- URSS** – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
- URV** – Unidade Real de Valor
- Usaid** – United States Agency for International Development (Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional)
- USP** – Universidade de São Paulo

CRÉDITOS DA PRODUÇÃO
E IMPRESSÃO DO LIVRO

Ministério
da Saúde



**ABRASCO**