**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

Interfaces entre saúde e democracia no contexto contemporâneo: dilemas entre o sucesso e a crise

Rodrigo Meirelles

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Política, gestão e saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Áurea Maria Zöllner Ianni

SÃO PAULO

2021

Interfaces entre saúde e democracia no contexto contemporâneo: dilemas entre o sucesso e a crise

Rodrigo Meirelles

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Política, gestão e saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Áurea Maria Zöllner Ianni

VERSÃO ORIGINAL

SÃO PAULO

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Àqueles que lutam pela sobrevivência em um contexto tão adverso à vida

AGRADECIMENTOS

Certa vez, em um daqueles momentos em que a vida exige determinadas escolhas e o coração inquieta-se e angustia-se, ouvi algo mais ou menos assim: “idealizamos construir grandes e belos castelos com os nossos desejos e aspirações, mas nenhum castelo é grande ou bonito o suficiente sem uma base que o sustente. Dê sustentação aos seus projetos, Rodrigo”. Desde então, utilizo essa analogia como um mantra e, mesmo nas mais singelas escolhas, ele está presente. Obrigado por esses e outros momentos, Aurea. São muitas as palavras que expressam a minha gratidão por esses sete anos que temos trabalhado juntos, muito obrigado por fazer parte das minhas bases.

Aos meus pais e irmão, Fábio, Salete e Felipe, obrigado por todo apoio, carinho e amor que vocês me dão desde o primeiro suspiro. Tudo parece ficar mais fácil com vocês ao meu lado. Quando terminei a escrita, vocês não pouparam energias em demonstrar o orgulho que vocês sentiram, saibam que este trabalho é fruto de tudo aquilo que vocês puderam me proporcionar.

Ao meu companheiro Felipe, por marcar presença em todos os momentos da minha vida nos últimos anos e não largar minhas mãos nas aflições e conquistas. Contigo, pude compartilhar toda a minha trajetória até aqui. Você foi o primeiro a ler as páginas que seguem, obrigado por todas as considerações feitas, elas garantiram um lugar ímpar nas ideias percorridas.

Aos meus amigos de trabalho, Jefferson, Rosangela, Patrícia, Emerson, Amanda, Eduardo, Kátia, Allan, Marcos e, em especial, Victor, obrigado por fazerem parte dessa caminhada. Sem a preocupação e a ajuda de vocês em garantir que eu conseguisse tempo para desenvolver a escrita, em um contexto de pandemia e estando na linha de frente junto com as equipes dos serviços de saúde, este trabalho não teria sido possível na totalidade de sua consecução.

Aos gestores de saúde entrevistados, agradeço a disponibilidade em me receber. A eles devo a realização deste trabalho.

Nenhuma sociedade que esquece a arte de questionar pode esperar encontrar respostas para os problemas que a afligem.

Zygmunt Bauman

MEIRELLES, Rodrigo. **Interfaces entre saúde e democracia no contexto contemporâneo: dilemas entre o sucesso e a crise**. 184 p. Dissertação - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

RESUMO

Este trabalho analisa, articuladamente, dois elementos subjacentes à questão democrática na saúde, o acesso universal e a participação social na saúde, com experiências de gestores municipais de saúde em 2019 e inícios de 2020. A tese central é a de que há uma crise no binômio saúde-democracia expressas nas questões do acesso aos serviços e da participação social na saúde e que tem, em seus aspectos originários e de expressão, as estratégias vitoriosas de implementação do projeto reformador na saúde pelo movimento sanitário ao final do século XX. Realizou-se uma pesquisa empírica, por meio de entrevistas semiestruturadas com cinco gestores locais da região do Grande ABC paulista. A análise desse material permitiu identificar que a universalização do acesso tem se materializado nos municípios em estudo pelo aumento substancial do consumo individual dos serviços médico-assistenciais e a radicalização de sua expansão culmina em um amplo processo de medicalização da sociedade. No caso da participação social na saúde, identificou-se que, no âmbito dos Conselhos de Saúde, desenvolve-se um exercício participativo pobre em inovação social e esvaziado politicamente, o que revela as características históricas da primazia do Estado na formulação da política de saúde, bem como expressa as marcas do gerencialismo e da lógica do mercado características das sociedades capitalistas contemporâneas. Identificou-se, entretanto, que concomitantemente a esse processo, os municípios experienciam a emergência de novas formas de participação social por meio das tecnologias de informação e de comunicação, com publicações e manifestações dos indivíduos nas redes sociais. O conteúdo das publicações é imprevisível para a gestão pública e seus efeitos são impostos de maneira imediata na realidade virtual assim que as postagens são realizadas, ultrapassando os limites do espaço e do tempo das atividades governamentais clássicas.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Participação Social; Democracia;

MEIRELLES, Rodrigo. **Interfaces between health and democracy in the contemporary context: dilemmas between success and crisis**. 184 p. Dissertation - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. Portuguese.

ABSTRACT

This work articulates the analysis of two elements of the relation between health and democracy, which are the universal access and the social participation in health, with experiences of municipal health managers in 2019 and 2020. The central thesis adopted is that there is a crisis in the health-democracy binomial expressed in the issues of access and participation and which has, as one of its points of origin and expression, the successful strategies for implementing the health reform project by the sanitary movement at the end of the 20th century. The work is based on empirical research realized by semi-structured interviews with five local health managers in the ABC region of São Paulo. From the interviews, it was identified that the universalization of access has materialized in the municipalities due to the substantial increase in individual consumption of medical care services, in its most positive sense, and the radicalization of its expansion culminates in a broad process of medicalization of society. In the case of social participation in health, it was identified that, within the scope of the Health Councils, a participatory exercise is poor in social innovation and politically emptied, which highlights the historical characteristics of the primacy of the State in the formulation of health policy, while expressing the marks of managerialism and market logic that are characteristic of contemporary capitalist societies. Concomitantly, the municipalities have experienced an emergence of new forms of social participation through information and communication Technologies by publications and expressions of individuals on social networks. The content of the publications is unpredictable for public management, exceeding the limits of space and time of classic government activities.

Key words: Access to Health Services; Social Participation; Democracy

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
PRIMEIRA PARTE: O ACESSO COMO REALIZAÇÃO DA QUESTÃO DEMOCRÁTICA NA SAÚDE.....	40
Capítulo 1. “Saúde é democracia, democracia é saúde”: abordagens teóricas iniciais	48
Capítulo 2. O consumo da assistência médica como principal expressão de um SUS universal.	63
Capítulo 3. A realização do acesso universal nas realidades municipais: as questões da média e alta complexidade	82
Capítulo 4. A realização do acesso universal: as questões da atenção primária à saúde	97
SEGUNDA PARTE: A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE E A QUESTÃO DEMOCRÁTICA EM TRANSFORMAÇÃO.....	128
Capítulo 5. A participação social em análise: primeiras aproximações teóricas	131
Capítulo 6. A trajetória das forças populares na saúde em diálogo a subpolítica	150
Capítulo 7. A ambivalência na participação social na saúde: a questão dos conselhos.	161
Capítulo 8. A ambivalência na participação social na saúde: a emergência de um novo exercício participativo	175
CONSIDERAÇÕES FINAIS	195
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	202

INTRODUÇÃO

A questão democrática na saúde é um tema central para a saúde pública brasileira há, ao menos, três décadas, quando foi estabelecida em torno de dois aspectos, diferentes porém complementares: 1) como reivindicação política do movimento sanitário, pelo reconhecimento da saúde como um direito social universal a todos os cidadãos brasileiros, consistindo em sua principal bandeira de luta no contexto maior da luta pela democratização do país nos anos 1970 e 1980, e 2) como um conjunto de elementos e proposições de natureza técnico-política que fundamentou o projeto da Reforma Sanitária brasileira, e que culminou na conquista de um sistema nacional e unificado de saúde sob a égide do Estado, o SUS (BERLINGER, 1987; GERSCHMAN, 2004; PAIM, 2008).

Pela regularidade com que diversos atores do campo da Saúde Coletiva¹ têm discutido o tema, é possível destacar um núcleo central de ideias que configura a relação entre saúde e democracia no contexto do final do século XX, qual seja:

1. A questão democrática na saúde expressa e representa a base de um projeto de grande transformação da política de saúde, estruturada em articulação com a luta maior por mudanças estruturais na sociedade brasileira no contexto da redemocratização do país nos anos 1970 e 1980. Ela sustenta, assim, um projeto de sociedade formulado pelo movimento sanitário, que toma por base a saúde como questão de cidadania universal vinculado ao amplo processo de redemocratização da vida político-social brasileira e da Reforma Democrática do Estado (GALLO & NASCIMENTO, 2011; FLEURY, 2009, 2011; ESCOREL, 1999, 2011; PAIM, 1986a; 2008);
2. Uma nova formulação do conceito de saúde, não mais reduzido à assistência médica, mas como fenômeno resultante das condições de vida e que, portanto, deve ser pensada em diálogo com a formação social brasileira. É por meio dessa nova conceituação de

¹ Saúde Coletiva refere-se aqui a um campo específico de conhecimento científico e de práticas, resultante da matriz teórico-conceitual que estruturou o movimento e o projeto da Reforma Sanitária brasileira nos anos 1970 e 1980 e que corresponde, assim, a uma originalidade nacional face aos saberes e práticas tradicionalmente estruturantes da saúde pública brasileira.

saúde que se desenvolve uma consciência sanitária que estrutura a questão democrática na saúde, pois toma a saúde como uma questão nacional e dotada de valor universal. É por meio dessa consciência sanitária que o movimento sanitário se constitui em meados dos anos 1970, tendo sido possível, por meio dele, a construção de alianças políticas suprapartidárias e policlassistas na luta pelo direito à saúde, que resultaram no projeto da Reforma Sanitária brasileira (ESCOREL, 1999, 2011; FLEURY, 2011; COHN, 1989; PAIM, 2008; GERSCHMAN, 2004);

3. A questão democrática na saúde associa-se, também, à concretização da Reforma Sanitária enquanto projeto de reformulação e modernização do aparelho do Estado, especificamente da política de saúde, a partir da inscrição constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, e que se configurou na criação de um sistema de saúde gratuito, descentralizado, hierarquizado e pautado em mecanismos de gestão democrática e participativa (COHN, 1989; GERSCHMAN, 2004; PAIM, 2008; ESCOREL, 1999, 2011; GALLO & NASCIMENTO, 2011; FLEURY, 2011).

Essas são ideias-chave do núcleo que caracteriza a questão democrática na saúde nos anos 1970 e 1980, reconhecendo-a como questão base de um projeto social e democratizante capitaneado pelo setor saúde, engendrada por uma ampla consciência sanitária da saúde enquanto direito de cidadania universal e materializada em um projeto de transformação e modernização da política pública de saúde. Esse núcleo estrutura-se em torno de um elemento comum: a busca de novas relações entre Estado e sociedade, pautadas na saúde como um direito social.

Tendo isso em vista, é importante destacar que a questão democrática na saúde enquanto base fundante da Reforma Sanitária brasileira, se estruturou sobre uma ampla crítica ao modelo de atenção à saúde prevalecente no período ditatorial-militar. Isso porque a organização e o funcionamento dos serviços de saúde naquele contexto estavam alinhados a uma lógica de mercantilização do setor saúde, apresentando condições insuficientes de responder a situação de crise sanitária que se agrava no país em consonância com as desigualdades sociais históricas da

sociedade brasileira (OLIVEIRA & FLEURY, 1985; GERSCHMAN, 2004; PAIM, 2008). Vejamos com maior detalhe algumas características desse processo, ainda que de modo introdutório.

No período que vai de 1964 a 1985, a intervenção estatal na saúde fortaleceu a expansão da prática médica privada, de caráter curativo, individual e assistencialista por intermédio da Previdência Social (OLIVEIRA & FLEURY, 1985; GERSCHMAN, 2004; PAIM, 2008). Para Oliveira & Fleury (1985), a política de privilegiamento da assistência médica previdenciária indicou, naquela conjuntura sócio-histórica do autoritarismo, uma intensa articulação do Estado brasileiro com os interesses do capital internacional, que se expandiram na saúde principalmente por meio da indústria farmacêutica e da indústria de equipamentos médico-hospitalares.

Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, o Estado priorizou a contratação de serviços privados de saúde como forma de expandir a assistência médica como benefício previdenciário aos segurados do INPS. Esse processo propiciou o desenvolvimento de um expressivo complexo médico-industrial no país, no qual o Estado, atuando como um regulador do mercado de produção e consumo dos serviços de saúde, desenvolveu um padrão de organização da prática médica orientado, principalmente, para a lucratividade do setor saúde (OLIVEIRA & FLEURY, 1985).

Como exposto por Escorel, Nascimento & Edler (2005), “o Sistema Nacional de Saúde implantado no Brasil no período militar caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde” (p.60). Com a centralização e o privilegiamento do setor privado na saúde, financiado pelo setor público, o modelo de organização e oferta de serviços de saúde não condizia com a realidade social e sanitária da população brasileira, que passou a vivenciar um aumento exponencial nas taxas de morbidade e mortalidade. A lógica de mercantilização do setor saúde contribuía, dessa forma, com o alargamento das enormes desigualdades sociais e das precárias condições de vida e saúde da população brasileira (GERSCHAM, 2004; SCOREL, NASCIMENTO & EDLER, 2005; PAIM, 2008).

Tendo por base a questão democrática, o movimento sanitário evidenciou, assim, a crise da medicina mercantilizada e sua ineficiência, engendrando possibilidades de organização de um sistema de saúde capaz de responder às

demandas e às necessidades de saúde prevaletentes, assumindo os princípios democratizantes como base de sua estruturação (FLEURY, 2009). No que tange à sua constituição, Gerschman (2004) e Paim (2008) salientam que o movimento sanitário foi composto por um grupo heterogêneo de estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde que exerceram um papel de destaque de oposição ao regime militar e que passaram a defender um conjunto de mudanças significativas no sistema de saúde brasileiro que fosse capaz de intervir de forma ampla no atendimento às necessidades de saúde da população brasileira bem como em suas condições e qualidade de vida.

É essa articulação singular, na história da saúde pública brasileira, entre: reforma da política de saúde, melhorias das condições sanitárias e conquista de um regime político democrático, que caracteriza o movimento sanitário nas últimas décadas do século XX, e que trouxe uma dimensão essencialmente política aos debates sobre as condições de saúde da sociedade brasileira à época (ESCOREL, 1999; FLEURY, 1989).

Em um dos eventos mais emblemáticos da história da saúde pública do país, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, Sérgio Arouca expressa as bases dessa correlação entre saúde e democracia:

No auge do seu chamado “milagre econômico” quando este País conseguiu aumentar sua riqueza, conseguiu também aumentar o índice de mortalidade das suas crianças, o número de pessoas que passam fome, a miséria da grande maioria da população e o número de marginalizados. Enfim, aumentou a riqueza e diminuiu o tamanho do nosso povo. Isto precisa ser vencido e derrubado. E foi neste sentido que se cunhou a frase de maior importância: “Saúde é Democracia”. [...] O lema que surgiu dentro do sistema de saúde durante os últimos anos significava que para se conseguir começar, timidamente, a melhorar as condições de saúde da população brasileira, era fundamental a conquista de um projeto de redemocratização deste País (AROUCA, 1986, p. 42).

Estando a Reforma Sanitária brasileira inscrita no contexto político mais amplo das mobilizações que postulavam a redemocratização da vida político-social e a conquista de uma Reforma Democrática do Estado (PAIM, 2008), consideramos importante esclarecer como a questão democrática se concretizou nas estratégias de formulação e operacionalização do projeto reformador na saúde proposto pelo movimento sanitário.

Para tanto, convém iniciarmos descrevendo certas características centrais que marcaram o cenário nacional de transição democrática na qual o movimento sanitário se subscreveu. Começamos, assim, dando destaque à obra de Silva

Gerschman (2004) que denomina de “democracia inconclusa” a maneira como se operou a transição política e as vias de consolidação democrática no Brasil.

Uma das primeiras características por ela evidenciada é que o processo brasileiro de transição democrática correspondeu a uma das mais longas e complexas transições à democracia conhecidas, sendo atravessada pela atuação de diversos atores sociais e forças políticas distintas ao longo dos seus dez anos. Para a autora, ao mesmo tempo que, em um primeiro momento, a experiência brasileira de transição democrática tenha sido conduzida de forma unilateral pelos militares nos marcos do regime ditatorial, ela também contou com o papel fundamental da organização social e política da sociedade civil, estabelecendo “uma via de mão dupla” (p.29) no seu desenvolvimento.

Sobre esse aspecto, é possível estabelecer um diálogo com Codato (2005) quando o autor enfatiza que o processo de transição política foi iniciado no governo Geisel (1974-1979) pelos próprios militares, ainda que as pressões da sociedade civil tenham contribuído de maneira decisiva ao longo do processo. O protagonismo dos militares nessa transição e, portanto, na natureza, andamento e objetivos do processo da transição democrática no Brasil ilustra o fato de que o estabelecimento de formas democráticas de governo não foi alcançado, necessariamente, pela derrota dos regimes políticos ditatoriais, por um golpe de Estado ou, ainda, pela ascensão de movimentos populares. Pelo contrário, o autor ressalta que a constituição de práticas democráticas de governo pode resultar de processos evolutivos e pactuados de mudança, sendo o caso brasileiro um exemplo desse processo.

Durante todo o percurso de transição à democracia no Brasil, os militares conservaram suas posições estratégicas no aparelho estatal, tendo preservado sua capacidade de intervir e controlar o ritmo e a forma do processo de mudança política. O propósito inicial do governo Geisel foi promover uma distensão política “lenta, gradual e segura”, representando a adoção de um conjunto de medidas políticas liberalizantes cautelosamente controlado pelo Executivo Federal. Certos direitos liberais clássicos foram sendo reintroduzidos de forma progressiva e limitada na cena política brasileira de acordo com a estratégia incremental e moderada do governo ditatorial que esteve em negociação com as elites civis e com determinadas forças da oposição (CODATO, 2005).

O propósito do governo Geisel (1974-1979) foi promover uma distensão, isto é, um relaxamento dos controles políticos impostos à sociedade. A censura prévia foi parcialmente suspensa, os resultados

eleitorais, depois de algumas manipulações das regras, foram admitidos, os protestos dos empresários contra o “modelo econômico” foram, embora com reservas, tolerados e as inesperadas reivindicações operárias, surgidas a partir de 1978, foram um efeito não antecipado da ação liberalizante. Esse projeto foi mantido, no governo Figueiredo (1979-1985), sob o nome de “política de abertura”, com lances controversos e sob oposição da extrema-direita militar. Concluída no fim do governo Sarney (1985-1990), a “transição política” (de 1974 a 1989) foi peculiar: ela durou, ironicamente, mais que o regime propriamente dito (1964-1974) (CODATO, 2005, p. 93).

Como consequência, Gerschman (2004) destaca que essa forma incremental, controlada e negociada de transição democrática manteve, na cena política, marcas históricas que configuraram tradicionalmente as relações entre Estado e sociedade no Brasil, permitindo a reedição de velhos pactos históricos e mantendo as prerrogativas políticas dos militares no aparelho de Estado no processo de redemocratização brasileiro.

Uma das características mais marcantes do Estado brasileiro é precisamente o seu autoritarismo. Historicamente, a sociedade brasileira apresenta traços profundamente elitistas e excludentes, em parte herança do escravismo do período colonial e do caráter oligárquico das classes dominantes. Nesse sentido, o Estado impôs o seu domínio à sociedade através do exercício do patrimonialismo político, do clientelismo e da incorporação das classes “subalternas” por meio de mecanismos de cooptação que garantiram a supremacia das elites no exercício da política (GERSCHMAN, 2004, p.31).

Embora a histórica relação entre Estado e sociedade tenha sido atualizada e revisitada ao longo do processo de redemocratização do país, a transição política envolveu o desenvolvimento de mobilizações populares e uma forte crítica da sociedade civil contra o autoritarismo e a extensão da violência, predominantes no Estado brasileiro. É nesse sentido que Gerschman (2004) ressalta que a transição democrática brasileira correspondeu a uma via de mão dupla: por um lado, operou-se uma dinâmica de intensas negociações entre os militares e o universo das elites civis, por outro, concretizou-se uma dinâmica de pressões da sociedade civil, principalmente das camadas médias e populares, sobre o Estado militar.

Codato (2005) salienta que essas duas dinâmicas presentes no processo da transição democrática não tiveram o mesmo papel político, de forma que “a primeira dinâmica estabeleceu o conteúdo, definiu o modo e impôs a natureza da transição, enquanto a segunda determinou seu ritmo” (p. 93). Contudo, ainda que com papéis e forças políticas diversas, o autor ressalta a importância da emergência de novos atores coletivos e novas formas de organização política naquela conjuntura

sócio-histórica, que ditaram o ritmo e fortaleceram o processo de transição democrática. Movimentos sociais proliferaram por todo o país ao mesmo tempo em que novos partidos e formas mais modernas de organização política (como o chamado novo sindicalismo) faziam sua entrada na cena política nacional, representando novas e outras formas de representação de interesses da sociedade junto ao Estado e publicizando demandas por mudanças na liberalização política e por justiça social (GERSCHMAN, 2004; CODATO, 2005).

É no conjunto desse movimento mais amplo, pelo “resgate da dívida social” (GERSCHMAN, 2004, p. 53) na construção da democracia brasileira, que se inscreve a Reforma Sanitária. Ela corresponde a maior expressão de uma reforma realizada no âmbito social, no contexto da redemocratização. Isso porque, quando o movimento sanitário articulou o seu projeto reformador com a conquista de um regime democrático, o que esteve nas bases da Reforma Sanitária foi projetar um conjunto de mudanças que pudessem produzir comportamentos políticos democráticos de forma estruturante no setor saúde e por meio dele (GERSCHMAN, 2004; PAIM, 2008).

No entanto, é importante salientar que o movimento da Reforma Sanitária brasileira não foi homogêneo e, tampouco, consensual entre os seus diferentes atores a respeito da natureza, dos objetivos e das estratégias necessárias à construção e à condução das suas intervenções no cenário político e institucional da saúde. Sobre essa questão, Gerschman (2004) aponta que os tensionamentos que surgiram no interior da Reforma Sanitária estão associados à grande heterogeneidade na composição do movimento, formado por diferentes atores e forças sociais que, dialeticamente, se articulavam em torno da estratégia comum de conquista da saúde enquanto direito de cidadania e da construção do SUS sob égide do Estado.

As divergências e as contradições internas ao movimento sanitário, para a autora, não foram evidentes no contexto de sua atuação política durante a transição democrática, tendo em vista o papel mais amplo de oposição do movimento ao regime autoritário e às políticas de saúde predominantes naquele período. Gerschman (2004) irá dizer que, se por um lado, “os atores sociais interagiam em um campo não conflitivo no processo de formulação da política de saúde, estando a diversidade de interesses do próprio movimento diluída na oposição ao regime autoritário” (p. 20), por outro, elas vieram à tona na medida em que o movimento sanitário saía de um discurso e uma atuação mais oposicionista para o processo concreto de implementação da reforma no contexto de consolidação democrática.

As contradições e os tensionamentos nas bases sociais do movimento sanitário e na condução política de implementação da reforma vão produzir o que Fleury (1987) denomina de “dilema reformista”.

No que concerne à atuação do movimento sanitário no contexto autoritário, o principal elemento articulador e integrador dos seus diferentes atores e forças sociais constituiu-se na criação de uma proposta alternativa ao sistema e à política de saúde vigente à época, que se materializou no projeto da Reforma Sanitária brasileira pautado na saúde como direito de cidadania universal e como dever do Estado. Esse processo de construção das propostas da Reforma e a sua materialização em um projeto social e político na saúde, fundamentado na questão democrática, representou tanto a base estruturante quanto o elo integrador do movimento sanitário (FLEURY, 1987; GERSCHMAN, 2004).

A partir do momento em que o projeto da Reforma Sanitária foi sancionado na Constituição Federal de 1988, o seu processo de implementação se deu, prioritariamente, a partir da ocupação de espaços no aparelho institucional do Estado. Muitos profissionais e intelectuais do movimento sanitário conseguiram ocupar diversos postos de direção da política de saúde, em escala nacional, no início dos governos da denominada Nova República. Importante salientar que, para Fleury (1987), a ocupação de espaços estratégicos no aparelho estatal decorreu da capacidade organizativa do movimento, até então articulado e integrado em torno do projeto da Reforma. Contudo, com a absorção de um importante quantitativo de intelectuais e profissionais ocupando cargos de direção da política de saúde, as questões relacionadas à implementação técnica, institucional e administrativa da política de saúde passaram a ocupar um lugar central nos debates do movimento. Questões mais técnicas e pragmáticas de implementação do SUS, como a descentralização dos serviços de saúde, a instauração de mecanismos de gestão democrática, as formas de financiamento, os processos de produção, controle e distribuição de insumos e tecnologias de saúde, entre outras, acabaram por alterar a lógica política da atuação do movimento na condução das mudanças propostas no setor saúde.

Esse processo fez com que se explicitassem os tensionamentos entre os diferentes atores e forças sociais internas ao movimento sanitário: na medida em que a atuação na esfera institucional foi se intensificando, pautado na organização do setor saúde para a implementação do SUS, houve um enfraquecimento da atuação

do movimento articulado com as forças populares e da classe trabalhadora (FLEURY, 1987).

O “dilema reformista” vai se constituindo, assim, na medida em que prevalece o caminho da institucionalização do movimento sanitário, afastando-se de suas bases sociais, no processo de consolidação de um projeto democrático para a saúde.

Como aponta Escorel (1999), “na tentativa de modificar o direcionamento da política pública, [o movimento sanitário] passou a fazer das instituições de saúde um *locus* de construção da contra-hegemonia. Com a adoção dessa estratégia, separou-se ainda mais do movimento popular” (p. 195). Uma das principais consequências dessa estratégia foi, portanto, o enfraquecimento da aliança com as classes populares e trabalhadoras, às quais o projeto da Reforma Sanitária dirigiu originalmente as suas propostas e ações.

Esse processo de ‘institucionalização’ dos projetos e propostas revelou-se uma faca de dois gumes: por um lado, era estratégico penetrar nos espaços para tentar implementar idéias e alterar os rumos da política; por outro lado, assim agindo o movimento passou a sofrer as limitações das alianças que a instituição impõe. O processo passou a ficar restrito a avanços e recuos no âmbito das políticas institucionais e, concentrado nesse espaço (político-legal ou jurídico-institucional) de luta, o movimento tendeu a perder de vista a necessidade de trabalhar melhor sua aliança com as classes populares e o que Berlinguer chamou de “o verdadeiro caráter revolucionário da Reforma Sanitária, que é a saúde das pessoas” (ESCOREL, 1999, p. 195).

É assim que Paim (2008) e Dantas (2018) retomam a expressão cunhada por Sérgio Arouca, ao final dos anos 1980, e afirmam que a Reforma Sanitária brasileira, ao longo de seu processo, foi marcada pelo “fantasma da classe ausente”, designando a pouca participação das massas populares na sua implementação.

Diante dos fins propostos pela Reforma Sanitária que transcendem uma reforma setorial, institucional e administrativa, os meios adotados na sua construção e implementação parecem insuficientes, pois centraram-se nas vias legislativo-parlamentar e técnico-institucional, particularmente voltadas para a implantação e operacionalização do SUS. Se essas estratégias têm se mostrado potentes para a superação de vários obstáculos verificados na conjuntura pós-constituente, não conseguiram mostrar a mesma efetividade no que tange a ampliação da consciência sanitária, a realização da cidadania na saúde e a melhoria das condições de vida e de saúde de amplos contingentes da população. Fincar o projeto da RSB nas instâncias sócio-comunitárias, ampliando a sua base de sustentação política, continua como o desafio central para a sustentabilidade do projeto e avanço do processo (PAIM, 2008, p. 311).

Ainda sobre o “dilema reformista”, Fleury (1987) aponta que a inserção do movimento sanitário nos aparelhos do Estado trouxe importantes limitações ao próprio processo de implementação da Reforma, tendo em vista as características do processo de transição democrática vivenciada no país. O “fenômeno continuísta” (p. 100) do processo de transição política fez com que a consolidação democrática ocorresse sem uma alteração mais profunda nas correlações das forças políticas e sociais nos aparelhos do Estado, impactando diretamente a execução da política de saúde. Sem dotar de um exercício efetivo de poder político transformador das estruturas históricas na saúde, a atuação institucional do movimento sanitário tendeu a transformar as demandas sociais e populares em questões técnicas no processo de implementação do SUS, minando-as de seu conteúdo político.

Essa despolitização e tecnificação dos conteúdos estruturantes ao projeto democrático na saúde ganha maior expressão quando destacadas as dinâmicas internacionais na qual o processo de implementação da Reforma se inseriu nos anos 1990, caracterizada por um intenso processo de mudanças globais decorrentes da globalização do capital. O contexto internacional, marcado pela “predominância do mercado frente ao Estado, por profundas mudanças no mundo do trabalho e por fortes tendências à concentração econômica movida pelo capital financeiro, que se tornou o eixo do processo de acumulação capitalista” (GERSCHMAN, 2004, p.13), estabelece condições adversas ao processo de implementação da Reforma que, alinhado ao contexto nacional de democracia inconclusa, vai se constituindo na realização de uma reforma setorial pelo seu viés mais técnico e administrativo.

Podemos entender que, diante de contradições intrínsecas ao seu próprio processo de implementação, o projeto da Reforma Sanitária operou-se, principalmente, em um lugar institucionalizado, afastado das suas bases sociais originárias, em um contexto parcial de democratização da vida política e social no país e de profundas mudanças globais.

Vale ressaltar, ainda, que a estratégia de atuação prioritária do movimento sanitário visou uma transformação progressiva do aparelho do Estado por meio de um conjunto de princípios e mecanismos de gestão democrática e de novos instrumentos técnico-assistenciais que, até então, se encontravam ausentes da política de saúde. Tal estratégia, ainda que em condições adversas, produziu resultados extremamente significativos a ponto de culminar no reconhecimento do SUS como a mais bem sucedida reforma da área social empreendida sob o regime democrático brasileiro

(LIMA et al, 2005), principalmente, no que tange a dois de seus eixos estruturantes: o acesso universal aos serviços, bens e tecnologias de saúde e a criação de mecanismos institucionais de participação social na saúde.

O primeiro representa uma ruptura pioneira no padrão de produção, distribuição e consumo dos serviços médico-assistenciais, tendo sido marcado por um caráter altamente redistributivo frente ao veto formal e institucional de amplas parcelas da população brasileira aos serviços de saúde, característica histórica da política pública no país fortemente atrelada ao desenvolvimento da Previdência Social. A instituição de um sistema de saúde de acesso universal e igualitário rompe com o modelo corporativista, eliminando a contribuição previdenciária como requisito para o direito ao atendimento nos serviços de saúde (FAVERET FILHO & OLIVEIRA, 1990).

O segundo representa o objetivo de garantir uma democratização das decisões nos níveis do planejamento, gestão, execução e avaliação dos serviços e programas de saúde pautados nos princípios da democracia representativa, em que os diferentes grupos da sociedade civil e suas formas de organização participam indiretamente do processo de execução da política pública. A institucionalização da participação social foi projetada como a base a partir da qual se organizaria a política de saúde em cada uma das esferas federativas (LUZ, 1991).

É justamente nesse êxito da política de saúde que, para Gerschman (2005), realiza-se o grande paradoxo da Reforma Sanitária: a tática sanitarista reformista foi acertada de tão maneira que, no seu processo, prescindiu de sua base social. Análise esta que também encontramos em Fleury (2009), quando a autora salienta que

O paradoxo da Reforma Sanitária brasileira é que o seu êxito, ainda que em condições adversas e parciais, terminou por, ao transformá-la em política pública, reduzir a capacidade de ruptura, de inovação e construção de uma nova correlação de forças desde a sociedade civil organizada. Em outras palavras, o instituído se impôs ao instituinte, reduzindo o caráter libertário e transformador da reforma (FLEURY, 2009, p. 751).

Diante desses fatores que constituem o “dilema reformista” (FLEURY, 1987) que permeou as práticas do movimento sanitário ao final do século XX e início do século XXI perguntamo-nos: *que consequências esse processo traz para a questão democrática na saúde no contexto contemporâneo? Que características ela assume hoje, três décadas a pós a sua efetivação?*

Quando o movimento sanitário se articulou com um movimento mais amplo de mobilização social no contexto de redemocratização do país, nos anos 1970 e 1980, a luta pela saúde recaía sobre uma dimensão propriamente política, projetando um conjunto de mudanças em direção a uma democratização da vida social e de novas relações entre Estado e sociedade capitaneado pelo setor saúde. Contudo, no processo de implementação, foi justamente essa dimensão política que sofreu considerável esvaziamento e enfraquecimento ao longo do tempo, resultando no predomínio da dimensão técnica da institucionalidade exigida para a implementação de mudanças no sistema de saúde (PAIM, 2008; FLEURY, 2009; COHN, 2009; 2018).

Para Paim (2008), esse processo sinaliza que as condições concretas em que o projeto da Reforma Sanitária brasileira foi implementado reduziu sua práxis a uma reforma parcial e setorial de modernização da política de saúde, inscrita exclusivamente nas dimensões técnico-institucionais do SUS.

A valorização da perspectiva do desenvolvimento técnico e institucional-administrativo no contexto de implementação do SUS tomou a questão democrática na saúde, prioritariamente, no seu sentido positivo desenvolvimentista: ela foi traduzida na ampliação da oferta e do consumo dos serviços, bens e tecnologias de saúde como principal forma de realização do direito à saúde, secundarizando as suas múltiplas e possíveis consequências. É assim que a concretização da questão democrática ocorre, na saúde, abrindo espaço para o capital e seus processos de reprodução, fortalecendo uma dimensão mercantil intrínseca ao setor saúde desde os primórdios do SUS (COHN & BUJDOSO, 2015; IANNI, 2018).

Produziu-se, assim, um grande paradoxo: o direito a saúde e a consolidação deste como consumo, na qual o mercado passa a ser um interlocutor fundamental no processo de implementação do SUS e de realização da questão democrática na saúde (COHN & BUJDOSO, 2015; IANNI, 2018).

Ao analisarmos a materialização da questão democrática na saúde hoje nas questões do acesso e da participação social na saúde, trinta anos após a sua efetivação enquanto eixos estruturantes do SUS na sua dimensão mais técnica e institucional, consideramos que ela está inscrita em um contexto histórico marcado por profundas mudanças sociais contemporâneas, que impacta e transforma o seu significado e o seu papel na política de saúde.

São vários os nomes no âmbito da teoria social que denominam o atual momento histórico: pós-modernidade (LIPOVETSKY, 2004); modernidade reflexiva

(GIDDENS, BECK & LASH, 2012); sociedade de risco e segunda modernidade (BECK, 2011; 2012), entre tantos outros. O importante é que, esses diferentes autores, por meio de conceituações diversas, expressam a existência de uma fase atual da modernização capitalista que tem origens na segunda metade do século XX e que se desenvolve, sobretudo, vinculado aos vitoriosos avanços do capitalismo em escala mundial. Processos profundos de mudanças sociais são vivenciadas na sociedade contemporânea e estão vinculadas, em grande medida, com a radicalização da lógica do consumo e do mercado, que passa a constituir dinâmicas socioculturais e político-econômicas próprias. Para Retondar (2008), “o consumo deixa de ser uma variável dependente de estruturas e processos a ele externos e passa a se constituir enquanto campo autônomo, como elemento de mediação de novas relações e processos sociais nas sociedades modernas” (p. 138).

O que queremos salientar com isso é que, no Brasil contemporâneo, inserido num contexto maior de mudanças sociais globais, radicaliza-se uma ordem social pautada na lógica do consumo que constitui padrões de organização social e política que impacta diretamente a forma como a questão democrática na saúde se realiza nos seus eixos estruturantes por dentro da política de saúde.

Tendo isso em vista, assumimos como hipótese deste trabalho que, no atual contexto contemporâneo, estamos vivenciando um esgotamento das questões do acesso e da participação na saúde que desafiam as premissas originárias e fundamentais do conteúdo social e político que as engendraram no final do século XX. Um esgotamento que, ao nosso ver, é fruto da própria trajetória percorrida pelo movimento sanitário, com seus dilemas e contradições, num contexto nacional de “democracia inconclusa” e num contexto mundial de globalização do capital.

Ao focar na dimensão técnica, organizativa e institucional do sistema e da política de saúde, prescindida de uma base social consolidada, as estratégias vitoriosas do movimento sanitário traduziram o direito a saúde no aumento exponencial da produção e do consumo dos serviços, bens e tecnologias de saúde. Processo que, na sociedade contemporânea, se radicaliza de tal forma a ponto de constituir-se em uma dinâmica devastadora da questão democrática em eixos estruturantes. Este trabalho considera, assim, ser possível pensar em um esgotamento da questão democrática na saúde nas questões do acesso e da participação diante do seu próprio sucesso, pela radicalização de suas contradições.

Contradições essas constituídas no contexto de implementação da política de saúde, nos anos 1970 e 1980, que se relaciona, por um lado, com o próprio processo de democratização inconclusa do país e às mudanças globais na esfera do Estado e das relações Estado e sociedade; por outro, pela maneira com que as estratégias de atuação foram construídas por dentro do próprio movimento da Reforma Sanitária brasileira.

Desse modo, este trabalho se propõe, a partir de uma perspectiva sociológica, compreender as características da questão democrática na saúde, no que tange a sua concepção originária e suas formas de realização no contexto brasileiro, e evidenciar o que seria, ao nosso entender, a crise da questão democrática na saúde expressa no acesso universal e na participação social na saúde na sociedade contemporânea, oriunda da radicalização do direito à saúde como consumo.

Esperamos que, ao final, nosso trabalho contribua para atualizar o debate sobre o binômio saúde-democracia, estruturante do campo da Saúde Coletiva, situando-o dentro das características da sociedade contemporânea, dotada de fundamentos próprios, e fornecendo subsídios para pesquisas futuras.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Esta é uma pesquisa qualitativa e de natureza exploratória, desenvolvida a fim de identificar e caracterizar os elementos constituintes da questão democrática na saúde e o que viria a ser a sua crise no contexto contemporâneo, com foco nas questões do acesso e da participação social na saúde.

Para a sua realização, foram estabelecidas duas estratégias metodológicas distintas. A primeira consistiu em uma revisão de literatura, a fim de construir uma fundamentação teórica consistente e que possibilitasse a elaboração de interpretações críticas sobre a questão democrática na saúde hoje. Já na segunda, optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas, com o objetivo de ter um contato maior com a experiência vivida por um conjunto de atores sociais e, a partir delas, identificar diferentes aspectos da interface saúde-democracia que se materializam em um conjunto concreto de práticas em saúde em municípios da região metropolitana de São Paulo no contexto contemporâneo. Um e outro caminho são complementares e enriquecem-se mutuamente.

Iniciamos a revisão de literatura situando o trabalho em relação às correntes de pensamento que o precedem e o influenciam dentro do campo das Ciências Sociais em Saúde e da Sociologia. Elencamos, assim, um conjunto de produções teóricas que se relacionam com o problema de pesquisa proposto, dividindo-os em dois grandes eixos temáticos.

O primeiro destinou-se ao estudo da questão democrática na saúde propriamente dita, com foco nas características de sua emergência enquanto fenômeno social e político e nas suas formas de realização por meio do movimento sanitário e da Reforma Sanitária brasileira ao final do século XX. Aprofundamo-nos, assim, em produções de autores consagrados, aqueles considerados “clássicos” do campo da Saúde Coletiva, dos quais ganham maior relevância para o trabalho: Amélia Cohn, Cecília Donnangelo, Jairnilson Paim, Sara Escorel, Silvia Gerschman e Sonia Fleury, cujas obras dedicaram-se aos estudos acerca da relação entre democracia e saúde no Brasil em suas diferentes facetas.

O segundo eixo temático foi estruturado por um conjunto de produções teóricas voltadas para a compreensão daquilo que Ianni (2018) denomina de mudanças sociais contemporâneas, referindo-se a uma série de mudanças sociais, políticas e econômicas vivenciadas nas sociedades ocidentais desde a segunda

metade do século XX. Ao adotarmos como hipótese central a ideia do esgotamento e crise na questão democrática na saúde no contexto contemporâneo, entendemos que a questão democrática - nas suas formulações e estratégias originais que plasmaram a construção e a implementação da Reforma Sanitária - é diretamente impactada pelos novos processos sociais contemporâneos, que permeiam desde novas formas de sociabilidade até outras interações entre Estado, sociedade e mercado, e que se diferencia do contexto dos anos 1970, quando emergiu no campo das lutas sociais. O acesso universal e a participação social na saúde, como formulada historicamente pelo campo, estaria hoje diante de uma realidade que desarranja suas proposições e conceituações originais, ao mesmo tempo que são delas produtoras.

Nesse eixo temático, ganham destaque os trabalhos que permeiam a teoria social contemporânea, como os de Ulrich Beck, Anthony Giddens, Dardot & Laval, Manuel Castells e Zygmund Bauman, por exemplo. Os impactos das mudanças sociais contemporâneas no Brasil e na América Latina na questão democrática, em grande angular, tomaram por base as obras de Marco Aurélio Nogueira e Luiz Werneck Vianna e a sua influência na saúde pública brasileira teve por base as produções de Áurea Maria Zöllner Ianni e Amélia Cohn.

Dessa forma, foram selecionadas leituras que não se limitaram à apresentação descritiva, apenas, mas levaram a uma reflexão crítica dos objetos estudados, por meio de elementos de análise e de interpretações sociológicas. Leituras que, ainda, apresentaram abordagens teórico-conceituais e metodológicas diversificadas da temática em estudo, e que foram selecionadas com o objetivo de confrontar perspectivas analíticas diferentes e, assim, possibilitar uma maior compreensão de como determinados fenômenos e questões, que envolvem a relação saúde-democracia, têm sido abordados no campo da Saúde Coletiva. Sendo assim, os seguintes critérios foram adotados para a revisão de literatura: 1) produções teóricas que estivessem vinculadas com a pergunta de partida; 2) que contivessem elementos de análise e de interpretações sociológicas a respeito da questão democrática e sua implicação na saúde e 3) cujas abordagens teórico-conceituais e metodológicas fossem diferenciadas entre si.

Com a bibliografia definida para cada eixo temático, foi realizada, primeiramente, uma leitura exploratória do material, um exercício compreensivo acerca das principais ideias dos textos, para, então, serem apreendidas as principais articulações e argumentos que estruturaram o pensamento dos autores, destacando

as suas teses, as categorias e os conceitos centrais das obras, o desenvolvimento de seus raciocínios, os pontos de concordância e divergência entre eles e a sua relevância para a pesquisa.

O segundo caminho metodológico consistiu na realização de entrevistas semiestruturadas com gestores locais de cinco municípios do Grande ABC paulista, sendo eles Diadema, Mauá, Santo André, São Caetano do Sul e Ribeirão Pires. A escolha desses atores sociais se deu pela posição que ocupam frente à formulação e execução da política de saúde no âmbito local, cujo exercício da função de responsabilidade sanitária pode evidenciar como determinados aspectos da questão democrática na saúde, especificamente no que se refere às questões do acesso e da participação, se concretizam nas suas práticas de gestão e na política de saúde em seu município. Vejamos o porquê dessa escolha.

Dentre as estratégias vitoriosas adotadas pelo movimento sanitário no contexto da transição democrática, por dentro do aparelho do Estado, destaca-se o processo de descentralização da política de saúde como uma das principais bases estruturantes das mudanças organizacionais e institucionais do setor saúde a partir dos anos 1980. Por meio da descentralização, produziu-se uma importante inovação no desenho institucional da saúde no Estado brasileiro, que culminou com uma transferência significativa de um conjunto de atribuições aos níveis subnacionais de governo, o que representou uma alteração substancial na estrutura de provisão dos serviços de saúde que, até então, era caracterizada por uma centralização absoluta no governo federal (LUZ, 1991; GERSCHMAN, 2004; PAIM, 2008).

O processo de descentralização da política de saúde ao longo da implementação da Reforma foi acompanhado por uma intensa mobilização política dos secretários municipais de saúde do país, que se somaram ao movimento maior de luta pelo direito à saúde reivindicando a participação e o papel dos municípios no processo de construção de um novo modelo de atenção à saúde para o país. O movimento municipalista na saúde construiu um marco importante para a Reforma Sanitária Brasileira, enfatizando o papel dos níveis locais na garantia do direito à saúde e na construção e organização de um sistema unificado e universal, em contraposição à característica histórica de formulação e execução da política de saúde em regimes centralizadores. Os municípios foram, assim, designados como o nível federativo capaz de experienciar e executar, de forma mais acentuada, a descentralização e a participação social na saúde, sendo o nível de governo em que

seria possível garantir um maior caráter redistributivo e democratizante à política de saúde (COSEMS, 2012).

O impacto positivo da municipalização pode ser constatado pelos indicadores de saúde, otimização da utilização dos recursos da saúde, ampliação do acesso a todos os níveis de atenção do sistema, entre tantos outros exemplos, melhorando significativamente a qualidade de vida. [...] Sem esse processo de municipalização seria impossível, hoje, estarmos discutindo a uma reversão do modelo assistencial. Esta constatação transforma os municípios em atores importantes desse processo (COSEMS, 2012, p. 58-59).

Na história da saúde pública brasileira, as primeiras propostas de municipalização da saúde foram estruturadas nos anos 1960, no governo de João Goulart (1961-1964), estando vinculadas ao conjunto das reformas sociais estruturantes chamadas Reformas de Base. A municipalização da saúde foi objeto de debate e temática estruturante da 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, quando a tese da municipalização foi trazida para o setor “com o objetivo de descentralizar a execução das ações básicas de saúde, de modo a criar uma estrutura sanitária verdadeiramente nacional e flexível o bastante para adequar-se à realidade econômica, política e social da comunidade, num país de tão grandes diferenças regionais” (BRASIL, 1992, p. 03). Contudo, com o golpe de 1964 que instaurou o regime militar e autoritário no Brasil, a construção da política de saúde caminhou em sentido contrário, privilegiando a centralização política e a concentração de recursos no âmbito do governo federal. Processo que favoreceu, na saúde, uma política de privatização do sistema através de recursos públicos geridos pela Previdência Social ao setor privado (TEIXEIRA, 1991).

No contexto da Reforma Sanitária brasileira, o processo de municipalização foi, sem dúvida, uma das estratégias mais vitoriosas na sua implementação. Através das Normas Operacionais Básicas (NOBs), o Ministério da Saúde definiu as regras de funcionamento do Sistema Único de Saúde no país, de forma que, duas delas, são particularmente importantes para estruturação do sistema. A NOB 01/93 definiu as regras formais do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na construção do SUS e redefiniu o pacto federativo por dentro da política de saúde, habilitando os estados e municípios e definindo as suas responsabilidades no sistema. Três anos depois, a instauração da NOB 01/96 atualizou e redefiniu as responsabilidades sanitárias e as competências para cada ente federativo no SUS, de modo que a mudança mais importante incorporada à

política e ao sistema de saúde foi a reorganização do modelo técnico-assistencial, orientado para a definição de programas de Atenção Básica como principal eixo orientador das ações e práticas de saúde por dentro do sistema e instituindo-os como responsabilidade direta dos municípios (ARRETCHE & MARQUES, 2002; NASCIMENTO & COSTA, 2009).

A descentralização e a reorganização do modelo técnico-assistencial da política e do sistema de saúde, ainda que revelem uma maior racionalização e diminuição dos gastos públicos federais com os programas sociais, foram concebidas pelo movimento sanitário como estratégias voltadas para a promoção da equidade e a democratização dos espaços de cidadania e de poder na saúde. Segundo Elias (1999), ao processo de descentralização da saúde no Brasil foi conferido, em grande angular, uma intensa positividade focada na relação entre *descentralização X democratização* e entre *participação social X maior possibilidade de controle público* que, de modo substancial, indicava as “virtudes” de uma política democrática. Além da sua compatibilidade com a democracia, os defensores da descentralização e, conseqüentemente, da municipalização, passaram a expressar um conjunto de vantagens na adoção dessa estratégia, quais sejam: diminuição de custos, equidade, acessibilidade, eficiência e eficácia, extensão da cobertura, entre outras (NASCIMENTO & COSTA, 2009).

Não à toa que, desde suas origens em 1994, a Estratégia Saúde da Família tem sido o carro chefe do Sistema Único de Saúde, tendo os municípios como o principal âmbito do sistema de saúde a operar uma estratégia de mudanças no modelo de atenção à saúde no país, processo movido por uma concepção hegemônica dentro da política de saúde a respeito dos benefícios resultantes de estratégias descentralizadoras.

A constatação de que, na maioria dos municípios, a organização e o funcionamento da rede de serviços públicos de saúde não davam conta das necessidades de acesso e tampouco de qualidade exigidas para enfrentar velho e novos problemas de saúde da população levou o Governo Federal a enfrentar o desafio de implantar um modelo substituto. Partindo do pressuposto de que a reestruturação do sistema de saúde só seria possível através da reorganização da atenção básica, o Ministério da Saúde passou a investir maciçamente na substituição do modelo tradicional, focado na doença e na ação do profissional médico. Por meio da Estratégia Saúde da Família, [...] o propósito era reverter o quadro de saúde existente e propiciar maior acesso da população aos serviços de saúde (NASCIMENTO & COSTA, 2009, p. 72).

Contudo, o processo de descentralização e de municipalização da saúde tem evidenciado marcas profundas das desigualdades entre os diferentes municípios e regiões do país, de modo que, nas capitais e cidades médias dos estados mais pobres, prestadores de serviços federais/estaduais têm uma participação mais significativa na política de saúde, mostrando uma dependência maior desses municípios dos recursos providos de esferas federativas superiores. Em outros municípios localizados nas regiões com maior desenvolvimento socioeconômico do país, como colocado por Gerschman (2004), tem-se operado um tipo de inovação gerencial que representa, desde o início do século XXI, um claro avanço no processo de descentralização e implementação do SUS, tendo por base iniciativas e recursos próprios da gestão municipal.

De acordo com Arretche & Marques (2002), ainda que sejam verificadas importantes desigualdades na oferta de serviços assistenciais entre os municípios, principalmente nos serviços de maior complexidade tecnológica e assistencial, um importante resultado da municipalização da saúde é que, em 1997, 60% dos municípios brasileiros haviam aderido ao SUS e, em 1998, já era expressiva a participação dos municípios na oferta direta de serviços de atenção básica, revelando “uma extensão da capacidade municipal de prestação de serviços básicos de saúde” em âmbito nacional (p. 463), o que para Nascimento & Costa (2009) representou a grande medida de fortalecimento do poder local ancorada na ideia de que “a municipalização é o caminho” (p. 69).

Nesse sentido, podemos entender que, no processo de implementação da Reforma Sanitária brasileira, foi a nível municipal que foi privilegiada a criação de práticas e programas de saúde pautadas na questão da universalização do acesso e da participação social, tidos como os eixos estruturantes da democrática da saúde naquele contexto. Baseado nessa própria estratégia vitoriosa é que priorizamos, neste trabalho, a realização das entrevistas no âmbito municipal, reconhecendo que é nesse nível de governo que, historicamente, foram experienciadas práticas pautadas na democratização da saúde com maior intensidade e concretude.

No que tange à escolha dos cinco municípios da região do Grande ABC Paulista, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Santo André e São Caetano do Sul, deveu-se ao protagonismo histórico não apenas dos municípios bem como da região, que tem tido grande protagonismo no processo de municipalização da saúde e de implementação do SUS no estado de São Paulo desde 1980 (COSEMS, 2012).

No contexto de intensa mobilização política pelo direito à saúde ao final dos anos 1980, que culminou com a promulgação na Constituição Federal de 1988 da saúde como direito de cidadania e na consolidação do marco legal do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, foram criadas as primeiras associações de secretários municipais de saúde com o objetivo de garantir a consolidação e regulamentação do SUS e defender a municipalização no processo de construção de um novo modelo de atenção à saúde para o país, pautado no estabelecimento de uma interlocução qualificada entre as secretarias municipais com as secretarias estaduais de saúde e o governo federal (COSEMS, 2012).

A região do Grande ABC paulista cravou seu marco no movimento dos secretários municipais de saúde, no âmbito estadual, pois em 1987 foi realizado na cidade de São Bernardo do Campo o I Encontro de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, em que começaram a ser discutidas as exigências legais para a criação de uma entidade que representasse os gestores municipais mediante o governo estadual e que defendesse os interesses dos municípios, ainda no contexto nacional de consolidação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) vinculado ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Nesse período, os municípios de Diadema e de Santo André foram considerados os locais da região metropolitana de São Paulo em que o movimento político dos secretários municipais de saúde pela defesa do direito à saúde era mais expressivo, ao lado de outras cidades do estado como Bauru, São José dos Campos, Santos e Campinas, que também passaram a sediar os encontros estaduais de secretários de saúde nos anos posteriores (COSEMS, 2012).

Ao final de 1994, com a promulgação da NOB 01/93, 19 municípios brasileiros assumiram, pela primeira vez, a condição de gestores semiplenos do sistema de saúde, e receberam a transferência automática e direta de recursos federais para os fundos municipais de saúde, o que representou um marco importante para o processo de descentralização do sistema e da política de saúde. No estado de São Paulo, sete municípios assumiram a gestão semiplena naquele período, sendo dois deles do Grande ABC paulista, Mauá e Diadema, ao de lado de outros como Santos, São Vicente, Sertãozinho, Votorantim e Assis (COSEMS, 2012).

Importante ressaltar ainda que, no histórico de implementação do SUS, o Grande ABC Paulista tem uma tradição no processo de descentralização da política de saúde, principalmente, no que tange à construção de políticas regionalizadas. O

marco inicial para esse processo antecede a criação do SUS, com a reforma da administração pública paulista realizado no governo Franco Montoro (1983-1986), em que houve uma descentralização da gerência das atividades da secretária estadual de saúde por meio da criação de 62 Escritórios Regionais de Saúde (ERSAS) no estado (MENDES & ALMEIDA, 2015). Em 1995, o modelo de regionalização das atividades da secretaria estadual de saúde é alterado e no lugar dos ERSAS, são criadas as Diretorias Regionais de Saúde (DIR), em um total de 24 diretorias, distribuídas pelo estado de São Paulo. Os objetivos das DIR eram os de contribuir para a qualidade de vida e das condições sanitárias da população das respectivas regiões, por meio de uma articulação intersetorial do estado com os municípios e com os organismos da sociedade civil das respectivas regiões sanitárias, além de uma publicização de informações de saúde e gerenciais que viabilizasse o controle social sobre o desempenho do sistema de saúde a nível regional. Com essa nova configuração, todos os sete municípios do Grande ABC conformariam uma única DIR, consolidando importantes investimentos do governo do estado na região, principalmente no que tange aos serviços e as atividades de média e alta complexidade (SILVIA & GOMES, 2014).

Apesar da dificuldade na disponibilidade de dados, em especial pelas constantes mudanças nas formas de classificação dos estabelecimentos e nos registros das informações, outro processo que expressa a importância da região do Grande ABC Paulista no processo de municipalização da saúde é que, nos últimos dez anos, ela tem sido a terceira maior região de saúde do estado de São Paulo a apresentar um quantitativo médio de estabelecimentos ambulatoriais no nível da atenção básica à saúde, considerado o carro chefe do processo de municipalização no setor a partir da NOB 01/96, ficando atrás apenas da região de saúde de São Paulo e da região metropolitana de Campinas. Se considerarmos o período de 2010 a 2014, ela representou a segunda maior região do país em estabelecimentos na atenção básica. Os dados disponíveis, entretanto, são insuficientes para uma análise mais precisa sobre a natureza desses estabelecimentos, a modalidade de gestão e de prestação dos serviços, indicando apenas uma situação de destaque da região do Grande ABC no estado na provisão desses estabelecimentos em números absolutos.

Tabela 1. 10 maiores regiões de saúde segundo quantitativo médio de estabelecimentos ambulatoriais no nível de atenção básica a saúde. Estado de São Paulo, 2021.

Região de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
São Paulo	4102	4138	4096	4018	3961	3806	3678	3623	3719	3901	2712	4175
Região Metropolitana de Campinas	1139	1213	1264	1329	1404	1479	1638	1811	1931	1982	2030	1722
Grande ABC	1498	1522	1510	1529	1521	1448	1443	1462	1503	1503	1331	1627
Baixada Santista	1309	1310	1341	1362	1370	1369	1371	1383	1405	1408	1410	1504
Sorocaba	862	871	886	907	956	1049	1133	1212	1268	1321	1411	1188
Piracicaba	884	922	964	1005	1050	1077	1120	1158	1195	1231	1265	1187
Rota dos Bandeirantes	771	810	839	864	894	927	962	975	1017	1067	1121	1025
Aquífero Guarani	694	772	759	811	846	861	815	848	860	852	848	896
Marília	617	642	680	722	754	778	818	869	877	897	919	857
Jundiaí	595	616	623	638	653	669	693	718	763	810	844	762
Total	12469	12815	12961	13183	13410	13464	13671	14058	14539	14970	13890	14943

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

No que tange a escolha dos entrevistados, optou-se por aqueles que, no cotidiano de sua prática, exercem a responsabilidade sanitária do município ao conduzir a política de saúde a nível local. Trata-se de gestores que, pela posição que ocupam na organização do SUS, podem trazer elementos que possibilitam compreender as diferentes dimensões e aspectos da questão democrática na saúde, por meio da sua experiência concreta. As suas vivências, percepções e interpretações de como a política de saúde é estruturada a nível local, dos elementos que a compõe, dos objetivos e das relações plasmadas nas ações e práticas de saúde e dos resultados produzidos, trazem uma multiplicidade de informações e elementos que, com a revisão de literatura, balizam a investigação social do problema de pesquisa. Assim, neste trabalho, é o relato desses atores que fornecem os elementos empíricos para pensar o binômio saúde-democracia expresso na construção da política municipal de saúde no contexto contemporâneo.

Foram entrevistados cinco sujeitos, sendo: dois secretários de saúde, um secretário adjunto de saúde e dois assessores técnicos. Considerou-se que estes últimos são profissionais especializados que auxiliam tecnicamente o secretário de saúde na definição e implementação do modelo técnico-assistencial em consonância com as diretrizes estabelecidas pela política municipal de saúde. Eles subsidiam as tomadas de decisão e são incumbidos pela definição das estratégias e ações de atenção à saúde nos municípios, ocupando também um papel dirigente da responsabilidade sanitária daquela localidade, cabendo, portanto, sua entrevista.

Não houve pretensão de seguir à risca critérios de amostragens para a seleção e identificação dos entrevistados na pesquisa, de modo que a seleção desses gestores de saúde obedeceu a um critério fundamental: ser representante da política municipal de saúde e condutor das estratégias e ações de atenção à saúde constituintes do modelo técnico-assistencial do município (BOSI, 2012; MINAYO, 2014).

Vale ressaltar que para a realização da coleta de dados, o trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). A fim de preservar a identidade dos entrevistados, eles foram identificados com a letra “G”, referindo-se à palavra gestor, e diferenciados pela ordem em que as entrevistas foram realizadas. Por exemplo, as narrativas selecionadas da primeira entrevista foram referenciadas no trabalho como pertencente ao G1, indicando que foi o primeiro gestor a ser entrevistado no período de coleta de dados e, assim, se sucedeu para as cinco entrevistas realizadas.

Todas elas foram realizadas em ao final de 2019 e início de 2020, em um contexto que antecedeu a emergência da pandemia do novo coronavírus no Brasil e na região do Grande ABC paulista - região que teve o seu primeiro caso confirmado na segunda quinzena de março do mesmo ano. Contudo, para a sua realização, a maior parte dos gestores pleitearam um cuidado específico na apresentação e no tratamento dos dados para a pesquisa: pela pesquisa ser inicialmente publicada em um ano eleitoral e nelas conterem informações importantes acerca da organização da política de saúde municipal e das interpretações que os gestores fazem dos diferentes aspectos abordados, foi solicitada sua não identificação pessoal nem do município, na apresentação dos dados. Atendendo ao pedido, alguns cuidados foram tomados:

1) Foram considerados apenas os elementos recorrentemente expressos nos depoimentos coletados para a investigação do problema de pesquisa, de modo que aspectos singulares a um município foram cautelosamente incorporados à pesquisa, de modo a não romper com as experiências de caráter coletivo vivenciados pelos diferentes gestores no que tange aos temas propostos nas entrevistas.

2) Ao longo dos capítulos, quando houve a necessidade de caracterizar e contextualizar alguns aspectos municipais, a

apresentação e a análise dos dados foram feitas de forma a tentar não identificar diretamente o entrevistado e o município em pauta.

Ainda que isso represente uma limitação para a pesquisa, no que tange à contextualização das singularidades de cada local e a relação direta com as narrativas, é importante frisar que o trabalho se aprofundou nas semelhanças das ideias, dos posicionamentos e das experiências vividas, priorizando o aspecto coletivo das ideias expostas por eles sobre as temáticas abordadas.

Esta é uma pesquisa que apresenta um forte caráter exploratório, abrindo perspectivas para novos trabalhos acerca da temática, em outros contextos e outras abordagens metodológicas.

Vejamos, com mais detalhes, as principais características dos atores entrevistados de acordo com as informações obtidas, consolidadas no quadro 1.

Da amostra, há apenas uma mulher (G4) que, no momento da entrevista, ocupava o cargo de assessoria técnica da secretaria de saúde, e cuja formação inicial é em publicidade e propaganda, sendo a única entrevistada a não possuir uma graduação na área da saúde. Dos atores que possuem uma graduação na saúde, apenas o G3 possui bacharelado em Saúde Pública, reconhecido enquanto “sanitarista”, cuja formação não é caracterizada pelo exercício da clínica, e que junto com a G4, se diferencia dos demais entrevistados que têm a formação profissional baseada na assistência e nos preceitos biomédicos, como medicina, enfermagem e odontologia. Isto que faz com que ambos não tenham vivenciado, no início de sua trajetória profissional, o âmbito da assistência, ocupando cargos administrativos e de gestão desde sua formação. Entretanto, é importante ressaltar que independentemente da formação todos os entrevistados possuem uma ampla formação acadêmica a nível de pós-graduação na saúde, principalmente, voltada para a Saúde Coletiva e para as práticas de gestão em saúde. O que faz com que nenhum dos cargos do alto escalão das secretarias de saúde analisadas sejam ocupados por pessoas que tenham apenas a formação de graduação.

Quadro 1. Características dos gestores entrevistados. Grande ABC paulista, 2020.

Identificação	Sexo	Formação profissional	Trajetória Profissional	Cargo atual	Tempo de atuação no cargo atual	Partido Político da gestão municipal
G1	Masculino	Enfermeiro, com pós-graduação em Urgência e Emergência e docência em saúde	Apresenta um amplo histórico de atuação à nível local em diferentes municípios do Grande ABC paulista na área de urgência e emergência (UE). Iniciou sua experiência profissional no SUS há 8 anos, como enfermeiro assistencial da Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Atuou em cargos de gerência, coordenação, diretoria e superintendência técnica em UE, ao mesmo tempo em que exercia o cargo de professor universitário em faculdade privada.	Secretário de Saúde	Menos de 1 ano	PSDB
G2	Masculino	Médico, com especialização em medicina da família e gestão em saúde	Concursado da secretaria municipal de saúde há 10 anos, tendo atuado como médico clínico na área de urgência e emergência e como médico da família na Atenção Básica. Em grande parte de sua trajetória profissional, ocupou cargos de gestão nas áreas de Atenção Especializada, Regulação Ambulatorial, Auditoria e Planejamento em Saúde. Tem atuação à nível federal como assessor de gabinete do Departamento de Atenção Básica no Ministério da Saúde e como consultor técnico da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) para a consolidação da Estratégia Saúde da Família. Exerce, também, atividades na Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo) na cidade de São Paulo.	Secretário adjunto de saúde	3 anos	PV
G3	Masculino	Sanitarista, com pós-graduação em Saúde Coletiva	Tem histórico de atuação no SUS a nível local em municípios da região intermediária de Campinas e no Grande ABC Paulista. Há 5 anos, tem assumido cargos de coordenadoria nas áreas de Educação Permanente e Apoio à Gestão. Apresenta ampla atuação nas áreas de planejamento em saúde, regulação ambulatorial, urgência e emergência e gestão hospitalar.	Assessor técnico do(a) secretário de saúde e Diretor de Atenção à Saúde	2 anos	PSDB
G4	Feminino	Publicitária, com pós-graduação em gestão hospitalar e sistemas de saúde	Concursada da secretaria municipal de saúde há 10 anos, no cargo de assistente administrativo da coordenadoria de Apoio à Gestão. Desde o início, atua na área de planejamento estratégico, tendo por foco a organização dos instrumentos de planejamento dos programas de governo e a apresentação deles ao Conselho Municipal de Saúde. Tem histórico de trabalho na iniciativa privada, com foco em contas médicas, credenciamento e gestão de projetos.	Assessora técnica do(a) secretário de saúde	2 anos	PSDB
G5	Masculino	Odontólogo, com pós-graduação em Saúde Coletiva	Apresenta histórico de atuação no SUS há, aproximadamente, 10 anos, tendo atuado nos três níveis federativos que organizam e estruturam o sistema. Ocupou cargo de supervisão e de consultoria técnica no Ministério da Saúde e no Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/SP). Atuou como secretário de saúde em um município da região intermediária de Campinas	Secretário de Saúde	1 ano	PSB

No que tange ao tempo e as características das trajetórias, o G3 é o que apresenta o menor tempo de atuação na saúde pública, tendo iniciado suas atividades em 2015; se comparado aos demais entrevistados que estão atuando na área há cerca de 10 anos. A maior parte das experiências são relatadas no âmbito municipal do SUS, sendo que apenas dois entrevistados possuem experiências em outros níveis federativos, como o G2, que tem experiências a nível federal, e o G5, que tem experiências a nível federal e estadual. Outro aspecto importante é que, de todos os entrevistados, apenas a G4 não ocupou outros cargos a nível de coordenadoria e diretoria antes de assumir o cargo atual. O restante deles têm uma ampla experiência em cargos de chefia na saúde pública. Além disso, a maior parte das suas experiências se deu na área de planejamento em saúde, vinculada, na maior parte dos municípios, aos departamentos e coordenadorias de Apoio à Gestão.

Percebe-se, ainda, que no que se refere ao tempo de atuação dos gestores no cargo atual apenas o G2 ocupou o cargo desde o início da gestão municipal, iniciada em 2017. O restante, tem um tempo de atuação menor, sendo que o G1 é o gestor que apresenta o menor tempo à frente do cargo atual, com menos de um ano da data da entrevista realizada.

A maior parte desses profissionais se insere em uma gestão comandada pelo Partido da Social-Democracia Brasileira (PSDB), que no decorrer da história do país, tem um exercício político mais afastado dos movimentos trabalhistas e alinhado com o liberalismo de mercado. Para Vieira (2012), o partido muda de alinhamento ideológico e político da centro-esquerda para a centro-direita e direita ao longo de sua trajetória no cenário político nacional, de modo que “a análise dos documentos oficiais do PSDB revela que a mudança do partido não foi algo pragmático, na verdade o partido já apresentava simpatia às políticas pró-mercado em seus manifestos desde sua fundação” (p. 12). Outros partidos políticos encontrados na amostra são o Partido Socialista Brasileiro (PSB) e o Partido Verde (PV) que estão alinhados no espectro político da centro-esquerda.

As posições ideológicas e políticas do partido têm influência direta na forma como as políticas sociais são estruturadas e realizadas, o que, na saúde, adquire uma característica especial: ao mesmo tempo que ela é tomada como uma política de Estado, pautada na Constituição Federal de 1988, aspectos de sua forma e concretização ocorre enquanto uma política de governo, organizada de acordo com os ideais, convicções e correntes políticas partidárias, o que impacta diretamente em

como a questão democrática na saúde se materializa em ações e práticas concretas. Contudo, ressaltamos que no trabalho não serão aprofundadas análises sobre a relação entre a inserção partidária dos gestores e os seus discursos sobre as práticas na saúde, ainda que consideremos essa relação pertinente e importante para caracterizar a questão democrática na saúde hoje.

As entrevistas foram estruturadas em dois grandes conjuntos de perguntas de acordo com o problema de pesquisa, em torno da questão democrática na saúde e sua realização, nos âmbitos do acesso universal e da participação social.

No tema do acesso, os eixos das perguntas versaram sobre: 1) a concepção que os gestores locais têm do SUS enquanto um sistema de saúde de acesso universal e 2) a materialização do caráter universal do acesso no contexto das realidades municipais.

No tema da participação social, os eixos constituíram-se em: 1) percepções e experiências dos gestores com o exercício participativo nos Conselhos Municipais de Saúde e 2) reconhecimento e concretização de outras formas de participação na saúde que não fossem àquela institucionalizada nos Conselhos. As perguntas constam no quadro abaixo.

Quadro 2. Perguntas realizadas nas entrevistas com os gestores. Região do Grande ABC paulista, 2020.

Acesso universal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Com base na sua experiência e na sua posição atual, o que significa para você o SUS como um sistema universal de saúde nos dias de hoje? 2. Pensando na realidade do município, como isso se expressa? 3. Quais as oportunidades e as dificuldades para se pensar e estruturar o acesso universal no município? 4. Que lugar o acesso ocupa na política de saúde do município? Por quê?
Participação social	<ol style="list-style-type: none"> 1. Qual o papel que o Conselho Municipal de Saúde desempenha na política de saúde do município? 2. Quais as demandas mais frequentes colocadas pelos conselheiros e qual o perfil deles? 3. Pra você, essas demandas são representativas para a população e para a realidade do município? 4. Para além dos Conselhos, você identifica outras formas de participação da população na saúde do município? Quais? 5. Qual o impacto dessas outras instâncias na política de saúde do município?

A preocupação principal quanto ao roteiro e realização das entrevistas esteve dirigida ao aprofundamento de como os gestores pensam, concebem e experienciam o acesso universal e a participação social na saúde nos municípios em que atuam. Na análise, os elementos recorrentemente expressos nos depoimentos coletados foram considerados para a caracterização da questão democrática na saúde nessas duas dimensões. A síntese dos elementos, segundo os eixos analíticos, pretendeu construir as percepções sociais que aquele conjunto de gestores tem, especificamente, sobre as questões do acesso e da participação na saúde e, em grande angular, da própria questão democrática na saúde; revelam, assim, aspectos importantes de como o binômio saúde-democracia se realiza no conjunto de ações sanitárias que constituem o modelo de atenção à saúde nos diferentes municípios.

Os capítulos deste trabalho foram estruturados a partir dos eixos das entrevistas. Assim, o trabalho encontra-se dividido em duas partes, conforme os eixos estruturantes das entrevistas.

A primeira parte, denominada *O acesso como realização da questão democrática na saúde*, apresenta uma análise da relação entre saúde e democracia por meio da universalização do acesso, e é constituída por quatro capítulos. O primeiro deles é marcadamente teórico e corresponde a uma análise e problematização acerca dos caminhos percorridos pelo movimento sanitário que articularam diretamente o direito à saúde ao acesso aos serviços de saúde, tendo por base dois documentos históricos que fundamentaram o projeto da Reforma Sanitária Brasileira. O segundo analisa as concepções que os gestores locais têm sobre o Sistema Único de Saúde e como elas dialogam com uma das contradições basilares da Reforma: a da consolidação do direito à saúde como consumo. Foram utilizadas como base estruturante deste capítulo as respostas dadas pelos gestores à primeira pergunta sobre acesso. O terceiro debruça-se sobre a relação entre acesso e consumo, e como essa relação se concretiza nas diferentes realidades municipais, tendo por base as práticas e ações sanitárias desenvolvidas nos municípios com foco nos chamados níveis de média e alta complexidade assistencial. O quarto e último capítulo destaca o nível primário de atenção à saúde, nas quais as contradições entre acesso e consumo também se fazem presentes, porém de uma forma mais radicalizada e, sobretudo, silenciosa. O terceiro e o quarto capítulo foram estruturados de acordo com as respostas da segunda, terceira e quarta perguntas sobre acesso.

A segunda parte, intitulada *A participação social na saúde e a questão democrática em transformação*, é composta por três capítulos e analisa as transformações no exercício participativo na saúde, e como elas modificam o conteúdo democrático originalmente pensado no projeto reformador na saúde. Ganham destaque nesta seção as profundas mudanças sociais ocorridas ao final do século XX, em escala nacional e global, e sua relação com a questão democrática na saúde sob a égide do exercício participativo e do consumo dos bens, tecnologias e serviços de saúde. O primeiro capítulo, de abrangência teórica, tem por objetivo realizar um resgate histórico da trajetória percorrida pelas forças populares na saúde e a consolidação da participação social enquanto princípio fundamental da política sanitária brasileira, alinhados a categorias de análise da teoria social contemporânea, com maior destaque aos conceitos elaborados pela obra do sociólogo alemão Ulrich Beck. No segundo capítulo, analisa-se como e em que dimensões a participação social na saúde, via Conselhos de Saúde, expressa a ambivalência estruturante das sociedades contemporâneas. Foram utilizadas as respostas da primeira, segunda e terceira perguntas sobre o eixo da participação social na saúde. O terceiro e último capítulo descreve a emergência da participação social na saúde em espaços não institucionalizados do SUS, e que estão vinculados, sobretudo, ao uso das Tecnologias de Informação e de Comunicação (TIC) que estruturam novas formas e padrões de relacionamento entre Estado e sociedade. Foram utilizadas as respostas da quarta e da quinta perguntas sobre participação social.

O trabalho se encerra com as considerações finais, que apresentam um balanço geral do estudo e sinalizam certas perspectivas de pesquisas para eventuais desdobramentos.

PRIMEIRA PARTE

O ACESSO COMO REALIZAÇÃO DA QUESTÃO DEMOCRÁTICA NA SAÚDE

O acesso aos serviços de saúde corresponde a um tema relevante para grande parte dos estudos referentes às formas de organização e de implementação da política de saúde na sociedade brasileira. O papel de destaque que a temática ocupa na literatura do campo da Saúde Coletiva tem suas origens no processo de reformulação da política de saúde no período de transição democrática do país, conduzida pelo movimento da Reforma Sanitária brasileira a partir dos anos 1970 (GIOVANELLA & FLEURY, 1995; COHN, 2009).

No contexto da democratização, a redefinição das políticas sociais foi tida como uma das principais propostas políticas capazes de reverter as enormes desigualdades sociais e a extrema extensão da pobreza, que foram acentuadas pelo militarismo e pelo autoritarismo dos regimes ditatoriais instaurados no país de 1964 a 1985. Nesse cenário, a universalização do acesso foi instituída pelo movimento sanitário como questão central para a reestruturação da política de saúde à época, que foi viabilizada por meio do reconhecimento da saúde enquanto direito social na Constituição Federal de 1988 e pela criação de um sistema de saúde de caráter público, unificado e universal - o SUS (GERSHMAN, 2004).

Desde então, o acesso tem um lugar privilegiado nas análises da política de saúde e do quadro sanitário brasileiro, correspondendo, assim, a uma temática que vem sendo abordada por um conjunto muito heterogêneo de estudos, que tomam a questão sob as mais variadas perspectivas de análise.

Essa pluralidade de abordagens metodológicas e teórico-conceituais que envolve os estudos sobre acesso aparece como características reiteradas por inúmeros trabalhos do campo, como por exemplo, as revisões bibliográficas de Giovanella & Fleury (1995) e de Travassos & Martins (2004). Estes últimos sinalizam, ainda, que o conceito de acesso aparece “muitas vezes empregado de “forma imprecisa, e pouco clara” e “que varia entre autores e muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto” (p. 191).

Desse modo, uma rápida consideração sobre como o acesso vem sendo abordado predominantemente na literatura da Saúde Coletiva se faz necessária e servirá como o ponto inicial das considerações nessa primeira parte da dissertação.

Interessa, assim, identificar aquelas interpretações mais recorrentes sobre o tema e quais caminhos teóricos e analíticos são por elas percorridos.

O primeiro aspecto que ganha destaque é o fato de que o direito à saúde, articulada fortemente com as questões do acesso, tem como uma das suas principais formas de realização no tecido social a ampliação quantitativa de serviços públicos de saúde e a incorporação crescente de diferentes grupos populacionais à assistência médica (COHN, 2009; DONNANGELO & PEREIRA, 2011). Isso fez com que o acesso se constituísse, desde os primórdios do movimento da Reforma Sanitária, em uma categoria-valor, isto é, como o principal objetivo a ser atingido e o grande eixo orientador da política de saúde (HORTALE, PEDROZA & ROSA, 2000). O que, num primeiro momento, fez todo sentido dado o contexto da realidade socioeconômica brasileira nos anos 1970 e 1980, marcada por uma crise no quadro sanitário brasileiro com uma forte exclusão dos setores populares da assistência médica previdenciária (GIOVANELLA & FLEURY, 1995; DONNANGELO & PEREIRA, 2011).

Cohn (2009) aponta uma das consequências desse processo: a expansão e a ampliação do acesso passam a ser tomadas na literatura do campo da Saúde Coletiva em sua forma mais pragmática e tecnicista, traduzidas no lema da “implementação do SUS” (p. 1615). Isso, segundo a autora, fez com que a partir da década de 1990 houvesse um predomínio na produção acadêmica e não acadêmica de uma dimensão predominantemente técnica da política de saúde, em detrimento das grandes questões políticas e sociais envolvidas na proposta original da Reforma Sanitária tais como, as mudanças no papel do Estado, as diferentes construções de um projeto de nação vinculado à conquista da democracia, e às análises sobre as dimensões estruturais do processo saúde/doença (IBIDEM).

Nesse sentido, nos últimos trinta anos, por mais que o acesso represente um tema transversal aos diferentes eixos do campo da Saúde Coletiva, é no domínio dos processos gerenciais e da dimensão organizativa do sistema dos serviços e das práticas em saúde que ele encontra a sua principal expressão. Como apontado por Giovanella & Fleury (1995), isso faz com que, a partir da década de 1990, os estudos sobre acesso sejam majoritariamente realizados tendo por base o conceito de acessibilidade.

Esta interlocução entre acesso e acessibilidade se estrutura originalmente no âmbito dos estudos sobre a qualidade dos serviços de saúde presente na literatura norte-americana e diretamente relacionada à construção de novos processos de

planejamento e de avaliação no setor saúde nos Estados Unidos, a partir da segunda metade do século XX (REIS ET AL, 1990). Por um lado, é importante salientar que, no contexto internacional, a preocupação com a qualidade da prática médica e dos serviços de saúde não é um fenômeno recente. A primeira grande sistematização de um mecanismo de avaliação da qualidade dos serviços e do ensino e, conseqüentemente, da prática médica data do início do século XX: o relatório Flexner. Publicado em 1910 sob o patrocínio da Fundação Carnegie, o relatório Flexner teve profundas implicações para a formação e organização da medicina mundial, de modo que “para o bem e para o mal, é impossível discutir a educação e a prática médica, em qualquer parte do planeta, sem referir a Flexner e seu relatório” (PAGLIOSA & ROS, 2008, p. 483).

Em contrapartida, a avaliação da qualidade dos serviços de saúde tendo por base o acesso, sim, corresponde a um fenômeno recente e tem suas origens nos estudos desenvolvidos a partir de 1960 por Avedis Donabedian (1919-2000), influente médico libanês radicado nos Estados Unidos e reconhecido internacionalmente pelos seus trabalhos sobre avaliação qualitativa do cuidado médico (GIOVANELLA & FLEURY, 1995).

Nas palavras do autor, “o propósito dos sistemas de atenção à saúde é proporcionar o mais alto nível de qualidade ao menor custo, de maneira mais equitativa, ao maior número de pessoas” (Donabedian in Brasil, 2011, p. 195). Com base nessa definição sintetiza-se a qualidade do sistema de saúde por meio dos chamados “sete pilares da qualidade”, constituídos na teoria donabediana pelos referenciais de eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (BRASIL, 2011). No entanto, ao mesmo tempo que esses pilares conceituais sinalizam aspectos corporativos e racionalizadores da prática médica e dos serviços de saúde, eles só existem em diálogo com as necessidades de saúde e as características da população assistida.

Nas concepções do autor, a acessibilidade é a característica da oferta que relaciona a produção e a prestação de serviços com as necessidades de saúde de uma determinada população. Esse conceito é mais abrangente do que a simples ideia de disponibilidade de recursos de atenção à saúde, referindo-se àquelas características dos serviços que facilitam ou limitam o seu uso pelos usuários em potencial. A acessibilidade abrange, assim, desde aspectos geográficos, como distância, tempo e custo de locomoção (acessibilidade geográfica), até os aspectos

organizacionais do sistema de saúde e as características socioepidemiológicas da própria população (acessibilidade sócio-organizacional). O que significa considerar que a oferta dos serviços de saúde só assume significado pleno quando analisada à luz dos impactos que exerce na capacidade da população de utilizá-los (DONABEDIAN, 1973; GIOVANELLA & FLEURY, 1995; TRAVASSOS & MARTINS, 2004).

No Brasil, a relevante e profunda influência das teorias donabedianas nas discussões e práticas de avaliação e qualidade nos serviços de saúde foram identificadas por Reis *et al* (1990) já no final da década de 1980, quando os autores afirmaram que “difícilmente são encontrados artigos na literatura nacional sobre o tema que não se baseiem ou cite, com destaque, o trabalho desse autor” (p. 53). No contexto de implementação do SUS, o conceito de acessibilidade se torna basilar para as principais análises sobre acesso, que passa a ser entendido como “a capacidade de um grupo para buscar e obter atenção à saúde” (GIOVANELLA & FLEURY, 1995, p. 198).

Pautados nessa conceituação, Travassos & Martins (2004) apontam que as condições de acesso seriam resultadas da relação que se estabelece entre três grandes variáveis que envolvem o conceito donabediano de acessibilidade, sendo eles:

- 1) A disponibilidade de recursos de atenção à saúde, tida como a relação entre o volume e o tipo de serviços existentes numa dada realidade social, e que deve dialogar com a quantidade da população assistida e o tipo de necessidades apresentadas;

- 2) O conjunto de obstáculos e resistências que impedem a busca e a obtenção dos cuidados em saúde pelas diferentes coletividades, que envolvem diferentes aspectos da própria organização do sistema de saúde e da oferta de serviços. Tais obstáculos podem ser caracterizados, por exemplo, em uma *dimensão geográfica*, como um maior tempo de deslocamento e uma maior distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde; em uma *dimensão econômica*, que se refere às dificuldades financeiras que o usuário encontra para obter o atendimento necessário, como por exemplo o custo que ele despende para o transporte; em uma *dimensão organizacional*, como o horário de funcionamento e as características da agenda programática, que estão diretamente relacionado com o modelo técnico-assistencial prevalecente.

3) A capacidade das coletividades em superar tais obstáculos e receberem os cuidados em saúde essenciais às suas necessidades, e que seria representada pelo grau de utilização que elas fazem dos serviços de saúde. Isto é, quanto maior o uso, maior a capacidade de um grupo para superar os obstáculos existentes. Os determinantes dessa utilização são variáveis, podendo estar relacionados às próprias *necessidades de saúde*, como a morbidade, a gravidade e a urgência da doença; ou aos *usuários*, com suas características socioeconômicas, culturais e demográficas; entre outros fatores contextuais relacionados à política e à oferta de serviços de saúde.

Nesta conceituação, a relação positiva que se estabelece entre essas variáveis culmina em melhores condições de realização do acesso, que é materializada no tecido social, fundamentalmente, pelo uso que a população faz dos diferentes serviços e práticas de saúde. O acesso torna-se efetivo quando o uso dos serviços de saúde possibilita melhorias nas condições sanitárias ou quando satisfazem a experiência vivida pelos usuários em relação às suas necessidades (ANDERSEN, 1995; TRAVASSOS & MARTINS, 2004).

Por mais que acesso e uso representem fenômenos e categorias analíticas distintas, “a utilização dos serviços representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde” (TRAVASSOS & MARTINS, 2004, p. 190) e, portanto, representaria a principal manifestação do acesso em uma dada realidade social. Essa relação é expressa por Assis & Jesus (2012) que entendem o acesso como “a liberdade de usar os serviços de saúde” (p. 2868) e, portanto, caracterizam o uso como a “expressão positiva do acesso” (p. 2868).

Essa simbiose entre acesso e uso é duplamente otimista, pois, ao mesmo tempo que o acesso representa a principal forma de realização da atenção à saúde hoje em voga - e que só ocorre por meio do uso que as populações fazem dos serviços, bens e tecnologias de saúde -, ele se institui como grande elemento transformador da realidade sanitária no contexto brasileiro após a criação do SUS (HORTALE, PEDROZA & ROSA, 2000; AROUCA, 2003; ASSIS & JESUS, 2012).

Além disso, é por meio do acesso que “tomaria forma a coerência dos serviços de saúde com as necessidades da população” (HORTALE, PEDROZA & ROSA, 2000, p. 235), o que resulta em uma representação do acesso como a principal dimensão da política em que se manifestariam a legitimidade e a confiança dos usuários no sistema de saúde.

Institui-se, assim, uma noção predominante do acesso em sua dimensão mais positiva e que passa, concomitantemente, a ser considerado como o principal fator de desempenho da política de saúde. Uma relação em que a qualidade e os resultados obtidos seriam diretamente proporcionais ao acesso e às suas condições de realização (TRAVASSOS & MARTINS, 2004).

Dessa forma, podemos entender que, em articulação com o conceito donabediano de acessibilidade, o elemento majoritariamente presente nas análises sobre acesso é a relação positiva que se estabelece com a utilização dos serviços de saúde (GIOVANELLA & FLEURY, 1995; TRAVASSOS & MARTINS, 2004; ASSIS & JESUS, 2012). Para nós, isso revela que o uso representa não só o lugar-comum das análises sobre acesso, como também expressa a principal forma com que ele se materializa no tecido social enquanto prática sanitária.

Pautados nas análises de Donnangelo & Pereira (2011) e de Schraiber & Mendes-Gonçalves (2000), entendemos que esse uso que os indivíduos e as coletividades fazem dos serviços de saúde em busca de algum tipo de intervenção assistencial representa uma prática de consumo. E que, como tal, expressa as estruturas e a natureza da sociedade capitalista na qual se realizam. Nesse sentido, diferentemente dos trabalhos que tomam o acesso como avaliação da qualidade e do desempenho da política de saúde na sua dimensão mais positiva, nesta pesquisa ele será analisado como elemento basilar na relação que se estrutura entre saúde e sociedade, no contexto contemporâneo, por meio do consumo.

No que tange à sua articulação com o econômico, compreendemos, de forma bastante geral, que o consumo dos serviços de saúde corresponde a um elemento constitutivo da estrutura produtiva do setor saúde e que envolve, para além da prestação de serviços, uma variedade de componentes materiais e tecnológicos que compõem os diferentes atos terapêuticos – que vão desde produtos sempre renovados da indústria farmacêutica até uma gama diversa de equipamentos e maquinarias produzidas por diferentes setores industriais (DONNANGELO & PEREIRA, 2011).

Nessa lógica, os serviços de saúde com seus componentes materiais e tecnológicos assistenciais se constituem nos bens cujo consumo só se concretiza por meio do acesso. É através dele que os serviços de saúde assumem o seu papel substancial e intransferível nas condições sanitárias, dado que é a partir da sua utilização que se realizam um conjunto de condutas clínicas e intervenções

terapêuticas pelos diferentes profissionais da assistência. Podemos entender, assim, que um serviço de saúde que não é utilizado, que não é consumido, fica privado de seu objetivo (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 2000; DONNANGELO & PEREIRA, 2011).

Se por um lado, a prestação de serviços e a produção dos componentes materiais e tecnológicos assistenciais fornecem os bens para o consumo, o seu contrário também é verdadeiro: “o consumo produz a produção porque cria a necessidade de uma nova produção” (MARX, 2008, p. 248). Nesse contexto, Schraiber & Mendes-Gonçalves (2000) apontam que o consumo dos bens, tecnologias e serviços de saúde, ao mesmo tempo que possibilita a realização de intervenções por meio da assistência, traz como resultado a própria intervenção e o próprio consumo como necessidade. Isso porque, ao satisfazer os problemas apresentados, a busca pelos serviços de saúde fica sempre reiterada como solução antevista para as diferentes necessidades de saúde. O consumo se mostra, assim, eficaz para a resolução dos problemas de saúde, criando-se a “necessidade” da sua repetição.

No contexto contemporâneo, a radicalização do consumo dos serviços, bens e tecnologias de saúde como principal resposta às diferentes condições e fenômenos de saúde transforma a própria demanda por mais consumo como o lócus privilegiado de realização da política de saúde. Isto é, cria-se um ciclo na estrutura do setor saúde em que a oferta dos serviços, bens e tecnologias nunca é suficiente, formando um *continuum* em que o final do ato consumista é a necessidade de demais consumo de serviços e bens tecnológicos, cada vez mais sofisticados e especializados (COHN, 1989; 2009; SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 2000; RETONDAR, 2008; IANNI, 2018).

A especialização do consumo cria no setor saúde um mercado altamente diversificado dos mais variados serviços, equipamentos, medicações e práticas, fazendo com que a política de saúde tente adequar, cada vez mais, a produção e a oferta dos serviços e das tecnologias em saúde às exigências mais particulares dos usuários e suas necessidades. Em uma perspectiva sociológica, essa mudança não é apenas de caráter quantitativo. Ao contrário, ela reflete uma mudança na própria lógica social do consumo por dentro do setor saúde, que passa a constituir, por meio da política pública, um intenso processo de individualização e de medicalização do

social (COHN, 1989; 2009; SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 2000; RETONDAR, 2008; IANNI, 2018).

Neste caso, poderíamos falar que a expansão do acesso como consumo, sob a égide do direito à saúde, constitui no principal elemento a partir do qual se verifica uma passagem das ações e das práticas mais coletivas em saúde para adotar o indivíduo e suas necessidades singulares como o principal foco e referência da política social. Ou seja, a expansão da lógica do consumo na saúde faz com que haja uma mudança do sentido mais coletivo e redistributivo das suas práticas por dentro do SUS, marcado cada vez mais pela expansão do consumo individualizado; o que termina por colocar em xeque a própria questão da universalidade do acesso, que encontra limites técnicos, políticos-institucionais e econômicos para a sua realização.

É possível falar que a lógica do consumo, intrínseca as questões do acesso, transforma a relação saúde e sociedade, que passa a ser marcada por um movimento constante e intenso de tomar o indivíduo e suas singularidades como referência principal e imediata da política de saúde, orientado pelas práticas consumistas construídas pelo próprio setor (COHN, 1989; 2009; SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 2000; RETONDAR, 2008; IANNI, 2018).

Todas essas proposições receberão tratamento sistemático ao longo dos quatro capítulos que compõem a primeira parte da dissertação. A brevidade com que foram apresentadas decorre de sua função apenas indicativa, nesta seção: se o consumo dos serviços de saúde representa a principal forma de realização do acesso na sua articulação com o social, desde as suas origens, a sua radicalização no contexto contemporâneo constrói práticas destrutivas por dentro do próprio sistema de saúde, colocando em xeque as bases originais fundantes da questão democrática na saúde.

Capítulo 1. “Saúde é democracia, democracia é saúde”: abordagens teóricas iniciais

Este capítulo tem por objetivo contextualizar os caminhos percorridos pelo movimento sanitário brasileiro que articularam diretamente o direito à saúde ao acesso aos serviços de saúde, instituindo-o enquanto eixo norteador das mobilizações e proposições políticas na saúde a partir dos anos 1970. Os argumentos aqui apresentados foram construídos com base em dois documentos históricos que fundamentaram o projeto da Reforma Sanitária brasileira, sendo eles:

- *A questão democrática na área da Saúde*, elaborado pelo Centro de Estudos Brasileiro em Saúde (CEBES) em 1979, e que apresenta as propostas iniciais da atuação do movimento sanitário; e
- O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1987, que consolida o Sistema Único de Saúde sob a égide “saúde é democracia”.

Não pretendemos reconstruir a história do movimento sanitário e das ações reformadoras na saúde realizadas ao longo dos anos 1970 e 1980, trabalharemos apenas com alguns de seus principais elementos que nos permitem compreender como o acesso se constituiu como elemento central do movimento pela democratização da saúde naquele contexto.

No que tange às origens da Reforma Sanitária brasileira, destaca-se a criação do Centro de Estudos Brasileiros em Saúde (CEBES) em 1976. Podemos entender o CEBES como o primeiro espaço institucionalmente organizado que aglutinou as principais lideranças intelectuais e políticas responsáveis pela formulação das primeiras propostas e estratégias de atuação de um movimento reformador na saúde no contexto da ditadura militar (ESCOREL, NASCIMENTO & EDLER, 2005; GERSHMAN, 2004; PAIM, 2008).

A criação do CEBES foi proposta inicialmente por um grupo de jovens profissionais da saúde discentes do I Curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), que em sua maioria eram militantes ou simpatizantes do Partido Comunista Brasileiro (PCB) - partido político com papel de destaque na oposição ao regime ditatorial à época. A fundação do Cebes ocorreu durante a XXVIII Reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), realizada em Brasília em julho de 1976, tendo como princípio basilar a divulgação de um pensamento crítico em saúde, de matriz histórico-

estruturalista, que se materializou com a criação da revista *Saúde em Debate* (RSD) - que viria a se consolidar num dos maiores veículos difusores das ideias do movimento sanitário brasileiro (STRALEN & BONFIM, 2016).

A revista serviu de espaço para as denúncias das desigualdades sociais oriundas do modelo de atenção à saúde e do nacional desenvolvimentismo do regime militar, ao mesmo tempo que publicizou novos ideais e concepções sobre os processos saúde-doença que estavam pautados, em grande angular, em análises de processos históricos e sociais da sociedade brasileira (SCOREL, NASCIMENTO & EDLER, 2005; PAIM, 2008).

Em 1979, foi publicado na RSD o documento intitulado *A questão democrática na área da saúde*, apresentado pelo CEBES à Câmara dos Deputados durante o 1º Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde. Esse documento-base apresentou as linhas gerais daquilo que se conveniu chamar de *democratização da saúde* ou *questão democrática na saúde*, embasando as propostas iniciais do projeto da Reforma Sanitária brasileira que então se formulava. Ancorado nesse documento-base, podemos definir a questão democrática na saúde como: um conjunto de elementos e proposições em torno de uma reformulação da política de saúde que estavam articulados a ideais democráticos propugnados no contexto de transição política do país, trazendo a ideia subjacente do reconhecimento da saúde enquanto um direito social, universal e inalienável a todos os cidadãos brasileiros (PAIM, 2008; FLEURY, 2009).

A universalização do direito à saúde correspondeu ao elemento chave da questão democrática na saúde e, por essa razão, Paim (1986a) salienta a necessidade de considerar que “o direito à saúde não deve ser confundido com o direito aos serviços de saúde ou mesmo com o direito à assistência médica” (p.45). O direito à saúde, enquanto um direito social, implicaria no reconhecimento e na necessidade de agir sobre todos os fatores capazes de influenciar no nível de saúde dos indivíduos e das coletividades. Ao passo que, o direito aos serviços de saúde e, conseqüentemente, à assistência médica, apresenta um significado mais restrito, estando relacionado à viabilidade dos indivíduos receberem o atendimento assistencial necessário para manter ou recuperar o seu estado de saúde (ARAÚJO, 1979; PAIM, 1986a).

Essa diferenciação esteve pautada em uma nova concepção de saúde produzida pelo braço acadêmico do movimento sanitário que evocava outras

dimensões da saúde que não se reduziam ao seu caráter exclusivamente biológico. Esse novo paradigma, pautado no desenvolvimento das ciências sociais em saúde, esteve centrado no modelo teórico-conceitual da *determinação social do processo saúde-doença*, que trouxe o entendimento de que a saúde e a doença são resultantes de processos sociais e, portanto, produtos das condições objetivas de existência (PAIM, 2008; OSMO & SCHRAIBER, 2015).

Essa abordagem teve como matriz epistemológica o paradigma do materialismo histórico-dialético de base estruturalista, estabelecendo uma crítica ao objeto saúde vigente no ensino médico, ao evidenciar os impactos da estrutura social - e, portanto, da relação entre Estado e sociedade - na condição de vida da população brasileira. O grande substrato dessa reflexão foram as desigualdades em saúde que expressariam as situações de classe e as disparidades de acesso aos serviços de saúde vivenciadas pela população brasileira (IANNI, 2015; OSMO & SCHRAIBER, 2015).

Por mais que hoje haja um certo acúmulo autocrítico do campo sobre os limites e as possibilidades da abordagem materialista da saúde, é necessário reconhecer que foi essa perspectiva teórico-epistemológica que permitiu uma análise crítica do objeto saúde na época, tomado até então de forma naturalizada ou “biologizada”. É com a construção do conceito da determinação social da saúde e da doença que a compreensão das dinâmicas sociais invade o biológico de matriz biomédica, e apresenta uma abordagem sobre o estado de saúde e as formas de adoecimento como processos sociais que envolvem corpos que, para além da dimensão estritamente biológica, são determinados pelos diversos aspectos da estrutura social e da vida coletiva, tais como emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação, entre outros (PAIM, 2008; FLEURY, 2009; IANNI, 2015; OSMO & SCHRAIBER, 2015).

Nesse cenário, a construção de um novo modelo teórico-conceitual da saúde tem como objetivo a criação de uma nova consciência sanitária que baseasse toda a atuação do movimento sanitário e que indicasse uma noção generalizada de crise: crise do conhecimento e da prática médica prevalecente, do autoritarismo, do estado sanitário da população brasileira e do sistema de prestação de serviços de saúde (CEBES, 1979; FLEURY, 1998; GERSHMAN, 2004).

Na perspectiva da determinação social, a diferenciação do direito à saúde do direito aos serviços de saúde ou à assistência médica estaria no fato de que estes

últimos, *per se*, apresentariam uma atuação limitada - por mais que intransferível - sobre o estado de saúde da população e seus condicionantes sociais. A ampliação do acesso e da qualidade dos serviços médicos-assistenciais deveria estar associada a um conjunto de proposições mais amplas que implicasse uma totalidade de mudanças e, portanto, correspondesse a um elo integrador de todas as políticas sociais do Estado (ARAÚJO, 1979; AROUCA, 1986; PAIM, 1986a; FLEURY, 2009).

O perfil de saúde de uma coletividade depende de condições vinculadas à própria estrutura da sociedade, e que a manutenção do estado de saúde requer a ação articulada de um conjunto de políticas sociais mais amplas, relativas ao emprego, salário, previdência, educação, alimentação, ambiente, lazer, etc (PAIM, 1986a, p. 46).

A partir do diagnóstico das problemáticas evidenciadas pela crise da medicina mercantilizada e com base numa concepção ampliada de saúde, o CEBES (1979) apresenta um conjunto de proposições para a criação e a organização de uma política pública democrática na área da saúde, que viria a se consolidar nas propostas iniciais da Reforma Sanitária brasileira. Para a efetivação de uma “saúde autenticamente democrática” (p.12), o CEBES assinala em seu documento-base, *A questão democrática na saúde* (1979), a necessidade de medidas que:

- 1- Obstaculizem os efeitos mais nocivos das leis de mercado na área da Saúde, ou seja, detenham o empresariamento da medicina;
- 2- Transformem os atos médicos lucrativos em um bem social, gratuito, à disposição de toda a população;
- 3- Criem um Sistema Único de Saúde;
- 4- Atribuem ao Estado a responsabilidade total pela administração deste Sistema;
- 5- Deleguem ao Sistema Único de Saúde a tarefa de planificar e executar uma política nacional de saúde; que inclua: a pesquisa básica, a formação de recursos humanos, a atenção médica individual e coletiva, curativa e preventiva, o controle ambiental, o saneamento e a nutrição mínima à sobrevivência de uma população hígida;
- 6- Estabeleçam mecanismos eficazes de financiamento do sistema, que [...] deverá ser baseado numa maior participação proporcional do setor Saúde nos orçamentos federal, estaduais e municipais, bem como no aumento da arrecadação decorrente de uma alteração fundamental no atual caráter regressivo do sistema tributário;
- 7- Organizem este sistema de forma descentralizada, que [...] tem por fim viabilizar uma autêntica participação democrática da população nos diferentes níveis e instâncias do sistema (CEBES, 1979, p.12).

Por mais que houvesse o desenvolvimento de um novo modelo teórico-conceitual da saúde que implicasse uma relação com um conjunto de políticas sociais mais amplas para a sua materialização, é possível compreender que, desde as propostas iniciais elucidadas pelo CEBES em 1979, o movimento sanitário prioriza

como principal estratégia de sua atuação a reformulação do aparato institucional do setor saúde, com a criação de um sistema unificado de saúde.

Esse processo sinaliza um paradoxo na construção do próprio movimento e projeto da Reforma Sanitária brasileira, que expressa a existência simultânea dois propósitos que refletem os objetivos últimos da questão democrática na saúde, mas que se opõem mutuamente na construção do movimento.

Ao mesmo tempo que o movimento sanitário, através das suas bases conceituais e político-ideológicas, projeta a Reforma Sanitária como uma reforma social vinculada à democratização do país, objetivando um conjunto de mudanças por meio da articulação da saúde com os outros setores sociais do Estado, a sua atuação encontra-se pautada, predominantemente, nos limites de uma reforma setorial. Esta tem na ampliação do acesso a sua principal dimensão para a consolidar a saúde como um direito social e universal, dada a vasta exclusão dos setores populares da assistência médica previdenciária.

Nesse paradoxo, as propostas iniciais desenvolvidas pelo CEBES representam o marco fundador do Sistema Único de Saúde, e evidenciam que o movimento da Reforma Sanitária vai se construindo ao longo dos anos 1980 carregando essa ambivalência de ser e não-ser e de realizar e não-realizar um processo de transformação da realidade social e das estruturas que permeiam o quadro sanitário brasileiro.

Tendo por objetivo último a criação de um sistema nacional e unificado de saúde, a perspectiva estratégica inscrita no documento-base do CEBES, em 1979, vai se efetivando e se aperfeiçoando em medidas concretas desenvolvidas pelo movimento sanitário na década posterior. Dada a experiência da unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) em 1966 durante o regime ditatorial, o movimento sanitário traçou como atuação estratégica assegurar, primeiramente, pré-condições para a unificação do sistema de saúde, o que significaria naquele contexto realizar medidas que viabilizassem avanços na integração institucional, na participação e no controle social, na descentralização e na universalização do atendimento dos serviços de saúde. Exemplo disso é a elaboração do programa das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1982, como estratégia de reorientação do modelo de prestação de serviços de saúde no interior da Previdência Social que funcionou como uma mudança precursora do modelo de atenção à saúde em direção a um sistema nacional e unificado. Suas ações estiveram sob direção do setor público

e contaram com uma maior integração e hierarquização dos serviços e das práticas preventivas e curativas em saúde no âmbito das instituições previdenciárias (PAIM, 1986b).

A organização e implantação de um sistema de saúde unificado, descentralizado e baseado em ideais democráticos tem como marco a 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS) realizada em 1986. Tanto a temática do evento, *Saúde é Democracia*, quanto o espectro social contemplados na convocação da conferência demonstram a intenção do movimento sanitário em realizar o maior acúmulo de forças sociais e políticas possíveis para viabilizar a criação de um sistema nacional como o grande projeto reformador do setor saúde. Isso fez da 8ª CNS um evento inédito na história da saúde pública brasileira por corresponder à primeira conferência de saúde que convocou a sociedade civil para o debate e para a formulação de uma nova política nacional do setor (BRASIL, 1987a; PAIM, 2008).

Em termos de sua organização, a 8ª CNS foi estruturada sobre três eixos temáticos, sendo eles: 1) saúde como direito inerente à cidadania; 2) reformulação do sistema nacional de saúde e 3) financiamento do setor saúde. A discussão chave que permeou todos os eixos temáticos foi a necessidade de construir modificações necessárias no setor que condissesse com novas relações entre Estado e sociedade, dado o caráter autoritário desempenhado pelo Estado ditatorial e a sua dissociação ante a sociedade civil. Consolidou-se, assim, um amplo debate que associou a reformulação da saúde à reconfiguração do modelo de proteção social brasileiro, vinculado à democratização do país e à construção da cidadania (BRASIL, 1987a).

Referente a essa relação entre saúde e cidadania, o relatório final da 8ª CNS evidencia que a compreensão da saúde, enquanto um direito social e universal, teve como base o reconhecimento das desigualdades sociais e regionais existentes no contexto brasileiro da década de 1980 e que se expressavam nas grandes disparidades dos níveis de saúde e no acesso aos serviços de saúde da população brasileira. Nesse sentido, consagra-se como direito à saúde a seguinte definição publicada no relatório final da 8ªCNS e que serviu de base para a criação da sessão saúde na constituinte:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (Brasil, 1987a, p.4).

Essa conceitualização sustenta que o exercício pleno do direito à saúde implicaria em garantir:

- Trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;
- Alimentação para todos, segundo as suas necessidades;
- Moradia higiênica e digna;
- Educação e informação plenas;
- Qualidade adequada do meio-ambiente;
- Transporte seguro e acessível;
- Repouso, lazer e segurança;
- Participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;
- Direito à liberdade, à livre organização e expressão;
- Acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis

(Brasil, 1987a, p. 5)

No relatório final da 8ª CNS é possível perceber que a definição do direito à saúde desenvolvida tem por base o modelo teórico-conceitual da determinação social do processo saúde-doença, sendo concebido vinculado às diferentes dimensões sociais e da vida coletiva como as condições de trabalho, renda, saneamento, habitação, entre outras. Entretanto, a sua materialização foi balizada, fundamentalmente, pela ampliação da produção, oferta e consumo dos serviços de saúde, por meio do SUS, baseado no acesso aos seus níveis de atenção por todos os cidadãos brasileiros (BRASIL, 1987a).

A criação do SUS, enquanto um sistema nacional e unificado de saúde, teve como princípios norteadores um conjunto de elementos referentes à organização dos serviços, às condições de acesso, à qualidade da assistência prestada e da política de recursos humanos. Entretanto, para a compreensão desses princípios é necessário retomar algumas considerações históricas sobre o modelo de organização dos serviços e da política de saúde no Brasil.

Desde os anos de 1930 do século XX, a política de saúde esteve fortemente associada ao modelo desenvolvimentista inaugurado com a Era Vargas, destacando-se pela separação dicotômica entre a assistência médica previdenciária e as ações em saúde pública, que conformou dois formatos institucionais diferenciados de inclusão social e que perduraram até o final dos anos 1980 (FONSECA, 2007; CARVALHO, 2017).

A construção da assistência médica nos moldes de um seguro social destinado às pessoas inseridas no mercado formal de trabalho, representa um marco histórico da criação e do desenvolvimento da Previdência Social no Brasil. A origem

e implantação da assistência médica como seguro social está associada à Lei Elói Chaves, de 1923, encontrando suas primeiras formas de realização com as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP), as quais abrangiam uma pequena parcela dos assalariados e se organizavam no âmbito de empresas isoladas. É a partir de 1930 que a institucionalização da assistência médica como seguro social se estende a todos os trabalhadores urbanos e passa a ser organizada por setores da produção, através dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP). A assistência médica se consolida, dessa maneira, como um direito contratual, compulsório e contributivo aos trabalhadores assalariados, estando sob responsabilidade do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) e sendo realizada, de modo geral, pela compra de serviços médicos pelo Estado, com o privilegiamento da atuação privada na produção da assistência médica (COHN ET AL, 1991, FONSECA, 2007; DONNANGELO, 2011; CARVALHO, 2017).

As ações em saúde pública ficaram sob a responsabilidade direta do Estado, compreendendo as medidas coletivas de saúde, particularmente as de controle e prevenção de endemias - que se configuraram como um sério obstáculo para o próprio desenvolvimento socioeconômico do país. Estas, estruturadas em conjunto com a agenda da educação, estavam sob a responsabilidade do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) e correspondiam a um benefício oferecido pelo Estado àqueles que estavam à margem do mercado de trabalho e, portanto, à margem da cidadania regulada (FONSECA, 2007; COHN ET AL, 1991, FLEURY, 1994).

Essa dicotomia, que marca historicamente a política de saúde, apresenta como consequências: uma concepção predominante da assistência médica como atributo da esfera privada e não da pública, marcada por uma seletividade da clientela atendida; e destinada apenas àqueles inseridos formalmente no mercado de trabalho. Os serviços públicos e as ações em saúde pública destinavam-se aos trabalhadores rurais e às populações de baixa renda que estavam excluídas do setor formal da economia. Logo, estabelece-se uma aguda diferenciação entre os setores urbano e rural em termos de acesso e disponibilidade de equipamentos e serviços médicos, associada a uma generalizada diferenciação e estigmatização das clientelas atendidas (COHN ET AL, 1991).

Dado essas dicotomias históricas como marcas estruturantes da política de saúde, o movimento da Reforma Sanitária compreende as desigualdades no acesso

aos serviços de saúde como um reflexo do padrão nacional de desenvolvimento político-econômico e do modo com que o sistema de proteção social brasileiro tinha sido construído até então. A análise da situação de saúde e da distribuição dos serviços assistenciais no Brasil depara-se, dessa forma, com um conjunto de problemas intimamente ligados às condições de vida dos diferentes grupos sociais, que refletem diretamente as desigualdades regionais, espaciais e sociais oriundas do processo de desenvolvimento nacional (IBIDEM).

Nessa perspectiva, as mudanças na estrutura de mortalidade e da emergência de novos agravos à saúde aparecem como características de um perfil sanitário que reproduzem tal padrão de desigualdade, de modo que, as causas de morte relacionadas às doenças infecciosas e parasitárias em 1980, por exemplo, eram predominantes no Norte e no Nordeste do país se comparado com o Sul e o Sudeste, que tinham como principal causa de morte as doenças ligadas ao aparelho circulatório. A emergência dos novos agravos à saúde relacionados a um cenário mais avançado de desenvolvimento, como por exemplo, doenças crônicas e causas externas, era acompanhada pela persistência de grandes endemias, tidas como “doenças da pobreza”, tais como malária, doença de Chagas, esquistossomose, febre amarela, leishmaniose, entre outras (IBIDEM). O desenho epidemiológico e, nele, o perfil de adoecimento da população apresentavam-se em consonância com as “desigualdades presentes entre as regiões do país, entre as unidades federativas, entre as capitais e o interior, entre os bairros centrais e periféricos, entre as classes sociais e as frações de classe” (PAIM, 1986a, p. 52).

Da mesma forma com que o perfil de morbimortalidade representava esse perfil de desigualdade, ele se aplicava à situação de saúde sob o ângulo dos serviços, de modo que, a distribuição de recursos públicos e de acesso reproduzia as mesmas desigualdades observadas no quadro epidemiológico. Como apontado por Cohn *et al* (1991), o cenário brasileiro ao final da década de 1980 estava marcado por uma distribuição fortemente desigual dos equipamentos de saúde ao se considerar as dimensões regional, urbano-rural e as próprias áreas dentro da zona urbana. O Sul e o Sudeste do país são apontados pelos autores como as regiões na qual se concentrava o maior volume, em termos proporcionais, dos serviços de saúde. Entretanto, nessas mesmas regiões, há uma condensação desses serviços nas cidades com maior grau de urbanização e industrialização. Por sua vez, essa mesma lógica prevalece no interior dessas cidades, evidenciando maior concentração dos

recursos nas áreas mais centrais e ricas. Frente a este cenário, a discussão de acesso que estrutura a reforma institucional da saúde baseia-se numa análise da realidade social brasileira que evidencia um padrão desigual de ofertas de serviços de saúde e que era destinado à população do país segundo um padrão desigual.

Para Borges, Baptista & Mattos (2016), a necessidade de avançar na criação de uma nova institucionalidade para a saúde pública aparece como “decorrência dos desafios que se manifestam nas necessidades de saúde da população e no reconhecimento das desigualdades socioeconômicas” (p.218). Os autores evidenciam que há uma modalidade discursiva produzida no campo da saúde pública a partir da década de 1960 que atravessa o movimento sanitário, e que estabelece fronteiras nítidas entre dois polos da realidade social, um desenvolvido e outro subdesenvolvido. Essa definição é clara o suficiente para reconhecer os seus reflexos em termos sanitários, seja através de indicadores epidemiológicos que mensuram o perfil de mortalidade, expectativa de vida e dados demográficos, seja através da concentração desigual dos serviços de saúde. Nesse sentido, o polo subdesenvolvido da sociedade brasileira teria uma perspectiva de avanço mediante intervenções que alterassem o padrão de vida da população e melhorassem o grau de desenvolvimento socioeconômico do país.

Nesse sentido, a lógica pró-desenvolvimentista que marca as estratégias de atuação do movimento sanitário traz consigo o marco do progresso, associado à ciência e a técnica moderna, e que se realiza de forma eminentemente positiva na máxima da ampliação do acesso aos bens, serviços e tecnologias em saúde pelas diferentes categoriais sociais, principalmente por aquelas que estavam excluídas do cuidado médico (COHN ET AL, 1991; GIOVANELLA & FLEURY, 1995; BORGES, BAPTISTA & MATTOS, 2016). Isso porque, através do acesso, viabilizar-se-iam os pressupostos do desenvolvimento numa dupla dimensão: ao mesmo tempo que se responderia às necessidades de saúde e aos diferentes contextos da vida social via ampliação quantitativa dos serviços médicos-assistenciais, se promoveria um maior desenvolvimento técnico-científico do setor saúde, trilhando um percurso de melhoria contínua na situação sanitária brasileira (AROUCA, 1979; AROUCA, 1986; DONNANGELO & PEREIRA, 2011). O acesso, nesse esforço pró-desenvolvimentismo, foi colocado como o grande vetor do progresso social e das condições sanitárias, numa supervalorização da sua dimensão técnica e da sua

capacidade de resposta aos problemas da miséria e da morbidade vivenciadas pela sociedade brasileira até então.

Esse esforço pró-desenvolvimentismo encontra-se projetado nos princípios construídos na 8ª CNS para a unificação do sistema de saúde, materializando-se nas diferentes dimensões do sistema de saúde, como pode ser observado a seguir:

- a) referente à organização do serviços:
 - descentralização na gestão dos serviços;
 - integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo;
 - unidade na condução das políticas setoriais;
 - regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços;
 - participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações em saúde;
 - fortalecimento do papel do município;
 - introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida.
- b) atinentes às condições de acesso e qualidade
 - universalização em relação à cobertura populacional a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas;
 - equidade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção;
 - atendimento oportuno segundo as necessidades;
 - respeito à dignidade dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde, como um claro dever e compromisso com a sua função pública;
 - atendimento de qualidade compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e com recursos disponíveis;
 - direito de acompanhamento a doentes internados, especialmente crianças;
 - direito à assistência psicológica sem a discriminação que existe atualmente.
- c) relacionados com a política de recursos humanos
 - remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estadual e municipal, e estabelecendo urgente e imediato de plano de cargos e salários;
 - capacitação e reciclagem permanentes;
 - admissão através de concurso público;
 - estabilidade no emprego;
 - composição multiprofissional das equipes, considerando as necessidades da demanda de atendimento de cada região e em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial;
 - compromissos dos servidores com os usuários;
 - cumprimento da carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva;
 - direito à greve e sindicalização dos profissionais de saúde;
 - formação dos profissionais de saúde integrada ao Sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado;
 - inclusão no currículo de ensino em saúde do conhecimento das práticas alternativas;
 - incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema de Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários.

(BRASIL, 1986, p. 10 e 11)

Para a reorganização do processo de produção, oferta e distribuição dos serviços de saúde, as diretrizes norteadoras para a criação do SUS apresentaram a descentralização e a participação social como recursos necessários às mudanças institucionais nos aparelhos do Estado e nas instituições sanitárias. A viabilização da descentralização da política de saúde foi projetada e idealizada pelo movimento sanitário, naquele momento, como uma maneira de alterar a distribuição de poder político entre federação, estados e municípios, com o intuito de ampliar o acesso e alcançar uma redistribuição mais equitativa dos serviços de saúde para a população no contexto municipal (CEBES, 1979; COHN, 1994; GERSHMAN, 2004).

De forma concatenada, a descentralização esteve associada com a maior possibilidade de viabilizar novos espaços institucionais de participação popular com poder deliberativo, funcionando como uma estratégia política para ampliar, no espectro social, as oportunidades de acesso ao poder pelas classes populares. A descentralização possibilitaria, assim, a ampliação da participação de distintos atores sociais na formulação e na implementação da política de saúde, ao aproximar, no nível local, a gestão e os seus destinatários (CEBES, 1979; COHN, 1994; GERSHMAN, 2004).

Necessária ao desenvolvimento, a ampliação e a qualificação do acesso realizar-se-iam por meio de uma maior cobertura dos serviços de saúde, via Estado, para a extensa parcela da população desassistida pela medicina previdenciária. Esse aumento na cobertura seria expresso na unificação das práticas médico-assistenciais com as ações coletivas em saúde pública a nível local (BRASIL, 1986).

Segundo Borges, Baptista & Mattos (2016), o cruzamento entre descentralização, participação social e acesso esteve pautado num processo de modernização da política de saúde, que foi projetado pelo movimento sanitário como elemento necessário ao próprio desenvolvimento do país. De forma que para a realização de uma nova política nacional de saúde seria necessário articular as questões do acesso com o fortalecimento da “pesquisa básica, da formação de recursos humanos, da atenção médica individual e coletiva, curativa e preventiva, do controle ambiental, do saneamento e da nutrição mínima à sobrevivência de uma população hígida” (CEBES, 1979, P.12).

A questão da modernização é tida como um resultado das mudanças realizadas nas instituições do Estado, de forma que a ampliação do acesso desenvolveria estímulos a um maior desenvolvimento científico e tecnológico para o

setor e, conseqüentemente, para o país, aproximando a saúde de outras áreas de conhecimento e outros setores sociais. Dessa forma, diversas iniciativas de “modernização” foram equacionados pelo movimento sanitário, como por exemplo, a realização de programas de capacitação permanente aos diferentes profissionais do sistema de saúde; o fortalecimento de técnicas científicas vinculadas ao planejamento, monitoramento e avaliação das ações sanitárias; a ampliação da relação entre serviços e universidades públicas, além da construção de uma política permanente de informatização e incorporação tecnológica em saúde (AROUCA, 1988; BORGES, BAPTISTA & MATTOS, 2016).

Nas palavras de Arouca (1988), “a Reforma Sanitária deve ter como meta desenvolver uma inteligência e competência nacionais no setor saúde, baseada nas nossas necessidades, mas profundamente articulada com o melhor que esteja sendo desenvolvido mundialmente” (p.4). Evidencia-se, assim, que a reformulação da política de saúde é tida como crucial para o próprio desenvolvimento social e político-econômico no contexto da redemocratização brasileira, de modo que a saúde é concebida não como produto ou resultado do desenvolvimento, mas como um estruturante necessário a ele, balizada fundamentalmente pela ampliação do acesso (BORGES, BAPTISTA & MATTOS, 2016; IANNI, 2018).

Dessa forma, a questão do acesso representa uma das ênfases centrais do projeto da Reforma Sanitária, constituindo-se na principal resposta frente às necessidades de saúde da população, e que se realiza, primordialmente, no âmbito da ampliação da produção, oferta e distribuição dos serviços de saúde a nível local, sob a égide do Estado. Como consequência, cria-se uma abertura importante para o capital e seus processos de reprodução, que se viabilizaram notavelmente por meio da produção e consumo dos serviços de saúde (IANNI, 2018).

Nesse sentido, a tríade *acesso X necessidade de saúde X desenvolvimento*, da maneira como traduzida pelo campo, arrefeceu como crítica, tendo sido largamente implementada apenas na sua dimensão técnica, especialmente após a implantação do SUS. Enfocou-se, prioritariamente, desde então, o seu sentido positivo desenvolvimentista (IANNI, 2018, p. 331).

Nessa perspectiva, os aspectos sociais que determinam o processo saúde-doença não deixam de ser reconhecidos, mas passam a ser compreendidos e delimitados em soluções conhecidas e realizáveis no consumo da prática assistencial dos serviços de saúde, uma vez que o direito à saúde passa a ser balizado, fundamentalmente, pelo ideário da ampliação do acesso de forma eminentemente

positiva. Na lógica pró-desenvolvimentista, isso permite uma maior distribuição de bens, serviços e tecnologias àquelas parcelas da população mais excluídas dos processos de desenvolvimento social, o que ocorre sem modificar as estruturas geradoras das desigualdades que determinam o quadro sanitário e as necessidades de saúde desses diferentes grupos sociais. Pautado nas análises de Donnangelo & Pereira (1976) e Schraiber & Mendes-Gonçalves (2000), podemos dizer que a ampliação da assistência clínica, via acesso, não traz rupturas nas bases da estrutura da sociedade e tende a uma reprodução acrítica dos fenômenos que influem nos níveis de saúde, na produção das necessidades e na definição de suas respostas.

É importante ressaltar que esses desafios e contradições postos ao movimento sanitário nas décadas de 1970 e 1980 não eram desconhecidos ou ignorados pelos atores do campo. Pode-se citar, por exemplo, a obra de Donnangelo & Pereira (1976) que apontava já na década de 1970 as consequências da articulação entre a medicina e a estrutura da sociedade capitalista na perspectiva da saúde enquanto política e direito social.

Os autores analisaram as formas pelas quais a prática médica exprime, em todas as suas dimensões, as estruturas sociais do modo de produção capitalista que traz como produto um processo de medicalização do social. Para os autores, a medicalização corresponde ao processo de extensão da prática médica que se realiza em articulação com a estrutura da sociedade capitalista em dois aspectos. O primeiro deles refere-se à ampliação quantitativa dos serviços médicos e à incorporação crescente das diferentes categorias sociais ao cuidado médico. O segundo diz respeito à extensão da normatividade da medicina sobre as diferentes dimensões da vida em sociedade, de forma que a medicina lança um olhar para os fenômenos sociais reduzindo-os à natureza biomédica. Os problemas sociais passam a ser incorporados ao aparato da medicina e são reduzidos a comportamentos medicalizáveis pela intervenção técnica da prática médica (DONNANGELO & PEREIRA, 1976).

No que tange a dimensão da política de saúde, o processo de medicalização se realiza através do aumento da produção e do consumo dos serviços médicos, via Estado, para responder às diferentes necessidades de saúde da população. Isso provoca um deslocamento da forma de reconhecer e responder às desigualdades sociais e seus impactos no quadro sanitário, que nega “a existência da diferenciação básica entre as classes identificadas no plano das relações de

produção” (p.65). Segundo os autores, trata-se de reconhecer uma desigualdade que não se refere às condições de renda, trabalho ou propriedade e seus impactos nos níveis de saúde, mas uma desigualdade que se realiza na esfera do consumo dos serviços médicos.

Dessa forma, hierarquiza-se as diferentes categorias sociais segundo um quantitativo de consumo, de forma que as suas necessidades de saúde, decorrentes da estrutura social, são respondidas pelo aumento do consumo de bens e serviços de saúde. Donnangelo & Pereira (1976) salientam, ainda, que isso representa uma suavização dos conflitos sociais, uma vez que desloca para a exclusiva esfera do consumo as desigualdades e os antagonismos produzidos ao nível da produção. Consequentemente, não há qualquer alteração significativa das estruturas sociais e a política de saúde passa a responder, imediatamente, ao interesse econômico do capital, além de ampliar substancialmente a incorporação de problemas sociais ao aparato da medicina.

Em certa medida, a perspectiva pró-desenvolvimentista como eixo central para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e, assim, atender às necessidades de saúde da população à época, suplantou a perspectiva mais propriamente política e crítica da dimensão social da saúde, tendo sido largamente implementada apenas em sua dimensão técnica e, paradoxalmente, abrindo a guarda para a saúde como consumo ao tomar o acesso aos serviços como meta prioritária (IANNI, 2018; COHN, 2009).

Nesse sentido, o desdobramento da obra de Donnangelo & Pereira (1976) permite-nos considerar que a ampliação do acesso como ênfase central do projeto da Reforma Sanitária representou a realização, de forma abrupta, de um processo de medicalização do social, produzindo, assim, um outro paradoxo: o direito à saúde e a consolidação deste como consumo (IANNI, 2018; COHN, 2009).

Se, originalmente, as análises que basearam a construção do projeto da Reforma Sanitária apoiaram-se nas questões das desigualdades socioeconômicas e seus impactos no quadro sanitário brasileiro, a realização do seu projeto sob a perspectiva mais tecnicista e pró-desenvolvimentista da saúde, renega as próprias dimensões críticas construídas e advogadas pelo pensamento social em saúde nos anos 1970 e 1980.

Capítulo 2. O consumo da assistência médica como principal expressão de um SUS universal.

Neste capítulo analisam-se as concepções que os gestores dos municípios em estudo têm sobre o Sistema Único de Saúde, identificando como elas se relacionam com o paradoxo posto: o da consolidação do direito à saúde como consumo.

Tomamos, a priori, as considerações de Cohn (2006) sobre a trajetória da política de saúde no Brasil. Para a autora, embora o Estado não corresponda ao espaço exclusivo dos processos políticos, é nele e nas suas instituições que as sociedades modernas identificaram o *locus*, por excelência, do exercício da política. É nessa instância da sociedade que se encontra, historicamente, o monopólio dos instrumentos para a formulação e, sobretudo, para a implementação das políticas de saúde, seja no que diz respeito ao seu conteúdo, com a definição do que vêm a ser as prioridades sanitárias, seja nas maneiras de implementá-las, estabelecendo, por exemplo, os instrumentos utilizados, as populações alvo e as formas de financiamento.

Em um primeiro momento, podemos entender que o sistema de saúde brasileiro hoje, enquanto um conjunto de instituições sociais, apresenta características e aspectos históricos decorrentes de uma política de Estado que, desde os primórdios do século XX, estruturou de modo dicotômico o discurso e as práticas sanitárias. Dicotomias que se instituíram, historicamente, entre o universal e o particular, o público e o privado, o preventivo e o curativo, o rural e o urbano e o carente e o não carente, cujas raízes estão na separação histórica entre a assistência médica previdenciária e as ações em saúde pública, que conformaram os dois formatos institucionais diferenciados no setor saúde ao longo do século XX (COHN ET AL, 1991; FLEURY, 1994; FONSECA, 2007).

No que tange o papel do Estado nessa questão, Donnangelo (2011) evidencia que “dificilmente se poderia sustentar que o Estado, na sociedade brasileira, desenvolveu qualquer política deliberada de implantação e controle de programas de assistência médica” (p. 44). Isso porque a característica marcante da atuação estatal na saúde esteve concentrada, desde o primeiro período republicano (1889-1930), nas ações referentes ao saneamento do meio e ao controle de endemias que marcaram intensamente a situação sanitária brasileira desde o início do século XX. Entretanto,

por mais que a atuação direta do Estado estivesse centrado naquilo que podemos chamar de ações em saúde pública, é necessário dimensionar o sentido da sua interferência na assistência médica por meio das instituições previdenciárias.

Fundamentados em Donnangelo (2011), entendemos que essa interferência estatal na assistência médica foi demarcada, desde os anos 1920, por dois aspectos principais. O primeiro consiste no fato de que a ampliação quantitativa e qualitativa da assistência médica por meio das instituições previdenciárias esteve mais relacionada com as pressões dos trabalhadores e com fatores ligados às características institucionais da previdência do que com a ação do Estado em absorver ou controlar o sistema de produção e consumo de serviços médico-assistenciais. O segundo aspecto diz respeito ao fato de que a interferência estatal, quando ocorreu, comportou formas de privilegiamento do setor privado de serviços médicos, que assumiu características qualitativamente distintas ao longo do desenvolvimento dos programas assistenciais em saúde.

Como assinalado no capítulo anterior, desde as origens da lei Eloy Chaves (Decreto Legislativo n.º 4.682/23), a prestação de serviços médico-assistenciais foi prevista para os trabalhadores assalariados através da legislação previdenciária. Naquele contexto de início do século XX, instauram-se duas grandes dicotomias, características da política de saúde no Brasil: o enfoque eminentemente curativo da assistência médica previdenciária frente ao enfoque eminentemente preventivo das ações coletivas em saúde pública. Até 1923, as classes assalariadas urbanas, assim como o restante da população brasileira, foram assistidas pela filantropia ou por instituições marcadas pela mutualidade, como as casas de misericórdia, as irmandades religiosas e as beneficências. É a partir da instituição da legislação previdenciária que os assalariados urbanos passaram a ser assistidos por serviços de atenção médica individual prestados pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) que, por sua vez, compravam serviços médicos privados através do mecanismo de credenciamento médico (COHN ET AL, 1991, FLEURY, 1994; FONSECA, 2007; DONNANGELO, 2011).

Nessa lógica, instituiu-se uma divisão de responsabilidades relativas ao setor saúde: ao Estado coube a responsabilidade direta pelas medidas coletivas em saúde pública, cujos recursos derivavam, e ainda derivam, da arrecadação orçamentária, ao passo que a assistência médica individual se constituiu como serviço prestado pelo sistema de seguro social, financiado por recursos advindos das

contribuições previdenciárias. Essa fragmentação trouxe, como alicerce para política de saúde, a concepção da assistência médica como pertinente à esfera privada e não à esfera pública, constituindo-se como um serviço ao qual se tem acesso a partir da clivagem inicial da inserção no mercado de trabalho formal e para o qual se tem que contribuir com um percentual do salário, sempre por meio de um contrato compulsório (COHN ET AL, 1991; FLEURY, 1994; FONSECA, 2007).

Esse processo consolidou a assistência médica como um direito contratual, compulsório e contributivo aos trabalhadores assalariados urbanos, que se contrapôs à rarefeita prestação de assistência médica pública e filantrópica destinada para o restante da população brasileira, assistência esta que não era tida como um direito social mas como um movimento de assistencialismo por parte do Estado (FONSECA, 2007).

Ainda que a partir de 1930 fossem criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), a ampliação da assistência médica se deu de forma diferenciada e desigual entre as diferentes categorias ocupacionais. A estrutura dos IAPs, convivendo ainda por décadas com a estrutura remanescente das CAPs em diversas empresas, instituiu a prestação de assistência médica num cenário em que tal atividade não implicava, como contrapartida obrigatória, uma infraestrutura própria de produção e prestação de serviços médicos pelas instituições previdenciárias (COHN ET AL, 1991; DONNANGELO, 2011).

Nesse sentido, não houve qualquer projeto de constituição de uma rede estatal de serviços médico-hospitalares, de forma que a prestação da assistência médica ocorria mediante convênios e credenciamentos entre as CAPs ou IAPs com estabelecimentos hospitalares privados, mediados pela aprovação prévia do Conselho Nacional do Trabalho. Ao Estado não coube, portanto, assumir o controle dos meios de produção desses serviços, mas de ampliar as possibilidades de consumo de assistência médica instalando-se como o grande comprador da rede de serviços privados (DONNANGELO, 2011).

De fato, a lógica do favorecimento do setor privado da assistência médica através da política previdenciária prevaleceu de forma explícita até os anos 80 e foi marcada por distintas modalidades de organização. Corresponde a esse período o apogeu das empresas médicas, conhecidas como medicina de grupo, dos hospitais privados e das cooperativas médicas, que assumiram características diversas no desenvolvimento dos programas assistenciais em saúde. Estas distintas modalidades

do setor privado se realizaram, ao longo do século XX, através da compra de seus serviços, sob a forma de convênios ou de credenciamentos que passaram a ser realizados, a partir de 1966, pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, posteriormente, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1977 (COHN ET AL, 1991, DONNANGELO, 2011).

Nessa perspectiva, sem se ater ao particularismo dos diferentes momentos históricos da República brasileira no século XX, os elementos cruciais² que marcaram a configuração da política de saúde enquanto política de proteção social, manifestam-se, de forma genérica, nas seguintes características:

1) privilegiamento da prática médica curativa, individual e especializada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo;

2) uma intervenção estatal na assistência médica, através da Previdência Social, que favoreceu os setores produtivos privados, com a criação de um complexo médico-industrial por meio de um modelo lucrativo e curativo da saúde;

3) diferenciação da prática médica em função da clientela associada a uma forte desigualdade entre setores urbano e rural em termos de disponibilidade de serviços médicos.

Segundo Paim (1986b) e Cohn et al (1991), é a partir da segunda metade da década de 1970 que o setor público passa a incorporar e assumir, de forma mais acentuada, a assistência médica individual no escopo de suas ações, o que coexistiu com as políticas dominantes de capitalização do setor saúde. Nesse particular, cabe destacar o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS-1976), o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE-1980) e o Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (Plano CONASP-1982).

Embora essas medidas tenham preservado a hegemonia do setor privado na prestação de serviços médico-assistenciais, corresponderam a passos significativos em direção a uma maior integração e hierarquização dos serviços,

² Baseado na literatura do campo das ciências humanas e sociais em saúde (Cohn et al, 1991; Escorel, 1999; Cohn & Elias, 1999; Escorel, Nascimento & Edler, 2005; Lima, Fonseca & Hochman, 2005; Fonseca, 2007; Paim, 2008; Donnangelo, 2011; Luz, 2013)

associada a uma maior ampliação da assistência médica para as diferentes categorias e classes sociais (PAIM, 1986b).

Contudo, na medida em que o setor público começou a se apropriar da assistência médica individual, eminentemente curativa, a partir de 1970, Cohn *et al* (1991) consideram que esse processo ocorreu sem uma reformulação nos traços fundamentais e nas racionalidades que marcaram a política de saúde brasileira até então. Isto é, a assistência médica foi crescentemente incorporada pelo setor público estatal nos mesmos moldes do chamado modelo médico-hegemônico, coexistindo com as ações em saúde pública tradicionalmente pautadas pelo sanitarismo campanhista - este, com forte influência dos programas segmentados e específicos, como os de saúde da criança, saúde da mulher e saúde do trabalhador, por exemplo. Conservou-se, assim, um modelo de atenção marcado pelas dicotomias históricas da política de saúde, contrapondo o discurso e a prática em saúde entre o curativo e o preventivo, o público e o privado e o carente e o não carente.

Nesse sentido, a crescente incorporação da assistência médica individual pelo setor público questiona e desafia os modelos de atenção médica até então prevalecentes, formulados seja pela saúde pública, seja pela medicina. Em decorrência, essa incorporação acaba por imprimir, e reafirmar, na sua prática cotidiana, a reprodução de procedimentos orientados por aqueles modelos, sem impactar a sua reformulação no interior da nova lógica que deveria reger essa prática médica, voltada para a busca da equidade no direito à saúde (COHN ET AL, 1991, p. 19).

A década de 1970 e 1980 foi marcada, no setor saúde, pelos estudos diagnósticos, analíticos e propositivos sobre a questão sanitária brasileira, na qual a formulação de propostas de mudanças para o setor foi marcado por uma ambivalência inerente ao próprio movimento sanitário, como discutido no capítulo anterior. Por um lado, desenvolveu-se uma arrojada trajetória intelectual através do desenvolvimento do pensamento social em saúde, que instituiu uma concepção de saúde que extrapolou os limites do saber e da prática médica, evidenciando os processos sociais nos quais se configuram e realizam as questões sanitárias, através do conceito de *determinação social do processo saúde-doença*. Por outro, as principais estratégias de atuação do movimento sanitário não lograram mudanças significativas nos traços fundamentais e estruturais da política pública do próprio setor.

Sem dúvida, a criação do Sistema Único de Saúde na década de 1980 engendrou profundas mudanças políticas e institucionais no setor saúde, com uma ampliação massiva da oferta de serviços e ações em saúde e com um impacto

inquestionável no quadro sanitário da população brasileira ao longo dos seus 30 anos de funcionamento. Esse real avanço no setor saúde foi resultado da estratégia do movimento sanitário em ocupar o aparelho do Estado, estabelecendo-se desde 1988 enquanto um direito constitucional, estando o SUS implementado nas 27 unidades da federação e nos quase 5.600 municípios brasileiros.

No entanto, por mais que tais transformações na engenharia institucional do setor tenham sido fundamentadas no ideário da universalização da saúde como um direito social, na busca de uma intervenção ampla no atendimento das necessidades de saúde e na melhoria das condições de vida da população, elas ocorreram tomando o acesso em sua dimensão mais positiva. A ampliação do acesso representou o aumento exponencial do consumo da prática médica e do seu desenvolvimento tecnológico, mantendo os seus traços históricos fundamentais. Assim, por mais que o movimento sanitário nos anos 1970 e 1980 objetivasse uma reforma social pautada na articulação da saúde com outros setores sociais do Estado, a assistência médica individualizada e eminentemente curativa manteve-se como marca da política de saúde ao longo de seu processo de implementação (Cohn *et al*, 1991)

Nesse sentido, a acentuada desigualdade no que diz respeito à força política e à força econômica entre assistência médica e as ações mais clássicas de saúde pública, como as de controle e prevenção em saúde, traz como marcas uma tradição histórica de compreender a saúde, primordialmente, nos marcos de um modelo de atenção que privilegia a lógica da assistência médica. Isto é, um modelo de atenção à saúde que tem como herança uma alta densidade tecnológica incorporada nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, que toma o processo saúde-doença em sua dimensão exclusiva dos processos fisiopatológicos do corpo individual, e que representa, portanto, um exercício da medicina tomado particularmente em sua dimensão técnica e a-histórica (DONNANGELO & PEREIRA, 1976; COHN ET AL, 1991).

Essa tradição histórica, altamente evidenciada pela literatura do campo da Saúde Coletiva, está diretamente relacionada à forma com que os gestores, nas cidades objetos deste estudo, concebem o Sistema Único de Saúde no contexto em que atuam. Vejamos como isso se apresenta.

2.1. O SUS universal nas concepções dos gestores locais do Grande ABC paulista: heranças e dicotomias

Em uma de suas publicações, Silva (2013) lança o seguinte questionamento: “por que a Grande ABC é uma região que quase sempre desperta a atenção e o interesse dos pesquisadores?” (p. 173) e destaca, ao menos, três elementos que respondem à pergunta, os quais reproduzimos aqui. Historicamente, a região do Grande ABC paulista representou nos anos 1970 e 1980 uma das regiões do país em que se concentrou a luta política organizada dos movimentos populares, em especial, do movimento operário no contexto da democratização do país. A região também se destaca, a nível nacional, pelo desenvolvimento de um novo modelo de governança nos anos 1990, pautado na articulação e na cooperação entre os municípios e no chamado Planejamento Estratégico Regional (PER), em que se estabeleceram programas e ações estratégicas a nível regional poucas vezes vivenciado no país. Além disso, é uma região de referência em termos econômicos e sociais, já que detém um grande polo industrial e corresponde a quarta região de consumo do país, com o quarto maior PIB do Brasil, ficando atrás apenas de São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília.

Se olharmos para a sua constituição, ela é formada por sete municípios: Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul, dos quais cinco foram selecionados para a pesquisa. Ainda que, enquanto região, haja um reconhecimento nacional pela sua liderança político-administrativa e econômica e pela constituição de experiências originais à nível regional, os municípios que a constituem não apresentam características homogêneas entre si. Pelo contrário, a região é marcada por profundas desigualdades dentro de suas fronteiras.

De um lado, encontram-se os municípios de Santo André, São Bernardo do Campo (SBC) e São Caetano do Sul (SCS), que originalmente deram nome à região e correspondem aos polos de maior desenvolvimento socioeconômico. Como exemplo, temos SCS com o maior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH) do Brasil e SBC com o quarto maior PIB do estado de São Paulo (IGBE, 2011). De outro lado, temos Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra que, diferentemente, representam os municípios com os menores indicadores socioeconômicos da região e, conseqüentemente, as piores condições de vida e de

saúde. Vejamos como alguns dados socioeconômicos e sanitários expressam essas desigualdades nos municípios objetos deste estudo.

Gráfico 1. Índice de envelhecimento segundo município. Grande ABC paulista, 2019.

Fonte: Fundação SEADE

O índice de envelhecimento avalia a quantidade de idosos (60 anos ou mais) em uma determinada população em relação a quantidade de jovens (menores de 15 anos de idade), em um período específico. Como base de cálculo, esse índice é definido como uma razão entre o número de idosos para cada 100 pessoas jovens, expressando, assim, a relação entre os dois grupos etários extremos.

Nos municípios analisados, percebemos que São Caetano do Sul e Diadema ocupam posições opostas nesse indicador para o ano de 2019. Enquanto o primeiro apresenta, em sua população, 154 idosos para cada 100 jovens, o segundo apresenta apenas, aproximadamente, 54 idosos para cada 100 pessoas menores de 15 anos. Esse dado mostra que esses municípios estão em estágios diferentes de transição demográfica.

A participação crescente de idosos em relação aos jovens na população de São Caetano do Sul reflete, principalmente, uma redução dos níveis de natalidade e fecundidade e aumento da esperança de vida dos idosos. É o município que se encontra em um estágio mais avançado de transição demográfica, o que sinaliza melhores condições de vida e de saúde da população residente. O contrário ocorre no município de Diadema, que tendo em vista o baixo índice de envelhecimento

populacional, apresenta as maiores taxas de natalidade e fecundidade e as maiores taxas de mortalidade se comparado aos outros municípios da amostra. Ou seja, tendo em vista as condições de vida e de saúde mais precárias da população, Diadema é o município que expressa a menor esperança de vida ao nascer das cinco cidades em estudo.

Santo André é o município em que o número de idosos aparece em maior equilíbrio com o número de jovens, sendo 99 idosos para 100 pessoas menores de 15 anos, o que representa uma maior estabilidade no crescimento demográfico. Contudo, se comparado a Diadema, Mauá e Ribeirão Pires, a cidade apresenta um processo elevado de envelhecimento população, o que também demonstra melhores condições socioeconômicas e sanitárias da população residente.

Mauá e Ribeirão Pires correspondem aos municípios que, junto com Diadema, apresenta os menores índices de envelhecimento população e, conseqüentemente, os maiores níveis de natalidade e de fecundidade e as menores esperanças de vida ao nascer.

O perfil demográfico da população pode ser relacionado com outros dois importantes indicadores socioeconômicos, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS). Ainda que os últimos dados disponíveis para ambos os índices sejam de 2010, representando uma diferença de 10 anos para esse estudo, é possível obter informações interessantes a respeito deles.

O primeiro indicador, IDHM, sintetiza três aspectos do desenvolvimento humano municipal, traduzidos nas dimensões de longevidade, educação e renda. São Caetano do Sul é o município que apresenta o maior IDHM do país, tendo um desempenho de excelência em todas as três dimensões. Santo André apresenta o segundo maior IDHM da amostra, com um alto desempenho na dimensão da longevidade e da renda da população residente.

Do outro lado, encontra-se o município de Diadema, com o pior IDHM de todos os cinco municípios em estudo, em todas as três dimensões. Se aprofundarmos nas categorias do índice, é possível perceber que é na longevidade que o município apresenta um maior desempenho se comparado com as dimensões de educação e renda. Em seguida, encontra-se o município de Mauá, tendo uma diferença de apenas 0,09 no IDHM se comparado a Diadema. O que chama a atenção para Mauá é que, para o ano de 2010, o município apresentou uma longevidade maior do que o

município de Ribeirão Pires, mas tem um desempenho menor na educação e renda da população.

Tabela 2. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) segundo dimensões de longevidade, educação e renda. Grande ABC paulista, 2010.

Localidades	Categorias IDHM			IDHM Total
	Longevidade	Educação	Renda	
São Caetano do Sul	0,887	0,811	0,891	0,862
Santo André	0,861	0,769	0,819	0,815
Ribeirão Pires	0,847	0,760	0,749	0,784
Mauá	0,852	0,733	0,721	0,766
Diadema	0,844	0,716	0,717	0,757

Fonte: Fundação SEADE

O mesmo perfil se observa quando analisamos o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS). O IPVS permite identificar, a nível municipal, a exposição da população a diferentes níveis de vulnerabilidade social. Esse indicador baseia-se em dois pressupostos, o de que devem ser consideradas múltiplas dimensões da pobreza em um estudo sobre vulnerabilidade social e que a segregação espacial é um fenômeno presente nos centros urbanos paulistas que contribui decisivamente para a permanência dos padrões de desigualdade social que os caracterizam. Assim, por meio desse indicador, os municípios são classificados em seis categorias, segundo o grau de vulnerabilidade à pobreza da população residente: nenhuma ou baixíssima vulnerabilidade; vulnerabilidade muito baixa; vulnerabilidade baixa; vulnerabilidade média; vulnerabilidade alta e vulnerabilidade muito alta.

Assim como nos outros indicadores, encontramos um cenário semelhante. No ano de 2010, o município de São Caetano do Sul não apresentava nenhum percentual de sua população em situação de média, alta ou muito alta vulnerabilidade social. Pelo contrário, foi o município que concentrou os segmentos populacionais nas melhores categorias do indicador: baixíssima (15,2%) e muito baixa vulnerabilidade social (82,9%).

Mauá e Diadema são aqueles municípios em que há as maiores parcelas da população nas condições extremas de vulnerabilidade social, especialmente à pobreza. Se juntarmos as categorias de alta e muito alta vulnerabilidade social, temos

21% da população residente de Diadema e 23% da população de Mauá em condições extremamente precárias de vida e de saúde no ano de 2010. Ambos os municípios também representam os menores percentuais da população nos níveis de baixíssima e muito baixa vulnerabilidade social.

O que chama atenção é o município de Santo André. Ao mesmo tempo em que representa o segundo maior percentual da população residente em baixíssima vulnerabilidade social (5,7%) e concentra a maior parte dos municípios em uma situação de muito baixa vulnerabilidade social (63,2%), ele apresenta 8% de sua população vivendo em condições de extrema pobreza, ultrapassando Ribeirão Pires, em 2010. Se juntarmos as categorias de alta e muito alta vulnerabilidade social, temos 12,1% da população andreense sob essas condições comparado a 7% da população de Ribeirão Pires. Isso representa uma intensa desigualdade socioeconômica nos próprios limites municipais.

Tabela 3. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social segundo grau de vulnerabilidade. Grande ABC paulista, 2010.

Localidades	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (%)					
	Baixíssima	Muito Baixa	Baixa	Média	Alta	Muito Alta
Diadema	0,1	28,2	31,4	19,3	10,4	10,6
Mauá	0,2	35,5	26,9	14,5	6,8	16,2
Ribeirão Pires	0,5	54,9	16,1	21,5	4,7	2,3
Santo André	5,7	63,2	10,4	8,7	4,1	8
São Caetano do Sul	15,2	82,9	2	-	-	-

Fonte: Fundação SEADE

A mortalidade infantil é um dos principais indicadores sanitários que está diretamente relacionado com os fatores sociais e econômicos de uma dada população, em um determinado período. Como afirma Costa et al (2001), a grande vulnerabilidade vivenciada pelas crianças menores de um ano de idade em face das alterações no ambiente social e econômico e das intervenções de saúde, faz com que a mortalidade nessa faixa etária seja considerada como um indicador tanto da situação de saúde, quanto das condições de vida de uma determinada população. O que faz com que Altas taxas de mortalidade infantil refletem, de maneira geral, baixos

níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida de uma população.

Se analisarmos a série histórica de 2015 a 2019, percebe-se que o município de Diadema é o que tem apresentado os piores indicadores, estando, todos os anos, acima do valor preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de 10 óbitos infantis para cada 1000 nascidos vivos. Isso faz com que, nos últimos 5 anos, o município de Diadema apresente os maiores riscos de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida.

O município de Ribeirão Pires, de 2016 a 2018, reduziu a sua taxa de mortalidade infantil para menos de 10 óbitos infantis, tendo em 2019, atingido o maior valor de toda a série histórica, em todos os municípios, o de 15,4 óbitos a cada 1000 nascidos vivos.

Santo André e São Caetano do Sul, em todos os anos, estiveram de acordo com as recomendações da OMS, apresentando bons indicadores de mortalidade infantil. Esses dados estão de acordo com diversos estudos do campo da Saúde Coletiva, como os de Costa et al (2001) e Kropiwiec, Franco & Amaral (2017), que constata uma grande disparidade na taxa de mortalidade infantil entre regiões mais desenvolvidas se comparada com aquelas ainda em desenvolvimento. De modo que as menores taxas de mortalidade infantil são de regiões com elevados Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), enquanto as taxas de mortalidade infantil em países com baixo IDH ainda são elevadas. O que faz com que esse indicador seja internacionalmente reconhecido como aquele que melhor retrata o estágio de desenvolvimento econômico e social de uma determinada localidade, justamente por estar diretamente relacionado com as características socioeconômicas e ser sensível a suas variações.

Tabela 4. Taxa de mortalidade infantil segundo municípios em estudo. Grande ABC paulista, 2015-2019.

Municípios	Taxa de mortalidade infantil (por 1000 nascidos vivos)				
	2015	2016	2017	2018	2019
Diadema	14,1	12,6	12,4	11,1	11,6
Mauá	11,6	9,3	9,1	11,5	10,0
Ribeirão Pires	11,1	9,8	9,2	8,7	15,4
Santo André	10,3	8,5	7,6	9,1	7,7
São Caetano do Sul	8,2	7,9	6,5	9,9	8,6

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Reconhecendo, assim, as desigualdades entre as diferentes realidades municipais em estudo e considerando seus impactos nos fenômenos da saúde e da doença e nas condições de vida das populações locais, vejamos as concepções e as interpretações que os gestores locais fazem sobre o que significa, para eles, conceber o SUS como um sistema universal de saúde nos dias de hoje, de acordo com as suas experiências e posições atuais na condução da política de saúde.

Na verdade, **o SUS é um acesso à população de serviços assistenciais** que a gente vem prestando desde 1988 e, assim, acredito que não se tem hoje no país uma alternativa senão o SUS (G1, grifo nosso).

Nossa população é praticamente de classe D e E, com uma alta necessidade de assistencialismo, não no sentido pejorativo, mas que abarca tanto a saúde como a educação, habitação, cultura e segurança. [...] **Saúde não é só necessariamente assistência, claro que é a sua grande maioria, por óbvio.** Temos 80% de mão de obra especializada, com profissionais específicos, mas saúde não é só assistência. A gente tem saneamento, habitação, cultura, violência, segurança, educação, tudo isso abarca o pacote da saúde (G2, grifo nosso).

Eu acho que hoje o SUS está muito vinculado à assistência à saúde. Se eu perguntar para qualquer pessoa na rua, qualquer colega meu, para profissionais de outras áreas ou, até mesmo, para outros profissionais da nossa área, eles têm a compreensão de que **o SUS é assistência.** Então hoje, para atingir essa expectativa, precisamos conseguir uma assistência integral. Conseguir garantir o cuidado para todos, de todo e qualquer sentido: na Atenção Básica, olhando o cara por inteiro, o que eu acho que não fazemos isso e é um grande desafio; na Atenção Especializada; na Urgência e Emergência; na Atenção Hospitalar e entender que é o mesmo cara que passa em todos os lugares (G3, grifo nosso).

Elias (1999) traz como noção de sistema de saúde um conjunto de instituições sociais que, articuladas entre si, funcionam como estruturas organizadas prestadoras de serviços de saúde e que estão voltadas para melhorar a situação sanitária vivenciada por uma determinada população, em um contexto histórico e social específico. Tomando como base as concepções dos gestores locais, a assistência constitui-se no principal elemento articulador das instituições sociais no âmbito local do sistema de saúde - neste trabalho, em específico, as diferentes realidades municipais que compõem a região do Grande ABC paulista. Isso significa que a assistência representa o elemento estruturante das práticas sanitárias e da organização do SUS nesses municípios, ainda que eles sejam caracterizados por uma complexa heterogeneidade nas suas condições socioeconômicas e sanitárias,

correspondendo tanto à principal resposta social às necessidades de saúde dos diferentes grupos sociais quanto às formas privilegiadas de realizar a política de saúde.

Por essa razão, mesmo com realidades extremamente desiguais entre os diferentes municípios analisados subentende-se que, para os gestores que estão à frente da saúde pública municipal, os demais objetivos e atividades realizadas no âmbito dos serviços de saúde, bem como aquelas ações clássicas da saúde pública, como as medidas de controle e prevenção, se encontram secundarizados à assistência, e, portanto, estão a ela subordinados. Quando citadas, como é o caso das ações vinculadas à prevenção e à recuperação dos níveis de saúde, têm seus efeitos simplificados se comparado à prestação da assistência médica. Como consequência, há uma concepção do caráter universal do sistema de saúde limitado aos recursos oferecidos pela assistência, instaurados segundo o saber e a prática médica, traduzindo-se na máxima “o SUS é assistência” (G3) ou “é a sua grande maioria” (G2).

Para Singer, Campos & Oliveira (1978), a forma com que estão organizados os serviços de saúde possibilita identificar tanto as definições preponderantes sobre aquilo que se entende por saúde, em um determinado tempo e espaço, quanto às formas privilegiadas de reconhecer e responder aos fatores que intervêm no quadro sanitário da população assistida por esses serviços. A forma com que se organiza a produção e a oferta dos serviços de saúde influi diretamente na configuração do estado de saúde das coletividades, de modo que os serviços de saúde são constitutivos do processo social que produz e determina as características que envolvem o adoecimento e os níveis de saúde dos indivíduos e dos grupos sociais. Em outras palavras, o estado de saúde de uma população corresponde a um produto daquilo que é diagnosticado, priorizado e tratado pelos serviços de saúde.

Desse modo, ao mesmo tempo que a prestação dos serviços funciona como resposta à determinada situação sanitária, as características da sua organização e a forma com que se realiza no tecido social também são produtoras de necessidades, impactando e determinando os processos de saúde e de adoecimento (SINGER, CAMPOS & OLIVEIRA, 1978).

Sobre esse aspecto, Schraiber & Mendes-Gonçalves (2000) frisam que o conteúdo e as atividades realizadas pelos serviços de saúde representam, por um lado, as possibilidades de intervir nas diferentes situações que marcam o contexto

sanitário de uma determinada população, em um dado tempo e espaço. Por outro, o resultado dessas intervenções é produtora de necessidades porque representam, no tecido social, as soluções para as diferentes formas de sofrimentos e carecimentos que envolvem o estado de saúde. Uma vez que as intervenções e práticas dos serviços de saúde são reconhecidas como eficazes e suficientes pelos indivíduos e diferentes grupos na sociedade, a busca por essas intervenções fica sempre reiterada como possibilidade de solução prévia às diferentes necessidades.

Assim, ao mesmo tempo em que as intervenções são realizadas para suprir determinadas questões sanitárias, ela se torna por si, uma necessidade, pois o seu consumo sistemático fica sempre reiterado como solução dos problemas e carecimentos individuais e coletivos. O modo de organizar socialmente as ações em saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços corresponde não apenas respostas às necessidades, mas, imediatamente, contexto instaurador de necessidades, evidenciando uma conexão circular entre a organização da produção, a oferta ou distribuição de serviços e o seu consumo (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 2000).

Tomando essas considerações para análise do material coletado, a assistência, tida como o conteúdo principal do sistema de saúde nas diferentes realidades municipais, representa tanto a principal resposta às necessidades de saúde, quanto o principal elemento instaurador de necessidades, que se materializa sobretudo no acesso e no consumo dos equipamentos, serviços e das práticas médico-assistenciais. A importância dessas considerações, neste momento, está em reconhecer o papel central que a assistência assume nas formas de conceber e operar o SUS nos municípios analisados, que cria um padrão de resposta às necessidades mediante um processo de medicalização do social, reiterado desde os primórdios do próprio projeto reformador na saúde nos anos 1970 e 1980 (DONNANGELO & PEREIRA, 2011).

Ao mesmo tempo que os elementos presentes no discurso dos gestores municipais dialogam com as heranças históricas da política de saúde brasileira, evidenciam também o paradoxo da realização do direito à saúde como consumo. Isso fica evidente no que tange às características da população assistida pela política de saúde municipal nos diferentes contextos analisados. Em um deles, já apresentado acima, reitera-se que a população assistida tem como característica chave o

pertencimento às classes “D e E, com uma alta necessidade de assistencialismo” (G2). Sobre isso, vejamos algumas considerações prévias.

A análise das distintas formas de inserção dos indivíduos nas sociedades modernas ocidentais é marcada pela categoria sociológica das classes sociais, fundamentada, sobretudo, pela concepção estrutural e dinâmica das classes sociais desenvolvidas por Marx e Engels. Na concepção marxista, a diferenciação das classes sociais tem por base o papel social que os sujeitos ocupam ao se inserirem em um sistema de produção historicamente determinado. Nesse sentido, o critério fundamental para a determinação das classes está na relação dos homens com os meios de produção, evidenciando, por meio desta, o papel que desempenham na organização social do trabalho (STAVENHAGEN, 2002).

Um dos aspectos fundamentais do conceito de classes sociais na concepção marxista é que elas só existem uma em relação à outra, de forma que a sua definição e distinção está nas relações que estabelecem entre si e que são resultados das posições específicas que elas ocupam no processo produtivo. Assim, a oposição entre classes dominantes e classes dominadas, bem como das relações de dominação e de subordinação entre elas, está na posição diferencial que cada classe ocupa em relação aos meios de produção. Nesse sentido, é o trabalho e as relações dos sujeitos com os meios de produção que marcam as classes sociais enquanto categoria analítica para o estudo das sociedades modernas ocidentais (STAVENHAGEN, 2002).

No entanto, a estratificação dos sujeitos em classes “D” e “E”, como apresentada no discurso de um dos gestores entrevistados, tem origem no Critério de Classificação Econômica do Brasil, desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), em 1997. Essa classificação é feita com base na capacidade de consumo de um domicílio localizado em regiões metropolitanas brasileiras, não tendo, portanto, pretensão de compreender a estratificação social por meio das classes sociais, uma vez que as categorias de análise das diferenças e desigualdades sociais não estão no trabalho ou na relação dos sujeitos com os meios de produção, mas no nível de renda e no poder de consumo.

Essa forma de compreender a realidade social caracteriza os baixos níveis de riqueza e de consumo como marcas dos grupos “D” e “E”, numa perspectiva que sinaliza uma incapacidade dos indivíduos, no âmbito da esfera privada, serem aptos para proverem suas necessidades sociais básicas. Nesses parâmetros, a análise da

estratificação social institui-se numa perspectiva que desloca as “classes sociais”, enquanto categoria explicativa dos fenômenos da sociedade, para grupos diferenciados de renda e capacidade de consumo a determinados bens e serviços (COHN, 2003).

Assim, o público-alvo da política de saúde para os gestores não está mais representada na inserção formal dos sujeitos no mercado de trabalho, mas, sim, na sua capacidade ou incapacidade de consumo. Essa diferenciação pode ser mais bem observada em três depoimentos coletados:

Nós temos um hospital privado aqui no município e temos algumas clínicas 24 horas, como Intermédica. Eu sinto um impacto quando falamos em desemprego, que fez com que o pessoal perdesse convênio. Essa questão do desemprego, eu acho sim que impacta na saúde pública do município. **A gente vê hoje usuários no SUS que a gente não via antes. Antigamente, muita gente não tinha cartão SUS.** Hoje, os números de cartão SUS aumentou e vai aumentar mais ainda por conta do novo financiamento da Atenção Básica. **Hoje vemos muita gente que nunca usou o SUS e só conhecia a saúde pública por conta da vacina, porque ia vacinar o filho na UBS** (G1, grifo nosso).

Entendo que é saúde para todos, para qualquer classe social, para pessoas que pagam ou não impostos e que moram em qualquer lugar. É um sistema integral, que cuida de todas as áreas, mas o universal é isso, que cuida independente de quem for. [...] Nosso município é privilegiado, tem um IDH alto e, se eu não me engano, tem quase 70% da população com plano de saúde. **Eu apoio o SUS universal, eu acho que em teoria é fantástico, mas a gente tem uma população que não precisaria usar os nossos serviços de saúde, mas que acabam usando em detrimento de outras que precisam** (G4, grifo nosso).

O município tem um PIB per capita baixo e praticamente 70% das pessoas tem dependência do SUS. O que dá para sentir aqui é a grande participação do sistema público no financiamento de ações de planos privados. Muitas vezes você tem pessoas com acesso a planos privados de baixo custo e o que acontece é que as questões de média e alta complexidade acabam sobrando para o sistema público. É uma conta que a gente não tem informações e nem sistemas informatizados eficazes para conseguir separar e fazer a cobrança desses sistemas privados de saúde (G5, grifo nosso).

Por mais que se verifiquem características distintas entre as realidades socioeconômicas dos municípios, essas falas apresentam um padrão de clientela ao qual se destina os serviços públicos de saúde, qual seja aqueles que não conseguem arcar com um plano privado de saúde de forma integral e tem, como única ou maior possibilidade de consumo, os serviços públicos assistenciais.

Em diálogo com o padrão de clientela assistido evidenciado pelos gestores, retomemos algumas considerações de Cohn (2009). A autora assinala que, a partir da década de 1990, há um deslocamento na produção acadêmica e não acadêmica

das grandes questões envolvidas na proposta original da Reforma Sanitária - tais como a questão democrática na saúde, o papel do Estado e as dimensões estruturais do processo saúde/doença - para estudos de caráter pragmático e tecnicista referentes à implementação do SUS. Nesse contexto, verifica-se na literatura a criação de novos conceitos, dentre eles, a classificação de sujeitos como “SUS dependentes”, que remete à uma exclusão social vivenciada por aqueles sujeitos no que se refere ao consumo dos serviços e procedimentos médico-assistenciais, já que a única possibilidade de acesso à assistência se dá por meio dos serviços públicos de saúde.

Esse conceito demonstra a existência de uma clivagem na clientela atendida pelo SUS que se divide entre aqueles que são capazes e aqueles incapazes de prover e consumir uma assistência médica privada. As expressões “SUS dependente” e “SUS não dependente” denotam, respectivamente, a existência de um segmento populacional que possui apenas uma alternativa de consumo assistencial e de um outro que dispõe de possibilidades de consumo tanto dos serviços públicos quanto dos privados de saúde (BAHIA, 2008).

O projeto institucional para a efetivação do direito à saúde opera numa homogeneização de sentidos e de práticas entre o SUS e os planos privados de saúde, que coloca em evidência a existência do consumidor individual livre, instituindo bases individualizadas para a organização tanto do mercado de planos e seguros de saúde quanto da prestação de serviços realizadas pelo setor público (BAHIA, 2008).

Nesse sentido, evidenciam-se nas entrevistas realizadas a presença das dicotomias *dependente* e *não-dependente*, o que denuncia a segmentação histórica da clientela das políticas de saúde entre *carentes* e *não carentes*, mas que não tem por base a inserção no mercado de trabalho e, sim, a capacidade de consumo individual da assistência médica, intermediada pelos parâmetros de “uma alta necessidade de assistencialismo” (G2) que sinalizam que o acesso e o consumo de serviços públicos seriam mais adequados a uma parcela específica da população, já que “tem uma população que não precisaria usar” (G4).

Com isso, o que se verifica é uma concepção que reduz o SUS a uma espécie de subcontrato para aqueles que não são capazes de consumir a assistência médica privada. Há uma padronização no discurso dos gestores locais no que concerne ao papel norteador da assistência médica na organização da política municipal de saúde em bases individualizadas de consumo que materializa e reafirma

a ideia de que a universalização da saúde só é possível mediante a ampliação da produção, oferta e consumo de serviços médico-assistenciais.

É interessante ressaltar que, no conjunto do material coletado, apenas um dos gestores entrevistados faz menção à saúde enquanto um direito social e universal:

Para mim, pensar num sistema universal e público de saúde tem como premissa pensar na saúde como um bem e como um direito. [...] Eu acho que é um direito e deve ser universal, independente de quaisquer ligações com as questões do capital. É uma conquista que hoje, nesse contexto atual, está sob ameaça, com uma questão sempre colocada no geral, que é o subfinanciamento histórico da saúde (G5).

Entretanto, em nenhuma das concepções realizadas o enfoque recai na associação da saúde e de seu caráter universal com as condições sociais objetivas de existência naquelas realidades municipais. Se no contexto dos anos 1970 e 1980 foi formulada pelo movimento sanitário uma diferenciação entre *direito à saúde* e *direito aos serviços de saúde* e *à assistência médica*, os desdobramentos subjacentes a essa diferenciação não estão presentes nas concepções que os gestores locais têm sobre o Sistema Único de Saúde, inclusive naquela que reconhece a saúde enquanto direito, uma vez que a lógica da sua compreensão se esgota na prestação de serviços médico-assistenciais.

Capítulo 3. A realização do acesso universal nas realidades municipais: as questões da média e alta complexidade

Neste capítulo propõe-se a analisar como a relação entre acesso e consumo se materializa nas diferentes realidades municipais, tendo por base o que é exposto pelos gestores sobre as práticas e ações sanitárias desenvolvidas nos municípios com foco nos chamados níveis de média e alta complexidade assistencial. As análises aqui realizadas tiveram por base o que foi exposto pelos cinco municípios quando perguntado sobre as formas com que o acesso universal se concretiza na política de saúde local e nas dificuldades e potencialidades de sua realização.

Para tal, valemos de uma caracterização sobre os elementos constituintes da assistência médica e a forma como se combinam os saberes, práticas e instrumentos técnico-científicos da medicina que caracterizam o modelo de atenção à saúde conhecido como modelo médico-hegemônico.

3.1. Assistência médica enquanto prática técnica e social

Em uma acepção geral, a assistência médica pode ser compreendida como um conjunto de condutas e intervenções realizadas pelos profissionais médicos que se materializa na sociedade mediante uma dada produção e distribuição social de serviços (DONNANGELO, 2011; DONNANGELO & PEREIRA, 2011). A assistência médica só existe, assim, por meio de uma relação particular entre o médico e os objetos de sua prática – o corpo e o seu meio físico com seus tecidos, órgãos e células -, na qual o profissional mobiliza condutas de cunhos diferenciados de acordo com a condição estabelecida, que podem abranger o diagnóstico, a prevenção, a terapêutica e a reabilitação, condutas estas que se encontram fundamentados em distintos ramos científicos (BRASIL, 1987; SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 2000; AROUCA, 2003; DONNANGELO & PEREIRA, 2011).

Historicamente, a assistência médica encontra na clínica o seu principal desenvolvimento. Esta, enquanto conduta terapêutica, tem por objetivo interferir ativamente no processo de sofrimento ou adoecimento, cessando-o ou atenuando a sua evolução (AROUCA, 2003). Enquanto ato terapêutico, a clínica apresenta uma peculiaridade: ela não corresponde a uma ciência *per se*, mas, sim, a uma prática

médica cientificamente fundada (DONNANGELO & PEREIRA, 2011). Isto é, como um ato terapêutico, a clínica corresponde a uma técnica de instauração e restauração da normalidade, estabelecendo uma relação imediata do sofrimento com aquilo que o alivia. Essa relação terapêutica antecede e fundamenta o desenvolvimento da própria medicina e das suas práticas: “se na atualidade o conhecimento da enfermidade por parte do médico pode prevenir a experiência da enfermidade por parte do enfermo, isso se explica pelo fato de que a segunda suscitou a primeira” (CANGUILHEM APUD DONNANGELO & PEREIRA, 2011, P. 31). Ou seja, clínica e conhecimento médico-científico não estiveram interligados o tempo todo, pelo contrário, segundo Foucault (1971) é na clínica, enquanto ato de instauração e restauração do normal, que a medicina enquanto uma prática técnica e científica encontra a sua possibilidade de origem e expansão.

Essas observações têm por finalidade sugerir que a tendência à indistinção analítica da clínica entre ciência e prática médica cientificamente fundada leva frequentemente a ignorar a sua especificidade enquanto prática social, para reduzi-la a um conjunto de recursos tecnológicos e científicos, pautados, principalmente, em tecnologia material. O desenvolvimento da clínica como meio de trabalho médico e modalidade de investigação dos fenômenos da saúde-doença responde a outras ordens de determinações que não são exclusivas à ciência e à tecnologia. Envolve, portanto, uma articulação entre medicina e sociedade, na qual a medicina abre-se para o espaço social e, através do ato clínico, assume a tarefa de suprimir a doença que nele se estabelece. Mas deve fazê-la no interior de um projeto que implica também uma organização e estruturação da sociedade, articulando a dimensão da cientificidade às dimensões sociais, políticas, econômicas e ideológicas instituintes da relação Estado e sociedade (DONNANGELO & PEREIRA, 2011).

Essas outras dimensões da prática médica, em articulação com o social, são reveladas de forma explícita na estrutura de prestação de serviços de saúde, dado que é neles que se encontra o exercício legitimado e institucionalizado da medicina (SINGER, CAMPOS & OLIVEIRA, 1978). Enquanto instituições histórica e socialmente constituídas, os serviços de saúde se estabelecem “como titulares de um monopólio legal que lhe confere exclusividade da prestação de cuidados à saúde” (IBIDEM, p.10).

É na estrutura e na organização dos serviços de saúde que priorizaremos a análise da medicina como prática técnica e social, visto que permite reconhecer a

que categorias sociais ela se destina, que ordens de problemas ou de enfermidades são por ela abrangidos ou privilegiados, que efeitos decorrem de tais intervenções e quais são os meios de trabalho utilizados para o seu exercício (DONNANGELO & PEREIRA, 2011).

É justamente na centralidade da clínica, pautada no advento e desenvolvimento da medicina e das ciências biológicas, que se desenvolvem aspectos centrais constituintes do modelo médico-hegemônico de atenção à saúde.

Uma análise mais abrangente e integral desse modelo de atenção deve ser realizada em paralelo a outros modelos existentes, uma vez que seu aspecto dominante só pode ser compreendido, em grande angular, se comparado e relacionado a outras práticas de saúde que tal modelo subordina. Por hora, o foco recairá sobre as suas características estruturantes de realização das práticas em saúde e de prestação de serviços, dado que aspectos da relação com outros modelos de atenção à saúde serão abordados ao longo da análise dos dados.

Nesse sentido, o modelo médico-hegemônico tem por base um conjunto de características estruturantes que, relacionadas entre si, conformam uma combinação específica dos meios de trabalho (saberes e instrumentos tecnológicos) utilizados para responder às necessidades de saúde, sejam elas individuais ou coletivas. Tais características não dizem respeito, apenas, ao desenho organizacional e técnico dos serviços, mas inclui o modo como são produzidas as ações e as práticas em saúde e como o Estado se organiza e legitima as respostas institucionais às necessidades apresentadas (MENÉNDEZ, 1988; PAIM, 2008).

Pode-se destacar como estruturantes do modelo médico-hegemônico as seguintes características: biologismo; individualismo; anistoricidade da prática médica; comercialismo; eficácia pragmática vinculada a ações verticalizadas e a uma participação subordinada e passiva do sujeito assistido; legitimação legal; exigência de um maior grau de especialização e de uso de tecnologias do tipo material e tendências indutivas ao consumo médico (MENÉNDEZ, 1988; PAIM, 2008; FERTONANI *et al*, 2015).

Dessas, o traço dominante é o biologismo, que constitui não só o fator que garante a cientificidade do modelo como também promove uma diferenciação hierárquica em relação a outros fatores explicativos e determinantes dos processos de saúde e adoecimento. O biologismo, como resultado dos avanços da dimensão

científica e tecnológica da medicina e das ciências biológicas traz no exercício da clínica a sua principal manifestação.

A clínica tem na consolidação da anatomopatologia as bases de seu desenvolvimento enquanto meio de trabalho médico, ao conceber a doença como manifestação habitada no espaço e na espessura física do corpo. A clínica inclina-se sobre o enfermo “para auscultar, tocar, percutir, cheirar, palpar, pressionar, observar, olhar, mas sobretudo para traduzir estes signos, verdadeira linguagem da natureza, em recortes visíveis desenhados no corpo que adoece” (BERLINK, 2008, p.192).

É na visibilidade das lesões anatomopatológicas no corpo que a clínica sustenta o positivismo da prática médica a partir do século XIX e encontra no desenvolvimento privilegiado de ações curativas a resposta terapêutica predominante para aquilo que é visível e adoece a “máquina humana” (NUNES, 2000; LAMANNO-ADAMO, 2006; BERLINK, 2008). A supremacia da biologia como característica explicativa subordina e secundariza as outras interpretações possíveis sobre a saúde e a doença, em que o adoecer é antes de tudo um fato natural, biológico, e não um fato social e histórico (MENÉNDEZ, 1988; AROUCA, 2003).

O biologismo, enquanto característica estrutural do modelo médico-hegemônico, não se desenvolve apenas na relação direta estabelecida entre o profissional médico e o indivíduo, na sua dimensão curativa. As ações coletivas em saúde e a prática epidemiológica também constituem campos estruturados pelo biologismo e pelo desenvolvimento da clínica (Menéndez, 1988; Arouca, 2003).

As chamadas ações coletivas em saúde, representadas historicamente pelas campanhas sanitárias, programas de saneamento, esquemas de imunizações, programas de educação em saúde, etc., bem como o desenvolvimento da epidemiologia e dos aspectos preventivos em saúde, trazem como base para as intervenções em saúde pública a realização de práticas centradas na dimensão biológica como determinantes das repostas ao quadro sanitário (MENÉNDEZ, 1988; AROUCA, 2003). Isso não significa que o social não é tido como elemento constituinte de tais saberes e práticas, mas que a primazia da dimensão biológica traz como consequência uma leitura e intervenção do espaço social submetidas às mesmas regras de percepção e de normatividade clínica: “como um exame clínico leva a um diagnóstico e a uma terapêutica, a leitura do espaço social deveria levar a um conhecimento e a uma ação” (AROUCA, 2003, p. 190).

Nesse sentido, reitera-se que o modelo médico-hegemônico não se realiza exclusivamente por meio da prática curativa e individual da medicina, mas institui o biologismo como a racionalidade que orienta as intervenções em saúde, incluindo as ações em saúde pública vinculadas às práticas epidemiológica e preventiva. Isso faz com que a doença evolua, tanto no corpo quanto no espaço social, de forma natural e desprovida de história, característica constituinte de outro elemento basilar do modelo médico-hegemônico: a anistoricidade da prática médica. As condutas do profissional partem do pressuposto de que a dimensão biológica é considerada um elemento explicativo e normativo que tem grande autonomia em relação às possíveis determinações sociais da saúde e da doença (MENÉNDEZ, 1988).

No que tange à relação dessas características com a organização da prestação de serviços, segundo Schraiber & Mendes-Gonçalves (2000), a forma histórica e socialmente construída da produção e da oferta de serviços de saúde ocorre através da categorização das necessidades de saúde em diferentes patamares da clínica. Esses patamares são conhecidos como modalidades ambulatoriais de assistência, cuja efetividade terapêutica exige graus variados de abordagens tecnológicas e de profissionais especializados, que se encontram institucionalizados nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde.

Essa forma de conceber e organizar o sistema de saúde, valorizando e reiterando a clínica como principal meio de trabalho, traz por consequência uma hierarquização da assistência em diferentes níveis de atenção, que satisfaz de forma imediata a necessidade apresentada ao invés de possibilitar maiores intervenções na sua origem. Isto é, a hierarquização da assistência organiza as práticas e os serviços de saúde combinando os saberes e as tecnologias não para responder aos processos definidores das necessidades, mas, de fato, tratar dos processos que as delimitam em soluções conhecidas e apropriadas pela clínica (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 2000).

Essa forma de organização do sistema de saúde reitera o biologismo como característica central do modelo de atenção em voga, cujos fenômenos de saúde-doença são apreendidos, nos diferentes níveis de atenção, pelos sinais e sintomas expressos no corpo biológico individual – um biológico natural, apolítico e anistórico. Permanece, assim, intacta a dicotomia histórico-curativo-preventivo da política de saúde, com a supremacia do ato clínico médico direcionado aos corpos biológicos individuais que, no momento da prática assistencial, se encontram apartados do social

histórico. Assim, a política de saúde, bem como os processos organizacionais e gerenciais do SUS, não estão fora da biologia dos corpos, mas os constituem (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 2000; DONNANGELO & PEREIRA, 2011; IANNI, 2018).

Como consequência, essa forma com que os serviços de saúde são produzidos e ofertados determinam, também, a forma com eles são consumidos pelas coletividades, que as reiteram como respostas antevistas aos seus carecimentos e necessidades - o ato clínico de cunho curativo, individualizado, com maior grau de incorporação tecnológica e especialização médica. Esse processo é vivenciado nas diferentes realidades locais, como pode ser observado mediante alguns dos relatos apresentados pelos gestores municipais:

A gente tenta explicar para a população. Fazemos campanhas, treinamentos, sempre estamos na mídia explicando as Unidades Básicas de Saúde, o seu horário de funcionamento, como funciona, quais os tipos de atendimentos disponíveis, mas **a maioria procura a Urgência e Emergência**. Eu acho que isso é um perfil da população daqui. Não acontece muito de as pessoas procurarem a UBS para fazer prevenção, acompanhar, fazer controle, *check-up* anual. A gente sabe que isso não acontece (G1, grifo nosso).

Eu acho que a rede de saúde do município hoje consegue dar conta dos problemas de saúde da população, porém com a Atenção Básica muito apartada dessa realidade. **Tanto que quando a gente olha a produção da Urgência e Emergência ela é muito maior do que da Atenção Básica. [...]** **Acho que sempre se olhou muito para a questão hospitalar e para a atenção especializada.** Até porque essa secretaria sempre foi conduzida por uma faculdade de medicina que fica aqui no município, então todos os professores que ocuparam lugares aqui eram ultra especialistas em algo. Tanto que se a gente analisar, a nossa rede de atenção especializada é muito fortalecida (G3, grifo nosso).

No primeiro relato, o principal conteúdo apresentado diz respeito à expressiva demanda frente aos serviços de urgência e emergência, constituintes do nível secundário de atenção à saúde, também conhecido como serviços de média complexidade assistencial. No que tange a esses serviços, o critério fundamental que mobiliza as ações e intervenções assistenciais é o risco de vida, avaliado com base “no perigo que ameaça a manutenção das funções vitais” (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p. 18).

A categoria risco tem por base o diagnóstico médico, cuja avaliação combina uma quantidade de sinais e sintomas, por meio da clínica, para apreender os perigos presentes nas características físicas do corpo individual que ameaçam seu funcionamento. O critério fundamental de distinção entre o que é emergência,

urgência ou casos ditos comumente como “de rotina”, corresponde à gradação do risco: quanto maior é a gravidade, maior é a iminência e a importância do risco no corpo físico, maior é a necessidade de uma ação terapêutica e menor é o tempo para realizá-la (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005). Isso implica, para a realização da assistência, uma maior intervenção da prática médica em sua dimensão técnica, com a utilização de maiores graus de incorporação tecnológica e de equipamentos materiais, e que se realiza geralmente nos prontos socorros hospitalares e nas unidades de pronto atendimento.

Associado a esses serviços, também se agregam serviços ambulatoriais do nível secundário de atenção à saúde, aqueles referentes às especialidades médicas, que ganham maior destaque no segundo relato apresentado. Diferente daqueles que utilizam por critério o risco à vida, os serviços ambulatoriais têm por base os processos de intervenção cunhados no saber médico especializado, que amplia a especificidade dos processos diagnósticos e terapêuticos. Essa especificidade pode se revelar nos instrumentos de trabalho médico (saberes e equipamentos); no objeto restrito de sua prática (por exemplo, grupos em diferentes fases do desenvolvimento biológico, patologias específicas ou áreas limitadas do organismo humano) e/ou nas ações técnicas que se desenvolvem sobre esse objeto (DONNANGELO, 2011). A característica desses serviços permite compreender não só o tipo de conduta médica realizada, mas o resultado dessas práticas.

Baseados em Schraiber & Mendes-Gonçalves (2000), podemos entender a demanda como a busca ativa realizada pelos indivíduos que procuram intervenções em seu estado sócio-vital e que só se realizam por meio do consumo dos serviços de saúde. Esse indivíduo que se sente doente ou em sofrimento assume que há possibilidades de intervenção desejáveis para o seu problema e que existem meios, serviços e tecnologias disponíveis para isso. Os resultados da intervenção, que satisfazem o indivíduo, fazem com que a própria busca por esta intervenção fique sempre reiterada como solução aos seus problemas, o que produz, concomitantemente, necessidades. Em outras palavras, o resultado das intervenções torna as próprias intervenções, necessidades (Ibidem).

Podemos relacionar esse processo com o primeiro relato, quando o gestor afirma que, por mais que haja esforços de publicizar informações sobre os modos de operação e funcionamento dos serviços de Atenção Básica, o que fica reiterado socialmente como solução antevista às necessidades são as intervenções com maior

grau de complexidade assistencial: “Fazemos campanhas, treinamentos, sempre estamos na mídia explicando as Unidades Básicas de Saúde, o seu horário de funcionamento, como funciona, quais os tipos de atendimentos disponíveis, mas a maioria procura a Urgência e Emergência” (G1). Tal característica também se encontra expressa no segundo relato, de forma que “hoje, a Urgência e Emergência faz muito mais sentido para a população do que a Atenção Básica” (G3).

No entanto, a própria conformação do consumo é resultado da forma com que o sistema de saúde se encontra organizado, com a produção e a oferta dos serviços de saúde mais especializados e com maiores níveis de incorporação tecnológica como os considerados prioritários na conformação da oferta dos serviços de saúde. Isso fica evidente no segundo discurso, quando o gestor relata que “a rede de saúde do município hoje consegue dar conta dos problemas de saúde da população, porém com a Atenção Básica muito apartada dessa realidade. Tanto que quando a gente olha a produção da Urgência e Emergência ela é muito maior do que da Atenção Básica” (G3).

Essa conformação do sistema de saúde encontra na realidade municipal em questão um agravante, expresso na existência de uma faculdade de medicina, cujo corpo docente historicamente ocupou lugares importantes na gestão da secretaria de saúde. Fenômeno que historicamente reiterou, como forma privilegiada do modelo de atenção à saúde, o desenvolvimento científico-tecnológico no seu sentido mais positivo.

Dessa forma, a produção e a distribuição social dos serviços de saúde encontram na assistência clínica a sua principal realização, o que reitera o biologismo como exercício legitimado e institucionalizado das intervenções e das práticas em saúde. Isso é expresso não só pela procura sistemática, relatada pelos gestores locais, que a população faz aos serviços de urgência e emergência e às especialidades médicas, como pela produção ambulatorial especializada, majoritária desses equipamentos se comparado aos serviços de atenção primária à saúde.

Relacionando o relato dos gestores locais com indicadores da produção ambulatorial registrada no período de 2015 a 2019, na figura abaixo³ percebe-se que a média complexidade representa, nos diferentes municípios, a maior taxa de produção e, conseqüentemente, o maior consumo de bens, tecnologias e serviços em

todo o sistema de saúde loco-regional. A Atenção Básica corresponde ao nível de atenção que, no período considerado, apresentou os menores percentuais de procedimentos realizados. Nesse sentido, verifica-se, em todos os municípios, uma queda da produção e do consumo nos serviços de atenção primária à saúde associado ao aumento exponencial daqueles de média complexidade. Isso faz com que o nível de atenção primária ocupe um papel secundarizado na organização do sistema e na resposta às necessidades apresentadas se comparado aos outros níveis de atenção à saúde.

A predominância dos serviços de média complexidade na conformação do sistema de saúde sinaliza uma articulação significativa que se estabelece entre a prática médica e os processos de reprodução do capital, que se expressa na produção e no consumo dos serviços de saúde de maior incorporação tecnológica e científica (IANNI, 2018).

Gráfico 2. Percentual de produção ambulatorial, segundo nível de complexidade assistencial e tecnológica, nos cinco municípios do ABC Paulista no período de 2015 a 2019.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

Baseado em Donnangelo & Pereira (2011), um dos aspectos desse nexos diz respeito aos meios de trabalho médico, cujos novos conhecimentos biológicos,

cada vez mais específicos, e as novas possibilidades de intervenções técnicas realizam modificações internas na realização do trabalho médico. A mais significativa delas está na relação entre o profissional médico, o seu objeto e os seus instrumentos de trabalho, de forma que o desenvolvimento técnico-científico produz entre o médico e o objeto de sua prática a existência de novos meios de trabalho expressos num conjunto sempre crescente de recursos materiais, cuja utilização substitui etapas inerentes ao ato clínico.

A incorporação e o desenvolvimento crescente da ciência e da tecnologia permitem ao profissional médico apreender progressivamente a doença em sua exterioridade ao corpo a partir de novos recursos diagnósticos e terapêuticos, tais como as técnicas microscópicas, radiológicas e gráficas cada vez mais sofisticadas, e que se sobrepõem a práticas que anteriormente eram inseparáveis da clínica, como por exemplo, a ausculta, o toque e a observação. “O médico não adivinha a causa, ele a vê, a reconhece na arquitetura celular, na forma, na coloração e na importância dos elementos do núcleo ou do protoplasma” (POLACK IN DONNANGELO & PEREIRA, 2011, p. 36).

Nesse sentido, ao mesmo tempo que as necessidades de saúde passam a ser categorizadas, no nível de sua satisfação imediata, em patamares de diferentes complexidades ambulatoriais de assistência clínica, a massiva incorporação de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas representa uma superação da própria clínica como meio básico do trabalho médico, a partir de novos elementos técnicos e científicos que compõem o ato terapêutico (DONNANGELO & PEREIRA, 2011). Modificação que se espraia e institui, de forma cada vez mais significativa, nos níveis de atenção de maiores complexidades da assistência, o que apresenta uma transformação profunda na produção dos serviços de saúde.

Desse ângulo, esses novos elementos materiais que compõem o processo diagnóstico e terapêutico correspondem a bens cuja produção é externa à medicina, mas cuja distribuição e consumo só se efetiva através dela. O monopólio da medicina sobre as ações em saúde garante à prática médica uma centralidade na distribuição e no consumo desses produtos, o que, por fim, representa uma valorização do capital aplicado na produção industrial de diferentes setores da economia. O que “leva a indagar acerca das proposições em que o próprio conteúdo da prática terapêutica poderia estar sendo determinado pela necessidade de reprodução de capitais

aplicados em diferentes setores da produção” ((DONNANGELO & PEREIRA, 2011, p. 59).

Essa articulação da medicina com a produção econômica e com os processos de reprodução do capital permite identificar a constituição de uma problemática que impacta de imediato a realidade dos gestores locais: aquela concernente à questão dos custos progressivos da assistência médica, que decorre, em grande parte, da incorporação desses novos produtos industriais ao valor do cuidado médico (DONNANGELO & PEREIRA, 2011).

3.2. Os custos da assistência médica e as relações federativas

A elevação dos custos da assistência médica foi apontada nas entrevistas realizadas tendo por base a relação entre os governos municipais e o governo estadual na execução da política de saúde. Essa é uma problemática que, nas visões dos gestores entrevistados, está diretamente relacionado ao processo de descentralização da política de saúde que constitui base estruturante do Sistema Único de Saúde no país. No modelo de descentralização e hierarquização da política de saúde no Brasil, cabe aos municípios a responsabilidade da prestação das práticas em saúde à população e à União e aos estados, cabe a cooperação técnica e financeira necessária ao desempenho dessa função (ARRETCHE & MARQUES, 2002).

Entendemos que a complexidade dos desenhos institucionais da política de saúde, entre os três níveis federativos, ultrapassa a forma com que a questão é aqui tratada. Isso porque as relações federativas no SUS, ao mesmo tempo que envolvem uma autoridade no governo federal, se realiza a partir de abrangentes sistemas de transferências de recursos inter-regionais para os programas municipais de saúde, em diferentes arranjos institucionais, que fogem do escopo desse trabalho. O que queremos ressaltar aqui é de que forma os custos da assistência médica dos níveis de maior complexidade do sistema de saúde, base das relações federativas, foram apontados pelos gestores locais como um importante elemento a ser considerado para a constituição de uma política de saúde local, de acesso universal.

Sobre esse aspecto é importante considerar que a Constituição de 1988 produziu uma importante inovação no desenho institucional do Estado brasileiro, recuperando as bases federativas e incorporando a descentralização como um dos

principais eixos do processo de democratização da gestão pública após duas décadas de regime militar (1964-1985), o que representou a transferência de um conjunto significativo de atribuições aos níveis estadual e municipal de governo (SOUZA, 2013; ARRETCHE & MARQUES, 2002; FRANZESE & ABRUCIO, 2013). O SUS, enquanto política pública instituída a partir desse marco legal, representa um pacto federativo baseado em uma distribuição intergovernamental de funções, cuja estruturação da política e das práticas em saúde pressupõe a transferência de responsabilidades sanitárias para os níveis subnacionais de governo (MENICUCCI, 2017; MENICUCCI, 2018; VIANNA ET AL, 2002).

Se houve um processo avançado de descentralização da política de saúde brasileira a partir dos anos de 1990, esta se refere à delegação e à transferência de determinadas ações e de seu processo de gestão aos estados e municípios, o que não significa que houve desconcentração do poder de Estado central. Nesse sentido, a questão da descentralização se dá em referência às competências administrativas, condizentes com a execução da política de saúde, o que ocorre com a contínua concentração da autoridade política e decisória no nível central de governo. Assim, ressaltamos que execução e autonomia política não correspondem a dimensões equivalentes da descentralização da política de saúde (LUZ, 2000; ARRETCHE, 2012).

No que tange à execução da política de saúde, é possível observar nos discursos dos gestores locais uma concepção sobre como é vivenciada a descentralização do SUS em relação aos níveis mais complexos de assistência:

Todos os nossos índices de produtividade vêm aumentando, seja de atendimento, consultas ou exames. **Tudo isso vem aumentando, porém, a gente tem a dificuldade de que o estado não oferece subsídio para a gente estar atendendo prontamente toda a população. Temos um problema de que o estado cobra, mas também não oferece. O estado acha que dois hospitais estaduais na região vão dar conta deste contexto do ABC que é muito populoso para suprir toda a demanda da região.** Fora que esses equipamentos, além dos ambulatórios de especialidades médicas, atendem não só nós do ABC, mas o estado como um todo. [...] A gente tem uma referência estadual de urgência e emergência para alguns casos, como por exemplo, cardiologia que, teoricamente, teria que ser o estado no Hospital Mário Covas, mas essa vaga não sai de imediato porque lá tem uma grande lotação, então nós temos essa dificuldade de referência. Nós temos referência de ortopedia, cirurgia geral e psiquiatria no Hospital Nardini, em Mauá. Essas vagas normalmente a gente consegue mais rápido (G1, grifo nosso)

O estado, aqui no município, tem um hospital de média e alta complexidade, mas de portas fechadas, então a gente tem uma sobrecarga nos nossos serviços de saúde pela característica da

população e por estar vivendo uma crise financeira nacional. Isso significa gastar mais dinheiro ou não? Nos últimos quinze anos, a gente sempre gastou o dobro do recomendado dos 15% do tesouro municipal na saúde. Nós, inclusive, estamos chegando no triplo, com 40% dos gastos. “Poxa, que ótimo, parece bom!” Mais ou menos... porque se estamos colocando a mais na saúde, estamos tirando de outra área porque o dinheiro é o mesmo. [...] A gente dá respostas a tudo? É claro que não, porque a gente também não tem como chegar em níveis de alta complexidade que, por questão de economia, não faria sentido nenhum a gente ter serviço de oncologia especializada, cardiologia intervencionista, ou seja, alta complexidade em si, que o estado concentra e disponibiliza vagas para todo mundo. **Esse lugar pra mim, é gargalo, com certeza** (G2, grifo nosso).

O primeiro aspecto evidenciado é que os elementos de referência que caracterizam a relação entre estado e municípios, na visão dos gestores locais, correspondem, de forma exclusiva, à prestação e à distribuição da assistência médica associada à dimensão da incorporação tecnológica. Nessa relação, o estado deveria ocupar o papel de prestador privilegiado de serviços e tecnologias de alta complexidade.

Nesse contexto, a prestação de serviços mais custosos e de maiores densidades tecnológicas aparece como fator estruturante e conflitante das relações entre os níveis subnacionais de governo na execução da política pública, traduzido em discursos como: “a gente tem a dificuldade de que o estado não oferece subsídio para a gente estar atendendo prontamente toda a população” (G1), “temos um problema de que o estado cobra, mas também não oferece” (G1) ou “o estado, aqui no município, tem um hospital de média e alta complexidade, mas de portas fechadas” (G2).

Nessa distribuição de funções federativas, os recursos estaduais são caracterizados, pelos gestores municipais, pela sua oferta insuficiente e, conseqüentemente, pela superlotação, dado o montante populacional que os consomem. Tais características sinalizam para os gestores um consumo crescente e, portanto, uma demanda maior do que a produção e distribuição desses serviços e tecnologias está sendo ofertada pelo estado, o que resulta em uma maior demanda por consumo das maiores complexidades assistenciais nos municípios. Processo que aparece representado nas falas: “o estado acha que dois hospitais estaduais na região vão dar conta deste contexto do ABC que é muito populoso” (G1) e “a gente tem uma sobrecarga nos nossos serviços de saúde pela característica da população e por estar vivendo uma crise financeira nacional” (G2).

Nesse contexto, o custo progressivo da assistência representa um obstáculo ao próprio processo de expansão da prática médica e dos serviços de saúde, na medida em que encontra no problema do seu encarecimento uma das barreiras para a sua efetivação. Por consequência, instituem-se vazios assistenciais de média e alta complexidade no sistema de saúde, que se configuram como “gargalos” para a realização da política de saúde nas diferentes realidades municipais.

Frente a esse cenário, verificam-se nas experiências municipais, os seguintes fatos:

No caso dos hospitais estaduais a gente demora mais para conseguir vagas porque sempre negam por conta de superlotação. [...] A gente está com um hospital no município de 51 leitos funcionando plenamente, coisa que a gente não tinha há três anos. Inclusive, é referência para o município vizinho. **Além disso, temos um projeto de um hospital municipal novo aqui, que até o final de fevereiro acredito que seja assinado pelo governador.** Esse hospital começou a ser construído em 2009 e, por uma série de fatores, foi perdido muito dinheiro e conseguimos um ajuste com o governo estadual para finalizar esse projeto. É um hospital com 98 leitos, com maternidade, que deve servir não só para o município, mas para a microrregião (G1, grifo nosso).

O estado também às vezes arma uma disputa importante pela gente ter a coisa da média complexidade que é a questão de especialistas e exames subsidiários da atenção básica, como ultrassom, mamografia e tal. **Há uma disputa desse lugar entre o estado e o município porque quando o estado se omite, a gente tem que entrar. Então esse espaço do ‘quartirão da saúde’ é muito custoso para o município, mas que a gente precisou construir no sentido histórico de dar a assistência numa omissão do estado.** Isso fica muito mais caro. E o estado se posiciona: eu já tenho um hospital aí, por que eu tenho que ter dois? É uma disputa, não é fácil, não é simples. Então quando você me pergunta, o acesso nunca é o suficiente (G2, grifo nosso).

Nos dois casos, fica evidente um posicionamento dos gestores locais pela criação de equipamentos de maiores densidades tecnológicas assistenciais frente à escassez dos recursos prestados pelo estado. No primeiro caso, o município assume a ampliação dos serviços hospitalares como necessário à política de saúde no âmbito local e, no segundo, destaca-se a criação e o manutenção de um centro de especialidades médicas conhecido como “quartirão da saúde”.

O que se observa é que a mesma insuficiência relatada sobre os recursos oferecidos e prestados pelo governo estadual também parece ser experimentada pelos municípios, em uma grande ambivalência. No primeiro caso, a existência de um hospital municipal, em pleno funcionamento, parece não corresponder à condição satisfatória para atender as demandas, nos maiores níveis de atenção, da população. A solução aparece na construção de um novo serviço hospitalar, maior e mais

complexo que o primeiro, o que acaba por realizar a ideia do progresso da ciência e da tecnologia como eminentemente positiva: quanto maior a densidade tecnológica e material e de especialidades médicas, melhor é a resposta dada as necessidades apresentadas.

Já no segundo, esse processo fica reiterado pela ideia de que “o acesso nunca é o suficiente”, visto que diante de uma tendência à diminuição dos aportes estaduais, há um aumento dos gastos com a incorporação de maiores complexidades assistenciais pelo município com o quarteirão da saúde. Esse processo representa não só um persistente aumento dos gastos municipais, mas uma pressão contínua de consumo por esses serviços, uma vez que aquilo que é ofertado no nível da média complexidade, pelo quarteirão da saúde, também parece não ser suficiente. O que acaba por reiterar, do mesmo modo, uma ideia de progresso eminentemente positiva: como nunca é suficiente, a ampliação do acesso às maiores complexidades tecnológicas e especialidades médicas fica sempre reiterada como necessária às demandas e às necessidades de saúde da população.

É nesse processo de valorização positiva dos níveis assistenciais mais complexos que a ambivalência ocorre, mostrando os limites dessa forma própria de estruturar a política de saúde. Ao mesmo tempo que a ampliação do acesso a esses serviços é sempre necessária, ela nunca é o suficiente; ao mesmo tempo que a sua expansão é sempre reiterada para a própria realização do acesso universal à saúde, sua execução é limitada pelas próprias características desses níveis de atenção, que são mais custosos e dependentes de uma alta densidade de tecnologia material.

Evidencia-se, portanto, uma contradição intrínseca na concepção e execução da política de saúde e da organização do sistema: do mesmo modo que se observa, por parte dos gestores locais, uma valorização da ideia do progresso da ciência e da tecnologia, esse mesmo ideário é apresentado nos discursos como insuficiente. Nesses moldes, a ampliação do acesso e do consumo dos serviços de saúde mais custosos e tecnológicos fica sempre reiterada como necessária.

Capítulo 4. A realização do acesso universal: as questões da atenção primária à saúde

Materializada pelo consumo dos serviços de saúde em sua dimensão mais positiva, a realização do acesso nas realidades municipais expressa três grandes características da política de saúde e, conseqüentemente, do direito à saúde analisadas no capítulo anterior.

Ao instituir-se como a principal forma de realização da atenção à saúde e como o grande elemento transformador da realidade sanitária pós-SUS, o acesso aos serviços públicos de saúde evidencia a permanência de certas relações dicotômicas históricas no setor saúde, dentre as quais destaca-se aquela que se estabelece entre o biológico e social. A análise dos dados coletados demonstra a conservação de um marco funcionalista de compreender os fenômenos de saúde-doença, com marcas profundas do biologismo e com a supremacia da clínica médica como a principal forma de intervenção na realidade sanitária e de organização do sistema e da política de saúde.

A organização do sistema de saúde em níveis de assistência ambulatorial, bem como as ações e as práticas relatadas pelos gestores locais, demonstra uma forma de tomar e satisfazer as necessidades de saúde na sua forma mais imediata: nos sinais e nos sintomas do corpo biológico individual. O produto desse processo é uma naturalização das necessidades de saúde que aparecem apenas na sua ordem natural-biológica, sem história ou sem razão social. Como apontado por Schraiber & Mendes-Gonçalves (2000): “é o que se chama de reificação (coisificação) das necessidades” (p. 31).

As formas de produção dos serviços de saúde nesses marcos, bem como o seu consumo - que acaba por reiterá-los sempre como necessário -, produz aquilo que Arouca (2003) denomina de “mitificação do social” (p. 174). Isto é, as práticas em saúde neutralizam e despolitizam os significados das características que estruturam e organizam o social, ao não atuarem naqueles mecanismos pelos quais os processos saúde-doenças são produzidos e determinados – o que torna as características sociais um mito. Como consequência, a ampliação do acesso no seu sentido mais positivo culmina na extensão, sempre necessária, da prática médica clínica, curativa e individual e na ampliação exacerbada do seu consumo (DONNANGELO & PEREIRA, 2011).

Essa ênfase no biológico resulta na produção de uma demanda sempre crescente por mais acesso, de forma que o grande problema apontado por Singer, Campos & Oliveira (1978) é que os serviços de saúde se tornam cada vez mais incapazes de satisfazer as necessidades e as expectativas das populações assistidas. Isso porque, ao ter por foco a imediatez do corpo físico, os serviços de saúde não oferecem qualquer solução ou respostas àquilo que as originam. E, paradoxalmente, “é desta falha que se origina grande parte do dinamismo que provoca a expansão ilimitada do campo de atuação dos serviços de saúde, ou seja, a medicalização da sociedade” (p. 64). Há, assim, um consumo médico crescente e sempre reiterado como necessário que não é acompanhado por mudanças nas estruturas que originam as necessidades apresentadas.

Além disso, essa forma de produção e consumo dos serviços de saúde não só toma os corpos biológicos deslocados do social, como também produz e modifica esse biológico-natural. Considerando a incorporação intensa da ciência e da tecnologia na política de saúde, com vistas à própria concretização do direito à saúde, o acesso não se realiza de forma independente do corpo biológico, ele é constitutivo da sua própria existência dado que é esse biológico-natural que representa o principal objeto das práticas assistenciais prestadas no âmbito local do SUS (SINGER, CAMPOS & OLIVEIRA, 1978; AROUCA, 2003; IANNI, 2018).

Processo que se encontra diretamente relacionado à dominância da dimensão técnica da prática clínica e do cuidado médico na política de saúde, reiterada pelo marco do progresso técnico-científico. Mesmo que a incorporação crescente da ciência e da tecnologia nas práticas assistenciais demonstre seus limites, evidenciados principalmente pelos seus custos progressivos e pelos “gargalos” nas ofertas dos serviços de saúde, ela é sempre reiterada como inerente à melhores condições de saúde. Cria-se, dessa forma, uma visão de que quanto mais consumo de ciência e tecnologia, mais saúde – consumo este que só se concretiza por meio do acesso (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 2000; DONNANGELO & PEREIRA, 2011; IANNI, 2018).

Instaura-se uma padronização das demandas cada vez mais expressivas por consumo de maiores tecnologias médicas que se torna transversal às diversas instituições do SUS, nos diferentes níveis federativos e nos diferentes níveis de atenção. Seja nos serviços de Atenção Básica, Urgência e Emergência ou nos grandes hospitais estaduais, o que se observa é a satisfação das necessidades por

meio do consumo sistemático e cada vez maior de bens, serviços, produtos e tecnologias em saúde (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 2000).

Desse modo, entendemos que essas características da política de saúde hoje em voga são resultados da própria trajetória percorrida pelo movimento da Reforma Sanitária brasileira no final do século XX e da forma com que o processo de reformulação do setor saúde se concretizou. Ao mesmo tempo que expressam permanências históricas importantes, elas são resultantes da forma como o direito à saúde foi traduzido – e reduzido - na ampliação sistemática do acesso à assistência médica pública e na reestruturação administrativa do aparelho público prestador de serviços (COHN, 2009; GIOVANELLA & FLEURY, 1995).

Isso, para nós, podem ser consideradas expressões do próprio sucesso de implantação e implementação do SUS e do movimento percorrido pelo próprio campo da Saúde Coletiva quando passou a priorizar, a partir dos anos 1990, os saberes e as práticas de caráter técnico, por dentro do aparelho do Estado, em detrimento daquelas de caráter reflexivo e envoltos nas grandes questões originárias do pensamento social em saúde ao lado das bases sociais originárias do movimento. Vivencia-se nos municípios em estudo, a construção de uma política de saúde que é confrontada pelas suas próprias características, que radicalizadas pela produção e reprodução do consumo, desafiam as suas premissas fundamentais de universalização do acesso e do direito à saúde (BECK, 2011; BECK, 2012; COHN, 2009; GIOVANELLA & FLEURY, 1995).

O direito social à saúde, balizado pelo consumo, exacerba ainda uma outra dicotomia permanente no setor saúde que confronta as suas próprias condições de realização: a separação entre indivíduo e sociedade, tomados como elementos autônomos entre si (IANNI, 2018). O primeiro, portador da biologia, foco das práticas assistenciais, e o segundo, portador do social, secundarizada pela própria conformação e estruturação do sistema de saúde. A permanência dessa dicotomia em um cenário em que a incorporação científica e tecnológica desempenha um papel fundamental na realização do direito social, culmina com uma acentuada valorização do indivíduo como o principal parâmetro e foco das ações e práticas em saúde (JURCA, 2013; IANNI, 2018; COHN, 2018)

Isso faz com que o consumo individual dos bens, serviços, tecnologias e produtos em saúde se constitua no grande fundamento do direito social à saúde, arraigando a necessidade de ampliação do acesso, no seu caráter de universalidade,

porém em bases cada vez mais individualizadas (JURCA, 2013; IANNI, 2018; COHN, 2018).

Esses paradoxos, com as quais hoje se vive e se pensa a saúde, ganha uma notória visibilidade nas práticas realizadas nos níveis de maiores complexidades assistenciais, como analisado no capítulo anterior. No entanto, no nível primário de atenção à saúde, que envolve um menor grau de incorporação tecnológica, esses paradoxos e contradições também se fazem presente, porém de uma forma mais radicalizada e, sobretudo, silenciosa. É o que será analisado a seguir tomando por base, as entrevistas realizadas com os gestores de três municípios em específico: Santo André, São Caetano do Sul e Diadema, que em termos de suas realidades socioeconômicas, apresentam características opostas entre si.

4.1. A demanda espontânea individual na atenção primária

No que tange à estratificação das necessidades em saúde em patamares assistências e, conseqüentemente, de incorporação técnico-científica, o nível primário de atenção à saúde é dotado de uma especificidade. Ao mesmo tempo que é por meio dele que os usuários acessam níveis mais complexos e especializados de assistência clínica, ele se constitui em um nível próprio de atenção à saúde, com práticas e intervenções específicas, destinadas às chamadas necessidades básicas de saúde (SHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 2000).

Essas necessidades incluem, por um lado, problemas sanitários que, desde o início do século XX, geram ações tradicionais em saúde pública, como por exemplo o saneamento do meio, o desenvolvimento nutricional, a vacinação e a educação em saúde. Por outro, também abarcam as demandas relacionadas à assistência, que predominantemente podem ser aquelas que: 1) cobrem a prevenção, a profilaxia e o tratamento de doenças de caráter epidêmico e que, portanto, estão sob atuação da vigilância epidemiológica da saúde pública; e 2) aquelas que constituem demandas tipicamente clínicas, que correspondem a agravos cuja resolução está apoiada em técnicas diagnósticas e terapêuticas de menor uso de equipamentos e instrumentos materiais e tecnológicos. No entanto, por mais que o rol de procedimentos diagnósticos e terapêuticos sejam mais simples e baratos neste nível da atenção, as situações sanitárias e os agravos à saúde que chegam à Atenção Básica são casos epidemiologicamente complexos, ainda que clinicamente possam

corresponder a patologias de manejos simples (SHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 2000).

Na perspectiva da dinâmica econômica do consumo, a Atenção Básica atua sobre demandas que, no sentido de sua satisfação, exigem menores custos relativos à prática assistencial especializada e que se realizam para além do uso de equipamentos tecnológicos e materiais. É justamente esta característica, relativa à racionalização dos custos da assistência, que foi privilegiada na atenção primária à saúde desde a segunda metade dos anos 1970, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), como a principal estratégia de extensão de cobertura assistencial em torno do lema “saúde para todos no ano 2000”, cunhado na Conferência de Alma-Ata (1978) por seus países membros (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 2000; HEIMANN & MENDONÇA, 2005; MOTA & SCHRAIBER, 2011).

A ampliação do acesso por meio dos cuidados primários em saúde se expressa nas diferentes realidades municipais em análise, conforme relato dos gestores locais. Ao mesmo tempo que eles ampliam o acesso e o consumo, têm por base a questão da racionalização dos custos. Em três dos municípios estudados a ampliação do acesso/consumo e a racionalização dos custos ocorrem por meio de mudanças profundas nos processos de trabalho e nos fluxos de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que passam a priorizar o atendimento da demanda espontânea individual por meio de duas principais estratégias: o acolhimento e o acesso avançado.

O acolhimento corresponde a uma diretriz das práticas de saúde e de gestão posta como transversal a todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde, e cujas origens encontram-se vinculadas à Política Nacional de Humanização instituída em 2004 pelo Ministério da Saúde. O objetivo estruturante dessa política é o de fomentar princípios e modos de operar as relações entre gestores, trabalhadores e usuários com o intuito de garantir uma maior “valorização dos sujeitos e estabelecimento de vínculos solidários no processo de produção de saúde” (BRASIL, 2017, s/p) (TAKEMOTO & SILVA, 2007; BREHMER & VERDI, 2010).

O acolhimento é concebido por uma perspectiva comunicacional e relacional, uma postura que os trabalhadores e os gestores assumem diante dos usuários e de suas necessidades. Nesta concepção, ganha destaque aquilo que Teixeira (2003) denomina por acolhimento-diálogo, que compreende um tipo

específico de conversa que se dá entre os sujeitos no interior dos serviços de saúde e que está presente em todas as atividades assistenciais por eles vivenciadas. O objetivo maior do acolhimento, na relação, estaria no reconhecimento das necessidades de saúde específicas daquele indivíduo e das formas possíveis de satisfazê-las, resultando em experiências mais qualificadas para o usuário nos diferentes níveis e serviços assistenciais (TEIXEIRA, 2003; TAKEMOTO & SILVA, 2007).

Essa abordagem relacional privilegia uma dimensão individual das práticas em saúde, também conhecido como cuidado centrado no usuário, que visa uma compreensão da singularidade de cada indivíduo que procura o serviço de saúde, constituindo-se este o aspecto central para a construção da terapêutica (AGRELI, PEDUZZI & SILVA, 2016).

Nas palavras de Franco, Bueno & Merhy (1999) “sempre que houver um processo relacional de um usuário com um trabalhador, haverá uma dimensão individual do trabalho em saúde, realizado por qualquer trabalhador, que comporta um conjunto de ações clínicas” (p. 346). O acolhimento corresponde, assim, a uma relação baseada entre necessidades individualizadas e processos de intervenção tecnicamente orientados, que também são individualizados, contemplando “a subjetividade do sujeito” ao mesmo tempo que “amplia a finalidade do trabalho clínico, que, além de buscar a cura, prevenção, reabilitação e cuidados paliativos, passa a contribuir para o aumento da autonomia dos usuários” (AGRELI, PEDUZZI & SILVA, 2016, p. 907).

O subjetivo e o protagonismo do indivíduo passam a prevalecer no trabalho em saúde: o acolhimento do profissional fomenta a legitimidade do usuário em realizar escolhas a respeito de si próprio. O que reitera o seu papel de consumidor, que opta por consumir os serviços e as práticas de saúde que melhor se adequem às suas demandas. Cabe ao trabalhador da saúde embutir na sua prática profissional “a co-construção da autonomia do indivíduo — entendida enquanto o aumento da capacidade de o usuário lidar com sua rede de dependências” (SILVA, SÁ & MIRANDA, 2013, p. 845).

O indivíduo e sua biografia emergem, dessa forma, como uma categoria predominante na relação da saúde e a estrutura social. É por meio do acolhimento que a subjetividade do indivíduo é apreendida, o que expressa “quase uma terceira

dimensão – atravessada pelo sentimento, percepção, desejo, etc. – que conecta o corpo biológico ao corpo social” (IANNI, 2018, p. 343).

As condições objetivas de existência, que condicionam e determinam os fenômenos da saúde-doença e abrangem diversos aspectos da vida em sociedade, são subsumidas pelas biografias singularizadas que chegam aos serviços de saúde e que ganham notoriedade, ou são evidenciadas, por meio da escuta e do diálogo biomédico. No entanto, o acolhimento e as respostas dadas a essas situações e demandas individualizadas são envoltos por uma padronização das características cotidianas dos serviços. É assim que, para além da perspectiva relacional, o acolhimento também se institui enquanto uma prática técnica e organizacional (FRANCO, Bueno & Merhy, 1999)

Nos serviços de Atenção Básica, o acolhimento ganha destaque em 2013, a partir da publicação de cadernos temáticos do Ministério da Saúde para a implantação do atendimento à demanda espontânea no cotidiano das UBS, segundo as diferentes realidades municipais do SUS. Divulgado em dois volumes, esses cadernos ministeriais tiveram por objetivo nortear as UBS na criação de abordagens e manejos de situações comuns de atendimento à demanda espontânea, “utilizando-se do saber clínico, epidemiológico e da subjetividade, por meio do olhar para riscos e vulnerabilidades” (BRASIL, 2013, p. 7). O que implica, principalmente, em mudanças na configuração da “porta de entrada” dos serviços, que se materializam na recepção do usuário, no agendamento das consultas e na programação da prestação de serviços (TAKEMOTO & SILVA, 2007; COUTINHO, BARBIERI & SANTOS, 2015).

Vejamos como ele aparece representado por um dos gestores locais:

Eu acho que o movimento que estamos criando na Atenção Básica, nunca foi criado. **O acolhimento veio de um movimento de olhar para a Atenção Básica e entender que a gente precisa abrir a porta da UBS. É para a gente ter escuta de enfermagem, com objetivo de garantir que quando o usuário chega na recepção e pede algo, ele seja colocado para dentro da unidade.** É preciso conversar com ele, entender qual a demanda que ele apresenta e, a partir daí, vamos tentar ofertar coisas. **Posso não ter ginecologista, por exemplo, mas eu enquanto enfermeiro posso coletar um Papanicolau ou pedir uma mamografia. É aí que o protocolo de enfermagem se fez necessário. O protocolo de enfermagem vem muito como um instrumento de empoderamento técnico do enfermeiro para que ele cuide do usuário e faça o que é necessário para ele. Então, a minha principal encomenda enquanto gestor é a de abrir a porta das unidades: acolham as pessoas e coloquem elas para dentro.** Quando começamos a discutir o acolhimento, percebemos que as unidades não tinham um fluxo padronizado, cada uma atendia o usuário de uma forma. Começamos, então, a desenhar um fluxo para organizar o atendimento e a própria carta de ofertas das unidades. Criamos uma organização que melhorasse esse cuidado, com um fluxo novo e com enfermeiros respaldados

pelo protocolo de enfermagem para poder realizar medicação, pedir exames e garantir acesso e cuidado. Acho que a grande aposta é conseguir estar mais perto das pessoas. O primeiro grande passo para isso, sem dúvidas, foi aumentar a cobertura de Atenção Básica com a contratação de 35 novos enfermeiros, alcançando 51% de cobertura. Com o maior número de enfermeiros, conseguimos abrir a porta dos serviços (G3, grifo nosso).

A primeira característica apresentada pelo gestor é a criação do acolhimento enquanto estratégia a ser implementada nas UBSs para ampliar o acesso e o consumo dos serviços de atenção primária por parte da população. O acolhimento permite “abrir a porta das unidades” (G3), aumentando o seu consumo, ao mesmo tempo que proporcionaria ao usuário uma experiência mais qualificada e individualizada: “é preciso conversar com ele, entender qual a demanda que ele apresenta e, a partir daí, vamos tentar ofertar coisas” (G3).

Para isso, cria-se no cotidiano dos serviços de saúde um ator essencial para o acolhimento: o profissional de enfermagem. É ele o principal responsável por acolher, escutar e dar uma resposta positiva à demanda apresentada: “posso não ter ginecologista, por exemplo, mas eu enquanto enfermeiro posso coletar um papanicolau ou pedir uma mamografia” (G3). Resposta essa que reitera a clínica como principal meio de trabalho, evidenciado pela criação de protocolos técnicos que permitem uma maior resolutividade da prática do enfermeiro, que pode agora “realizar medicação, pedir exames e garantir acesso e cuidado” (G3).

O acolhimento enquanto prática técnica, apresenta, assim, quatro resultados imediatos:

1. Para o usuário, promove uma experiência individualizada e mais qualificada, pois as suas necessidades são apreendidas na sua singularidade e, com isso, se vê diante de um leque maior de ofertas de medicamento, procedimentos e exames a ser consumidos;
2. Para o profissional enfermeiro, garante um reconhecimento e uma valorização da sua prática, com a criação de protocolos que respaldam o seu exercício profissional e aumentam as suas possibilidades de atuação nos serviços de saúde e na própria vida do usuário;
3. Para o serviço, permite uma melhor organização interna, um fluxo de atendimento que utiliza ao máximo a capacidade instalada e que permite oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pela população assistida;

4. Para a gestão, permite uma ampliação da cobertura e do acesso, dado que aumenta o alcance da prestação de serviços e do seu consumo, associado com uma racionalização dos custos e que garante a legitimidade e a confiança dos usuários no sistema de saúde.

Como consequência desses resultados, o cuidado centrado no usuário proporcionado pelo acolhimento nas UBSs envolve um alto grau de padronização da prática assistencial voltada para o consumo individual.

A positividade com que o acolhimento é estruturado enquanto prática técnica resulta em outras experiências municipais, que desde 2013, expressam um novo modelo de organização dos serviços primários de saúde chamado de *acesso avançado* - que representa uma radicalidade das próprias bases do acolhimento. Dada a complexidade que envolve esse novo modelo de organização da oferta dos serviços e das práticas de saúde, é necessária uma breve contextualização histórica de suas origens e de seus fundamentos.

4.2. Acesso avançado e a radicalização do consumo médico individual na atenção primária à saúde

O acesso avançado, diferenciando-se e superpondo-se a outras lógicas e formas de organização e funcionamento da atenção primária à saúde, é originário dos Estados Unidos, tendo suas primeiras experiências de implantação datadas do início dos anos 1990, avançando para os países europeus, com destaque para o Reino Unido nos anos 2000 (MURRAY & BERWICK, 2003; SALISBURY *ET AL*, 2007).

Em 1996, a Academia Nacional de Medicina dos Estados Unidos - também conhecida como Instituto de Medicina - em conjunto com as Academias Nacionais de Ciência e Engenharia, instituiu o Comitê de Qualidade de Atenção à Saúde na América, num esforço de prover melhorias na qualidade da assistência médica prestada no país (NATIONAL ACADEMICS, s/d).

O principal plano de atuação do Comitê esteve em conduzir um estudo, com duração de dois anos, pautado nos objetivos de: 1) realizar uma revisão da literatura relativa à qualidade da atenção à saúde prestada no sistema de saúde estadunidense; 2) identificar as principais características e fatores que viabilizassem melhorias na qualidade da atenção prestada nos serviços de saúde; 3) desenvolver uma estratégia de comunicação que tornassem públicas informações sobre a qualidade dos cuidados em saúde e as oportunidades desenhadas de melhorias. Esse

estudo foi concluído em duas fases, cada qual resultando na emissão de um relatório constituído por um conjunto de publicações científicas (NATIONAL ACADEMICS, s/d).

O primeiro deles, intitulado *To Err Is Human: Building a Safer Health System* foi lançado em 1999 e teve como objeto de análise a segurança do paciente, evidenciando os erros médicos nos estabelecimentos de saúde e suas consequências. Como resultado, foi instituída uma agenda nacional, com implicações estaduais e locais, para reduzir erros médicos e melhorar a segurança das clientela atendidas. O segundo, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, publicado em 2001, trouxe a necessidade de reformular determinados aspectos de funcionamento do sistema de saúde estadunidense, como garantia de maiores inovações e melhorias nos atendimentos médicos realizados. O relatório não tratou apenas de apresentar novas abordagens relativas à organização dos serviços médico-assistenciais, mas de evidenciar novas relações entre os profissionais médicos e sua clientela e novas dinâmicas no atendimento médico para otimizar a capacidade de resposta às necessidades de saúde (NATIONAL ACADEMICS, s/d; INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

No relatório, o comitê estruturou as principais dimensões de melhoria do sistema de saúde nos EUA, sendo elas segurança, eficácia, eficiência, equidade, cuidado centrado no paciente e realização dos atendimentos no momento oportuno, de modo que um sistema de saúde que obtivesse grandes ganhos nessas seis dimensões seria mais qualificado e assertivo em responder às necessidades de saúde da população assistida (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Patients would experience care that was safer, more reliable, more responsive, more integrated, and more available. Patients could count on receiving the full array of preventive, acute, and chronic services from which they are likely to benefit. Such a system would also be better for clinicians and others who would experience the satisfaction of providing care that was more reliable, more responsive to patients, and more coordinated than is the case today (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001, p. 6).

Esse processo de reestruturação do funcionamento e do desenho organizacional do sistema de saúde estadunidense teve como alicerces os conceitos e princípios desenvolvidos pelo sistema de produção automobilístico das indústrias japonesas, capitaneadas pela Toyota, conhecido como sistema de produção enxuta ou *lean production* (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; WOMACK, JONES & ROOS, 2004).

A lógica por trás do sistema de produção toyotista concentra-se em identificar os desperdícios ao longo de toda a cadeia produtiva, isto é, reconhecer as atividades que não agregam valor nas diversas etapas da produção e eliminá-las, otimizando os processos produtivos e efetuando melhorias na qualidade da produção através da sua redução contínua (WOMACK, JONES & ROOS, 2004; RIBEIRO, 2004).

Pautado em Shingo (1996) e Womack, Jones & Roos (2004), podemos entender que são sete os principais desperdícios identificados como parte do sistema de produção enxuta, sendo eles:

1. Produção em excesso ou de forma antecipada à sua venda, o que acarreta numa superprodução com estoque de produtos que apresenta grande possibilidade de perda pelo excesso, sem uma sincronização entre produção e demanda;
2. Estoque excessivo de produtos ou de matérias primas e insumos, o que ocorre devido à falta de planejamento na produção e na compra dos recursos a ela necessários com relação à sua taxa de utilização e consumo;
3. Movimentação desnecessária dos trabalhadores ao longo da jornada de trabalho, o que acarreta numa perda da produtividade do trabalhador e no aumento do tempo dos processos produtivos. Na lógica da produção enxuta, os movimentos desnecessários evidenciam um ambiente de trabalho desorganizado, com fluxos não padronizados ou não compreendidos pelos trabalhadores, o que dificulta a execução das atividades produtivas;
4. Transporte desnecessário de material, ferramentas ou equipamentos para a prática produtiva, o que pode provocar danos às peças e ao maquinário utilizado e defeitos no produto final, além de desorganizar o processo produtivo;
5. Processos inapropriados na linha de produção, que são irrelevantes para a qualidade do produto e que afetam diretamente a produtividade e o custo da operação ao adicionar mais componentes ou ter mais etapas na cadeia produtiva daquilo que é exigido pela demanda;
6. Erros frequentes na realização do trabalho e que impactam na qualidade ou no desempenho do produto final, resultando num produto que não está apto para o consumo e que exige um processo de retrabalho para corrigir as irregularidades apresentadas;

7. Longos períodos de espera do trabalhador para manipular os recursos necessários à produção ou grandes períodos de ociosidade de determinados materiais ou equipamentos, que ocorre quando não há uma sincronização do fluxo de trabalho e balanceamento das linhas de produção.

Teich & Faddoul (2013) ainda salientam um oitavo desperdício, que se refere à subutilização dos trabalhadores nos processos decisórios e no planejamento das organizações. Esse desperdício ocorre quando há uma separação entre o papel da administração e os trabalhadores, de forma que ao não envolver os conhecimentos e as experiências destes na gestão dos processos produtivos cria-se uma barreira para a construção de melhorias e de inovações na produção, uma vez que são os trabalhadores que realizam as atividades e, portanto, são os atores com maior capacidade de identificar problemas e desenvolver soluções.

É nessa perspectiva que a engenharia de produção toyotista serviu como base para uma reformulação do sistema de saúde estadunidense, possibilitando uma reorganização dos processos assistenciais por meio do reconhecimento e da redução dos desperdícios realizados nos fluxos organizacionais e na prestação da assistência médica (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; OLIVE & BROWN, 2009; TEICH & FADDLOUL, 2013). Cria-se, assim, um paradigma de engenharia industrial que atravessa o setor saúde na busca de maior desempenho e qualidade dos serviços, pautado numa maior flexibilização e modernização da prestação da assistência médica (COLLINS & MUTHUSAMY, 2007).

Isso fica evidente no relatório publicado pelo *Committee on Quality Health Care*, ao evidenciar determinados princípios da engenharia toyotista que permitem que as equipes de saúde organizem seus recursos com maior eficácia para atender às necessidades da clientela e tornem a prática médica mais satisfatória sem aumentar os custos. Dentre esses princípios, foram destacados o Princípio de Pareto, o trabalho padronizado, a segurança e o fluxo contínuo.

O Princípio de Pareto, também conhecido como a regra do 80/20 ou a lei dos pontos vitais, é baseado no reconhecimento de que um pequeno número de atividades realizadas (20%) é responsável pela maior parte (80%) dos resultados obtidos. Nesse sentido, através do Princípio de Pareto seria possível reduzir os problemas que são mais relevantes num determinado processo de produção a partir do reconhecimento daquelas atividades em específico, ou elementos vitais, que resultam nesses problemas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; SALES, 2013).

Baseados nesse princípio, os serviços de saúde não devem planejar e executar as suas ações com o intuito de responder, de forma igualitária e na mesma intensidade, todas as demandas e ocorrências possíveis apresentadas pela sua clientela. Em busca de uma maior qualidade e desempenho, é preciso que os serviços de saúde separem aquelas demandas que são mais usuais e previsíveis daquelas mais específicas e menos frequentes para o planejamento de suas ações, num movimento que permite identificar as razões que levam determinada parte da clientela a consumir mais recursos humanos, materiais e tecnológicos do que outra (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; SALES, 2013).

Nesse sentido, a maior parte do trabalho realizado pelos serviços de saúde deve estar voltado para aquelas queixas e demandas mais usuais, uma vez que aquelas mais específicas ou pontuais (20%) exigem maiores custos e recursos para serem respondidas (80%) e igualá-las às demandas mais usuais causaria a maior parte dos desperdícios de recursos para os serviços de saúde - já que representa um processo mais custoso de atenção à saúde que não são utilizados nas maiores demandas apresentadas pelos pacientes. Desse modo, o Princípio de Pareto possibilitaria aos serviços de saúde diminuir os processos e atividades menos relevantes para atender a maior parte das queixas exigidas pela sua clientela e possibilitaria maior aprimoramento daquelas mais consumidas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Associado ao Princípio de Pareto, seria possível para os serviços de saúde, através do trabalho padronizado, uniformizar e qualificar os processos de atendimento e as técnicas diagnósticas e terapêuticas, uma vez que é possível prever com precisão as queixas e demandas mais usuais apresentadas pela clientela (Ibidem).

No entanto, embora seja possível agrupar as queixas apresentadas em termos da frequência com que elas aparecem nos serviços de saúde, os serviços devem estar abertos para responder às diferenças no que tange às preferências e às necessidades individuais. Desse modo, a padronização envolve o exercício de padronizar o conjunto comum de recursos necessários para atender a maior parte da clientela, enquanto adapta outros aspectos e recursos necessários para responder às preferências individuais. Isso torna possível manter o nível de produtividade e qualidade independente do profissional que esteja atuando nos serviços de saúde (FERRO, 1990; INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

In applying the principle of mass customization, differentiation is the last step—in industry, an example is manufacturing all products in the same way up to the addition of the product color. A health care example is having standardized instructions for patients with a given health problem, but writing in further information for those with additional health conditions (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001, p.124).

No que se refere à segurança e a redução de erros frequentes no processo produtivo, o conceito de *Jidoka*, também conhecido como automação inteligente no sistema de produção toyotista; e implica a utilização de um mecanismo inserido nas máquinas de produção capazes de fazer com que elas parem caso alguma falha seja detectada. Esse conceito, para além de possibilitar uma intervenção rápida e momentânea na cadeia produtiva caso uma falha ocorra, permite que o operador também interrompa a produção caso perceba que um problema irá ocorrer. A ideia subjacente a esse conceito está em garantir a qualidade do produto ao longo da sua confecção ao invés de inspecioná-lo apenas ao final do processo, dado que o pressuposto está em parar imediatamente o trabalho quando o erro ocorre, exigindo dos operadores uma correção imediata e possibilitando melhorias nos processos produtivos ao investigar e corrigir a causa raiz desses erros (FERRO, 1990; INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; SANTOS, 2017; KELENDAR, 2020).

Isto posto, organizar os serviços de saúde de forma mais segura envolve, para o comitê, desenvolver uma cultura institucional que incentive o reconhecimento, a análise e a melhoria de processos de trabalho que culminam em erros. Isso seria possível através de um conjunto de ações e processos a serem implementados nos serviços de saúde que incluem: a simplificação e a padronização dos processos-chave no cotidiano do trabalho; a criação de procedimentos que tornem os erros visíveis quando eles ocorrem, dando a possibilidade do profissional agir antes de resultar em dano ao paciente; e o planejamento de ações que diminuam as consequências danosas quando os erros não foram detectados previamente (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001)

Além disso, a qualidade do novo sistema de saúde estaria baseada exclusivamente no uso de evidências científicas para basear uma intervenção médica. A medicina baseada em evidências, para o comitê, permitiria aos profissionais médicos a prestação de terapêuticas e tratamentos de forma consistente e evitaria a utilização de práticas mais propensas a prejudicar o paciente (Ibidem).

O fluxo contínuo corresponde à produção apenas daquilo que é exigido pela demanda, baseado numa cadeia de produção sem interrupções e sem a geração

de estoque, evitando diretamente a superprodução e espera. A base para a produção em fluxo contínuo está no princípio conhecido por *Just in Time* (JIT), que significa que todos os recursos necessários à produção devem chegar no momento certo e somente na quantidade necessária para atender a demanda (FERRO, 1990; INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; RIBEIRO, 2004; KELENDAR, 2020).

Baseado nos processos de fluxo contínuo da produção, o sistema de saúde seria projetado para garantir o acesso dos indivíduos aos serviços e à assistência médica somente quando fosse requisitado, eliminando as barreiras de atendimento impostas pelos serviços de saúde como as filas de espera e de agendamento. É essa forma de organizar o acesso, baseada no conceito de fluxo contínuo e no princípio de *Just in Time*, associada aos demais conceitos da produção enxuta, que corresponde às bases do modelo de acesso avançado, também conhecido na literatura norte-americana como acesso aberto ou agendamento no mesmo dia (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

O modelo de acesso avançado foi experimentado inicialmente em clínicas particulares de atenção primária à saúde nos Estados Unidos e tiveram suas primeiras experiências relatadas por Murray & Tantau (2000). Esse modelo foi instituído primeiramente em 1993, no centro médico particular *Kaiser Permanente*, na cidade de Roseville, na Califórnia, avançando para clínicas e grupos médicos nos estados de Minnesota e Alasca nos anos subsequentes. Nos anos 2000 e 2001, foram registradas novas experiências em Virginia, Chicago e Nova York, de forma que em 2003, foram contabilizadas 85 processos de implementação do modelo de acesso avançado nos Estados Unidos, com experiências registradas em todas as regiões do país, incluindo os serviços de saúde das zonas rurais dentro dessas regiões (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; MURRAY & TANTAU, 2000; MURRAY ET AL, 2003).

Essas primeiras experiências de acesso avançado se sustentaram em duas características básicas: que a garantia de acesso à assistência médica seria livre de espera e que o redesenho dos processos organizacionais seria possível sem recursos adicionais, modificando apenas a forma de organizar os horários e agendamentos.

Vejamos como se refere Murray & Tantau (2000), dois de seus primeiros autores:

The access model we created is often called “open access,” “advanced access” or “same-day scheduling.” It has one very simple yet challenging rule: Do today's work today. Doing so enables patients to see their own personal

physician on the day they call for any problem, whether urgent, routine or preventive (Murray & Tantau, 2000, p. 2).

A realização do acesso avançado nos serviços de saúde dar-se-ia mediante o lema e o objetivo de “faça o trabalho de hoje, hoje”, propiciando uma mudança nas condições de acesso ao romper com uma concepção, até então hegemônica, dos serviços de saúde: a de eliminar a distinção entre demandas que são urgentes - que seriam atendidas momentaneamente - e as demandas de rotina - que seriam agendadas. No modelo de acesso avançado, todas as demandas seriam atendidas quando os indivíduos requeressem (MURRAY & TANTAU, 2000; MURRAY & BERWICK, 2003).

A consecução desse objetivo para melhorias na qualidade e desempenho dos serviços de saúde exigiria redimensionar seis aspectos da prática médica vigente, sendo eles: 1) equilíbrio entre oferta e demanda; 2) supressão de toda a demanda acumulada; 3) redução dos tipos de agendamentos; 4) desenvolvimento de planos de contingência; 5) redução das demandas apresentadas; e 6) aumento da oferta efetiva (MURRAY & BERWICK, 2003).

Com o acesso avançado, os serviços de saúde seriam requisitados diariamente a mensurarem a demanda atendida, identificando o que os sujeitos realmente procuraram no serviço de saúde e o que, no atendimento clínico, foi encaminhado como terapêutica ou resposta às suas necessidades. Tal processo, baseado no Princípio de Pareto, permitiria o desenvolvimento de práticas que seriam capazes de reduzir as diferenças entre oferta e demanda, redefinindo a oferta de acordo com as características presentificadas da demanda (MURRAY & BERWICK, 2003; BARBOSA, 2019).

Na maioria dos serviços de saúde, a terapêutica ofertada refere-se às necessidades individuais apresentadas retrospectivamente, que se organizam em um acúmulo de filas de agendamento e solicitações, não sendo respondidas quando solicitadas pelos indivíduos. Nesse sentido, suprimir o acúmulo das demandas corresponde a uma característica permanente do acesso avançado, exigindo que a prática médica seja a mais resolutiva possível, no intuito de reduzir as necessidades de retornos (MURRAY & BERWICK, 2003; BARBOSA, 2019).

A realização do princípio do *Just in Time*, não significa a ausência de agendamentos nos serviços de saúde, mas a sua minimização, aumentando o acesso oportuno dos usuários no momento em que procuram o serviço de saúde. No acesso

avançado, a capacidade de agenda aberta se define mediante a proporção do número de vagas disponíveis para agendamento pelo total de vagas ofertadas pelo serviço de saúde, de forma que a maioria dos horários disponíveis deve estar aberta para os indivíduos que procuram espontaneamente o serviço no dia para consultas de rotina, atendimento clínico urgente ou preventivo. Para Murray & Tantau (2000) isso significaria uma média de 65% dos horários abertos para a demanda espontânea e 35% dos horários reservados para agendamentos, que seriam ofertados baseados no perfil populacional e nas características da demanda apresentada.

Uma vez que a demanda não é totalmente previsível, pode ocorrer no cotidiano dos serviços de saúde momentos em que ela excede a oferta, devendo as equipes desenvolverem o que Murray & Tantau (2000) e Murray & Berwick (2003) definem como planos de contingência. Isso envolve a construção de estratégias que identifiquem, por exemplo, outros atores para além do profissional médico que possam atuar em momentos de demanda excessiva ou quando este não se encontra presente no serviço de saúde, além de planejar com antecedência como o serviço responderá aos aumentos previsíveis na demanda, como por exemplo, campanhas de atendimento a um grupo específico para reduzir a incidência de uma determinada doença num período do ano.

Os autores ressaltam que para qualquer plano de contingência é necessário compreender o padrão das demandas no cotidiano dos serviços, precisando as principais queixas e solicitações da clientela e os períodos do dia em que há um aumento exponencial da procura pelos serviços de saúde (MURRAY & TANTAU, 2000; MURRAY & BERWICK, 2003; MURRAY, 2005).

No que tange à redução das demandas futuras e aumento da oferta efetiva, os autores apontam uma necessidade de maximizar a eficiência no atendimento realizado, o que significa uma conduta mais rica e satisfatória baseada em evidências para atender aquilo que é apresentado pelos indivíduos na sua procura pelo serviço de saúde, cobrindo as mais variadas queixas numa consulta. Além disso, é possível maximizar a eficiência garantindo que os pacientes sejam atendidos pelo seu médico de referência e distribuindo as tarefas dos serviços de saúde para outros profissionais da equipe, com níveis mais altos de responsabilidade, de acordo com diretrizes e protocolos estabelecidos. Assim, algumas práticas complementarizam a prática médica com o de outros membros da equipe, tais como profissionais da enfermagem,

educação física, psicologia ou outros profissionais presentes no cotidiano dos serviços (MURRAY & TANTAU, 2000; MURRAY & BERWICK, 2003; MURRAY, 2005).

Outras estratégias apontadas pelos autores está em utilizar outros recursos disponíveis para reduzir as demandas futuras, como atendimentos em grupo, fornecimento aos pacientes e famílias de materiais educacionais e de referência sobre cuidados domiciliares e utilização dos meios midiáticos e telefônicos para responder a dúvidas ou dar informações necessárias aos indivíduos (MURRAY & TANTAU, 2000; MURRAY & BERWICK, 2003; MURRAY, 2005).

Com base nessas dimensões, o acesso avançado define uma nova lógica que orienta não só a organização dos serviços de saúde e as condições de acesso, mas que representa também uma nova racionalidade proveniente da engenharia de produção toyotista - tida como “a maneira superior de produzir bens” (Womack, Jones & Roos, 2004, p. 214) – e que combina técnicas e tecnologias mais avançadas da produção capitalista para responder às necessidades de saúde individuais e coletivas.

Apesar de ter as suas origens no Japão nos anos de 1950, é com a mundialização do capital no decorrer da década de 1980 e de 1990 que o toyotismo adquiriu dimensão universal no sistema de produção capitalista (ALVES, 2008).

De início, o toyotismo passou a ser identificado com o “modelo japonês”. Durante os anos 1970 e 1980, várias técnicas de gestão foram importadas do Japão, em diversas ondas, com diferentes ênfases, para diversos países e setores, vinculando-se ao sucesso da indústria manufatureira japonesa na concorrência internacional. [...] No decorrer da mundialização do capital, porém, o sistema Toyota com sua filosofia produtivista tendeu a assumir um valor universal para o capital em processo. O toyotismo passou a incorporar uma “nova significação” para além das particularidades de sua gênese sócio-histórica (e cultural), vinculada com o capitalismo japonês (ALVES, 2008, p. 111).

Para Alves (2008), as próprias condições histórico-ontológicas originárias do toyotismo determinaram a sua universalização enquanto modelo predominante de produção de mercadorias sob o contexto de mundialização do capital. Se, originalmente, o toyotismo foi instaurado sob a égide do capitalismo japonês, ele se torna oportuno às condições do capitalismo mundial dos anos de 1970 ao adequar as necessidades da acumulação do capital numa época de crise estrutural de superprodução com a nova base técnica da produção capitalista.

Apesar do toyotismo pertencer à mesma lógica de racionalização do trabalho que o taylorismo e o fordismo - o que implica considerá-lo uma continuidade

desses sistemas de produção - ele se constitui incorporando novos elementos à produção capitalista. É a introdução da nova maquinaria, vinculada à III Revolução Tecnológica e Científica, que o toyotismo representa, um novo salto na relação capital-trabalho por meio das novas tecnologias microeletrônicas na produção capazes de promover avanços exponenciais na produtividade do trabalho. Desse modo, o toyotismo instaura-se como uma nova estrutura da concorrência capitalista no cenário de crise de superprodução das décadas de 1960 e 1970 (ALVES, 2004; 2008).

O toyotismo apresenta, assim uma nova significação que ultrapassa a lógica de sua gênese enquanto um modelo japonês de produção, instituindo-se como a “ideologia orgânica da produção capitalista sob a mundialização do capital” (ALVES, 2001, p. 179). Isto é, os valores, princípios e regras que conformam os protocolos organizacionais do toyotismo atingem os empreendimentos capitalistas, seja na área da indústria, seja por analogia na área de serviços e na própria administração pública (ALVES, 2001; 2004; 2008).

É exatamente no contexto dessas novas relações internacionais de capital-trabalho que os protocolos organizacionais do toyotismo atravessam o sistema de saúde estadunidense, tornando os serviços médicos mais produtivos economicamente e garantindo, em analogia ao sistema de produção industrial, maior desempenho e qualidade no atendimento à clientela. Movimento que nos serviços médicos de atenção primária se materializou no modelo de acesso avançado no início da década de 1990.

A sucessão cronológica da implementação do acesso avançado aparece no Reino Unido com a publicação do plano nacional de saúde, conhecido como *The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform*, em julho de 2000 (PICKIN ET AL, 2004; SALISBURY, 2004; SALISBURY ET AL, 2007; COLLINS & MUTHUSAMY, 2007).

Esse plano de investimento no sistema nacional de saúde britânico propôs mudanças estruturantes nos processos organizacionais dos serviços de saúde, com o propósito de garantir à população da Grã-Bretanha “a health service fit for the 21st century: a health service designed around the patient” (THE NHS PLAN, 2000, p. 11). O objetivo último deste plano esteve centrado em oferecer à população atendimento rápido e conveniente, com um padrão consistentemente alto de qualidade e desempenho, de forma que os serviços de saúde estivessem disponíveis quando as

pessoas solicitassem e adaptados às suas necessidades individuais. Desse modo, o tempo de espera reduzido e o atendimento de alta qualidade centrado no paciente corresponderam aos princípios base para a reformulação do sistema de saúde britânico nos anos 2000.

Para atingir os seus objetivos, houve um progressivo aporte financeiro ao NHS e maior investimento na ampliação da atenção primária à saúde. Dentre as ações, houve a criação dos *Primary Care Trusts* (PCTs), organizações locais do NHS responsáveis por fortalecer os cuidados primários de saúde e articular a compra de serviços nos níveis secundário e terciário de atenção para grupos populacionais de cerca de 250.000 pessoas. Quando criados em 2002, PCTs pretendiam se tornar poderosas agências de compras locais, enraizadas na atenção primária e bem posicionadas para integrar atenção primária à saúde, serviços comunitários e hospitalares. Atrelado à criação de um novo sistema de financiamento e de compras dos serviços de saúde por meio dos PCTs, o plano alertou para a necessidade de desenvolver uma cultura de gestão de desempenho no NHS e de modernização do sistema através de investimentos em tecnologias da informação (THE NHS PLAN, 2000; FILIPPON ET AL, 2016, SOUSA ET AL, 2017).

Dentre essas ações, foram projetados investimentos tecnológicos no âmbito da telecomunicação em saúde com a criação do NHS Direct, linha de apoio telefônico com funcionamento 24 horas, com o objetivo de fornecer informações sobre saúde e funcionamento dos serviços médico-assistenciais. Como meta até o ano de 2004, foi projetado que o NHS Direct seria uma porta de entrada para cuidados primários de saúde fora do horário de funcionamento dos serviços de saúde, transferindo as chamadas, quando necessário, para uma cooperativa médica contratada ou outro serviço substituto (THE NHS PLAN, 2000).

O ponto mais expressivo de melhora na qualidade e desempenho do NHS foi a redução do tempo de espera no acesso aos serviços de atenção primária por meio de um conjunto de investimentos em infraestrutura e pessoal que garantisse o máximo de 24 horas para consultas com um profissional da atenção primária e o máximo de 48 horas de espera para consultas médicas. Até o ano de 2004 foi projetado que todas os serviços seriam obrigadas a garantir esse nível de acesso para seus pacientes, seja prestando o serviço elas mesmas, por meio de um acordo ou contrato com outras clínicas ou centros de atendimento do NHS (THE NHS PLAN, 2000; SALISBURY, 2003; SALISBURY ET AL, 2007).

Para apoiar esse objetivo, o governo criou um fundo de acesso à atenção primária de 168 milhões libras, dos quais pelo menos 48 milhões foram dedicados à melhoria do acesso à atenção primária. Cada PCT recebeu financiamento por dois anos para melhorar o modelo organizacional dos serviços primários que, em conjunto com a *National Primary Care Collaborative*, instituíram o acesso avançado como modelo de excelência para melhorar a qualidade e o acesso dos pacientes aos cuidados primários.

Entretanto, é apontado por Salisbury (2004) e Salisbury *et al* (2007) que o potencial de excelência do modelo de acesso avançado foi promovido para a atenção primária no Reino Unido sem que houvessem registros e pesquisas científicas suficientes sobre o impacto dessa modalidade no acesso dos indivíduos aos serviços de saúde, seja por meio de mensurações empíricas sobre as condições de acesso, seja por meio de análises das percepções dos trabalhadores, gestores ou pacientes do acesso avançado na atenção primária à saúde. A única pesquisa científica publicada até então consistia no artigo de Murray *et al* (2003) que descreveu sete estudos de caso nos Estados Unidos.

However, this is just speculation. We simply do not know whether the benefits claimed by proponents of Advanced Access or the concerns raised by sceptics are justified. Considering the size of the investment in Advanced Access, the radical claims made for its benefits, and the strength with which it is being promoted by *PCTs*, it is remarkable that very little rigorous evaluation of this model has been undertaken. The articles most commonly cited about the benefits of Advanced Access in the US and the UK are entirely devoid of peer-reviewed references to substantiate the claims made. One paper from the US describes case studies of seven practices seeking to implement Advanced Access with variable degrees of success, but provides no empirical data or patient perspective. In any event, it is debatable whether experiences in the US, which has a very different healthcare system, producing serious inequities of access, have much relevance to the organisation of primary health care under the National Health Service (SALISBURY, 2004, p. 330).

O estudo desenvolvido por Salisbury *et al* (2007) corresponde à primeira análise em larga escala dos impactos do acesso avançado na literatura internacional. A pesquisa consistiu num survey realizado em 391 serviços de atenção primária em saúde em 12 áreas do PCTs, representativas de todo o território inglês. Os serviços foram solicitados a declarar se operaram, ou não, o acesso avançado e fornecer detalhes sobre até que ponto haviam implementado os princípios fundamentais dessa modalidade de acesso em seus sistemas de agendamento. O objetivo do estudo foi avaliar se o acesso avançado estaria associado a mudanças significativas na espera por consulta médica, na continuidade do cuidado e na carga de trabalho realizada.

Comparado aos estudos de caso sobre a implementação do acesso avançado nos Estados Unidos, que sugeriram que essa modalidade ofereceria grandes melhorias no acesso à assistência médica, com menor tempo de espera por uma consulta, maior continuidade dos atendimentos e redução da carga de trabalho prática, o estudo de Salisbury et al (2007) não demonstrou nenhum desses efeitos significativos no contexto dos serviços de saúde do NHS inglês.

As práticas do acesso avançado analisadas no estudo forneceram um acesso um pouco mais rápido a uma consulta médica do que aqueles serviços que ainda não tinham implementado esse modelo. Entretanto, não foram constatadas diferenças estatisticamente significativas no que se refere à longitudinalidade do cuidado e na carga de trabalho realizada.

Segundo os autores, uma hipótese para os benefícios do acesso avançado não terem sido significativos seria o fato de que o sistema nacional de saúde inglês ofereceria melhores condições de acesso à atenção primária se comparado ao sistema de saúde estadunidense - este estruturado com base no seguro privado de saúde. Tal resultado ilustra bem as limitações de introduzir uma inovação na organização dos serviços de saúde, que foi desenvolvida para resolver os problemas de um sistema de saúde específico, em um sistema muito diferente de outro país, com seus próprios desafios e incentivos. No contexto inglês de acesso aos serviços de saúde, as melhorias na qualidade e no desempenho dos serviços de atenção primária se mostraram limitadas. Mais importante do que a rapidez no atendimento, o benefício constatado foi a escolha dos médicos pelos pacientes e o horário em que a consulta fosse realizada.

A ideia de progresso universal subjacente ao acesso avançado centrou-se, assim, na redução do tempo de espera e no aumento do número de consultas médicas realizadas, em que a qualidade da atenção à saúde seria traduzida no aumento da produtividade médica. O alastramento dessa modalidade de acesso em escala internacional ocorre sem que de fato houvesse bases elementares que sustentasse a sua efetividade e eficiência nos diferentes contextos e realidades nacionais e sanitárias.

4.3. O acesso avançado nos contextos municipais em estudo

No Brasil, as primeiras experiências de acesso avançado ocorreram isoladamente em algumas UBSs nos municípios de São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ), Florianópolis (SC) e Curitiba (SC), entre os anos de 2013 e 2014 (CIRINO, 2019; VIDAL ET AL, 2019). Diferentemente do observado no contexto internacional nos anos 1990 e 2000, o desenvolvimento e expansão do acesso avançado no Brasil ocorre nas realidades locais sem haver uma orientação nacional que o estabelecesse como modelo prioritário para a organização dos serviços de saúde de atenção primária do SUS.

Entretanto, por mais que esse modelo específico não estivesse incluído em nenhum documento orientador de base nacional, as experiências locais de implantação de acesso avançado ocorreram num contexto marcado pela estruturação do acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica; o que evidencia que o modelo de acesso avançado tem suas primeiras experiências de implantação no Brasil num contexto marcado pela preocupação nacional de atendimento à demanda espontânea individual e às urgências médicas e odontológicas na atenção primária à saúde (BRASIL, 2006; BREHMER & VERDI, 2010; GOMES, GUTIÉRREZ & SORANZ, 2020).

Outra circunstância necessária para a implantação do acesso avançado no Brasil foi a ratificação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo técnico-assistencial prioritário de organização da atenção à saúde no país (NASCIMENTO & COSTA, 2009; BREHMER & VERDI, 2010; GOMES, GUTIÉRREZ & SORANZ, 2020).

O Programa Saúde da Família (PSF) que, a partir de 2006, constituiu-se como Estratégia Saúde da Família (ESF), tem suas origens no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991. A principal mudança realizada pelo PACS no modelo de atenção à saúde foi o de evidenciar a família e a comunidade como núcleos das ações em saúde, ampliando as práticas sanitárias para além do atendimento médico, de cunho curativo e individual (BRASIL, 2001; VIANA & POZ, 2005).

Essa mudança no público e no foco das ações em saúde consubstanciou as principais ações do programa, pautadas no desenvolvimento de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, que realizar-se-iam por meio da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Estes atores corresponderiam a

determinadas pessoas escolhidas dentro das comunidades para atuarem como mediadores entre a unidade básica de saúde e a população. Esse processo de mediação se tornaria possível porque ao mesmo tempo que o ACS passa a ser reconhecido como um agente de saúde e, conseqüentemente, como agente de mudanças no quadro sanitário, eles são também reconhecidos por sua liderança ou pelas relações prévias que mantêm na comunidade (BRASIL, 2001; VIANA & POZ, 2005; COHN, NAKAMURA & GUTIERRES, 2009).

Através das ações de cunho preventivo e educativo, o PACS também adotou, pela primeira vez na política de saúde, aquilo que Viana & Poz (2005) chamam de uma visão ativa das intervenções e práticas sanitárias, agindo previamente sobre as necessidades de saúde ao invés de “esperar a demanda chegar para intervir” (p. 231), constituindo-se num instrumento de reorganização da demanda por dentro dos serviços de saúde.

O PACS representou a institucionalização, via Ministério da Saúde, de experiências com agentes comunitários que se desenvolviam de forma focalizada em algumas regiões do país como nos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará. A partir de sua institucionalização, o programa exerceu um papel estrutural na implementação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde, porque a sua adesão no âmbito municipal ocorria, somente, mediante certos requisitos exigidos pelo ministério, tais como: o funcionamento dos conselhos municipais de saúde, a existência de uma unidade básica de referência para o programa, a disponibilidade de um profissional de nível superior para supervisão e auxílio das ações de saúde desenvolvidas pelos ACSs, e a existência de um fundo municipal de saúde para receber os recursos do programa (VIANA & POZ, 2005).

É a partir do PACS que o Programa Saúde da Família é concebido, em 1993, em Brasília. A criação do PSF foi resultado de demandas expressas por secretários municipais de saúde que queriam efetuar mudanças na forma de operação da rede básica de saúde no âmbito local do SUS, expandindo o programa dos agentes comunitários para outros tipos de profissionais. A concepção do PSF foi de fazê-lo um instrumento de reorganização do SUS ao mesmo tempo que fomentava o processo de municipalização da política de saúde, de modo que a sua implantação ocorreria, prioritariamente, em áreas de risco. Foi, então, utilizado o Mapa da Fome, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), como critério de seleção para as áreas de risco no âmbito local (VIANA & POZ, 2005).

Outro fator importante mencionado por Viana & Poz (2005) é que no momento de formulação do PSF não existia nenhuma proposta concreta de assistência básica para o SUS. As estratégias vigentes até então estavam concentradas na criação de Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e de distritos sanitários, porém não se impunham como instrumentos suficientemente fortes no sentido de prover uma mudança profunda nas práticas de saúde e um maior impacto sobre a população no nível primário de atenção à saúde. Dessa forma, para as autoras, o programa foi formulado num período de vazio programático, nos três níveis de governo, em que nenhuma das instâncias federativas propunha “nada de novo e efetivo para o sistema e, que cada vez mais, a política seguia numa inércia, repetindo modelos de atendimento antigos e, sem interlocução, inclusive, com os demais setores da área social” (p. 241).

É no início de 1994 que foram implantadas as primeiras equipes de saúde da família decorrentes de uma política governamental de âmbito nacional, tendo caráter multiprofissional, e constituídas, no mínimo, por um médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, responsáveis por uma área onde residam, no máximo, mil famílias ou 4 mil pessoas (Brasil, 2006). De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2006), os princípios gerais que orientam a atuação das equipes estratégia saúde da família são, a priori:

1. ter caráter substitutivo em relação à rede de atenção básica à saúde tradicional, baseado em especialidades básicas da medicina - clínica médica, pediatria e ginecologia;
2. atuar em território adscrito, realizando cadastramento das famílias, diagnóstico situacional e epidemiológico, ações dirigidas às necessidades de saúde de maneira pactuada com a comunidade, mantendo a postura proativa frente aos agravos apresentados pela população;
3. desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base em diagnóstico situacional e epidemiológico, tendo como foco a família e a comunidade;
4. buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial na abrangência dos territórios para o desenvolvimento de parcerias, e

5. ser um espaço de construção da cidadania.

A partir desses princípios de atuação, uma particularidade das equipes de saúde da família corresponde à sua potencialidade de penetração na comunidade, revelando um alto grau de capilaridade do poder público naquelas comunidades em que o programa se encontra implantado. Isto se deve principalmente ao fato de as equipes contarem, na sua composição, com os agentes comunitários de saúde que são membros da própria localidade em que a equipe atua. A incorporação desse novo membro como um trabalhador da saúde – marcado pela ambiguidade de ser da saúde e ao mesmo tempo ser da comunidade – confere ao Estado a possibilidade de capilarizar-se para o interior do espaço privado da vida social, com seu potencial normativo e regulatório (COHN, NAKAMURA & GUTIERRES, 2009).

O fato das orientações de saúde e das práticas clínicas ocorrerem nos domicílios, para além dos serviços de saúde, confere à equipe multidisciplinar a oportunidade de observar e atuar sobre contextos e comportamentos particulares, o que compreende a uma normatização da vida privada das famílias, ao mesmo tempo que garante uma maior aproximação da população com o serviço de saúde de referência. A Estratégia Saúde da Família marca assim uma ambiguidade que se realiza em ações de caráter normatizador e emancipatório, de controle da vida privada e de configuração de um novo espaço de troca e diálogo entre trabalhador e usuário (COHN, NAKAMURA & GUTIERRES, 2009).

No entanto, a incorporação do modelo de acesso avançado na organização da oferta das práticas e ações em saúde das unidades básicas coloca algumas questões importantes no que diz respeito aos próprios princípios organizativos da Estratégia Saúde da Família.

A implantação do acesso avançado nas realidades locais do SUS ocorre, principalmente, naquelas unidades de saúde contempladas pela estratégia saúde da família. Nelas, houve uma reorganização do modelo de agendamento de consultas que permitiu aos usuários buscarem cuidados primários de saúde junto aos profissionais da sua equipe de referência no momento da sua necessidade ou escolha (FILHO ET AL, 2019). A adoção dessa modalidade de acesso é tida como garantia de um atendimento em tempo oportuno aos indivíduos, que são atendidos por sua equipe de referência de acordo com suas demandas e necessidades singularizadas através da máxima ‘faça o trabalho de hoje, hoje’.

Se olharmos para os dois municípios de nossa amostra em que o acesso avançado é tido como um dos grandes carros-chefes da política de saúde, Diadema e São Caetano do Sul, algumas questões merecem destaque.

A primeira delas é que, justamente pela Estratégia Saúde da Família corresponder a uma nova organização das práticas em saúde pautada, sobretudo, na universalização do acesso nas áreas mais pobres e historicamente desassistidas da população brasileira, é no município de Diadema que se verifica uma maior ampliação da cobertura populacional pelas equipes de ESF, chegando a 77,2% da população residente em 2019, se comparado à 62,4% em São Caetano do Sul.

Uma vez que o acesso avançado, no Brasil, tem sido implantado nas unidades básicas de saúde contempladas com a Estratégia Saúde da Família, é nas localidades de maior vulnerabilidade socioeconômica que ele encontra a sua principal possibilidade de expansão enquanto um modelo alternativo de organização do acesso. O que, no nosso caso, é representado pelo município de Diadema.

Gráfico 3. Percentual de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família nos municípios de Diadema e São Caetano do Sul. 2015-2019.

Fonte: E-Gestor Atenção Básica

Isto posto, vejamos como o acesso avançado é caracterizado pelos gestores dos respectivos municípios.

Hoje eu tenho acesso avançado nas unidades básicas de saúde, ampliação do horário de funcionamento com o programa Saúde na Hora – aqui no município de forma diferenciada sendo até às 21h30 e aos sábados. **Nas unidades com acesso avançado, grande parte da agenda do médico da equipe fica destinada à livre demanda, sem necessidade de um agendamento prévio. Isso faz com que as pessoas chegam e já possam ser atendidas, o que diminui a porta do pronto socorro. Com a questão do acesso avançado as pessoas têm mais acesso as unidades e aos atendimentos médicos** (G4, grifo nosso).

A gente tem um desenho assistencial muito claro na nossa cabeça, a prioridade dessa gestão é o aprofundamento da APS. Apesar de termos as 20 unidades de saúde, nós tínhamos equipes de saúde da família e agentes comunitários em números insuficientes, isso pensando a Atenção Básica como a porta principal, não exclusiva do sistema. Então a recomposição das equipes para a gente foi um super avanço. [...] A discussão também do acesso foi muito forte com duas coisas. Antes, a gente tinha retomado algumas questões de organização de atendimento com a distribuição de senhas nas UBSs, avançamos nessa discussão para o acolhimento e, depois, para um outro lugar que **é a questão do acesso avançado, ou seja, faça o que tem que fazer hoje, hoje**. Então, a Atenção Básica como uma agenda programática para os grupos prioritários, como gestante, hipertenso, diabético, avança para um olhar de que ela também é porta para atendimento das intercorrências que acontecem no dia a dia com aquela população do território, sem ter a necessidade de se deslocar. **Então, o acesso avançado traz essa releitura da cidade para “eu tenho que atender a pessoa do meu território, no meu território”, seja programado ou seja em uma situação aguda** (G2, grifo nosso).

Nesses depoimentos, o primeiro ponto de destaque encontra-se na relação que se estabelece entre as ideias base do acesso avançado e do acolhimento no que tange a priorização do atendimento; ambos adaptados à demanda espontânea individual como estratégia de ampliar o acesso.

Baseado nos processos de fluxo contínuo, as UBSs estariam projetadas para garantir o acesso individual à assistência médica quando fosse requisitado, eliminando as barreiras de atendimento expressas nas filas de espera e de agendamento. O que se encontra reiterado em falas como “isso faz com que as pessoas chegam e já possam ser atendidas” e “com a questão do acesso avançado as pessoas têm mais acesso as unidades e aos atendimentos médicos (G4).

Assim, essa forma de organizar o acesso, baseada no conceito de fluxo contínuo e no princípio de *Just in Time*, apresenta o indivíduo e suas demandas, independente da gravidade, como o cerne das práticas e das ações em saúde realizadas pela equipe ESF. O que aponta para uma primeira contradição entre os

princípios organizativos da ESF e aqueles do acesso avançado: enquanto o primeiro, originalmente, se propõe a evidenciar a família e a comunidade como o principal foco de atuação, o segundo concentra as atividades em saúde centradas no indivíduo. A incorporação do acesso avançado nas unidades contempladas pela Estratégia Saúde da Família ocasiona, portanto, uma mudança no que se refere ao objeto das práticas e do trabalho em saúde: há uma valorização do indivíduo frente à família e a comunidade.

Como apontado pelos gestores, a implantação do acesso avançado diminui a porta do pronto socorro e faz com que o atendimento às demandas, independentemente de corresponder a uma situação aguda ou programada, ocorra primeiramente nas unidades de saúde no território. Num primeiro momento, essa dinâmica encontra-se relacionada com a questão dos custos progressivos da assistência médica, dado que, por meio do acesso avançado, seria possível garantir uma ampliação do acesso à assistência médica livre de espera, com maior utilização da capacidade instalada nas unidades básicas e cujo desenho organizacional da oferta seria possível sem recursos adicionais nos níveis assistenciais de maiores complexidades, modificando apenas a forma de organizar os horários e agendamentos na Atenção Básica. O acesso oportuno aos usuários representaria, assim, o eixo central dessa modalidade, com uma maior capacidade de resolução e de resposta das suas demandas individuais pela equipe de referência, no momento requisitado pelo usuário, o que consequentemente diminuiria a demanda que chega ao nível secundário de atenção à saúde.

Num segundo momento, a lógica por trás do atendimento oportuno no território apresenta ainda uma outra contradição entre a ESF e o modelo de acesso avançado. A atuação da equipe ESF, para que funcione como um modelo substitutivo ao atendimento das especialidades médicas básicas, necessita de uma atuação multidisciplinar que seja proativa frente a complexidade epidemiológica da sua população. Nesse sentido, a noção de território – conceito que a Saúde Coletiva empresta da Geografia Humana e da Sociologia Urbana - demanda um primeiro conhecimento da natureza epidemiológica e social da população e de seus processos saúde-doença, para que isso fundamente as práticas da equipe.

Nesse marco, o diagnóstico de saúde de um determinado território/população deve servir de fundamento para as intervenções sanitárias, com a construção de ações de prevenção e promoção da saúde, por exemplo, ao mesmo

tempo em que deve se articular e suscitar o diagnóstico clínico. Por outro lado, o modelo de acesso avançado prioriza uma noção de território como o lugar no sistema de saúde no qual deve se dar a assistência clínica individual e oportuna, de acordo com a procura realizada pelo usuário. Assim, se na proposta original da ESF é o conhecimento das características espaciais, socioculturais, econômicas e epidemiológicas que suscita uma atuação da equipe com vistas a uma atenção integral a saúde, no modelo de acesso avançado é a demanda individualizada que aparece espontaneamente no serviço que suscita a atuação da equipe sobre o território. O diagnóstico de saúde encontra-se então pautado, principalmente, pela dimensão individual da demanda, na qual o social e as suas características ficam representadas a partir de uma leitura clínica realizada pelos profissionais mediante aquilo que aparece espontaneamente nos serviços de saúde.

O lema e objetivo do “faça o trabalho de hoje, hoje” permite, assim, que a capilaridade característica do trabalho das equipes ESF reitere, nas diferentes realidades locais e sociais, o aumento do consumo individual da prática médica como a resposta primaz às necessidades de saúde. A ampliação do acesso se traduz, dessa forma, no aumento da produtividade médica e, conseqüentemente, no aumento exponencial do seu consumo.

Isso ganha um peso maior quando a implementação do acesso avançado ocorre nas áreas de maior vulnerabilidade social, como é o caso do município de Diadema, em que o aumento do consumo individualizado da prática médica passa a ser a principal resposta sanitária naquelas localidades que, historicamente, apresentam piores condições de vida e de saúde.

O que se reitera é o consumo individualizado, na sua dimensão mais positiva, que culmina em uma autodestruição silenciosa das próprias bases estruturais do nível primário de atenção à saúde e da Estratégia Saúde da Família, que previa, inicialmente, um modelo mais equitativo e universalizante de acesso naquelas áreas de maior risco social.

Essa mudança de referência da família e da comunidade para a centralidade do indivíduo nas práticas de saúde, nas áreas de maior vulnerabilidade social, produz um intenso processo de individualização e de medicalização em que as diferentes dimensões da vida social desses grupos populacionais passem a ser regidas por um consumo individual atomizado das práticas assistenciais. Frente a uma complexidade do quadro social e sanitário da população nas áreas mais pobres, o

acesso avançado parece produzir um cenário em que condições sanitárias socialmente determinadas sejam percebidas como necessidades de saúde singulares a cada indivíduo que busca ativamente o serviço de saúde, transformando assim as desigualdades sociais, nas quais esses grupos populacionais estão imersos, em questões clínicas, orgânicas, respondidas no âmbito da assistência médica individual. Essa expansão do consumo individual promovida pelo acesso avançado nas áreas mais pobres cobertas pelas equipes de ESF, parece, assim, desconsiderar o processo de produção social dos fenômenos da saúde e da doença, tomando-os enquanto objetos de práticas fundamentalmente técnicas e, portanto, a-históricas.

Assim, as transformações sociais ocasionadas pelo acesso avançado na saúde parecem desestruturar o ideário e os processos básicos constituintes da questão democrática na saúde nos anos 1970 e 1980, pautados em uma dimensão redistributiva e de universalidade. Destruição essa que é fruto do próprio sucesso das estratégias vitoriosas do movimento sanitário que priorizou a implementação do direito à saúde tomando-o em sua dimensão mais positiva por meio do consumo.

SEGUNDA PARTE

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE E A QUESTÃO DEMOCRÁTICA EM TRANSFORMAÇÃO

A defesa da participação social na saúde, entendida como a valorização do exercício participativo enquanto um elemento essencial e indispensável para a formulação e a realização da política de saúde, marcou o projeto da Reforma Sanitária brasileira e a trajetória do movimento sanitário ao final do século XX (GERSCHMAN, 2004; PAIM, 2008).

Nas circunstâncias atuais, retomar um componente tão significativo da saúde pública brasileira, como foi o caso da institucionalização da participação na saúde nos anos 1980, traz a possibilidade de pensá-la por meio de outras formas e de novos referenciais teórico-conceituais. O exercício de analisá-la por meio de bases diversas daquelas originalmente estruturantes do campo da Saúde Coletiva permite evidenciar novas características no papel que a participação social ocupa na organização e na formulação da política de saúde, de um lado, e na própria estruturação das questões políticas e sociais que atravessam à saúde, de outro (IANNI, 2018).

É um exercício que instiga uma reflexão intelectual de como a relação entre saúde e sociedade não se mantém estática, permitindo revisitar e questionar muitos dos conceitos estruturantes do pensamento social em saúde e da sua articulação com as práticas realizadas no âmbito do SUS. Ao mesmo tempo, permite também identificar questões e elementos que compõem o exercício participativo e democrático na saúde que até então eram pouco visíveis ou reconhecidos como objeto de análise pelo arcabouço teórico-conceitual estruturante do campo (IANNI, 2018).

Elencar a participação na saúde como objeto de estudo, em associação com o acesso universal, e pensá-la nos alicerces da sociedade contemporânea tem por objetivo, ao invés de nortear a pesquisa em termos de respostas conclusivas à certas inquietações, evidenciar um grande desafio analítico que podemos estar adiante: a de que estamos vivenciando um certo esgotamento do exercício participativo na saúde e dos modelos explicativos que procuram analisá-los no âmbito do SUS.

Assim, é pautado na ideia de crise da participação social na saúde, enquanto prática social e política, que as análises serão processadas ao longo desta seção. Anunciar a crise como elemento característico do exercício participativo significa, nos limites deste trabalho, evidenciar determinados aspectos na sua realização que modificam o seu significado no ordenamento da política de saúde e que alteram os próprios fundamentos democráticos formulados pelo movimento sanitário no final do século XX (NOGUEIRA, 2004).

Vale ressaltar, ainda, que crise não significa fim. Quando se propõe discutir a crise da participação na saúde não se quer dizer, necessariamente, que ela tenha se desfeito enquanto base elementar da política de saúde, mas sim que as formas predominantes com que é executada, as capacidades propositivas do seu exercício e os resultados dele provenientes parecem não responder aos seus objetivos originais, no contexto das novas estruturas e dinâmicas da vida social contemporânea. Dessa forma, pensar em crise possibilita pensar em transformação, em um movimento em que se radicalizam e se explicitam as contradições e as características da participação na saúde como prática social e política (NOGUEIRA, 2004).

Um segundo aspecto analítico importante pressupõe a necessidade de compreender a crise da participação social na saúde associada à ideia de mudanças sociais em curso no Brasil contemporâneo, que marca um período de importantes rupturas com os paradigmas sociais e políticos modernos que caracterizou a sociedade brasileira ao longo do século XX. Para Ianni (2018), falar de mudança social significa identificar as transformações que emergem no desenvolvimento dos processos históricos e sociais e que impactam de modo irreversível a estrutura de uma determinada sociedade, como as diferentes esferas do ordenamento da vida das pessoas, das instituições sociais e dos conflitos políticos, por exemplo.

Pensar a participação na saúde à luz das mudanças sociais contemporâneas não se reduz a especificar os efeitos desses fenômenos apenas no exercício participativo direto, mas envolve também, principalmente, identificar as características de uma nova cultura política que modifica e desestrutura as bases originárias da participação social na saúde e que “sinalizam congruências ou conflitos inerentes ao tecido social, bem como movimentos de rotação da sociedade sobre si mesma” (IANNI, 2018, p.43). Consideramos, portanto, que mudanças estruturais no desenvolvimento e na organização da sociedade transformam tanto o papel da política, como as expectativas e experiências participativas dos cidadãos frente a ela.

Tais questões serão desenvolvidas ao longo dos três capítulos constituintes desta segunda parte da dissertação. A função dessas considerações introdutórias tem por objetivo orientar o caminho das análises desenvolvidas: conforme a participação social na saúde ganha expressão nas arenas institucionais do Estado, bem como uma primazia no desenvolvimento da política de saúde no campo social, observa-se a emergência de novas formas participativas dentro e fora das instituições estatais que parecem colocar em xeque aquilo que historicamente foi associado ao processo de democratização da saúde, como por exemplo, a representação política, a proposição coletiva de ações e práticas em saúde, a solidariedade, a justiça social, entre outros atributos que caracterizou a democracia como um ideário de sociedade e de política a ser percorrida pela saúde.

Capítulo 5. A participação social em análise: primeiras aproximações teóricas

A participação social se tornou parte da agenda do movimento sanitário brasileiro nos anos 1970 e 1980 como um esforço extremamente original, na área da saúde, de dar forma e expressão àquilo que Nogueira (2004) denomina de “política dos cidadãos” (p. 60). As reivindicações participativas revelavam à época a possibilidade de construir uma política de saúde que trouxesse, como protagonista, a sociedade civil, e que viabilizasse aos cidadãos o poder de interferir em suas comunidades e deliberar a respeito de temas e problemáticas da vida coletiva. Esse modo de conceber e praticar a política de saúde exploraria ao máximo a natureza eminentemente participativa, comunitária e dialógica dos cidadãos, em um empenho de democratizar e compartilhar o poder político (NOGUEIRA, 2004).

Originalmente, as reivindicações participativas na saúde emergem com as forças populares no contexto ditatorial brasileiro, em que a questão da saúde - entendida como assistência médica ou como condições de vida – foi alçada a instrumento de conscientização, mobilização e organização de grupos da sociedade civil frente a pobreza, a miséria e a crise sanitária que caracterizaram o Brasil ao final dos anos 1970 (GERSCHMAN, 2004).

Dada a trajetória singular das mobilizações populares na saúde e sua articulação com o movimento sanitário nos anos 1970 e 1980, consideramos a importância de que as análises sobre o exercício participativo nos municípios em estudo sejam desenvolvidas a partir de um resgate histórico dos movimentos que trouxeram de forma inaugural a participação na saúde como um elemento central de mobilização e de reivindicação política.

Para tanto, o primeiro ponto a ser considerado é que as análises sobre a participação social na saúde se sustentam, historicamente, em categorias substanciais do pensamento social e político, elaboradas com base na dinâmica da sociedade ocidental moderna do final do século XIX e da primeira metade do XX e que são emblemáticas no campo das ciências sociais. Isso significa que, nos variados estudos sobre a participação social na saúde, ela aparece diretamente associada com a conquista da democracia e com a universalização da cidadania na sociedade brasileira, bem como com a luta das classes trabalhadoras em suas organizações em sindicatos e partidos políticos e sua interlocução com as instituições do Estado (CEBES, 1979; FLEURY, 1997; CARVALHO, 2017).

Como dito, essas categorias do pensamento social e político - quais sejam democracia, povo, classe, partido político, classe social, cidadania, Estado, entre outras - foram elaboradas com base na dinâmica da sociedade moderna industrial do século XIX e XX, e pensar na participação social na saúde hoje, trinta anos após a sua efetivação, pressupõe defrontar-se com elas, uma vez que constituem elementos clássicos da análise social.

Contudo, o que colocamos em evidência aqui é: esses conceitos basilares do pensamento social e político *per se* ainda são suficientes para pensarmos a forma como a participação social têm se concretizado atualmente? Ou também seria necessário pensar, em diálogo com eles, a participação social na saúde hoje por meio de outros conceitos e ideias?

Se tomarmos por base autores da teoria social contemporânea, como Ulrich Beck (2011, 2012), Anthony Giddens (1991, 2012); Zygmund Bauman (2016), por exemplo, a resposta para ambas as perguntas poderia ser sim e não, uma vez que a teoria social contemporânea e suas categorias de análise mantém estreito diálogo com a teoria social clássica, sem afastar-se por completo das variadas questões propostas pelos tradicionais modernos (Ianni, 2018). Vejamos o que diz Ianni (2018) sobre essa relação:

Ainda que a cultura contemporânea tenha feito ruir parte do *constructu* do Iluminismo – como as oposições binárias, por exemplo, sociedade x natureza, razão x espírito, ciência x política, corpo x mente, biológico x social, dentre outras -, que informaram muitos binarismos da teoria social clássica, é curioso notar que mesmo nos mais radicais teóricos contemporâneos essas questões persistem. Ou, pretensamente superadas, reaparecem de outra forma, ainda que revisitadas. Não mais no seu sentido original antagônico e/ou hierárquico, mas ainda como elementos intrínsecos e necessários à própria análise do social (IANNI, 2018, p. 35).

Essa relação entre a teoria social clássica e contemporânea permite evidenciar o modo como a participação social na saúde é concebida predominantemente no campo da Saúde Coletiva e colocar em questão algumas de suas capacidades explicativas. Assim, o desafio posto neste e nos próximos capítulos é salientar, ainda que de modo incipiente, uma perspectiva de análise que permita confrontar uma participação na saúde que emerge e se desenvolve nos moldes do sistema político-democrático moderno e que, hoje, coexiste com novas estruturas sociopolíticas globais, marcadas pela supremacia do mercado sobre o Estado e suas instituições (CARVALHO, 1998; COHN, 2018; COSTA & IANNI, 2018; NOGUEIRA, 2004).

Nesse sentido, este capítulo realiza uma análise de alguns conceitos considerados chave da teoria social contemporânea presentes, principalmente, na obra do sociólogo alemão Ulrich Beck, para, no capítulo seguinte, basear certas interpretações sobre a trajetória percorrida pelas forças populares na saúde e pela consolidação da participação social enquanto princípio elementar da política sanitária brasileira alinhados às categorias de análise aqui identificadas.

5.1. Expressões de uma mudança sistêmica da política: uma contextualização dos conceitos de Ulrich Beck

Antes de adentrarmos de modo mais específico a alguns conceitos desenvolvidos nas obras de Beck (2011, 2012) é necessário delimitar o ponto de partida de nossa análise, qual seja um resgate das características dos Estados-nação que se desenvolveram na chamada primeira modernidade - período histórico que vai da emergência das relações de trabalho e de produção assalariadas, oriundas da primeira Revolução Industrial, até o declínio da ordem socialista no cenário mundial no final do século XX.

O modelo moderno de Estado-nação tem origem com os Tratados de Westfália, em 1648, que marcam o fim da Guerra dos Trinta Anos no continente europeu. Até então, o ordenamento político da Europa do século V ao XV era marcado pela hegemonia da Igreja Católica e pelo domínio territorial do império Romano-Germânico, de modo que, com os tratados westfalianos, emerge uma nova ordem mundial em que a força política não mais se originava da religião, mas da emergência e do desenvolvimento dos Estados nacionais. Estes são unidades político-territoriais que constituem a instância central de regulação e de condução dos processos sociais e políticos na primeira modernidade (SILVA & PICININ, 2015; BAUMAN & BORDONI, 2016).

Segundo as análises de Michael Mann (1986, 2006), o Estado moderno pode ser entendido a partir de alguns elementos basilares, originalmente propostos nas teorias weberianas. Por exemplo, perpassa à constituição dos Estados-nação a centralização das relações políticas em um conjunto diferenciado de instituições, cujas ações atuam sobre uma área territorialmente demarcada e com uma população adscrita. É sobre este território e essa população, também, que o Estado detém o

monopólio do uso da força. O poder do Estado, nesse sentido, atua soberanamente sobre suas fronteiras e, nelas, assume alguns sentidos.

O primeiro diz respeito ao que Mann (1986, 2006) denomina de *poder despótico* que representa um poder imperante do Estado sobre a sociedade civil. Isso significa, em outras palavras, a capacidade das elites estatais tomarem decisões e iniciativas sem uma negociação com os diferentes grupos sociais. O poder despótico possibilita ao Estado implementar as decisões políticas no território nacional sem o consentimento dos governados (MANN, 1986, 2006).

Um outro sentido no qual se pode falar de poder do Estado é aquele que o autor chama de *poder infraestrutural*, referindo-se à capacidade do Estado em penetrar na vida social e implementar as decisões políticas no seu território. O poder infraestrutural se traduz pelo alcance territorial e universal da ação estatal, que penetra e capilariza as suas infraestruturas no campo da sociedade civil e, dele, extraem os recursos necessários para promover e universalizar o acesso aos bens públicos essenciais às diferentes áreas da vida coletiva, como segurança pública, saúde, educação, habitação, entre outros (MANN, 1986, 2006).

É importante ressaltar que essas duas formas nas quais predominantemente se materializa o poder do Estado, em Mann (1986, 2006), são temporalmente e historicamente articulados, de forma que não constituem atributos fixos do Estado e que, a depender da conjuntura histórica, eles se expressam de formas distintas. Contudo, para o autor, aqueles Estados que historicamente desenvolveram um maior e mais efetivo poder infraestrutural são aqueles que, ao longo prazo, se tornaram mais democráticos, estabelecendo, assim, uma relação direta entre democracia e capacidade infraestrutural do Estado (MANN, 2006).

Essa relação entre aumento do poder infraestrutural e desenvolvimento democrático fortalece e legitima o princípio de soberania estatal no curso da primeira modernidade. Isso porque as transformações sociais advindas com o robustecimento da democracia, enquanto regime político, e do fortalecimento da formulação e execução das políticas públicas, enquanto capacidade e eficiência estatal, são tidas quase que exclusivamente como resultados de processos internos às estruturas sociais e políticas do Estado-nação, nos seus limites territoriais (DINIZ, 2013; HELD, 1991; MANN, 1986). Vejamos o que Held (1991) aponta a esse respeito.

É evidente que na teoria da democracia dos séculos XIX e XX, as visões mais influentes da mudança social e política presumem que os processos internos à sociedade estão na origem das transformações

sociais. As mudanças, presume-se, ocorrem por meio de mecanismos inerentes às próprias estruturas de uma dada sociedade, os quais governam o seu desenvolvimento. O mundo “fora” do Estado-nação – a dinâmica da economia mundial, o rápido crescimento das ligações transnacionais e as grandes mudanças da natureza do direito internacional, por exemplo – é objeto de uma teorização mínima e suas implicações para a democracia não são pensadas (HELD, 1991, p. 151).

Desse modo, presume-se à soberania estatal um ideário de que o Estado tenha controle do seu próprio destino, que seja capaz de governar a si próprio, o que, no âmbito do desenvolvimento democrático, tal concepção faz com que as mudanças sociais de uma democracia sejam explicadas, em grande parte, por referência às estruturas internas e à dinâmica das sociedades democráticas nacionais. Para Held (1991), subjaz às diferentes correntes da teoria democrática do século XIX e XX um ideário que trata as democracias como unidades autossuficientes, independentes uma das outras, cuja ação política expressa, em última análise, a interação de forças operando no plano dos limites territoriais do Estado-nação.

Na concepção de uma “sociedade nacional de destino” (HELD, 1991, p.152), que se autogoverna e determina as rédeas do seu desenvolvimento, a participação dos cidadãos nas decisões políticas é elencada como uma das características fundamentais do sistema político-democrático moderno, por representar, no campo da sociedade civil, a tomada de decisões e o exercício do poder político pelos cidadãos no plano dos Estados-nação (BOBBIO, 1986; HELD, 1991; BECK, 2011). Inerente à participação política, desenvolvem-se algumas categorias da teoria clássica da democracia que dizem respeito a quem está autorizado a tomar as decisões coletivas e com quais procedimentos.

Por exemplo, um dos princípios estruturantes da democracia representativa moderna é que o poder de tomada de decisão dos cidadãos se realiza por meio do voto, o que faz com que, a legitimidade do sistema político se dê mediante o consenso da maioria do eleitorado verificada através de eleições livres caracterizadas pelo sufrágio universal (BOBBIO, 1986; HELD, 1991).

Nesse aspecto, a regra da maioria determinaria, predominantemente, as modalidades de decisão política democrática, de modo que as deliberações coletivas só seriam aplicadas à sociedade se aprovadas pela maioria daqueles a quem compete a tomada de decisão. Contudo, o processo de participação política e, conseqüentemente, a regra da maioria, só se efetivariam através do reconhecimento

dos direitos civis e políticos dos cidadãos, de forma que é necessária a garantia dos direitos de expressão, de liberdade, de associação, de participação política, entre outros, para a realização do processo decisório. Esses direitos, originários do Estado liberal, são o pressuposto necessário para o funcionamento dos princípios democráticos nas sociedades ocidentais modernas (BOBBIO, 1986).

Em diálogo, as eleições vão se constituindo como uma das principais formas de fazer política na modernidade, que tem os partidos políticos como atores principais desse processo, que assumem um papel de intermediários formais entre a sociedade e o Estado. Em linhas gerais, pode-se afirmar que eles representam diferentes ideologias e convicções políticas existentes na sociedade, reunindo aqueles cidadãos adeptos à sua corrente de pensamento. O funcionamento regular do sistema democrático supõe, assim, a presença de partidos capazes de aglutinar os interesses diversos da sociedade em torno de determinados programas políticos e ideológicos, em livre competição pela preferência dos eleitores (BOBBIO, 1986).

O partido assume, assim, a função de mecanismo de transmissão da opinião das massas para as instituições do aparelho do Estado, encarregadas da decisão e da execução política. É a partir deles que seria possível, na democracia moderna, a incorporação das demandas plurais da sociedade civil ao processo político - incorporação sem a qual não se poderia falar propriamente em regime democrático na primeira modernidade (BOBBIO, 1986).

Dadas essas características baseadas no princípio de soberania estatal, é possível compreender que a luta política na primeira modernidade tem como palco e objetivo a conquista e a manutenção do poder do Estado pelos grupos organizados da sociedade civil, visando o bem comum e o interesse geral da nação. Foi assim que os partidos políticos evidenciaram uma outra característica do sistema democrático moderno: a necessidade de que ele seja pluralista. Isto é, ao mesmo tempo que a luta contra o abuso de poder político despótico deve ser travada pelo “poder que vem de baixo” (p. 60), ela deve ser sustentada também por uma luta contra a concentração de poder, na busca de um “poder distribuído” (p. 60). Tomemos as palavras de Bobbio (1986):

Na democracia representativa, a garantia contra o abuso de poder não pode nascer apenas do controle a partir de baixo, que é indireto, mas deve também poder contar com o controle recíproco entre os grupos que representam interesses diversos, os quais se exprimem por sua vez através de diversos movimentos políticos que lutam entre si pela conquista temporária e pacífica do poder (BOBBIO, 1986, p. 61).

Os efeitos da participação política e do pluralismo na democracia moderna fazem com que não haja deliberações políticas que não estejam condicionadas ou determinadas por aquilo que acontece na esfera da sociedade civil. No entanto, essas deliberações só adquirem o status de representatividade política por meio daquilo que Bobbio (1986) denomina de “poder visível” dos regimes democráticos. Isto é, as decisões políticas e os atos dos governantes devem ser conhecidos pelo povo, uma vez que a representação política por parte dos governantes só pode ocorrer na esfera pública, nas quais os cidadãos são colocados diante de alternativas reais e postos em condição de poder escolher entre elas.

Esses são os elementos que, em Bobbio (1996), concebem o conjunto de regras fundamentais que compõe um modelo ideal de democracia enquanto forma de governo. Ainda que esses elementos tenham se concretizado com diferenças substanciais nas sociedades ocidentais modernas, o autor ressalta que, mesmo naquelas experiências mais distantes do ideário democrático, a existência de certos conteúdos basilares da democracia fazem com que elas “não possam ser confundidas com um estado autocrático e menos ainda com um estado totalitário” (p. 38), pois envolvem, em alguma medida, a conquista dos principais direitos de liberdade, a existência de vários partidos em concorrência entre si, a realização de eleições periódicas com sufrágio universal, a tomada de decisão sobre a regra da maioria, entre outros.

Considerando a existência de contraste entre o modelo democrático ideal e aquilo que foi efetivamente realizado nas sociedades ocidentais, bem como a diferentes entre as diversas experiências democráticas, o que procuramos ressaltar é que os elementos e os conteúdos democráticos se realizaram, das formas mais diversas, em um conjunto de normas e regras institucionalizadas que centralizaram e organizaram o poder e a política no âmbito do Estado e que funcionaram como dispositivos de regulamentação da vida social.

O que se pretende a partir dessa premissa é elucidar uma das teses esboçadas por Beck (2011), de que nas sociedades modernas industriais se desenvolve uma esfera delimitada na qual a atividade política e democrática se realiza e se oficializa, tendo por referência imediata a conformação de um sistema político a partir de um conjunto de instituições e normas jurídicas. Esse sistema político tem por base não só a constituição e o exercício do poder político, mas uma organização

administrativa e normativa sobre a qual o poder político se exerce e uma definição dos atores e dos procedimentos necessários para a tomada das decisões coletivas. Para o autor, na primeira modernidade “há uma fixação sobre o sistema político como o centro da política” (p. 281).

O que não significa dizer que toda a complexidade da vida política nas sociedades modernas se desenvolveu única e exclusivamente nas regras, instituições e procedimentos do sistema político democrático. Contudo, refere-se ao fato de que, pelas próprias características da modernidade ocidental, desenvolve-se uma esfera que concentra e formaliza as deliberações políticas no âmbito público, mediante um conjunto de regras e de normas na qual os cidadãos participam enquanto atores sociais e políticos e, nela, exercem os seus direitos através dos mecanismos participativos e das instituições políticas (BECK, 2011).

Em contraposição a essa esfera bem delimitada do sistema político, Beck (2011) afirma que também se desenvolve nas sociedades modernas industriais uma esfera “não política”, referindo-se à instância na qual se desenvolvem, principalmente, ações de interesses técnico-econômicos. Embora apropriadas politicamente, o seu desenvolvimento e, conseqüentemente, os seus resultados que culminam em transformações sociais não estão submetidos às regras e às normativas do controle público do sistema político moderno. O “não político” em Beck (2011, 2012) não significa, portanto, um esvaziamento ou a inexistência de conteúdo político e social no âmbito técnico e econômico das sociedades ocidentais modernas. Pelo contrário, é justamente a existência de conteúdo político e social, mas cuja realização foge às regras do sistema político formal, que caracteriza a dimensão técnica-econômica na primeira modernidade.

Como justificativa a essa característica “não política” do desenvolvimento técnico-econômico, Beck (2011) destaca o marco do progresso da ciência e da tecnologia, que se realiza de forma eminentemente positiva. O desenvolvimento científico, tecnológico e econômico se equipara, no processo de modernização, ao desenvolvimento social, e resulta em elevações no padrão e nas condições de vida das populações. Processo que torna imperante a máxima: inovações técnico-científicas aumentam o bem-estar coletivo e individual. Para o autor, “o progresso é um substituto para questionamentos, uma espécie de consentimento prévio em relação a metas e resultados” (p. 276). É nesse sentido que o desenvolvimento da ciência e da técnica escapam dos instrumentos de decisão e/ou validação do sistema

político, se comparado aos procedimentos democráticos e seus processos de implementação.

Isso faz com que as sociedades modernas industriais, nas suas diferenças e singularidades, estabeleçam dois processos opostos de transformação social que se interpenetram: uma parte das competências decisórias é inserida no sistema político e submetida aos princípios democráticos; outra parte escapa das regras mais simples do controle público e é delegada ao mercado e aos processos de industrialização e cientifização a ele associados, legitimada pelo progresso e pela racionalidade científica (BECK, 2011).

A origem e a expansão dos *Welfare States*, também chamados de Estados de Bem-Estar Social ou Estados Sociais, no contexto internacional pós-Segunda Guerra Mundial são expressões desse processo. A título de conceituação, tomemos a definição de Sonia Maria Draibe (2013), que compreende os *Welfare States* como uma forma particular de regulação social que é resultante de transformações entre Estado, sociedade e mercado em um dado momento do desenvolvimento econômico capitalista. Essas transformações se manifestam na emergência de sistemas nacionais de proteção social, frutos do desenvolvimento do poder infraestrutural do Estado, que abarcam políticas públicas relacionadas à educação, saúde, assistência social, habitação e que se desenvolvem a par das políticas de salário e de emprego, modificando o nível de vida da população. O fundamental nessa concepção é o caráter de sistema nacionalmente articulado e estatalmente regulado de proteção social.

Contudo, como alerta Aureliano & Draibe (1989), é necessário compreender o Estado de Bem-Estar Social como um elemento estrutural das economias capitalistas que se desenvolveu no século XX para o próprio fortalecimento das estruturas do capital e que, por isso, não pode ser reduzido unicamente ao modo como se concretizaram os programas e políticas sociais no pós-guerra. O foco apenas nas dimensões de organização e instituição do sistema de proteção social faz com que o conceito de Estado de Bem-Estar Social seja historicamente impregnado, de forma valorativa, de conteúdos socialmente positivos, o que prejudica as análises sobre as experiências de Estado Social das sociedades periféricas do capitalismo, dotando-as de uma forte tonalidade negativa, já que elas não alcançaram um grau elevado de desenvolvimento socioeconômico como os países centrais.

Aureliano & Draibe (1989) reiteram, ainda, a existência de diferentes padrões de Estados de Bem-Estar Social que expressam condições históricas distintas e que se manifestaram em dimensões complexas e variadas de proteção social, já que não são frutos de padrões originários únicos.

Sobre esse aspecto, muitos autores se dedicaram à tarefa de identificar os fatores ou variáveis que determinaram o processo de emergência e de expansão dos vários tipos de *Welfare States*, conformando uma bibliografia gigantesca sobre o assunto. As divergências entre eles são tão complexas quanto (AURELIANO & DRAIBE, 1989).

Em função da necessidade de sintetizar, neste trabalho, algumas abordagens sobre a emergência e o desenvolvimento dos Estados Sociais, destacamos o trabalho de Arretche (1995), em que a autora organiza e sistematiza algumas produções teóricas sobre o tema e identifica duas grandes correntes explicativas para a emergência e expansão dos Estados de Bem-Estar Social nos países centrais do capitalismo. Uma, na qual os condicionantes de emergência e de desenvolvimento dos *Welfare States* são predominantemente de ordem econômica e, outra, em que predominam os condicionantes de ordem política e institucional.

Sobre a primeira, a autora reúne um conjunto de autores que elencam, como núcleo comum em sua argumentação, os impactos do processo de industrialização na emergência de diferentes formas de intervenção e de atuação dos Estados Sociais. Em suma, são os efeitos da industrialização, expressos em um conjunto de mudanças sociais e demográficas, que implicam no surgimento de políticas e de programas de bem-estar social. Vejamos com maior detalhe essa linha argumentativa.

O processo de industrialização implicou em uma transformação radical das diferentes sociedades modernas, com mudanças irreversíveis e originais no âmbito das 1) relações sociais, alterando as estruturas de estratificação social e de distribuição do poder político e econômico entre as classes sociais; das 2) relações produtivas, com o desenvolvimento de novas técnicas de produção no setor industrial, que objetivaram uma produção em série e mecanizada e estabeleceram um novo padrão de consumo; das 3) relações de trabalho, com o aprofundamento na divisão social do trabalho e de sua especialização; entre tantas outras mudanças que acarretaram em uma transformação radical da dinâmica societária moderna (ARRETCHÉ, 1995; BECK, 2011, 2012).

Essas mudanças sociais resultantes da industrialização transformam as diferentes dimensões da vida coletiva, progressivamente, de modo que as transformações nas diferentes categorias sociais presumem uma a outra. Isso é, mudanças na dinâmica das classes sociais pressupõem mudanças na constituição dos núcleos familiares; que pressupõem mudanças nos papéis de homens e mulheres na estrutura social, por exemplo, com a entrada das mulheres no mercado de trabalho; que pressupõe mudanças no perfil demográfico da população, com a diminuição da taxa de natalidade e com o aumento do envelhecimento no universo populacional, etc, reorganizando as estruturas de sociabilização e as instituições das sociedades modernas (BECK, 2012).

Nesse sentido, para os autores dessa linha argumentativa, independentemente do regime político adotado e das diferenças internas a cada sociedade, diferentes países estariam submetidos a essas mudanças propiciadas pelo processo de industrialização. Assim, seriam as mudanças sociais e demográficas, inevitáveis à industrialização, que exigiriam uma resposta sob a forma de programas sociais nas diferentes sociedades do globo ou, dito de outra forma, o surgimento dos diferentes modelos de *Welfare States* estaria inserido no conjunto de mudanças sociais desencadeadas pela industrialização. Ainda que o desenvolvimento dos sistemas de proteção social possa a ser distinto entre os diferentes *Welfare States*, as razões de sua emergência são resultantes das mudanças postas em marcha pela industrialização das sociedades modernas. Nessa perspectiva analítica, ganha destaque, fundamentalmente, alguns trabalhos do sociólogo estadunidense Harold Wilensky (ARRETCHÉ, 1995).

Ainda focalizando nos condicionantes de emergência e de desenvolvimento dos *Welfare States* que são predominantemente de ordem econômica, Arretche (1995) destaca trabalhos do sociólogo estadunidense James O' Connor e do alemão Claus Offe, em que os autores defendem que os Estados Sociais são uma resposta às necessidades de acumulação e legitimação do sistema capitalista. Nessa linha analítica, sem se ater aqui às especificidades da produção de cada um dos autores, a origem e a expansão dos programas sociais aparecem diretamente relacionadas aos processos de expansão do capital. De um lado, os programas sociais poderiam ser entendidos como resultados de necessidades postas pelo processo de acumulação capitalista e, de outro, como funções desempenhadas pelo Estado para corrigir os efeitos sociais do processo de expansão do capital. Os

Welfare States seriam, assim, funcionais às exigências da reprodução capitalista por promover respostas compensatórias aos problemas que são criados pelo próprio crescimento industrial (ARRETCHE, 1995).

Em relação à segunda corrente explicativa, os condicionantes da emergência e desenvolvimento dos *Welfare States* aparecem, predominantemente, vinculados à ordem política e institucional. Arretche (1995) assinala que, dentro dessa linha argumentativa, alguns autores franceses como Pierre Rosanvallon e François Ewald apoiam-se nas análises marshallianas e reiteram que os *Welfare States* são resultados de uma ampliação progressiva de direitos de cidadania: dos direitos civis aos políticos e destes para os direitos sociais.

Nessa perspectiva, os Estados Sociais correspondem a um prolongamento, a uma extensão, dos Estados-nação moderno que, ao longo dos séculos XVI e XVIII, definiu-se como um Estado-protetor e cuja forma política esteve associada ao reconhecimento e realização dos indivíduos como portadores de direitos. Esse processo de extensão do Estado-protetor clássico, na conformação dos *Welfare States*, ocorre a partir do século XVIII sob o desenvolvimento do movimento democrático no continente europeu, que toma a vida civil como objeto da ação estatal e firma um novo contrato social entre os indivíduos e o Estado. Tal contrato revela uma representação ampliada do indivíduo, em suas dimensões econômica e social, que é acompanhada pela reivindicação dos direitos completos da cidadania como atributos da atividade do Estado. É essa ampliação do conjunto de direitos democráticos, ao longo dos séculos XIX e XX, que estaria na origem dos Estados Sociais nas sociedades centrais do capitalismo (ARRETCHE, 1995).

A autora destaca, também, os trabalhos de Ian Gough e de Sping-Andersen dentro dessa corrente teórica. Em Gough, Arretche (1995) assinala que os *Welfare States* são considerados a faceta social do Estado capitalista moderno, de modo que as políticas e os programas sociais representam uma resposta do Estado às necessidades geradas no e pelo modo de produção capitalista. Contudo, o autor rejeita uma visão estreita de que o Estado Social, ao ser um fenômeno do capitalismo, está inteiramente submisso à classe dominante e sua dinâmica de acumulação.

Por um lado, Gohn considera que o processo de acumulação capitalista pelas classes dominantes estabelece limites para a expansão das políticas sociais, como uma estratégia de preservação da própria dinâmica de acumulação. Por outro, o autor afirma que há espaço, no interior do aparelho do Estado, para que a luta de

classes ocorra e, assim, possam dar origem a políticas e programas sociais que melhorem as condições de vida da classe trabalhadora. Essa visão conflitualista permite considerar o papel de pressão da classe trabalhadora e de outros grupos sociais a ela associados na emergência e no desenvolvimento de medidas de proteção social (ARRETCHE, 1995).

Diferentes formas e graus de intensidade na capacidade de pressão da classe trabalhadora, em Gohn, definiriam distintas modalidades de medidas de proteção social. Assim, os fatores importantes para a emergência e desenvolvimento das medidas de bem-estar social estariam expressos no “grau de conflito social e, especialmente, a força e a forma de luta da classe trabalhadora, e a habilidade do Estado capitalista em formular e implementar políticas de modo a assegurar a reprodução das relações capitalistas de produção” (GOHN apud ARRETCHE, 1995, p. 43).

Desse modo, no período pós-Segunda Guerra Mundial, a emergência e a expansão dos *Welfare States* implicaram em um acordo entre capital e trabalho organizado, dentro das próprias dinâmicas capitalistas, em que ambas as classes fundamentais viam tais políticas como sendo de seus interesses, ainda que absolutamente distintos. A classe trabalhadora, porque as medidas de proteção social atenuam as dificuldades e modificam o impacto das forças de mercado nas relações sociais. A classe capitalista, porque diminui o descontentamento da classe trabalhadora, gera novas modalidades de integração e controle sobre elas e oferece benefícios ideológicos e econômicos que fortalecem o modo de produção capitalista e a dinâmica de acumulação do capital (ARRETCHE, 1995).

Destaca-se, em diálogo, o trabalho de Esping-Andersen (1990), que também considera a capacidade de pressão das classes trabalhadoras, no interior de diferentes matrizes de poder político, na constituição dos *Welfare States*. A implementação das políticas sociais estaria, para o autor, ligada aos interesses emancipatórios das classes trabalhadoras e seria expressão da forma como, em cada país, se desenvolveu o conflito distributivo entre as diferentes classes sociais. Para Esping-Andersen (1990), a variação nas formas institucionais dos Estados Sociais estaria nas diferentes variações com que a classe trabalhadora mobilizou, historicamente, os seus recursos de poder político na defesa de seus objetivos históricos, expressos, fundamentalmente, pela desmercadorização das relações sociais, da força de trabalho e do consumo.

Em Esping-Andersen (1990), o conceito de desmercadorização está associado ao fato de que a introdução de direitos sociais pode garantir, em diferentes graus e perspectivas, uma certa autonomia e independência das classes trabalhadoras e dos grupos a ela associadas em sobreviverem para além das relações do mercado. Refere-se, assim, à possibilidade dos trabalhadores de uma dada sociedade manterem níveis de vida aceitáveis independente da sua participação no mercado, de modo que, quanto mais mercantilizadas forem as relações sociais, maior seria a dependência das classes trabalhadoras do mercado para a sua própria sobrevivência. Portanto, a desmercantilização pode ser compreendida como uma pré-condição para que os trabalhadores tenham um nível tolerável de bem-estar e segurança social que, sem ela, teriam maiores dificuldades em agir coletivamente.

O conceito de desmercantilização também rejeita aqueles paradigmas que defendem a tese de que as políticas sociais servem quase que exclusivamente aos interesses de acumulação e legitimação dos capitalistas. Diferentemente dessa análise, o autor concebe as políticas sociais como uma pré-condição para a emancipação de trabalhadores, desempregados e outras categorias exploradas pelo capital (ARRETCHÉ, 1995; ZIMMERMANN & SILVA, 2009).

Assim, as variações nos distintos modelo de Welfare States estariam expressas no modo como a classe trabalhadora mobilizou os seus recursos de poder político em busca da desmercadorização, dentro de uma determinada matriz de poder político, no interior das quais os movimentos de trabalhadores conseguiram inserir seus interesses emancipatórios, e que é avaliada pelo autor a partir do grau de mobilização e organização dos trabalhadores em sindicatos e partidos políticos, das estruturas de coalização política das classes trabalhadoras e do grau de unidade política dos partidos da direita no poder político.

Arretche (1995) ainda destaca as análises neo-institucionalistas, nas quais o Estado de Bem-Estar Social é resultado de configurações históricas particulares das estruturas estatais e das instituições públicas. A variável analítica fundamental para a compreensão da emergência e do desenvolvimento dos sistemas de proteção social está associada à natureza, à capacidade e à estrutura das instituições do Estado. As estruturas institucionais do Estado influenciariam, assim, a formação e o desenvolvimento dos interesses e das modalidades de ação dos grupos da sociedade civil. Se as origens e transformações dos sistemas nacionais de provisão de serviços sociais são explicados pelo sistema político, a atividade política é condicionada pelas

configurações institucionais dos governos e pelo sistema de partidos políticos, tendo as burocracias públicas assumido papel central nas reformas políticas e sociais.

A apresentação dessas duas grandes correntes analíticas sobre os condicionantes de emergência e de desenvolvimento dos *Welfare States*, mesmo que de forma muito simplificada, é posta aqui com objetivo de elucidar a tese esboçada por Beck (2011), na qual o processo de modernização e a emergência dos Estados de Bem-Estar Social produz uma diferenciação no tecido social entre um sistema político, com regras e normativas delimitadas na qual se realiza o controle público e formaliza a atividade política, e um sistema técnico-econômico, que foge a essas regras.

Naquelas teses em que os *Welfare States* aparecem como um desdobramento necessário das mudanças postas pelo processo de modernização e de industrialização das sociedades capitalistas, tais mudanças (por exemplo, a divisão social e especialização do trabalho, a transição demográfica, a constituição da família nuclear, etc) não passaram pelas regras do controle público do jogo político-democrático. Elas foram legitimadas pelo “progresso” da industrialização, na qual os sistemas de proteção social emergiram nas sociedades modernas como necessidade decorrente do desenvolvimento técnico-econômico, em seu sentido mais positivo.

Na segunda corrente explicativa, os condicionantes da emergência e desenvolvimento dos *Welfare States* são predominantemente de ordem política e institucional, na qual às transformações sociais elencadas para a sua emergência corresponderam a processos intrínsecos ao desenvolvimento do sistema político democrático e que perpassaram, portanto, às regras do controle público, seja através da progressiva conquista dos direitos de cidadania, da mobilização da classe trabalhadora e de sua capacidade de pressão através da atuação dos sindicatos e partidos políticos, seja do próprio desenvolvimento das burocracias públicas.

Ainda que, durante muito tempo e por um bom número de estudos, os Estados de Bem-Estar Social tenham sido vistos como experiências exclusivas dos países desenvolvidos, em especial, da social-democracia europeia, os processos de emergência e configuração de distintos Estados Sociais em países e regiões de capitalismo tardio também refletem, de diferentes formas, as fronteiras do político e do “não-político”, em Beck (2011;2012).

Isso porque, ainda que as experiências periféricas tenham ocorrido em um grau inferior de desenvolvimento socioeconômico e do próprio sistema de proteção

social, comparado às experiências dos regimes originais, elas apresentam uma configuração histórica própria que esteve diretamente relacionada com o processo de modernização e de desenvolvimento das economias centrais do capitalismo. Sob condições específicas, elas também desenvolveram sistemas de proteção social que trouxeram vários dos elementos basilares daqueles construídos pelos países desenvolvidos (AURELIANO & DRAIBE, 1989).

Essa definição de fronteiras entre política e “não-política” que marca a primeira modernidade e na qual se consumou a emergência e extensão dos Estados de Bem-Estar Social se firma nas sociedades modernas, para Beck (2011), até a primeira metade do século XX, de modo que a partir das últimas décadas desse século, emerge um novo processo de modernização em escala global.

A segunda modernidade, como denomina Beck (2012), emerge com as vitórias da modernização ocidental capitalista, que se generaliza em escala global com o colapso do Oriente, liderado pela União Soviética, historicamente marcado pela queda do Muro de Berlim em 1989. Esse novo processo de modernização é caracterizado por aquilo que o autor denomina de *modernização reflexiva*, uma modernização que é processual e que se desenvolve com base nos dinamismos e nas vitórias das formas sociais capitalistas.

Isto é, pelos seus triunfos ao final do século XX, as formas sociais capitalistas dão origem a uma nova modernidade, num movimento em que o dinamismo industrial transforma as suas próprias fundações sociopolíticas. Para melhores compreensões, tomemos as palavras do autor:

“Modernização reflexiva” significa a possibilidade de uma (auto)destruição criativa para toda uma era: aquela da sociedade industrial. O “sujeito” dessa destruição criativa não é a revolução, não é a crise, mas a vitória da modernização ocidental (BECK, 2012, p. 12).

Se, no fundo, a modernização simples (ou ortodoxa) significa primeiro a desincorporação e, segundo, a reincorporação das formas sociais tradicionais pelas formas sociais industriais, então, a modernização reflexiva significa primeiro a desincorporação e, segundo, a reincorporação das formas sociais industriais por uma outra modernidade. [...] Primeiro, não é a crise, mas, repito, as vitórias do capitalismo que produzem a nova forma social. Segundo, isto significa que não é a luta de classes, mas a modernização normal e a modernização adicional que estão dissolvendo os contornos da sociedade industrial. [...] O que se enfatiza é que o dinamismo industrial, extremamente veloz, está se transformando em uma nova sociedade sem a explosão primeva de uma revolução, sobrepondo-se a discussões e decisões políticas de parlamentos e governos (BECK, 2012, p. 13).

Assim, a modernização reflexiva representa uma radicalização da própria modernidade, uma “modernização da modernização”, que vai invadir as premissas e os contornos da sociedade industrial e abrir caminhos para uma nova sociedade. Nesse processo, assiste-se a uma dissolução das fronteiras da política e da “não-política”, característica da primeira modernidade, em um contexto de radicalização das conexões globais (BECK, 2011, 2012).

No curso da modernização reflexiva, o fenômeno da globalização ocidental é marcado pela intensificação crônica dos padrões de interação e interconexão global entre diferentes Estados e sociedades. A globalização, nesse contexto, origina uma nova ordem mundial em que a hegemonia dos Estados-nações vai sendo substituída, progressivamente, pela constituição de uma comunidade política global, transnacional, que tem levado ao declínio ou à crise da soberania do Estado (IANNI, 1997).

Neste contexto, as interconexões globais contestam e desafiam a maneira com que a atividade política e democrática se desenvolveu, historicamente, no plano dos Estados-nações na primeira modernidade, pautada na soberania estatal. As implicações desse fenômeno impactaram as ideias-chave do pensamento democrático, como por exemplo a natureza da base político-territorial do processo político, o significado da representatividade das decisões políticas, a forma e o alcance da participação dos cidadãos, a noção de consenso e de legitimidade política, a regra da maioria, etc (HELD, 1991; BECK, 2011, 2012).

Por essa perspectiva, o processo de modernização reflexiva é marcado por uma dissolução das fronteiras da política e da “não-política” em um duplo sentido. Por um lado, assiste-se a um enfraquecimento dos processos político-democráticos baseados no conceito de soberania estatal, que tem abalado o seu potencial de configuração política das sociedades no contexto global. Por outro, assiste-se a um processo de organização, funcionamento e mudança da vida social que são ocasionados, em grande angular, pelo desenvolvimento dos processos técnico-econômicos (BECK, 2011).

Na conformação dessa nova ordem política global, surge fora do sistema político um conjunto de iniciativas da sociedade civil que se organizam para além de sindicatos e partidos políticos e que constituem uma nova cultura política resultante do próprio desenvolvimento do sistema democrático. São exemplos desse processo a diversidade de movimentos sociais que emergem no cenário internacional, tais

como, o movimento feminista, negro, dos homossexuais, estudantil, profissionais, religiosos, ecológicos, entre outros, que atingem o seu ápice ao final dos anos 1960 na Europa e nos Estados Unidos. Esses diferentes movimentos levantaram questões políticas que ultrapassaram os paradigmas tradicionais da política na modernidade industrial, seja em termos de reivindicações de direitos e de interesses coletivos, seja de capacidade de organização para além das instituições políticas clássicas e do aparelho burocrático do Estado (BECK, 2011). Nas palavras de Andrade (2008) “os novos movimentos sociais trazem novos tipos de sujeitos e agentes, de conflitos e de espaços políticos onde desenvolvem suas atividades” (p. 141).

Associado a isso, o desenvolvimento técnico-econômico perde o seu caráter “não-político”, uma vez que no contexto de modernização reflexiva, as transformações sociais se dão, principalmente, como resultado do avanço tecnológico, científico e econômico desencadeados pelo próprio triunfo do desenvolvimento capitalista. Em outras palavras, o político invade e irrompe para além da constelação política oficializada da sociedade industrial moderna, no curso da modernização reflexiva (BECK, 2011).

Esse processo de reinvenção da política, por meio do dinamismo do desenvolvimento técnico-econômico, dará origem ao que Beck (2012) denomina de *subpolítica*. A subpolítica corresponde a uma nova dimensão da atividade política que desencadeia mudanças sociais de uma forma inversamente proporcional àquela da política moderna: ela não está submetida às regras, hierarquias e responsabilidades formais do sistema político e, justamente por não permear o aparato político-burocrático, apresenta uma maior capacidade de transformação social.

O conceito de subpolítica não implica, como pode sugerir o prefixo *sub*, em uma forma de política inferior à outra, mas uma atividade política que não ocorre sob as formas modernas do sistema político, ainda que coexista com elas. Ela representa uma prática política que, ao mesmo tempo que só existe em contraposição à política moderna, é capaz de alterar as regras do jogo, ultrapassando os limites institucionais e pondo em movimento todas as áreas da sociedade (BECK, 2012). Ela representa, assim, uma inversão dos fenômenos assistidos na primeira modernidade, em que o potencial de configuração da vida social migra do sistema político para o sistema subpolítico da modernização científica, tecnológica e econômica.

Nesse sentido, o sucesso das políticas sociais e do próprio processo de democratização do Estado implica, na sociedade contemporânea, uma

deslocalização da política e, ao mesmo tempo, uma politização da sociedade, na qual emergem possibilidades de controle e participação democrática em campos variados da subpolítica. Esta representa, assim, uma forma de fazer política que surge com a modernização reflexiva e que se distingue da política comum, por permitir que agentes externos ao sistema político exerçam influência no planejamento social. Ela expressa, também, uma tendência à incorporação de novos agentes coletivos e individuais no palco político, e, simultaneamente, produz a constituição de uma nova cultura política que defronta-se com as instituições do Estado (BECK, 2012).

Isto posto, a ideia que percorreremos aqui é a de que é possível compreender as mobilizações populares na saúde nos anos 1970 e 1980, que trouxeram a participação como pauta da luta política na saúde, como expressões de uma subpolítica à época e que corroboraram com uma transformação estrutural da forma de compreender e realizar as práticas sanitárias no contexto brasileiro.

Capítulo 6. A trajetória das forças populares na saúde em diálogo a subpolítica

As origens das lutas populares na saúde no Brasil datam dos fins dos anos 1970 nos bairros pobres e periféricos dos grandes centros urbanos, em um contexto nacional marcado pela ascensão das forças populares que questionaram e se opuseram ao regime ditatorial brasileiro. A mobilização e a organização popular em torno de reivindicações por melhores condições de vida e de saúde tiveram por base dois movimentos que coexistiram com diferentes ênfases e em diálogo. O primeiro, refere-se às organizações autônomas nos bairros periféricos apoiadas pela Igreja Católica e, a segunda, aos projetos de medicina comunitária, de natureza acadêmica, que objetivaram a extensão da assistência médica para as camadas mais pobres da população brasileira (GERSCHMAN, 2004; STOTZ, 2005).

Sobre o primeiro, é importante ressaltar que a Igreja Católica representou o setor mais influente de contestação e de oposição política ao regime ditatorial do final dos anos 1960 até o início dos anos 1980, sendo a principal força institucional de defesa dos direitos humanos e de promoção da justiça social na época. Ela fomentou um processo ímpar de fortalecimento da sociedade civil frente ao Estado ditatorial, aí incluída a agenda da saúde (SCOREL, 1999).

Desde o final dos anos 1950, era perceptível a existência de uma polarização dentro da Igreja Católica que refletia e dialogava com as mudanças estruturais da sociedade brasileira gerada pelo acelerado processo de desenvolvimento político e socioeconômico do país. De um lado, estavam os conservadores, que discordavam do envolvimento aberto da Igreja nas mobilizações e atividades sociopolíticas. De outro, os reformistas que apoiavam abertamente o engajamento da Igreja com questões sociais. Estes representaram a afirmação de um novo padrão missionário do catolicismo brasileiro, com uma geração de bispos, clérigos e fiéis engajados em projetos de transformação das estruturas sociais geradoras de exclusão e de desigualdades e que, portanto, assumiram uma posição nítida em relação à luta de classes (CANCIAN, 2016).

Essa polarização interna à instituição eclesiástica fez com que o golpe militar de 1964 fosse apoiado por um grupo numeroso da hierarquia e do clero católico, representado pela ala mais conservadora da instituição, que estava certo de que somente a ação dos militares seria capaz de frear a expansão do comunismo e preservar a ordem moral no país. O relatório da Comissão Nacional da Verdade

(CNV), de 2014, é enfático ao afirmar esse papel que a Igreja Católica cumpriu para a legitimação ideológica e política do golpe de Estado, tendo em vista que esse conjunto de sacerdotes, arautos do anticomunismo, também temiam na Igreja Católica o avanço de ideias que expressassem “uma vivência evangélica que só se completaria pela luta por uma ordem social mais justa, contra a degradação da condição humana” (p. 396).

Ao final dos anos 1960, o apoio majoritário da Igreja Católica ao regime militar começou a mudar diante das evidências de ações coercitivas por parte do governo ditatorial. Dentre elas, o relatório da CNV (2014) aponta a prisão arbitrária de religiosos e as invasões policiais em conventos como o marco inicial das tensões entre parte da Igreja Católica e militares, o que acabou por conduzir a um envolvimento gradativo do clero católico na proteção dos perseguidos políticos. Contudo, foi a constatação da tortura como política de Estado que fez com que grande parte da ala mais conservadora da hierarquia católica evoluísse para a denúncia da violência e para a defesa dos direitos humanos. Por mais que ainda houvesse um conjunto de bispos que se associasse de forma colaborativa ao regime militar, ganha destaque no cenário nacional uma parcela significativa da instituição eclesiástica em oposição política à ditadura e que contribuiu decisivamente para a mobilização da sociedade no exercício de resistência política (CNV, 2014).

Padres informaram a seus paroquianos sobre a violência e o arbítrio. A Conferência Nacional dos Bispos do Brasil redigiu inúmeras denúncias formais ou oficiais sobre as prisões políticas no país. Bispos interferiram frequentemente junto às autoridades em favor das vítimas da ditadura. A Igreja utilizou seus próprios canais de comunicação para driblar a censura e fazer chegarem à opinião pública internacional relatos sobre a onda de torturas no Brasil (CNV, 2014, p. 397).

Essa postura de oposição ao regime ditatorial foi fortalecida na década de 1970 com a emergência da Teologia da Libertação, corrente teológica desenvolvida no período mais opressor dos regimes ditatoriais na América Latina, em que o pobre era visto não como objeto de caridade, mas como sujeito de sua própria libertação. Os teólogos dessa corrente defendiam uma pastoral que estimulasse as classes populares a se organizarem, para serem sujeitos transformadores da realidade social em que viviam. Foi nesse contexto que houve a formação de uma ampla rede nacional de Comunidades Eclesiais de Base (CEB), nas quais era possível pensar a realidade à luz dos dogmas do catolicismo e estruturar caminhos de superação da fome, da pobreza e por melhores condições de vida e dignidade humanas. As CEBs exerceram

um importante papel de oposição à ditadura ao propiciar condições favoráveis ao surgimento de movimentos populares, de pastorais sociais e de vocações libertárias, políticas e sindicalistas no cenário nacional (ESCOREL, 1999; CNV, 2014).

Foram a partir dessas experiências que surgiram as primeiras mobilizações populares que trouxeram o tema da saúde como pauta de reivindicação, em meados dos anos 1970. Ganha destaque a organização das associações de moradores de diferentes bairros periféricos do país, que se organizaram em torno de reivindicações por melhores condições de vida, dentre as quais se evidenciava a escassez de assistência médica e de serviços de saúde que pudessem responder às precárias condições socioeconômicas e sanitárias por eles vivenciadas. Essas organizações atribuíam ao Estado a responsabilidade pela situação e, conseqüentemente, pela não resolução dos problemas da miséria e da pobreza e pela crise na situação da saúde (GERSCHMAN, 2004).

Sem construir uma institucionalidade própria, essas iniciativas locais contavam com a sólida e vasta capilaridade da Igreja Católica, tendo o apoio de leigos, padres e freiras das paróquias locais e demais segmentos religiosos ligados à Teologia da Libertação e às Comunidades Eclesiais de Base. Participaram também atores de diferentes forças sociais, tais como do Movimento de Educação de Base (MEB), da Ação Católica Especializada e da Ação Popular (AP); membros do chamado Ecumenismo Secular, como a CESE (Coordenadoria Ecumênica de Serviços) e o CEDI (Centro de Estudos e Documentação e Informação); médicos ativistas ligados à Pastoral da Saúde e demais profissionais da saúde vinculados ao chamado novo sindicalismo que, em sua maioria, estavam ligados ao Partido Comunista Brasileiro (PCB) e ao Partido dos Trabalhadores (PT); além de uma multiplicidade de lideranças locais (DOIMO & RODRIGUES, 2003; ESCOREL, 1999; GERSCHMAN, 2004).

O mais notório desses movimentos ocorreu na Zona Leste de São Paulo, originário do bairro Jardim Nordeste, a partir de uma iniciativa de uma associação de donas de casa que, alinhada à Igreja Católica, encaminhou à Secretaria Estadual de Saúde um abaixo-assinado reivindicando um serviço público de saúde local. Juntamente com o apoio de médicos sanitaristas e de estudantes de medicina alinhados ao movimento estudantil, foi organizado no bairro, em 1976, uma Comissão de Saúde para a pleitear a conquista do serviço, que veio a ocorrer em 1978. No entanto, a precariedade dos atendimentos prestados à população fez com que a

Comissão de Saúde estruturasse uma forma de envolver-se no funcionamento e nas atividades do serviço de saúde. Pautados em uma norma técnica da Secretaria do Estado, a Comissão de Saúde propôs a criação de um Conselho Popular de Saúde que fosse representativo da população local para pensar nas atividades do serviço, constituindo um movimento inovador de participação popular na saúde no contexto ditatorial. Nos anos subsequentes, essa experiência foi ampliada nos bairros da região de São Mateus, fomentando a criação de 16 novos Conselhos Populares de Saúde locais. Essa organização do movimento da Zona Leste levantou propostas e experiências que viriam a ser debatidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (CORREIA, 2000; STOTZ, 2005).

Simultaneamente à crescente visibilidade e relevância política dessas experiências locais autônomas, foi iniciado no interior da academia e, timidamente, nos aparelhos de Estado via secretarias estaduais e municipais de saúde de oposição ao regime militar, um movimento de contestação ao modelo médico hegemônico e de criação de uma proposta alternativa de prestação de serviços de saúde por meio da medicina comunitária (GERSCHMAN, 2004; STOTZ, 2005).

A medicina comunitária correspondeu a uma forma de prestação de práticas e serviços médico-assistenciais alternativa àquela dominante da assistência médica curativa, caracterizada pelo alto custo, sofisticação tecnológica e superespecialização dos seus profissionais. Originária nos Estados Unidos, a medicina comunitária expandiu para as sociedades latino-americanas com o suporte das agências internacionais de saúde, principalmente por meio da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde. Na América Latina, a sua difusão ganhou maior relevância na década de 1970 e resultou em programas experimentais de prestação de serviços médicos que visaram garantir a extensão do cuidado médico para populações pobres, nas áreas urbanas e rurais dos diferentes países da região (BORDIN; SILVA, 1988; DONNANGELO & PEREIRA, 2011).

Donnangelo & Pereira (2011) salientam que a prática da medicina comunitária é marcada pela emergência das populações pobres como objeto de uma prática médica diferenciada, simplificada em termos da tecnologia e dos instrumentais empregados para o cuidado médico, e que é passível de coexistir com outras práticas da medicina destinadas a outras categorias sociais. Isso faz com que, enquanto projeto de reforma médica, a medicina comunitária estabeleça uma nova articulação e, sobretudo, uma ampliação do conjunto de práticas e serviços médico-assistenciais

para aqueles grupos marginalizados e excluídos até então da medicina previdenciária no Brasil.

Nesse sentido, a dimensão comunitária da prática médica expressaria tanto um novo espaço delimitado geograficamente - a comunidade externa ao hospital - na qual o exercício da medicina se realizaria, quanto um dos elementos estruturantes da prática médica em uma realidade social específica. Isso porque o exercício da medicina estaria submetido às configurações, aos padrões de saúde e aos recursos disponíveis na comunidade para a realização da prática médica a nível individual e coletivo (DONNANGELO & PEREIRA, 2011).

Uma vez que a operacionalização da medicina comunitária prescinde de uma interlocução com os sujeitos e suas questões sociais e médico-sanitárias na comunidade, a participação comunitária passa a constituir um componente necessário do projeto nas suas experiências de implantação. Nas palavras de Stotz (2005), “a participação comunitária é estimulada como a forma dos grupos mais pobres aproveitarem os próprios recursos para superar a sua ‘marginalidade’ e integrarem-se ao processo de desenvolvimento econômico e social” (p. 14). Isso faz com que, para além de um modelo organizacional específico, as propostas de medicina comunitária se constituam na experimentação de diferentes modelos de prestação de serviços frente à participação comunitária, que possibilita a ampliação e a diversificação de práticas e de recursos médicos para o desenvolvimento de diferentes terapêuticas.

Coube às escolas médicas, entre outras instituições, a elaboração e experimentação desses modelos, que se desdobraram na prática em um conjunto de programas de atenção médica diferenciados, cada qual com a sua especificidade no que concerne à extensão do cuidado médico à comunidade. São exemplo os projetos desenvolvidos pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), e projetos realizados por algumas secretarias estaduais e municipais de saúde, com destaque para os projetos dominados “Montes Claros”, “Lajes”, “Niterói”, “Cachoeiras de Macacu” e tantos outros (GERSCHMAN, 2004).

É importante ressaltar que essa divisão entre as experiências locais apoiadas pela Igreja Católica e os projetos de extensão da assistência médica por meio da medicina comunitária é apenas esquemática: útil sobretudo para identificar as principais linhas nas quais as forças populares emergiram na saúde ao final dos

anos 1970, uma vez que essas linhas coexistiram com diferentes pontos de diálogo entre si. O trabalho de mobilização e organização popular, estruturado por uma aliança entre profissionais da saúde, religiosos e ativistas populares fez com que a luta pelo direito à saúde avançasse no contexto nacional, afirmada em tentativas de organizar os serviços de modo alternativo que questionaram o modelo então vigente de atenção à saúde (STOTZ, 2003; 2005).

É nesse sentido que a emergência das lutas populares pode ser considerada como expressões de uma subpolítica no contexto ditatorial-militar. Uma, porque representou a emergência e o fortalecimento de atividades políticas fora das instituições e do sistema político do Estado ditatorial, que foi fruto de uma politização da sociedade brasileira à época. Outra, porque as forças populares reivindicaram e conquistaram uma nova forma de fazer política que só era possível mediante o fortalecimento e a expansão de políticas sociais prévias, desenvolvidas pelo *Welfare State* brasileiro corporativista e ligado ao seguro social. A saúde aparece, de forma inédita como reivindicação popular, enquanto direito universal a todos os brasileiros, sendo necessária uma reformulação do sistema de proteção social vinculado a uma cidadania regulada, em diálogo com a conquista e extensão dos direitos civis e políticos (BECK, 2011; BECK, 2012).

Em 1979, ocorreu na cidade de Lins, em São Paulo, o I Encontro Nacional de Experiências em Medicina Comunitária (ENEMEC), sob o patrocínio da arquidiocese da cidade, com o objetivo de promover uma articulação nacional das diversas experiências locais de medicina comunitária que emergiam no país, em um movimento de valorização dessas experiências que apontavam para uma organização popular independente na área da saúde (GUERSCHMAN, 2004; STOTZ, 2005).

Novos encontros ocorreram nos anos subsequentes nas cidades de Recife, em 1980, e de Goiânia, em 1981. A realização desses eventos foi acompanhada por novas estratégias de articulação das experiências comunitárias na saúde. De uma preocupação inicial em discutir e acompanhar as experiências de medicina comunitária em andamento em diversas regiões do país, esses encontros culminaram em uma articulação nacional das forças populares que objetivou mudanças estruturais no modelo de assistência à saúde, de modo que o IV ENEMEC, em 1983, foi transformado em uma instância de organização política que oficializou a formação do

Movimento Popular em Saúde no Brasil (MOPS) (GUERSCHMAN, 2004; STOTZ, 2005).

A partir de então, os encontros nacionais tiveram uma nova nomenclatura, passando a ser chamados de Encontro do Movimento Popular em Saúde, e passaram a ser organizados em dois momentos de discussão. O primeiro, focado em um processo de formação das lideranças populares, com a presença de especialistas para a análise da conjuntura política nacional, destacando a política e os serviços de saúde como objeto de debate. O outro, para a definição da estratégia política do movimento popular e suas ações, momento nos quais eram lançadas as teses, diretrizes e bandeiras de luta. Assistiu-se, assim, a passagem de uma organização centrada na atuação política local/regional para a ênfase de uma atuação nacional, na qual a participação do povo na elaboração, execução e organização de serviços e de práticas em saúde ganha importância como reivindicação política do movimento (GUERSCHMAN, 2004).

A composição inicial dos coordenadores era bastante heterogênea, sendo formada tanto por lideranças de origem popular quanto por profissionais da saúde de classe média e religiosos. As diferenças políticas entre tais lideranças eram consideráveis, principalmente no que se refere à esquerda secular e a esquerda católica e aos diferentes partidos políticos dentro do movimento. Essas diferenças se exacerbaram em torno de duas grandes questões decisivas para o processo de formação do movimento popular em saúde: a institucionalização do MOPS e a sua autonomia em relação ao Estado. Esses corresponderam aos eixos problemáticos no desenvolvimento da sua atuação política, o que, segundo Stotz (2004), fez com que “o MOPS já nascesse rachado” (p. 23).

Os principais argumentos em defesa da institucionalização e da obtenção de personalidade jurídica para o movimento repousavam no fortalecimento da entidade enquanto uma estrutura centralizada, capaz de tomar decisões de forma mais ágil e de dispor de uma equipe de assessoria para fomentar o trabalho de formação das bases do movimento. Além disso, a institucionalização e o status jurídico eram apontados como possibilidade de alcançar uma independência financeira, viabilizando o recebimento de recursos de outras fontes para além daquelas providas de órgãos governamentais. A essa ideia se contrapunha o argumento de que aí estava o caminho para o atrelamento do movimento ao Estado e sua consequente burocratização e afastamento das bases populares, sendo a não

institucionalização defendida como forma de manter o protagonismo popular do movimento (GUERSCHMAN, 2004; STOTZ, 2005).

Naquele momento de transição do movimento popular, saindo das experiências isoladas a nível loco-regional com a emergência de uma articulação nacional do MOPS, as posições ideológicas de autonomia extrema foram defendidas como uma forma de preservação do movimento. No entanto, as diferenças em torno dessa questão não foram resolvidas e voltaram à tona nos sucessivos encontros, impactando diretamente na sua atuação (GUERSCHMAN, 2004; STOTZ, 2005).

Evidencia-se, dessa forma, que desde a criação do MOPS há presença de duas grandes vertentes de atuação política que conviviam internamente ao movimento. Uma mais crítica e radical na sua visão do Estado, concebendo-o como espaço exclusivo das classes dominantes, e que assumia uma postura autonomista, de distanciamento da máquina estatal. Outra, que não acreditava que o Estado fosse monolítico, sem fraturas internas, nas quais seriam possíveis formas de negociação e construção de alianças que possibilitassem conquistas sociais na saúde. Em termos de alianças partidárias, a primeira vertente tratava-se de uma composição das alas mais radicais do PT, do PDT e do PC do B, enquanto a segunda era composta por uma ampla gama de posições políticas protagonizadas pelo PCB (COHN, 1989; GUERSCHMAN, 2004).

Por mais que as primeiras experiências que trouxeram a emergência das forças populares na saúde sejam anteriores à organização do projeto e do movimento da Reforma Sanitária brasileira, a criação do MOPS em 1983 emerge como grande força política associada ao movimento sanitário que tinha no CEBES e na ABRASCO as suas principais forças político-institucionais. Isso faz com que as divergências em torno da institucionalização não permeiem apenas o movimento popular de saúde, mas também estejam presente em grande angular no movimento da Reforma Sanitária brasileira (GUERSCHMAN, 2004).

Segundo Cohn (1989), durante o autoritarismo, o enfrentamento do Estado ditatorial enquanto inimigo comum não permitia que essas divergências políticas internas ao MOPS e ao próprio movimento sanitário se explicitassem. Elas emergem de maneira mais significativa apenas no período de 1986 a 1990, quando esses movimentos se veem diante das suas diferenças internas e com enormes dificuldades para enfrentá-las.

O marco da trajetória do MOPS na última metade dos anos 1980 foi dado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual atores desse movimento foram indicados como delegados para a conferência. Tal fato colocou as lideranças e os diferentes atores do movimento popular diante da necessidade de explicitar suas teses e estratégias de atuação em relação às questões da política de saúde, fazendo com que o VI Encontro Nacional do MOPS, em 1986, fosse marcado pela elaboração de um amplo documento para ser encaminhado à Conferência e à discussão pela Assembleia Nacional Constituinte (GERSCHMAN, 2004).

Segundo Gerschman (2004), foram apresentadas, no documento, as seguintes propostas defendidas pelo MOPS:

- A estatização dos serviços de saúde;
- A autonomia dos movimentos populares em relação ao Estado;
- A participação da população e dos trabalhadores no planejamento, na execução e no controle dos serviços de saúde;
- A criação de conselhos populares de saúde ligados às prefeituras;
- A unificação e a descentralização das decisões e do planejamento;
- O aumento das verbas para a saúde e a definição dos recursos, em âmbito nacional, estadual e municipal, através da criação de um Fundo Único de Saúde.

Embora a 8ª Conferência Nacional de Saúde correspondesse a um marco para o movimento popular e para as várias vertentes do movimento sanitário, dela emergiu a formação de uma proposta principal, embora não consensual, das transformações do setor saúde. Na tentativa de modificar o direcionamento da política pública, o movimento da Reforma Sanitária adotou como estratégia prioritária a ocupação dos espaços institucionais do Estado, tendo neles o seu *locus* de construção (COHN, 1989; ESCOREL, 1999).

A adoção dessa estratégia fez com que houvesse uma separação importante entre o movimento sanitário e uma grande parte das forças populares, ligadas à ala mais radical do MOPS. Isso porque, ao realizar suas estratégias no interior do Estado, o movimento sanitário relegou a segundo plano a ampliação e o aprofundamento da aliança com a sociedade civil. Esse processo vitorioso fez com que a Reforma Sanitária fosse realizada, principalmente, enquanto uma grande

reforma administrativa e político-institucional na saúde, como discutido na primeira parte dessa dissertação (COHN, 1989; FLEURY, 1997; ESCOREL, 1999).

Isso fez com que, desde a 8ª CNS, a trajetória do MOPS adquirisse outras características, em razão da proposta avançada de reformulação da saúde ligada ao Estado. A articulação nacional, que fora a tônica pela qual o MOPS se estruturou, deslocou-se para as instâncias estadual e municipal de atuação política devido à intrínseca associação construída entre o processo de descentralização da política de saúde e a construção de instâncias participativas, na qual a primeira foi elencada como prerrogativa para a segunda (ESCOREL, 1999; GERSCHMAN, 2004).

A presença e a atuação dos movimentos populares nos aparelhos de Estado, por meio das instâncias institucionais de participação social, corresponderam a pontos de desgastes importantes entre os atores políticos do MOPS no processo de implantação da Reforma Sanitária brasileira, ao final da década de 1980. Havia no interior do MOPS, ligada à ala mais radical do movimento, o entendimento de que os Conselhos de Saúde, por terem sido criados de “cima para baixo”, careciam de participação popular efetiva (GERSCHMAN, 2004).

Essas divergências, alinhadas ao processo de negociação que o movimento popular teve de realizar com secretarias estaduais e municipais de saúde, exigiram uma reorganização de suas estratégias sobre outras bases, já que a articulação sustentada exclusivamente na mobilização popular se tornou insuficiente para o processo de implementação da Reforma (GERSCHMAN, 2004).

As diferenças políticas no interior do movimento popular e as discussões de caráter político-ideológico passaram a ser o eixo do MOPS naquele momento. A atuação e a mobilização política em defesa da implementação da Reforma Sanitária foram suplantadas pela ação “para dentro” das instituições do Estado, o que levou a um esvaziamento progressivo do movimento popular, caracterizando-o pela paralisia política e, conseqüentemente, pela fragilidade das bases sociais no movimento reformador da saúde (GERSCHMAN, 2004).

Enquanto organização popular autônoma às instituições do Estado e de politização no campo da sociedade civil, o MOPS se desfez enquanto expressão da subpolítica na saúde. Como consequência da própria institucionalização do movimento popular e da Reforma Sanitária, o que ocorreu foi o fortalecimento de dois processos opostos de transformação da política de saúde, característicos das sociedades modernas industriais, sob a égide da democratização do setor e que

visava a implementação de uma política social nos moldes da seguridade social do Welfare State no Brasil. Uma parte de suas competências, qual seja aquela referente à participação social descentralizada, foi inserida nas regras e normativas do sistema político e de suas instituições. Outra parte, referente a universalização do acesso, escapou e continua a escapar das regras mais simples do controle público e é delegada ao mercado e aos processos de desenvolvimento técnico-científico dos bens, tecnologias e serviços de saúde, em sua forma mais positiva e legitimada pelo progresso e pela racionalidade científica, conforme desenvolvido na seção anterior (BECK, 2011). Criou-se, assim, como lugar oficializado da participação social na saúde, submetida as regras da democrática representativa, os Conselhos de Saúde nas três esferas federativas que acabaram por restringir e concentrar o exercício participativo no âmbito desses espaços político-institucionais da política de saúde.

Capítulo 7. A ambivalência na participação social na saúde: a questão dos conselhos.

A participação social na saúde foi posta, na trajetória do movimento popular em saúde e do movimento sanitário, diante de dois caminhos opostos, conforme desenvolvido no capítulo anterior: concretizar-se de forma fiel à sua origem, fundamentalmente vinculada à sociedade civil, ou integrar-se às práticas da tradição brasileira de transformação política e social capitaneado pelo Estado. Essa foi uma questão crucial para o desenvolvimento da questão democrática na saúde que, ao invés de constituir-se em um movimento de ruptura, legitimou a prevalência do Estado sobre a sociedade civil sob a égide da reforma da política de saúde.

Esse processo, no qual se consumou o exercício participativo, que carrega elementos constitutivos da formação histórica do país, fornecem os subsídios chave para pensar a participação na saúde pela via dos Conselhos de Saúde na atual conjuntura dos municípios em estudo. Para tal, retomemos o conceito teórico de modernização reflexiva desenvolvida por Ulrich Beck (2011, 2012), que diz respeito às transformações sociais que caracterizam as sociedades ocidentais contemporâneas desde as últimas décadas do século XX, na qual uma nova configuração social emerge por meio do próprio dinamismo do capitalismo.

Para Beck (2011, 2012), a magnitude que atinge o desenvolvimento dos sistemas sociais, econômicos e políticos das sociedades industrializadas acaba por produzir uma desestruturação dos seus próprios elementos. Trata-se, assim, de uma modernização que tem como referência a si mesma ou, em outros termos: é possível falar que é a própria continuidade da modernização capitalista que se torna a principal causa de sua ruptura.

A ideia de uma modernização que é reflexiva, autorreferenciada, carrega em si uma característica elementar: ela produz uma ambivalência nos processos sociais, que é dada pela existência recíproca de uma continuidade e de uma transformação das bases da sociedade industrial. Por exemplo, se a sociedade industrial moderna se configurava a partir das características da plena industrialização, da crença na assertividade da ciência e da tecnologia como expressão da razão e do progresso, da constituição e hegemonia dos Estados-nação soberanos, da democracia representativa, das formações de classe e do modelo da família nuclear, essas mesmas formas estruturais vão se dissolvendo e

transformando-se em outras, reflexivamente (BECK, 2011; BECK, 2012; COSTA & IANNI, 2018; IANNI, 2018).

A ambivalência passa, assim, a ser constitutiva das novas configurações sociais, conformando estruturas híbridas nos arranjos societários que emergem no processo e contexto da modernização reflexiva. Baseados nesse marco teórico-conceitual adotamos, como proposição a ser percorrida neste capítulo, o fato de que as narrativas dos gestores locais sobre a participação social na saúde via Conselhos de Saúde expressam essa ambivalência, característica das sociedades contemporâneas. Considerando os limites desta pesquisa, reconhecemos que os resultados encontrados e as análises aqui realizadas são passíveis de estudos mais aprofundados para dar maior consistência a tal proposição⁴.

Essa ambivalência estaria proferida no fato de que o exercício participativo nos Conselhos de Saúde evidencia, na atual conjuntura, uma permanência das heranças históricas do processo de modernização brasileira, mantendo a supremacia do Estado na formulação e na execução da política de saúde de “cima para baixo”, em detrimento de uma participação ativa da sociedade civil. Concomitantemente, essa prevalência do Estado na cena política assume novas características que transformam a sua relação com a sociedade de forma estrutural, em razão das mudanças sociais que marcam as sociedades contemporâneas em escala global desde o final do século XX. Desse modo, a ambivalência presente na participação na saúde nos Conselhos estaria na continuidade e na transformação da primazia do Estado como elemento constitutivo da questão democrática na saúde nos anos 1970 e 1980 (CALDERÓN & LECHNER, 1998; COSTA & IANNI, 2018; IANNI, 2018; NOGUEIRA, 2011; BECK, 2011; 2012).

Primeiramente, para compreender aquelas características do exercício participativo que dialogam com as heranças históricas da construção do *Welfare State* brasileiro é preciso reconhecer que ele é um produto do modo como a nacionalidade, a cidadania e a institucionalidade política e normativa do Estado-nação foram desenvolvidas no país (FLEURY, 1994). O que significa dizer que a participação social nos Conselhos de Saúde e, em grande angular, o próprio movimento da Reforma

⁴ Nosso objetivo aqui, portanto, não é fazer uma análise a respeito do funcionamento dos Conselhos de Saúde nas realidades municipais, mas demonstrar como os discursos dos gestores de saúde sobre esse espaço institucionalizado do exercício participativo evidencia a ambivalência característica da sociedade contemporânea. Para aquele outro fim, recomendamos algumas revisões sistemáticas sobre o tema, como os trabalhos de Paiva, Stralen & Costa (2014) e de Pereira et al (2015).

Sanitária e suas conquistas, dialogam com a construção histórica desses três elementos (LUCCHESI, 1989).

Identificar esses pontos de intersecção requer uma análise que contemple uma dimensão histórica: as condições de emergência das políticas sociais, as dinâmicas de seu desenvolvimento e a sua relação com o movimento sanitário. Contudo, reconhecendo a complexidade dessa análise, que foge dos limites postos neste trabalho, nos deteremos aqui a alguns dos aspectos mais gerais do processo de construção do Estado Social no Brasil.

No que se refere às suas condições de emergência, o primeiro aspecto evidenciado por Fleury (1994) é que não foi necessária nem uma cultura burguesa nem uma classe burguesa fortalecida para que o processo de industrialização e de implantação da produção capitalista ocorresse de forma dominante na sociedade brasileira e latino-americana. Isso porque a constituição do capitalismo na América Latina teve, como condição de origem, a esfera política do Estado (VIANNA, 2018).

Uma característica marcante das sociedades latino-americanas nas primeiras décadas do século XX era o grau elevado de heterogeneidade e de enfraquecimento da estrutura econômica dos diferentes países da região que foi incapaz de promover processos de coesão social via mercado, em decorrência da sua subordinação aos interesses de reprodução do capital internacional. Como consequência, é o Estado que emerge como o lugar privilegiado para a constituição das forças sociais necessárias ao desenvolvimento capitalista na América Latina. O que fez com que o padrão de cidadania e de política social desenvolvidas nas sociedades latino-americanas fosse marcadamente distinto daquele processo que se originou nos países europeus (CARVALHO, 2017; FLEURY, 1994).

Tendo por base as considerações de Marshall (1967) acerca dos processos de formação da cidadania e do sistema de proteção social desenvolvido na Inglaterra, Carvalho (2017) faz um paralelo com a experiência brasileira. A diferença mais importante, destacada pelo autor e comparada ao processo inglês, é que no Brasil houve uma inversão na forma como os direitos de cidadania foram adquiridos: o direito social precedeu o direito político e o direito civil.

Esse processo decorreu da própria modernização brasileira que se deu por meio de uma excessiva valorização do poder Executivo. Foi através dele que se definiram as rédeas do processo de industrialização e do desenvolvimento capitalista. Sem a experiência de uma revolução burguesa como a dos países centrais do

capitalismo, houve a necessidade de uma presença estatal precoce e monopolizadora de toda a dinâmica societária, em que os diferentes grupos sociais foram se conformando a partir da constituição e intervenção do Estado. O que significa dizer que o capitalismo brasileiro se instituiu e se modernizou sem romper previamente com o seu passado patrimonial, corroborando em uma radical autonomia do Estado perante a sociedade civil (VAISTMAN, 2002).

Carvalho (2017) salienta que essa orientação para o Executivo reforça a longa tradição ibérica do patrimonialismo, na qual a ação política é sobretudo orientada para a negociação direta com o Estado, sem passar pela mediação da representação política – o que reforça a supremacia estatal. Como efeito, verifica-se um grande paradoxo no processo de modernização da sociedade brasileira: uma vez que as forças sociais são conformadas a partir da própria intervenção estatal, “tudo passa pelo político, ao mesmo tempo em que o político se encontra esvaziado da sua função de representação de interesses, já que os interesses não se conformam senão no próprio Estado” (FLEURY, 1994, p. 137).

Essa cultura orientada para o Estado na construção do sistema de proteção social é o que Carvalho (2017) chama de estadania, em contraste com a cidadania construída nos países centrais do capitalismo. Uma característica importante que expressa a construção da estadania na sociedade brasileira é que, por exemplo, os direitos sociais foram implantados e efetivados sob regimes autoritários, em um ambiente de baixa ou nula participação política e de precária vigência dos direitos civis (AURELIANO & DRAIBE, 1989; CARVALHO, 2017).

Assim, o Estado-nação brasileiro se constituiu em uma época em que o capitalismo mundial entrava em sua fase imperialista e, portanto, foi fruto da penetração das relações mercantis e da acumulação do capital na estrutura socioeconômica latino-americana. Em contraposição aos países centrais do capitalismo, cuja ideia de nação representou o limite territorial e político de expansão do capital e do domínio burguês no sentido de “dentro para fora” (CARVALHO, 2017, p.139), os países latino-americanos vivenciaram o processo de *nation-building* a partir da necessidade de expansão do capital em um movimento inverso, “de fora para dentro” (p.139).

Por isso, Fleury (1994) aponta que houve a construção de um sistema de poder que não guardou total correspondência com as relações e com as formas de produção capitalista desenvolvidas nos países centrais, dado que a estrutura do

processo produtivo nas sociedades latino-americanas continuou sendo em grande parte pré-capitalistas, com a permanência das estruturas oligárquicas.

Nesse sentido, a construção das estruturas das classes sociais nas sociedades latino-americanas se apresenta como altamente complexa e heterogênea. Uma, porque não houve uma homogeneidade de composição ou de interesses em relação às classes dominantes, já que elas se desenvolveram articuladas, para fora, ao capital estrangeiro, e para dentro às formas pré-capitalistas de produção. Outra, porque também não houve homogeneidade do ponto de vista das camadas intermediárias e dos setores dominados, dado que eles foram reflexo das diferentes formas de inserção dos grupos populacionais na estrutura produtiva, e ainda pelo fato de que a sua incorporação ao sistema político-econômico ocorreu antes de que se constituíssem enquanto classe social, gerando as conhecidas formas de corporativismo estatizante. A esse respeito, vejamos o que é apontado por Fleury (1994):

[...] A ocorrência destas contradições desde a origem do processo de construção do Estado nacional-soberano na região, requerendo por um lado a sua existência formal, enquanto negando sua viabilidade por outro, acarreta um complexo processo de relação Estado/sociedade, no qual a hegemonia, enquanto expressão da constituição dos sujeitos coletivos, é ao mesmo tempo substituída/solapada por um poder político avassalador. Se a hegemonia remete necessariamente ao problema do sujeito histórico constituído e a heterogeneidade estrutural atua como um fator de inviabilização da construção das identidades coletivas, a criação da nação em nossos países representou a expansão do domínio político, embora não tenha representado a supremacia de uma classe nacional. Neste sentido, o exercício do poder requererá que as lutas políticas ocorram dentro do próprio Estado, em um processo continuado de enfeudamento de suas agências, e, portanto, de sua particularização, embora seja o Estado e não a existência de uma classe hegemônica a garantia da unidade nacional (FLEURY, 1994, p. 139).

O desenvolvimento de um sistema de proteção social que teve o Estado como o seu principal ator estruturante sugere que o processo de constituição da cidadania no Brasil se deu mediante condições sociopolíticas insuficientes para o seu pleno desenvolvimento, se comparado com as experiências originárias nos países centrais do capitalismo. Essa condição de supremacia do Estado para o desenvolvimento do *Welfare State* no Brasil é base para as contribuições de Lucchesi (1989), que destaca que uma das hipóteses para o movimento sanitário ter concentrado a sua atuação estratégica na ocupação do aparelho estatal para a democratização da política de saúde está relacionada à falta de uma cidadania ativa no Brasil e nos limites que esse processo coloca para a mobilização política dos

grupos e das classes sociais. As restritas estratégias de luta política da Reforma Sanitária encontraram no aparelho do Estado o seu principal instrumento de reforma, reforçando o lugar da burocracia estatal como o *locus* efetivo das tomadas de decisões acerca das políticas públicas.

Em decorrência, o autor afirma que para o movimento sanitário brasileiro a burocracia estatal desempenhou simultaneamente dois tipos de papéis. Ao mesmo tempo que funcionou como uma arena de luta política, correspondendo ao lugar primordial em que se realizaram as intervenções do movimento, funcionou também como um ator social, ditando um conjunto de diretrizes políticas no modo como foi projetada a reforma da política de saúde. Portanto, na luta por uma saúde mais democrática, à época, a burocracia estatal assumiu extrema importância nas estratégias do movimento da Reforma Sanitária devido aos limites impulsionados pela própria trajetória histórica do processo de construção do Estado-nação brasileiro e de seu modelo de cidadania e de proteção social (LUCCHESI, 1989).

Em certa medida, a conformação da cidadania, desenvolvida no Brasil no início dos anos 1930 até o final da década de 1980, parece estar relacionada com algumas das características da participação social nos Conselhos de Saúde expostas pelos gestores locais. Vejamos como isso se expressa nas falas dos gestores:

Para mim, o papel do conselho é construir política pública de qualidade. Porém, infelizmente, **a gente não ocupa esse lugar e não cumpre esse papel, não damos conta dessa encomenda que foi feita lá em 1988. A gente construiu um SUS que ainda é muito frágil e dependente de ações governamentais e ações governamentais são altamente vinculadas a partidos políticos. [...] Infelizmente, o conselho e os conselheiros de saúde estão muito vinculados às estruturas partidárias.** Isso influencia muito porque, muitas vezes, **eu vejo que os conselheiros e, inclusive eu, estamos lá não pensando na população, mas cada um defendendo o seu próprio lado.** Eu quando vou lá, vou porque eu preciso passar o relatório anual de gestão. Fizemos tanta coisa bacana que não é possível que não seja aprovada pelos conselheiros. Quando o conselheiro trabalhador vai lá, ele vai lá para dizer que está caindo o teto da unidade dele, só que está caindo na cabeça dele, então ele pede melhorias. Não é para pensar num sistema público, equânime e universal. Quando o usuário está lá, a gente explica toda a política de regulação do município e quando termina, a pergunta dele é “tá bom, eu estou esperando o ultrassom a um mês, você pode me passar na frente?”. Então, assim, dar conta dessa disputa e desses interesses é muito difícil. **O Conselho é ocupado por um lugar de disputa partidária e de interesses próprios** (G3, grifo nosso). **O conselho precisaria atuar em cima da política de saúde, mas não é o que acontece, é uma atuação em torno de uma política partidária, é uma atuação que só faz críticas à gestão.** Eles estudam e eles sabem, entendem da política de saúde, mas essa relação não é fácil. **Aí você percebe que as cobranças não são pensadas em benefícios para a população, a cobrança deles é em cima de contratos, de fiscalizações. Então, eu posso falar que o nosso Conselho é atuante sim, mas é muito**

mais na parte política do que de atuação na política de saúde (G1, grifo nosso).

Aqui, assim como em outros lugares, **o conselho se coloca meramente na figura fiscalizadora e eu acho que existe um papel muito mais nobre para o conselho que é o papel propositivo de construir a política de saúde conjuntamente. Mas aqui ainda tem o foco nessa questão da fiscalização, fora as interferências político-partidárias que tem dentro dos conselhos.** [...] É um fórum muito especial de proposição de políticas públicas e é assim que a gente quer trabalhar, mas hoje não está funcionando dessa forma (G5, grifo nosso).

Uma das principais características do exercício participativo nos Conselhos de Saúde, evidenciada pelos gestores, refere-se a predominância de uma atuação partidária dos conselheiros, mas que carece de uma representação política dos interesses da sociedade civil nessa instituição participativa. Na visão dos gestores, o predomínio de disputas partidárias nos Conselhos de Saúde vincula-se mais à conquista de poder político nessas arenas institucionais do Estado do que ao seu papel de articulação e agregação dos distintos interesses da sociedade civil na política de saúde. Nesse sentido, ainda que os partidos políticos constituam importantes atores no exercício participativo nos Conselhos de Saúde, a atuação partidária de representação política é deficitária. Esse processo se expressa em falas como “o Conselho é ocupado por um lugar de disputa partidária e de interesses próprios” (G3) e “é uma atuação em torno de uma política partidária, é uma atuação que só faz críticas à gestão” (G1).

Nesse sentido, esse papel de disputa político-partidária por dentro dos Conselhos de Saúde dialoga com o que Luiz Werneck Vianna (2018) chama de *estadolatria*. Isto é, as lutas pela conquista do poder político ocorrem dentro do próprio Estado, em certa medida desassociadas da sociedade civil, o que fortalece e legitima a cultura de Estado como uma das principais marcas da política na história da sociedade brasileira.

Associada à falta de uma representação política da população local e de suas necessidades de saúde por parte dos conselheiros nos Conselhos de Saúde, essa instância participativa é permeada por uma postura enfraquecida na formulação e no desenvolvimento da política de saúde local. Essas características, expressas em uma atuação do Conselho na qual “cada um defende o seu próprio lado” (G2), parece também se conectar com a herança histórica de uma ação política que é, sobretudo, orientada para a negociação direta com o Estado, de acordo com os interesses

particulares de cada grupo em questão, sejam eles usuários, trabalhadores ou os próprios gestores (CARVALHO, 2017; VIANNA, 2018).

Esse processo acaba por reiterar não só o Estado como a principal arena na qual se realiza a participação social na saúde, mas como o ator primordial da condução desse processo. A construção de uma *estadania* e de uma *estadolatria* cria espaços institucionais participativos com uma baixa mobilização da sociedade civil enquanto protagonista da estruturação da política pública, prevalecendo assim uma concepção de política de saúde na qual é conferido ao Estado a primazia na condução de sua dinâmica e de seu desenvolvimento. Cabe aos conselheiros, que representam a sociedade civil organizada, o papel de coadjuvantes, de fiscalizadores da atuação estatal, como é exposto nas falas “a cobrança deles é em cima de contratos, de fiscalizações” (G1) e “o conselho se coloca meramente na figura fiscalizadora e eu acho que existe um papel muito mais nobre para o conselho que é o papel propositivo de construir a política de saúde conjuntamente” (G5).

Desse modo, a estrutura político-institucional na qual se conformam os Conselhos de Saúde aparenta reforçar o papel da supremacia estatal e realçar características patrimonialistas e corporativistas da política social. Vale ressaltar que essas instâncias participativas contam com mecanismos fortes de indução federal por meio da transferência de recursos financeiros da União para os níveis subnacionais de governo para a sua existência. Porém, a construção de potentes aparatos institucionais de participação na saúde denota o sólido papel que o Estado teve em torno da questão democrática na saúde, mas não indica, similarmente, a constituição de uma participação ativa nessa arena política.

Contudo, essas mesmas características coincidem com profundas mudanças vivenciadas pelas sociedades ocidentais em escala global no final do século XX e no início do século XXI. É importante ressaltar que o fortalecimento das políticas sociais pautado na construção de um Estado de Bem-Estar Social nos moldes universalistas do Brasil, na qual a política de saúde foi uma das suas maiores expressões, ocorre em um cenário de crise da economia mundial e de reajustes estruturais na figura dos Estados-nação, em benefício do fortalecimento do mercado. O processo de democratização no país, consubstanciado na Constituição Federal de 1988, foi confrontado pela hegemonia assumida pelo discurso liberal, pelo predomínio das decisões econômicas sobre as políticas públicas e por uma articulada propagação de uma reforma gerencial do Estado no cenário mundial (FLEURY, 1994).

É assim que, na maior parte do mundo, o terceiro milênio tem sido palco de transformações fundamentais tanto nas relações entre Estado e sociedade quanto nos padrões de organização econômica e política no plano internacional. Como já citado, a construção do poder e da política na primeira modernidade tem como referente implícito a ideia de Estado-nação. Esse lugar bem delimitado da política nos limites dos Estados nacionais é uma das características que mais sofreu alterações no curso da modernização reflexiva. O que se coloca, aqui, em questão é que os papéis tradicionais do Estado têm sido redefinidos em função da radicalização do fenômeno da globalização na segunda metade do século XX, que realoca o papel do mercado, dos atores e dos espaços subnacionais e supranacionais de governo na ordem mundial (NOGUEIRA, 2011; BECK, 2011; 2012; COSTA & IANNI, 2018).

O fenômeno da globalização desafia radicalmente os quadros de referência da política como prática e teoria, principalmente porque dela resulta uma crise generalizada do Estado moderno e de seu princípio de soberania nacional. A crescente transnacionalização da economia não só reorienta, como também reduz a capacidade decisória do governo nacional, redefinindo as possibilidades da soberania estatal (IANNI, 2011).

Um dos grandes exemplos desse processo revela-se no âmbito das reformas do Estado vivenciadas no contexto dos países latino-americanos nos anos 1990. Sob os signos da inovação e da modernização, capazes de ajustar as economias latino-americanas e inserí-las nos circuitos econômicos e culturais do mundo globalizado, pôs-se em curso na região um processo reformador fortemente concentrado na diminuição do Estado e na valorização do mercado (CALDERÓN & LECHNER, 1998; IANNI, 2011; NOGUEIRA, 2011).

Essa reforma trouxe por base uma redução do tamanho do Estado mediante políticas de privatização, terceirização e parceria público-privada, tendo como objetivo alcançar um Estado mais ágil, menor e mais barato. Como efeito, houve um enfraquecimento da supremacia do poder político nas sociedades latino-americanas por meio de um expressivo recuo do Estado nacional diante da economia mundial e do mercado. Com os avanços desse processo reformador, é o mercado que passa a constituir as bases de uma nova modalidade de gestão e de administração pública (DARDOT; LAVAL, 2016; NOGUEIRA, 2011).

Dessa forma, diferente das estratégias desenvolvimentistas que faziam do Estado o motor do progresso, a estratégia predominante a partir das reformas dos

anos 1990 é ter no mercado o princípio constitutivo da reorganização social. Isso fez com que os países latino-americanos impulsionassem não só uma vigorosa expansão da economia capitalista, mas também vivenciassem a instauração de uma racionalidade gerencial e empresarial que permeia todas as esferas da vida social, inclusive o âmbito político. É o mercado que passa, a partir de então, a ser a grande força integradora da dinâmica societária (CALDERÓN & LECHNER, 1998; NOGUEIRA, 2011).

Isso não significa o fim do Estado nacional frente a uma política generalizada do *laissez-faire*, de um mercado espontâneo, autônomo e autorregulado. Essas mudanças sociopolíticas globais dizem respeito às transformações na natureza das intervenções governamentais e de seus objetivos, que transformam o Estado e suas instituições em esferas que também são regidas por um paradigma gerencial e que são submetidas às exigências de eficácia, semelhantes àquelas vivenciadas pelas empresas privadas (DARDOT & LAVAL, 2016).

Para Dardot & Laval (2016), o Estado reestrutura-se de duas maneiras: de fora, com privatizações maciças de empresas públicas que põe fim ao Estado produtor, mas também de dentro, com a instauração de um Estado avaliador e regulador que mobiliza novos instrumentos de poder e, com eles, novas relações entre governo e sujeitos sociais. Essa transformação da ação do Estado subverte radicalmente os fundamentos modernos da democracia, dentre os quais, o próprio status de cidadania.

Em diálogo, Carvalho (2017) considera que essas transformações no cenário internacional trazem complicações para a construção da cidadania brasileira, isso porque a globalização da economia em ritmo acelerado provoca importantes alterações nas relações entre Estado e sociedade. As principais delas estariam na redução do papel central do Estado como fonte de direitos e como arena de participação política e no deslocamento da nacionalidade como principal fonte de identidade coletiva. Nesse cenário, que emerge com o mercado sendo o principal mecanismo regulador da vida social, o cidadão se torna cada vez mais um consumidor. A cidadania reivindicada passa a ser a do direito ao consumo, que se encontra diretamente relacionada ao processo de “mercadorização das instituições públicas” (DARDOT & LAVAL, 2016, p.275).

Nesse sentido, retomamos as ideias de Beck (2011) sobre a dissolução das fronteiras da política no processo de modernização reflexiva. O enfraquecimento

do poder estatal na conformação e na realização dos processos de transformação social não representam expressão de um fracasso político, mas o próprio sucesso da dinâmica capitalista, da democracia moderna e da política social realizada sob a égide dos Welfare States. Assim, o desenvolvimento econômico abre espaço para o surgimento da subpolítica, conformando uma nova sociedade no processo de modernização que não tem como base os debates do parlamento ou as decisões do Executivo, mas o mercado e os processos de desenvolvimento técnico-científicos a ele associados. A atuação empresarial e científico-tecnológica adquire uma nova dimensão política e social que tem levado a uma perda progressiva do poder de intervenção estatal e de deslocalização da política frente à radicalização do mercado.

Essas mudanças na concepção e na ação nas instituições do Estado associadas à emergência de um status de cidadania como consumo, no Brasil, parece também estar impressas na dinâmica dos Conselhos de Saúde enquanto instâncias participativas. Uma característica desse paradigma gerencial evidenciado pelos gestores locais está, justamente, na atuação predominantemente fiscalizatória que os conselheiros trazem ao âmbito dessa instância participativa.

Para falar a verdade, eles só pedem contrato para a gente. Por exemplo, nós temos uma Organização Social no município que gere os serviços da Urgência e Emergência e os da Saúde Mental, e eles batem nessa OS em termos de contrato. **Fica nesse jogo de avaliação e fiscalização. Eu não vejo nenhum conselheiro sendo propositivo, visitando unidades de saúde ou pensando na política de saúde** (G1, grifo nosso).

Essa questão de um papel fiscalizador é muito forte. É muito comum você chegar numa reunião de conselho e a demanda principal ser a solicitação de notas fiscais de pagamento pela secretaria da saúde. Isso é muito comum e é importante, é um papel fiscalizador que o conselho tem que ter, mas não é só isso. Não dá para resumir o conselho e empobrecer ele a isso, mas é o que acontece. **As demandas dos conselheiros normalmente ficam em cima de fiscalizações financeiras, ou então, em cima de solicitações assistenciais do tipo “como está a fila de tal cirurgia?”.** Eu acho que falta uma boa incrementada nessa discussão toda que é o papel mais nobre do conselho e pensar a política de saúde em si (G5, grifo nosso).

Esse papel de fiscalização, desempenhado pelos conselheiros, ao mesmo tempo que dialoga com a continuidade das heranças históricas da cidadania e da política social brasileira, pode se relacionar com uma nova maneira de conceber a ação governamental sob uma lógica predominantemente gerencial. Sob o papel da fiscalização, os conselheiros passam a avaliar a qualidade da ação pública de acordo com os seus interesses, colocando os governantes e o andamento da política de saúde sob a sua vigilância, numa tentativa de garantir a eficiência do poder público.

A fiscalização, para além de um exercício de cidadania, consolida-se como um recurso gerencial, focaliza na exigência do cumprimento das várias facetas da política pública estabelecidas na Lei Complementar 141/2012, tais como a elaboração e a execução do Plano de Saúde Plurianual, as metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, a aplicação dos recursos vinculados ao SUS, entre outras atribuições (BRASIL, 2012).

A gestão participativa muda de método e de significado, na qual o Conselho de Saúde constitui-se como um recurso que visa maximizar a performance de um Estado que cada vez mais adquire a forma empresarial, ao mesmo tempo que reitera a supremacia estatal na tradição histórica brasileira. Enfraquecem-se não só os poderes de negociação com a sociedade civil, nessa arena política, como a atuação muda de forma e de foco, envolta pela racionalidade do mercado em detrimento das ideias originais da participação social na saúde que visavam uma modificação nas correlações de forças e nos padrões estruturais da política e do quadro sanitário.

Se na fala dos gestores aparece um incômodo com esse papel desempenhado pelos conselheiros, que não respondem às bases constitutivas do movimento sanitário nas décadas de 1970 e 1980, a resposta concreta que eles dão a esse processo reitera a lógica do desempenho nas instituições públicas. Isso porque, para os gestores, o Conselho assume um papel empobrecido e majoritariamente fiscalizatório por falta de conhecimento de seus atores sobre o funcionamento do sistema de saúde e, portanto, considera-se necessário investir em capacitação para que eles melhorem a sua performance enquanto conselheiros.

As demandas que eles trazem é muito mais problema “meu” do que questões da política de saúde do município. Quando fizemos a conferência de saúde, eles participaram bem, mas as ações que foram aprovadas eram muito pequenas. **Acho que é uma falta de conhecimento, por isso que eu acho que uma capacitação com os conselheiros é importante** (G4, grifo nosso)

Nos últimos anos, a gente teve muitos problemas, das pessoas terem interpretações de que o espaço do Conselho Municipal de Saúde era lugar de disputa política partidária, não de discussão de política pública e de saúde como direito. **Então, qualificar e capacitar os conselheiros para essa leitura é um grande desafio nosso. A gente retoma essa agenda agora com o intuito de formar bons conselheiros** para conseguir entender a lógica do sistema de saúde, no intuito de que existem pessoas antigas da casa e tem gente nova chegando que precisa entender como é que é (G2, grifo nosso).

Nesse contexto, um depoimento, em específico, chama a atenção. Vejamos ele:

Eu acho que essas demandas, de certa forma, **são um reflexo da nossa sociedade. É uma reverberação do que acontece hoje na cidade, mais do que isso, as demandas que aparecem no conselho não são só uma demanda da população, mas é um reflexo de como está organizado o nosso modelo de atenção à saúde na cidade.** [...] Então, um investimento em educação permanente e em capacitação para os profissionais da rede para entender como o sistema funciona, eu acho que é fundamental (G5, grifo nosso).

Essa fala representa um dos pontos nodais da nossa análise: a atuação do Conselho de Saúde está sendo atravessada pelos novos arranjos societais que colocam em xeque a ideia de que as deliberações nas instituições participativas na saúde dizem respeito à representação política dos interesses gerais de toda a população. Nas palavras de Nogueira (2011), “as sociedades deixam de ser centrípetas e tornam-se policêntricas, a representação política refluí em benefício da representação de interesses” (p. 144).

Pode-se dizer que na sociedade contemporânea, a participação se desloca das bases da democracia representativa para assumir um vínculo mais estreito com os interesses particulares, com a resolução de problemas gerenciais e com o atendimento a demandas específicas. Em um movimento progressivo, a participação passa a se converter em um recurso gerencial, concentrando-se na obtenção de resultados e no desempenho da política de saúde e na performance dos governantes e dos conselheiros. É uma participação que não se desvincula do ideário da cidadania, mas relaciona-se com ele pela lógica do mercado (NOGUEIRA, 2011).

Nos anos 1970 e 1980 o movimento sanitário organizou seus interesses e suas estratégias de atuação no âmbito do Estado, sendo os Conselhos de Saúde fruto desse processo. Como vitórias desse processo, o que parece ser expresso nas experiências dos gestores é uma mudança nos parâmetros básicos de realização da gestão participativa, que estão diretamente relacionados ao processo de modernização reflexiva, mas que coexistem com as características históricas da formação social brasileira.

Como resultado dessa ambivalência, desdobra-se uma crise, que resulta no esvaziamento dessas instituições democráticas. Ainda que os Conselhos de Saúde continuem a ser uma exigência da política de saúde a nível federal, por meio dos processos indutores do Ministério da Saúde, enfraquecem-se as capacidades dessas instituições estatais em termos de ação e coordenação da política de saúde. Os conselhos apresentam-se, assim, pobres em inovação social em uma sociedade marcada por déficits persistentes de cidadania e de proteção social e inseridos em um

contexto globalizado, na qual a forma e o foco do exercício participativo na saúde se transforma radicalmente (GOMEZ, 2000).

Capítulo 8. A ambivalência na participação social na saúde: a emergência de um novo exercício participativo

Tendo por base as realidades municipais em estudo, este capítulo descreve a emergência da participação social na saúde em espaços não institucionalizados do SUS e que estão vinculados, sobretudo, ao uso das tecnologias de informação e de comunicação (TIC) que estruturam novas formas e padrões de relacionamento entre Estado e sociedade. O que chamamos aqui de novas formas de participação social são as outras formas de exercício participativo que os gestores locais apontaram nas entrevistas que se diferenciam daquela prática realizada no âmbito dos Conselhos de Saúde e que impactam diretamente na construção da política pública.

Entendemos que, para além daquilo que é expresso pelos gestores como outras e novas formas do exercício participativo, diversas outras práticas e movimentos têm ocorrido no âmbito da saúde pública e sob a égide da questão democrática, mas que não serão aqui trabalhadas, e que merecem destaque também por produzirem outras formas de exercício participativo que não aquelas vivenciadas nos Conselhos. Exemplos vão desde as mobilizações populares e as organizações autônomas de grupos sociais em torno de demandas de saúde mais específicas, como o movimento das pessoas com deficiência, étnicos, de gênero e de diversidade sexual e suas pautas no âmbito da saúde, até os processos individuais de judicialização que ocorrem sob a égide do direito à saúde, que têm munido os cidadãos de instrumentos judiciais para o fornecimento de medicamentos, para a disponibilização de exames e para a cobertura de tratamentos de doenças que até então não estavam disponíveis na rede pública e/ou privada conforme as suas necessidades e demandas. Ainda que essas questões não sejam objeto de aprofundamento aqui, elas não devem ser secundarizadas porque também transformam e reestruturam a forma como a questão democrática se materializa na política pública.

No que tange àquilo que é expresso pelos gestores, assumimos como pressuposto que essas outras formas de participação social na saúde trazem, como efeito, uma determinada forma de realização do exercício participativo que foge das regras e das normas democráticas constitutivas das arenas políticas do sistema de

saúde, alterando o seu próprio conteúdo político e as dimensões de sua realização (BECK, 2011; 2012).

Como fruto de uma modernização que é reflexiva, as sociedades ocidentais contemporâneas estão vivenciando uma experiência na qual as atividades políticas se realizam para além daquelas arenas e daqueles atores clássicos do sistema político moderno, como por exemplo, o parlamento, os partidos políticos e os sindicatos. Esse exercício das questões políticas para além do aparato institucional e burocrático do Estado-nação indica que a relação entre política e sistema político não permanece estática no processo de modernização capitalista (BECK, 2011; 2012), culminando em uma mudança estrutural da política na qual a saúde pública brasileira não fica imune.

Para Beck (2012), estamos vivendo o renascimento de uma subjetividade política dentro e fora das instituições, o que movimenta e reorganiza o conjunto da vida social. O político invade e irrompe além das responsabilidades e hierarquias formais e, de modo ambivalente, aquilo que conformava a constelação política da sociedade industrial clássica está esmaecendo, enquanto aquilo que não conformava as questões políticas no industrialismo está se tornando político no mundo contemporâneo. No centro dessa transformação está o desenvolvimento científico e tecnológico, com maior destaque para as tecnologias de informação e de comunicação (DOWBOR, 1997; CASTELLS, 1999a; 1999b; BECK, 2011; 2012;).

Em seu sólido estudo chamado *A Era da Informação: economia, sociedade e cultura*, Manuel Castells (1999a; 1999b; 1999c) desenvolve uma teoria sociológica pautada no surgimento de uma nova estrutura social decorrente daquilo que denomina de *informacionalismo*, referindo-se a um novo modo de desenvolvimento capitalista no final do século XX.

Essa nova estrutura social se constitui a partir da emergência das tecnologias de informação e de comunicação como a nova base material do desenvolvimento econômico, social e político em escala global e que é fruto de uma reestruturação do capitalismo mundial com o fim da Guerra Fria. A essas novas sociedades, o autor denomina de *sociedades informacionais* ou de *sociedades da informação*, que se manifestam sob variadas formas, de acordo com o percurso histórico, cultural e institucional que é singular às diferentes sociedades (CASTELLS, 1999a; 1999b).

Sobre esse aspecto, é importante ressaltar certas considerações do autor sobre a relação entre tecnologia e transformações sociais no mundo contemporâneo. Para ele, as novas formas e processos sociais característicos das sociedades informacionais não surgem simplesmente como uma consequência das transformações tecnológicas. Não se trata de um movimento unidirecional, como se as diferentes sociedades fossem determinadas pela tecnologia. De acordo com Castells (1999a), é necessário o entendimento de que “a tecnologia é a própria sociedade” (p. 43), de forma que a modernização tecnológica é reflexo da própria dinâmica social e da sua relação com o desenvolvimento capitalista. Se a tecnologia não determina a transformação social, ela incorpora a capacidade das sociedades se transformarem, variando nos diferentes países conforme sua história, cultura e instituições (CASTELLS, 1999a).

Tanto o Japão quanto a Espanha, a China, o Brasil e os EUA são e serão, ainda mais no futuro, sociedades informacionais, pois os principais processos de geração de conhecimentos, produtividade econômica, poder político e a comunicação via mídia já estão profundamente transformados pelo paradigma informacional e conectados às redes globais de riqueza, poder e símbolos que funcionam sob essa lógica. Portanto, todas as sociedades são afetadas pelo capitalismo e informacionalismo, e muitas delas já são informacionais, embora de tipos diferentes, em diferentes cenários e com expressões culturais/institucionais específicas (CASTELLS, 1999, p. 57).

Desse modo, emergem sociedades informacionais, no contexto global, que não são homogêneas, mas que apresentam certas características comuns em seus sistemas sociotécnicos. Dentre elas, uma das mais importantes na obra de Castells é o modo dominante com que as relações sociais se organizam e se estruturam de forma informatizada, operando agora com base na centralidade da informação e da comunicação a partir das redes eletrônicas. Isso traz como marcas do mundo contemporâneo a emergência de sociedades que são altamente integradas, dinâmicas e complexas, em que a vida social é marcada por transformações constantes e aceleradas dado o elevado processo de desenvolvimento técnico-econômico (CASTELLS, 1999a; 1999b).

Essa lógica das sociedades informacionais expressa a ideia de um mundo altamente conectado, ligado pelas redes tecnológicas digitais e eletrônicas, na qual quase qualquer um, em qualquer lugar do planeta, pode usar a tecnologia baseada nas telecomunicações para os seus próprios fins e interesses (CASTELLS, 1999a). Assim, o ponto nodal na obra de Castells, que ganha destaque para nossa análise, está no fato de que o modo com que o capitalismo tem se desenvolvido desde o final

do século XX faz com que as diferentes sociedades do mundo estejam cada vez mais interconectadas e dependentes das tecnologias digitais, o que impacta todos os âmbitos da vida social, inclusive a forma com que as atividades políticas se estruturam.

Diversos autores brasileiros e latino-americanos têm apontado nas últimas três décadas um redimensionamento do espaço da ação e das questões políticas na América Latina, dentre os quais destacam-se Ianni (1997; 2011), Kon (1997); Dowbor (1997); Oslak (1998); Calderón & Lechner (1998); Gómez (2000), Martín-Barbero (2006); Nogueira (2004; 2011); Vianna (2018), entre muitos outros.

Resgatando a característica ambivalente das sociedades ocidentais contemporâneas em Beck (2011; 2012), o que se observa, baseado nesses autores, é que ao mesmo tempo em que a ação política continua a operar na estrutura corporativista e político-partidária, ela também assume um caráter que é informatizado, digital, vinculado a um novo sistema de comunicação e de informação que é fruto do capitalismo informacional (BIERNATZKI, 2000; IANNI, 1997; CALDERÓN & LECHNER, 1998; Castells, 1999a; 1999b).

Assim, um fato importante para a compreensão da atividade política na contemporaneidade compreende à transnacionalização da mídia, considerando não só o rádio e a televisão, mas sobretudo os sítios digitais na Internet. A mídia transnacional rompe com as barreiras territoriais nos fluxos de informação e de comunicação, de forma que ela traz como marca uma ausência de uma regulação estatal eficaz no seu exercício. As normas jurídicas clássicas dos Estados-nacionais modernos, ancoradas em uma natureza binária (legal/ilegal, lícito/ilícito, constitucional/ inconstitucional), não são suficientes para regular satisfatoriamente os fenômenos sociais que se complexificam pela transnacionalização da mídia. Instala-se, nesse contexto, um paradoxo entre uma atividade política que se desenvolve ligada a uma produção midiática transnacional, que prescinde da ideia de soberania e de territorialidade, e uma outra atividade política ligada às legislações nacionais pautadas pelos limites do Estado-nação e de suas instituições (NAPOLITANO & SANTOS, 2016).

Conforme a mídia se transnacionaliza e se conglomera, ultrapassando os limites regulatórios do âmbito estatal, ela se torna capaz de atuar no cenário político em sobreposição aos partidos políticos, aos sindicatos, aos movimentos sociais e às diferentes correntes de opinião pública. Enquanto estes últimos continuam a operar

principalmente em âmbito local e nacional, a mídia opera e predomina não só em âmbito local e nacional, mas também em escala regional e mundial (IANNI, 1997). Essa tendência, à primeira vista, parece ampliar um certo domínio da mídia e, conseqüentemente, uma auto-organização da sociedade em relação ao exercício da política (CASTELLS, 1999a). Isso porque, como aponta Fonseca (2011):

A mídia representa uma forma de poder extremamente significativo que é capaz de influir na formação das agendas públicas e governamentais, intermediar relações sociais, influenciar a opinião de indivíduos e grupos sobre temas específicos, participar das contendas políticas, em sentido lato (defesa ou veto de uma causa, por exemplo) e estrito (apoio a governos, partidos ou candidatos); e atuar como “aparelhos ideológicos” capazes de organizar interesses (FONSECA, 2011, p. 41-42).

“Tudo o que fica de fora do alcance da mídia assume a condição de marginalidade política”, diz Castells (1999b, p. 368) ao evidenciar que a lógica e a organização da mídia eletrônica enquadram e estruturam a política no mundo contemporâneo. Ela altera as organizações e as instituições políticas, o modo na qual se realizam os processos decisórios e os métodos de governo e, em última instância, a mídia transforma a própria natureza da relação entre Estado e sociedade (CASTELLS, 1999a; 1999b).

O fato de os sistemas políticos atuais ainda estarem baseados em formas organizacionais e estratégias do industrialismo moderno torna-os, cada vez mais, politicamente obsoletos frente os fluxos de informação e de comunicação midiática que estão mais ubíquos e interativos. Concomitantemente, os sistemas políticos e suas instituições estão submetidos às inovações tecnológicas e midiáticas em uma tendência de desenvolvimento do setor público vinculado ao paradigma gerencial desde os anos 1990, que possibilita o exercício da ação política sobre outras bases e atributos, em uma constante ambivalência (IANNI, 1997; CASTELLS, 1999a; 1999b; FONSECA, 2011; NAPOLITANO & SANTOS, 2016). Esse é um exemplo de como, para Beck (2011), o desenvolvimento técnico-econômico perde o seu caráter de não-político no curso da modernização reflexiva, enfraquecendo as estruturas que, até então, haviam moldado politicamente a modernização capitalista.

A mídia como o espaço privilegiado da ação política frente a uma crise dos sistemas políticos tradicionais seria, para Beck (2011; 2012), uma das principais fontes da crise da democracia no mundo contemporâneo. No fluxo da modernização reflexiva, o desenvolvimento técnico-econômico assume o caráter de subpolítica, o que desencadeia mudanças sociais de uma forma inversamente proporcional àquela

da democrática moderna: ela não está submetida às regras, hierarquias e responsabilidades democráticas e, justamente por não permear o aparato político-burocrático, apresenta uma maior capacidade de transformação social (BECK, 2011; 2012).

A subpolítica expressa uma organização da política no âmbito da sociedade civil, para além das instituições do sistema político dos Estados-nação. Resgatando às análises anteriores, na saúde a subpolítica esteve relacionada inicialmente à emergência de movimentos sociais que combatiam a estrutura burocrática do Estado-nação, em que as forças populares emergentes no contexto ditatorial-militar brasileiro foi uma das suas expressões. Já na sociedade contemporânea ou, na segunda modernidade, a subpolítica se constituiu no próprio desenvolvimento da ciência e da tecnologia, transformando rapidamente as questões políticas sem, no entanto, permear as normas e o aparato institucional e burocrático do sistema político (BECK, 2011; 2012).

Em suma, instaura-se uma nova forma de fazer política que surge com a modernização reflexiva e que se distingue da política tradicional por permitir que agentes externos ao sistema político exerçam influência no planejamento social. A subpolítica expressa, desse modo, a incorporação de novos agentes coletivos e individuais no palco político, e, simultaneamente, produz uma nova cultura política em um desdobramento que não é nas arenas institucionais clássicas do Estado-nação (BECK, 2011; 2012).

Se então a política havia conquistado os potenciais de poder do “Estado interventor”, agora o potencial de configuração da sociedade migra do sistema político para o sistema subpolítico da modernização científico-técnico-econômica. Trata-se de uma inversão precária entre política e não-política (BECK, 2011, p. 279).

Como consequência dessa *subpolitização* das sociedades contemporâneas, os conceitos, os fundamentos e os instrumentos da política moderna necessitam de uma abordagem historicamente nova. As regras da democracia moderna, tais como as eleições baseadas na regra da maioria e o carácter de representação política associado a uma participação indireta da população na elaboração de programas políticos, são repetidamente questionadas no fluxo da modernização reflexiva, no qual o sistema político e suas instituições clássicas enfraquecem-se como o centro dos acontecimentos e das atividades políticas (NOGUEIRA, 2011; BECK, 2011; 2012).

Surgem, justamente como produto da democracia moderna, outras redes de participação que influenciam nos processos decisórios e na formulação das políticas públicas e que têm na Internet um dos seus pontos nodais. Na era da informação, a Internet é o centro da comunicação global: ela liga a maior parte das redes tecnológicas e digitais, criando uma teia interativa de alcance mundial da informação e da comunicação. Desde 1995, quando a Internet passou a ser disseminada comercialmente, uma nova realidade social passou a se constituir em âmbito mundial, na qual as relações sociais passaram a ser mediadas por plataformas comunicacionais em rede, num contexto de hegemonia da microeletrônica, da computação (hardware e software), das telecomunicações e da optoeletrônica (BARBOSA, 2020; FONSECA, 2011).

Hoje é possível encontrar nas diferentes plataformas digitais da Internet um cenário extremamente diverso das formas nas quais as questões políticas são agenciadas, com maior ou menor capacidade de gerar efeitos sobre os processos decisórios e sobre as ações públicas. Os efeitos da utilização de uma mesma ferramenta de comunicação midiática variam substancialmente, uma vez que dependem do perfil dos usuários, das configurações dos sistemas políticos, das singularidades de cada cultura política e das próprias características que cada iniciativa empreende no ciberespaço (MARQUES, 2016).

O que queremos salientar é que, ao reiterar uma transformação da política pelas próprias vitórias da modernização capitalista, não se trata de trazer aqui uma análise valorativa desse processo, identificando seus benefícios e malefícios, suas vantagens e desvantagens, mas de assumi-la como um processo de transformação no desenvolvimento dos processos sociais e que impacta de modo irreversível a estrutura e o ordenamento da vida coletiva.

Interessa-nos, assim, compreender como o uso das mídias digitais têm produzido efeitos sobre as questões políticas e como ele estrutura, nos campos da subpolítica, o papel da sociedade civil na organização e na realização das atividades políticas e do exercício participativo na saúde (BECK, 2011; 2012; MARQUES, 2016).

Sob uma perspectiva histórica e temporal, o uso expressivo das tecnologias de informação e de comunicação na ação pública originam-se, nas sociedades latino-americanas, nos movimentos de reforma do Estado ao final dos anos 1990 vinculados ao desenvolvimento do *New Public Management*, um novo paradigma da administração pública importado do setor privado com o objetivo de flexibilizar o

Estado e que tem como atributo-chave a efetividade governamental. Esse paradigma baseou-se em um conjunto de princípios gerenciais e empresariais, na qual o uso das TIC desponta como um dos fatores necessários para alcançar resultados de alto desempenho (DINIZ et al, 2009; BRAGA & GOMEZ, 2018).

Nesse panorama, desenvolvem-se novas experiências na interface governo-cidadão apoiadas nas avançadas TIC, sendo uma das mais expressivas os *governos eletrônicos*, também chamados de *e-Govs*. Eles podem ser entendidos como um conjunto de ações vinculadas à modernização da administração pública no que tange à prestação de serviços e ao desenvolvimento da sua infraestrutura, tendo por base às tecnologias de informação e de comunicação. Uma das principais faces da implementação de projetos de governo eletrônico está em transferir atividades governamentais para o ambiente digital, com o intuito de ampliar a agilidade e diminuir os custos concernentes às atividades administrativas. Contudo, vale ressaltar que essas iniciativas de *e-Govs* não se restringem à automação dos processos e à disponibilização de serviços por meio de plataformas online na internet, elas representam uma transformação na qual os governos, pelo uso das TIC, atingem seus objetivos e realizam as suas ações via sistema de comunicação eletrônica (DINIZ et al, 2009; MARQUES, 2016; BRAGA & GOMEZ, 2018).

No caso brasileiro, o processo de adoção das mídias digitais nas atividades governamentais esteve associado ao conjunto de reformas institucionais promovidas ao longo dos mandatos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002). Em 1995, foi criado o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), desenvolvido para operar as transformações organizacionais da máquina pública frente à crise do Estado brasileiro à época. As atividades do MARE distinguiram-se entre aquelas destinadas ao núcleo burocrático do Estado e aquelas referentes ao setor de serviços sociais, de forma que, para Bresser-Pereira (1995), ministro do MARE ao longo do primeiro mandato de FHC,

Reconstruir o Estado significa superar definitivamente a crise fiscal e rever as estratégias de intervenção no plano econômico e social, abandonando as intervenções diretas e adotando formas regulatórias. Conjuntamente, é preciso reformar o aparelho do Estado, e isto significa (1) tornar a administração pública mais flexível e eficiente; (2) reduzir seu custo; (3) garantir ao serviço público, particularmente aos serviços sociais do Estado, melhor qualidade; e (4) levar o servidor público a ser mais valorizado pela sociedade ao mesmo tempo que ele valorize mais seu próprio trabalho, executando-o com mais motivação (BRESSER-PEREIRA, 1995, p. 7).

Em diálogo com o conjunto de ações propostas pelo MARE, em 2000 é lançado pelo Ministério da Ciência e da Tecnologia um dos documentos de maior relevância que orientaram as estratégias reformadoras do governo brasileiro, intitulado *Sociedade da Informação no Brasil: Livro Verde*, organizado por Tadao Takahashi, engenheiro da computação e pioneiro da implantação da Internet no país. O Livro Verde, como é conhecido, consolidou um conjunto de ações para o uso das tecnologias da informação e da comunicação na sociedade brasileira em diferentes aspectos, projetando propostas que iam desde a ampliação do acesso às TIC como elementar à cidadania brasileira, até a formação de recursos humanos, o incentivo à pesquisa, o desenvolvimento técnico-econômico e de novas aplicações das TIC em processos governamentais (TAKAHASHI, 2000).

O livro foi fruto do Programa Sociedade da Informação, integrando o conjunto de medidas do segundo mandato presidencial de Fernando Henrique Cardoso (1999-2002) denominado Avança Brasil que objetivou a modernização e a competição da economia brasileira no mercado mundial.

Alavancar o desenvolvimento da Nova Economia em nosso País compreende acelerar a introdução dessas tecnologias no ambiente empresarial brasileiro, objetivo de um dos mais ambiciosos programas do Avança Brasil: o Programa Sociedade da Informação, que resulta de trabalho iniciado em 1996 pelo Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia. Sua finalidade substantiva é lançar os alicerces de um projeto estratégico, de amplitude nacional, para integrar e coordenar o desenvolvimento e a utilização de serviços avançados de computação, comunicação e informação e de suas aplicações na sociedade. Essa iniciativa permitirá alavancar a pesquisa e a educação, bem como assegurar que a economia brasileira tenha condições de competir no mercado mundial (TAKAHASHI, 2000, p. 5).

Assim, informatizar operações e serviços públicos e promover modos de aproximação entre Estado e sociedade por meio das tecnologias de informação e de comunicação foram algumas das prioridades do Programa Sociedade da Informação no Brasil do início do século XXI e que marcaram as origens do governo eletrônico brasileiro (MARQUES, 2016; BRAGA & GOMEZ, 2018).

Permeando os três entes federativos, a ideia de governo eletrônico se materializou nas diferentes realidades estaduais e municipais através da disponibilização de serviços eletrônicos aos cidadãos e do uso das TIC nos processos internos da administração pública. No Brasil, há amplas investigações sobre o uso das tecnologias de informação e de comunicação pelos governos estaduais e municipais, na qual o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) representa

uma instituição de destaque por meio das Pesquisas de Informações Básicas Estaduais e Municipais (ESTADIC e MUNIC, respectivamente), elaboradas desde 1999. Com base nos resultados da MUNIC de 2019, algumas informações sobre o uso das TIC nos cinco municípios em estudo são apresentadas na tabela 5.

O uso das tecnologias de informação e de comunicação é tratado pelo IBGE (2019) como uma temática importante nos processos de avaliação de “um bom funcionamento dos governos municipais e estaduais” (p. 25). Isso porque permitem o estabelecimento de novos meios de comunicação que aproximam governantes e governados e porque está relacionado à transparência de informações e à melhoria regulatória e dos processos governamentais.

As análises desenvolvidas pelo IBGE que foram contempladas aqui referem-se às relações entre governo e sociedade expressas pela existência de uma página da prefeitura na Internet, de contato com a população por redes sociais e de instrumentos de comunicação e serviços disponíveis por meio de celular e smartphone. Vale ressaltar que a MUNIC 2019 apresenta informações que extrapolam esses tópicos, abrangendo formas de processamento de dados municipais por meio de TIC, desenvolvimento de softwares locais, inclusão digital e acessibilidade, entre outras, que por questões de limitação da pesquisa, não foram contempladas em nossa análise.

Segundo o relatório, a existência de páginas das prefeituras na Internet chegou próximo à universalização nas cidades brasileiras em 2019, cobrindo cerca de 97,7% de todos os municípios do país (IBGE, 2019). Isso se reflete no âmbito dos municípios em estudos, nas quais todos declaram ter um sítio digital ativo no ano em questão.

Pela primeira vez desde a sua origem, a MUNIC reconheceu e investigou as redes sociais como uma plataforma de aproximação entre governo e cidadãos, na qual 84% dos municípios brasileiros informaram a existência de perfil ou conta da prefeitura nessas plataformas online (IBGE, 2019), fenômeno que também se expressa nos municípios em estudo, na qual todos estão vinculados a, no mínimo, duas redes sociais. Todos eles apresentando contas ou perfil no Facebook, de forma que Instagram e Youtube representam as outras redes sociais mais utilizadas pelos municípios.

Tabela 5. Serviços de comunicação e informática em uso nos cinco municípios do Grande ABC Paulista. Brasil, 2019.

Serviços de comunicação e informática		Diadema	Mauá	Ribeirão Pires	São Caetano	Santo André
Perfil ou conta da prefeitura em redes sociais	A página da prefeitura na internet está ativa?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Facebook	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Instagram	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
	Youtube	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
	VIMEO	Não	Não	Não	Não	Não
	Telegran	Não	Não	Não	Não	Não
	Whatsapp	Não	Não	Não	Sim	Não
	Flickr	Não	Sim	Sim	Não	Não
	Blogspot	Não	Não	Não	Não	Não
	Twitter	Não	Sim	Não	Não	Não
Atividades nas redes sociais	Postar notícias sobre a prefeitura	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Responder a comentários e dúvidas dos cidadãos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Realizar consultas públicas ou enquetes	Não	Não	Sim	Não	Não
	Divulgar serviços ou campanhas	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
	Frequência da utilização do conteúdo das redes sociais	Diário	Diário	Diário	Diário	Diário
Modalidades de atendimento à distância para o cidadão	Envio de SMS para o cidadão	Não	Não	Não	Sim	Sim
	Recebimento de SMS do cidadão	Não	Não	Não	Não	Não
	Aplicativos criados pela prefeitura	Sim	Não	Não	Não	Sim
	Aplicativos criados por outros organismos ou cidadãos a partir de informações ou dados disponibilizados pela prefeitura	Não	Não	Não	Sim	Sim
	Website adaptado para dispositivos móveis ou desenhado em versão mobile	Não	Não	Sim	Sim	Sim
	Emitir boletos de tributos ou outras guias de pagamento	Não	Não	Sim	Sim	Não
Modalidades de canais de solicitação de serviços	Telefone	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
	Website da prefeitura	Não	Sim	Não	Sim	Sim
	Website que não o da prefeitura	Não	Não	Não	Não	Sim
	Aplicativo de celular	Sim	Não	Não	Não	Sim
	Redes sociais	Não	Não	Não	Sim	Não
Formas de participação do cidadão pela internet	Consulta pública online para que cidadãos possam enviar contribuições para leis, orçamentos e planos	Sim	Não	Sim	Sim	Não
	Grupos de discussão como fóruns ou comunidades pela internet	Não	Não	Não	Não	Não
	Enquete online sobre assuntos de interesse da prefeitura	Não	Não	Sim	Não	Sim
	Votação online para orientar a tomada de decisão sobre políticas públicas, orçamento etc.	Não	Não	Não	Não	Sim

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Nas redes sociais, é possível observar que as atividades são realizadas diariamente e as mais frequentes no ano de 2019 foram as postagens de notícias sobre a prefeitura, a divulgação de serviços ou campanhas e, com grande destaque, as respostas a comentários e dúvidas dos cidadãos. Esta última se caracteriza pelo processo mais interativo entre governo e cidadãos no âmbito das plataformas digitais.

É interessante ressaltar que, embora elas se constituam em uma das principais ferramentas para as atividades governamentais, apenas o município de São Caetano do Sul apresenta as redes sociais como possibilidade de os cidadãos solicitarem algum tipo de serviço público. A principal forma de solicitação e acompanhamento à distância nos municípios, de modo geral, permanece sendo o telefone, seguida pelo website da prefeitura.

Em termos de formas de participação dos cidadãos na Internet identificadas na MUNIC 2019, na maior parte dos municípios são realizadas consultas públicas online com vistas às contribuições para leis, orçamentos e planos, sobretudo a partir dos websites. Apenas Ribeirão Pires e Santo André realizaram alguma enquete online sobre assuntos de interesse da prefeitura em 2019 e só o município de Santo André realizou votações online que orientaram a tomada de decisão política.

Conforme o caminho teórico e analítico proposto, essas informações dialogam com uma transformação da política em curso na contemporaneidade, na qual os meios de comunicação perpassam a esfera pública e alteram as bases do sistema político moderno, representando um lugar e uma forma de subpolítica na qual se desenvolve um novo exercício da atividade política que não se encontra institucionalizada nas arenas do Estado. “Na época do globalismo, crescentemente dinamizado pelas tecnologias eletrônicas, informáticas e cibernéticas, a política se desterritorializa, ao mesmo tempo que transforma-se em realidade virtual” (IANNI, 1997, p. 125).

Diante dessas circunstâncias, vêm à tona os seguintes questionamentos: Quais formas da subpolítica estão emergindo na saúde e que conduzem a uma nova participação social? Quais são os pontos de mudança que ela exerce sobre o exercício participativo, se comparado àquele praticado no âmbito dos conselhos municipais de saúde? Que diálogo essa nova participação social estabelece com os direitos conquistados no período de redemocratização brasileira e com a questão democrática na saúde concebida pelo movimento sanitário nos anos 1970 e 1980?

A ideia central que percorreremos aqui é que: em diálogo com a ideia de ambivalência que marca a sociedade contemporânea, a emergência de novas formas de participação social por meio das tecnologias de informação e de comunicação representa o sucesso do desenvolvimento social e político do Sistema Único de Saúde, ainda que em uma sociedade marcada por déficits persistentes de cidadania social. Assim, ao mesmo tempo em que o enfraquecimento dos Conselhos de Saúde e do primado que representam para o exercício participativo dialogam com marcas permanentes da formação social brasileira, também é possível pensar que tal crise está relacionada com o próprio desenvolvimento da democratização e da modernização da saúde. Isso porque a validação pelos gestores locais de novas formas de participação social na saúde relacionada ao uso das TIC ocorre mediante a implementação e o gozo dos direitos democráticos pelos cidadãos, que os permitem uma movimentação política ativa que ultrapassa as fronteiras e as normas do exercício participativo institucionalizado para se realizar no âmbito digital. Parafraseando Ianni (1996), a participação social na saúde transforma-se em realidade virtual.

Desse modo, vejamos o que é expresso pelos gestores locais sobre a participação social na saúde e o uso das tecnologias de informação e de comunicação no âmbito em que atuam.

Hoje quando eu olho para o Facebook, eu vejo **um lugar em que as pessoas conseguem falar na hora e postar qualquer publicação**. Por exemplo, se eu pego a ouvidoria e o conselho municipal, só tem reclamação, quando eu olho para o Facebook, que **é o lugar onde as pessoas entram aos montes para falar**, eu também tenho reclamação, mas eu tenho muito elogio. **Minha atuação é muito maior com o Facebook. Temos, inclusive, um diretor geral que olha para isso 24 horas por dia**. Por exemplo, **hoje a população não vai mais na ouvidoria para pedir transferência de um parente que esteja internado, eles publicam [em um grupo do Facebook]⁵ e um repórter desse grupo vai até a porta da UPA e me chama para conversar com ele. Isso vai aparecer no Facebook, vai ter 500 visualizações e vai bombar o gestor**. Se ele fizer uma ouvidoria, vai demorar três dias para chegar na mão do gestor, que tem trinta dias para devolver uma resposta. [...] **Eu acordo de madrugada e entro no Facebook da minha casa para ver se tem algum tipo de reclamação de algum serviço de saúde**. Eu não entro no sistema da ouvidoria na minha casa, nem aqui [na secretaria de saúde], só chega para mim as ouvidorias mais graves. Por isso que eu acho que **o Facebook é uma ponte muito forte entre o gestor e o usuário** (G3, grifo nosso).

Só existe um Facebook que é o da prefeitura porque ela não autoriza que as secretarias tenham páginas separadas nele. **Ali aparecem demandas, seja**

⁵ Na fala original do gestor, é identificado o nome do grupo do Facebook em que ocorrem as publicações dos cidadãos, mas que foi retirado da transcrição por motivos de sigilo.

via *inbox*, em que as pessoas demandam diretamente no *messenger* para a prefeitura, sejam nos comentários das publicações. Por exemplo, no outubro rosa, a prefeitura alterou o símbolo da prefeitura no perfil do Facebook com o logo do outubro rosa, aí pronto, choveu comentários do tipo “não adianta mudar o logo para rosa porque a minha mamografia ou a minha consulta aconteceu isso ou aquilo” (G2, grifo nosso).

Por ser uma cidade pequena, eu acredito que se dê até mais valor para as redes sociais e o que mais aparece de demanda ali são questões da urgência e emergência. Por exemplo, “estou na UPA há duas horas e não tem médico”. Não tem como não ter médico, a gente tem uma escala de quatro clínicos que se dividem em plantão de 12 horas e pediatras. Sempre vai ter médico. A questão da demora é assim, se tiver emergência vai demorar mesmo porque nós só temos uma unidade de urgência e emergência para atender o município inteiro. [...] **Esse negócio das redes sociais a gente acaba monitorando, isso serve de termômetro para nós porque conseguimos fiscalizar as coisas** (G1, grifo nosso).

Eu passei por outras prefeituras e, na última, eu falei isso uma vez do quanto **a gente está resumindo a vida em uma rede social. A gente fica com o foco em uma postagem, tanto de agradecimento quanto de reclamação, e sai todo mundo envolto daquilo como se fosse a vida real.** Eu não costumo dar tanto valor ao que as redes sociais trazem porque **ali nós temos milhões de interesses que não são exatamente os que a gente tem aqui. Mas há uma preocupação muito grande, a área de comunicação da prefeitura sempre nos destaca aquilo que vem de positivo e de negativo dos munícipes nas redes sociais.** [...] **Eu não quero criar esse canal como se ele fosse o canal oficial de comunicação com a gente porque se a população tiver atendimento só por rede social, primeiro que a gente não vai dar conta de atender todo mundo, segundo que isso vai virar uma loucura.** Muitas vezes, as coisas que vem das redes sociais ajudam a gente a olhar determinados pontos, mas não dá para se limitar a elas. **Tem uma questão política envolvida aí que é o impacto que elas causam porque é o espaço em que há uma exposição mais pública não só das atividades do governo, mas do próprio prefeito ou minha, enquanto secretário** (G5, grifo nosso).

Essas são algumas das falas apresentadas pelos gestores locais que evidenciam a emergência das redes sociais, com maior destaque ao Facebook, como um espaço da subpolítica na qual o exercício participativo se realiza, e que apresenta uma maior capacidade de transformar a ação pública, uma vez que a repercussão e os resultados daquilo que é publicado na Internet foge das normas e das regras institucionais do Estado e apresenta um impacto significativo no desenrolar das atividades políticas. Esse novo formato de participação social apresenta diferenças expressivas se comparada àquela realizada no âmbito dos Conselhos de Saúde. Vejamos algumas delas.

A mudança de espaço do exercício participativo, que transfigura da arena política dos conselhos para o sistema subpolítico das redes sociais, traz para a participação na saúde uma nova temporalidade e um novo propósito. Sob os efeitos

do desenvolvimento das TIC em escala global, que permite com que as pessoas compartilhem em tempo real os diferentes acontecimentos da vida cotidiana, é o presente que assume importância significativa na temporalidade do exercício participativo, que passa a ser predominado pelo “aqui-agora” (LIPOVESTKY, 2004).

A primazia do presente faz com que a participação na saúde se institua de forma desassociada das grandes propostas que marcaram o movimento sanitário brasileiro nos anos 1970 e 1980, quando foi projetada para assumir um cunho propositivo vinculado a um projeto político-ideológico na saúde. Ao desenvolver-se de forma presentificada, o exercício participativo substitui a ação coletiva pelo compartilhamento individual dos acontecimentos que marcam a relação do indivíduo com um determinado serviço ou prática de saúde. Esse compartilhamento nas redes digitais transforma-se em demandas de saúde que exigem uma resposta imediata e específica a cada situação vivenciada pelos munícipes individualmente, cuja resolução se dá pelo aumento do consumo de bens, tecnologias e serviços de saúde (LIPOVESTKY, 2004).

A consagração do presente nos dispositivos da subpolítica se fez acompanhar, portanto, de um exercício participativo que pretende mobilizar a ação pública para um consumismo individual que envolve e produz as necessidades e as demandas de saúde (LIPOVESTKY, 2004). Essa mudança do espaço e do tempo da participação dos cidadãos na saúde pode ser representada nos exemplos que os gestores dão das postagens que são realizadas pelos munícipes no Facebook e em falas como: “hoje quando eu olho para o Facebook, eu vejo um lugar em que as pessoas conseguem falar na hora e postar qualquer publicação” (G3) ou “eu acordo de madrugada e entro no Facebook da minha casa para ver se tem algum tipo de reclamação de algum serviço de saúde” (G3).

Concomitantemente, assiste-se a uma emancipação dos indivíduos em face dos papéis de representação política no exercício da participação social na saúde, na qual a sua atuação participativa remete-se a si mesmo e às suas experiências individuais no âmbito do SUS. Para além de representar uma diferença drástica na composição e nos papéis dos atores da participação na saúde - que no conselho são os representantes dos usuários, dos trabalhadores e dos gestores -, a possibilidade de os indivíduos atuarem por meio das mídias digitais é o formato mais direto e horizontalizado de comunicação entre os próprios usuários do sistema de saúde e deles com os governantes. Ao mesmo tempo que os usuários recebem o

conteúdo de outros indivíduos sobre as suas experiências relativas às ações e serviços de saúde, eles também produzem esse conteúdo, como uma expressão dos seus direitos civis, sem passar pelos princípios democráticos característicos das arenas do sistema político moderno. Os indivíduos tornam-se, simultaneamente, os receptores e os produtores de conteúdos que são capazes de transformar a ação pública (BECK, 2011; BECK, 2012).

Vivencia-se e efetua-se por meio da participação social na saúde nos dispositivos da subpolítica um processo de individualização, que representa, em última instância, uma transformação da relação entre indivíduo e sociedade. Individualização, aqui, como um novo modo de socialização na qual “o indivíduo se converte em unidade reprodutiva do social” (BECK, 2011, p. 193), correspondendo a um fenômeno nos quais as situações de vida e, no caso, as situações de saúde, são altamente dependentes do consumo individualizado de bens, tecnologias e serviços.

Associado ao conceito de modernização reflexiva, a individualização representa as vitórias do desenvolvimento capitalista que acabam por desestruturar as bases da vida social e política instaladas na sociedade industrial moderna, culminando com a sobreposição do individual sobre o coletivo. Nesse contexto, emerge uma contradição imanente ao processo de individualização: ao mesmo tempo em que os indivíduos se afastam das estruturas e dos vínculos tradicionais, isso não significa a sua emancipação, uma vez que na sociedade contemporânea novas formas de padronização da vida estão baseadas no consumo (BECK, 2011; BECK, 2012).

Portanto, as transformações sociais ocasionadas pela individualização impactam a relação Estado e sociedade bem como as instituições políticas modernas, que passam a redefinir as suas funções deslocando-se dos grandes coletivos para os indivíduos, contribuindo para a perda da dimensão de um projeto coletivo de sociedade e desestruturando processos de coesão social, esmaecendo as bases do jogo democrático (BECK, 2011; CASTELLS, 1999a; 1999b; CALDERÓN & LECHNER, 1998).

Somado a isso, outra mudança significativa se verifica no exercício participativo na saúde e, conseqüentemente, no andamento das ações públicas dele resultante: é a nova relação que se estabelece entre o público e o privado. No âmbito da subpolítica, a participação social se afasta do espaço público e volta-se para o espaço privado. Ou seja, o privado deixa de ser o âmbito reservado do indivíduo - em

contraposição ao poder político - e passa a ser o campo das experiências vitais a partir do qual os indivíduos avaliam a política, de forma que os limites entre o público e privado diluem-se nessa nova modalidade de participação social.

Os direitos fundamentais de cidadania, que foram conquistados durante o processo de redemocratização brasileira e assegurados pela Constituição Federal de 1988, correspondem a elementos decisivos para essa emergência da participação social na saúde em campos da subpolítica (BECK, 2011). A constituinte de 1988 redigiu e aprovou a constituição mais liberal e democrática da história brasileira, de forma que os direitos civis, políticos e sociais adquiriram uma amplitude nunca atingida no país (CARVALHO, 2017).

É só a partir dos avanços dos direitos civis como a liberdade de expressão, de imprensa e de organização, associados à extensão dos direitos políticos e sociais, que é possível a emergência, no âmbito das redes sociais, de demonstrações políticas que constituam um novo instrumento de participação social na saúde. Em outras palavras, a ampla ativação política dos cidadãos nas redes sociais que conforma um novo exercício participativo corresponde, em última instância, às expressões do usufruto dos direitos de cidadania pelos indivíduos na sociedade brasileira contemporânea (BECK, 2011).

Sendo assim, é a partir das conquistas do movimento da Reforma Sanitária brasileira, que instituiu a saúde enquanto direito social e universal, alinhado à descentralização política e à viabilização da participação social na construção do SUS, que é possível falar da emergência de um novo exercício participativo e de uma nova cultura política que perpassa e integra a política de saúde. É possível pensar, assim, que as conquistas em torno da questão democrática na saúde culminaram em uma politização da sociedade e que fez emergir, nos campos da subpolítica, a criação de novas possibilidades de intervenção “de baixo para cima”, fora dos espaços institucionalizados do SUS, e que representam transformações estruturais na interface entre saúde e democracia na sociedade brasileira contemporânea (BECK, 2011).

Isso marca uma outra característica do exercício participativo nas redes sociais, se comparado àquele dos conselhos municipais de saúde. Ao mesmo tempo que as publicações e as manifestações dos indivíduos nas redes sociais representam uma exacerbação do processo de democratização da saúde, na qual os cidadãos conseguem intervir e participar do andamento das ações públicas e sanitárias de

modo individualizado e virtual, elas representam riscos ao próprio andamento e desempenho da política de saúde (BECK, 2011).

Os riscos correspondem a uma das marcas da modernização reflexiva nas sociedades contemporâneas. No curso da primeira modernidade, a ciência e a tecnologia são caracterizadas pela prosperidade econômica e social e pela produção de certezas e de progresso atrelados aos resultados de seu desenvolvimento. Na modernização reflexiva, o estágio que o desenvolvimento científico e tecnológico atinge pelo seu próprio progresso é capaz de produzir e disseminar riscos em escala global, transformando-os em um componente elementar das sociedades contemporâneas. Para Beck (2011), as sociedades contemporâneas são também sociedades de risco, na qual o próprio desenvolvimento capitalista coloca a si mesmo em ameaça, constituindo sociedades em que os indivíduos, os grupos, os governos e as corporações se deparam cada vez mais com a produção, a disseminação e a experiência dos riscos que são autoproduzidos, nas quais não há respostas apropriadas ou possibilidades estruturadas de controle.

Esses riscos – à estrutura democrática tradicional moderna, estabelecida no contexto da reforma sanitária e no processo de redemocratização no país - não são controláveis pelo Estado, uma vez que não estão submetidos às normas e às regras de regulação pública, e que trazem como efeito, nas palavras de um dos gestores, uma “exposição mais pública não só das atividades do governo, mas do próprio prefeito ou minha, enquanto secretário” (G5).

Como consequência, são mencionados por dois dos gestores locais alguns resultados desse processo.

Muitas coisas que os munícipes colocam lá [nas redes sociais], a gente não estava sabendo, o que funciona como um canal de comunicação para a gente. Hoje o mundo é isso, abrir nas redes sociais o que estamos fazendo e o que tem acontecido nos serviços. A gente tem a comunicação no andar de baixo que eles cuidam diretamente das demandas do Facebook. **Tem muita mentira, *fake news*, então a comunicação cuida disso. Eles levantam cada caso para entender o que aconteceu e procuramos o serviço responsável para obter resposta** (G4, grifo nosso).

Por ser uma cidade pequena, eu acredito que se dê até mais valor para as redes sociais. **Hoje, a gente tem uma preocupação e acho que é uma preocupação de todos os gestores que são as *fakes news*.** Ninguém averigua as fontes, ninguém sabe se é verdade ou não. **Essa questão das redes sociais acaba impactando demais para a gente porque quando a gente tem certos embates, acaba criando uma imagem negativa e colocando por terra todo o nosso serviço. A gente acaba ficando em descrédito com a população.** Se você pegar os comentários que têm nas postagens do Facebook você acaba vendo munícipes que são influenciados

por pessoas que tem um cunho político que querem se promover ou fazer oposição, por exemplo. **Isso tem um impacto muito negativo** (G1, grifo nosso).

Os riscos e as ameaças que o exercício participativo nas redes sociais traz à legitimidade governamental por meio das *fake news* são tecnologicamente produzidos. Eles são produto do grau elevado de desenvolvimento e de incorporação das tecnologias de informação e de comunicação nas atividades governamentais desde o final do século XX, com a emergência do governo eletrônico na sociedade brasileira.

Nos municípios em estudo, as *fake news*, associadas à intensa exposição pública das atividades governamentais e dos próprios gestores, parecem se converter no centro de novos conflitos sociais e políticos no âmbito local do SUS. Paradoxalmente, a participação social na saúde acaba se tornando socialmente e politicamente problemática.

As publicações e os conteúdos vinculados ao novo exercício participativo na saúde são imprevisíveis para a gestão pública, cujos efeitos são impostos de maneira imediata na realidade virtual assim que as postagens são realizadas, ultrapassando os limites do espaço e do tempo das atividades governamentais clássicas. Para lidar com a possibilidade de amenizar os efeitos que as manifestações dos cidadãos na Internet podem trazer à legitimidade governamental, foi comum nas falas dos gestores a menção à existência de profissionais específicos na secretaria de saúde ou na prefeitura cuja atuação é monitorar aquilo que aparece nas redes sociais e encaminhar resoluções ou possibilidades de respostas a cada situação singular publicada na plataforma digital do Facebook.

Beck (2011) constata uma ambiguidade na maneira como as diferentes sociedades entendem o risco. Por um lado, os riscos são reais e existem como ameaça objetiva, latente, no centro do progresso científico e tecnológico. Por outro lado, os riscos também representam ansiedades a respeito de eventos que ainda não aconteceram ou talvez nem venham a acontecer. Mas é a ameaça aparente apresentada por esses riscos, a antecipação dos perigos que eles carregam, que produz novos desafios ao poder de cientistas, empresas e governos.

No caso da participação na saúde, a vigilância que os atores políticos passam a despender no seu exercício diário com as publicações e as manifestações dos cidadãos na Internet, em resposta aos perigos reais e potenciais que elas possam

oferecer, acaba por colocar em xeque a própria questão democrática da participação, uma vez que a rede social pode gerar imagens negativas e impactar de modo irreversível o andamento e o desempenho das atividades governamentais.

Contudo, esses riscos não rompem, de modo algum, com a lógica de desenvolvimento socioeconômico e com o uso das tecnologias de informação e de comunicação nas diferentes atividades políticas e governamentais. Pelo contrário, elas são elevadas a um novo estágio, palco para as diferentes transformações sociopolíticas características da sociedade contemporânea.

Consideradas as análises até realizadas, o que se objetivou neste capítulo foi dar destaque à emergência de uma outra, nova, forma específica de participação social que foge das regras e das normas democráticas constitutivas das arenas políticas do sistema de saúde, cujo conteúdo político e as formas de realização parecem colocar em crise as diferentes dimensões da questão democrática na saúde originárias no final do século XX.

Essa forma de participação social, que emerge nos campos da subpolítica contemporânea, está diretamente conectada com a incorporação do desenvolvimento científico-tecnológico e com a ampliação do direito social, sob a égide do consumo individualizado de bens, tecnologias e serviços de saúde. Ao mesmo tempo que ela expressa uma radicalização da democratização da saúde, expressa também a crise das suas próprias bases originárias, de forma ambivalente. Tais transformações na participação social evidenciam, assim, a emergência de “novas questões sociais” e que demandam, portanto, novas ações políticas e novas bases para que se estruture um pensamento social em saúde consoante com as mudanças sociais contemporâneas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho pretendeu articular a análise de dois elementos subjacentes à questão democrática na saúde formuladas pelo movimento sanitário no Brasil dos anos 1970 e 1980, a partir das experiências de gestores de cinco municípios da região do Grande ABC Paulista em 2019 e início de 2020, em um contexto que antecedeu à pandemia do novo coronavírus no Brasil. O acesso universal e a participação social na saúde foram tomados como objetos de análise no contexto do abundante universo temático que envolve a relação entre saúde e democracia, de forma que as reflexões aqui desenvolvidas se referiram às características da realização desses elementos enquanto prática e componente constituinte da política de saúde nas realidades locais em estudo.

A organização do trabalho obedeceu à tese central aqui proposta, a da crise e do esgotamento da questão democrática na saúde, em seus fundamentos originais, diante do seu próprio sucesso. Tratou-se, assim, de problematizar a crise do projeto democrático na saúde por meio do desenvolvimento de suas próprias premissas e elementos constitutivos voltados à transformação social e sanitária da sociedade brasileira, e que culminaram, reflexivamente, em uma reestruturação da questão democrática na saúde sobre novas e outras bases. Em outras palavras, trata-se de um processo de transformação da política de saúde que é autorreferenciada, pois seus elementos constitutivos são confrontados pelos seus próprios fundamentos em um processo que é autodestrutivo e, ao mesmo tempo, legitimado pelo direito à saúde.

A pesquisa sofreu duas limitações importantes, no que se refere aos dados coletados. A primeira relativa aos atores entrevistados, que teve por foco os gestores dos municípios em estudo. Se olharmos para a trajetória do movimento sanitário e de estruturação e implementação do projeto reformador da saúde há uma riqueza de atores que historicamente fizeram parte desse processo, dentre os quais podemos destacar os diferentes movimentos sociais, populares e estudantis que pautaram a saúde como um tema relevante de reivindicação política; as diversas categorias de profissionais da saúde; os partidos políticos; entre tantos outros. Como consequência, as análises tiveram por foco o que foi expresso e vivenciado pelos atores, objeto da pesquisa, em específico; de forma que outros aspectos da questão democrática na

saúde, no contexto contemporâneo, podem ser evidenciados conforme se amplia ou se diversifica o escopo de atores entrevistados. A segunda limitação importante a ser considerada é que a pesquisa se restringiu a um conjunto de municípios de uma região específica da Grande São Paulo, o que significa que as transformações do projeto democrático na saúde podem assumir outras características em localidades diversas da que foi aqui analisada, podendo modificar-se de acordo com o espaço e o tempo em estudo. Essas limitações suporiam um vasto trabalho de campo para a coleta e a análise de dados, que esteve fora das possibilidades de realização desta pesquisa.

Sobre os temas abordados, concluímos que a universalização do acesso, como princípio doutrinário do SUS, tem se materializado nos municípios, objeto deste estudo, pelo aumento substancial do consumo individual dos serviços médico-assistenciais, em seu sentido mais positivo. A ampliação do consumo por diferentes segmentos populacionais correspondeu a um dos elementos-chave do ideário de transformação social intrínseco ao projeto da Reforma Sanitária brasileira no final do século XX, e a sua radicalização no cenário contemporâneo reitera e aprofunda dicotomias históricas da política de saúde, como por exemplo, a valorização do corpo biológico individual que, no momento da prática médica assistencial, é tomado de forma apartada do contexto social-histórico. Como efeito, o dinamismo dessa estratégia culmina em um amplo processo de medicalização da sociedade, nas quais as questões sociais são reduzidas a comportamentos individuais e medicalizáveis pela intervenção da prática médica. Essa radicalização do consumo como principal resposta, via Estado, às necessidades de saúde da população parece colocar em xeque os princípios organizativos do modelo de atenção à saúde de maior excelência construído no país, como é o caso da Estratégia Saúde da Família no nível primário de atenção à saúde.

No contexto das profundas transformações sociais, o exercício participativo na saúde expressa as ambivalências características das sociedades contemporâneas que, no contexto das realidades municipais em estudo, estariam na continuidade e na transformação da primazia do Estado como elemento constitutivo das práticas e da política de saúde. No âmbito dos Conselhos Municipais de Saúde, desenvolve-se uma participação social que ressalta as características históricas da estadania e da estadolatria, ao mesmo tempo que expressa as marcas do gerencialismo e da lógica do mercado que perpassa o exercício participativo e a formulação da política de

saúde. Contudo, nessa arena política, o exercício participativo apresenta-se pobre em inovação social e extremamente enfraquecido.

Concomitantemente, os municípios experienciam a emergência de novas formas de participação social por meio das tecnologias de informação e de comunicação. Ao mesmo tempo que as publicações e as manifestações dos indivíduos nas redes sociais representam uma exacerbação do processo de democratização da saúde, na qual os cidadãos conseguem intervir e participar do andamento das ações públicas e sanitárias de modo individualizado e virtual, elas representam riscos ao próprio andamento e desempenho da política de saúde, que tem nas *fake news* a sua maior expressão. O conteúdo das publicações é imprevisível para a gestão pública, cujos efeitos são impostos de maneira imediata na realidade virtual assim que as postagens são realizadas, ultrapassando os limites do espaço e do tempo das atividades governamentais clássicas.

Diante das análises aqui realizadas, três aspectos merecem, ainda, breves comentários nessas considerações finais.

O primeiro diz respeito à primazia que o desenvolvimento e a inovação científico-tecnológica apresentam nas transformações da questão democrática na saúde no contexto brasileiro contemporâneo. O “progresso” tecnológico, como o propulsor das transformações sociais, desencadeia modificações radicais e irreversíveis na relação entre saúde e sociedade. Delas emergem novas expressões da questão social que impactam, de sobremaneira, os processos que determinam os fenômenos da saúde e da doença e a realização da política sanitária. Como efeito de novas expressões da questão social, que tem por base o desenvolvimento técnico-científico, concebem-se outras dimensões pelas quais a saúde pública brasileira pode ser descrita, lida e problematizada em sua história, seus dilemas, conflitos e movimentos.

A questão social está associada ao desenvolvimento capitalista e às desigualdades e contradições sociais que dele emanam, na qual a prosperidade econômica e o fortalecimento do aparato político do Estado aparecem em discrepância com o desenvolvimento social (IANNI, 1989; IAMAMOTO, 2001). De modo genérico, é possível entender que a questão social é constitutiva do capitalismo, sendo fundamentalmente determinada pela exploração subjacente da relação entre capital e trabalho e apreendida como expressão ampliada das desigualdades sociais.

Tradicionalmente, ela expressou as dinâmicas da pobreza que se generalizaram no século XIX e XX sob condições sociais e materiais que, supostamente, propiciariam a sua redução e supressão, de modo que “pela primeira vez na história registrada, a pobreza crescia na razão direta em que aumentavam a capacidade social de produzir riquezas” (NETTO, 2001, p. 42). Os desdobramentos desse crescimento generalizado da pobreza se refletiram, por exemplo, nas situações agudas de fome e desnutrição, na falta de habitação condigna e nas precárias condições gerais de saúde que marcam a sociedade brasileira do século XX e que, paradoxalmente, são produtos dos processos estruturais que subjazem o desenvolvimento econômico e político do país. Portanto, a questão social é uma categoria que, historicamente, expressa a contradição fundamental do modo de produção capitalista (IANNI, 1989; NETTO, 2001).

Uma das dimensões da questão social no Brasil esteve ligada à emergência da classe trabalhadora e seu ingresso no cenário político por meio das lutas desencadeadas em prol dos direitos relativos ao trabalho, que foram consubstanciados principalmente em serviços e políticas sociais na conformação do Estado Social brasileiro a partir da década de 1930. Historicamente, o enfrentamento da questão social se deu pela prevalência das necessidades coletivas dos trabalhadores, pelas reivindicações das responsabilidades do Estado e pela afirmação de políticas sociais de caráter universal, condensando um processo histórico de lutas pelos direitos de cidadania (IAMAMOTO, 2001) e que pautou, fundamentalmente, a trajetória do movimento sanitário ao final do século XX e as respostas por ele dada à questão social na saúde.

Desse modo, discutir a emergência das novas expressões da questão social por meio do desenvolvimento científico-tecnológico significa, de uma determinada maneira, problematizar os dilemas cruciais da sociedade contemporânea e as respostas que o campo da Saúde Coletiva tem dado aos fenômenos da saúde e da doença nesse contexto. Falar da questão social no cenário contemporâneo é colocar em evidência, por exemplo, a crise dos modelos de Welfare State, a redefinição do papel do Estado e da responsabilidade pública, a crise da família nuclear moderna, as novas clivagens e diferenciações nas estruturas de produção e que desafiam a agenda clássica de universalização de direitos; a redefinição do lugar do trabalho na dinâmica societária mediante as mudanças tecnológicas; as novas formas de sociabilidade que tem por foco a figura do indivíduo e que afeta as formas

de representação política, as questões ambientais, entre outros elementos que ultrapassam em larga escala o escopo desse estudo. O que se pretende ressaltar com essas considerações é que as mudanças em curso no Brasil e no mundo, desde as últimas décadas do século XX, fazem vir à tona a dimensão dilemática envolvida na questão social, ativando novas contradições, tensões e conflitos, ao mesmo tempo que as suas manifestações tradicionais como os fenômenos da pobreza, da violência e da fome se reificam, em um cenário de profundas ambivalências em que a saúde pública brasileira não fica imune as suas transformações.

Consequentemente, o segundo aspecto que merece destaque é o esgotamento das bases teórico-explicativas do campo da Saúde Coletiva nas quais se concebeu a questão democrática na saúde ao final do século XX.

Tendo em vista o caminho teórico-analítico percorrido neste trabalho, a universalização do acesso e a participação social na saúde nas suas formulações originárias, definidas pelos ideais democráticos modernos e as possibilidades de real adequação da política de saúde a eles, parecem destoar das práticas vivenciadas pelos municípios objetos de estudo. Isso porque as premissas democráticas estruturantes do direito à saúde, em um contexto social contemporâneo marcado pela ambivalência, parece desarranjar e colocar em xeque a própria defesa e realização do acesso e da participação social na saúde ancoradas na tradição moderna.

Tomando por base as considerações de Bauman & Bordoni (2016), os autores apontam que historicamente é atribuído ao conceito de democracia um significado mais amplo e abstrato do que o seu sentido original de “governo do povo”, conferindo-lhe aquilo que é correto, ótimo e funcional para a existência cívica. Nesse sentido, o termo passa a abranger uma ideia complexa que envolve liberdade, solidariedade, igualdade, respeito às minorias políticas e garantia de direitos, de modo que a ideia de democracia passa a ser desenvolvida como um ideal de sociedade. Contudo, frente ao esgotamento e à crise de bases fundamentais que constituíram o projeto de democratização da saúde nos anos 1970 e 1980, alguns questionamentos merecem destaque. Quais são as questões teóricas e práticas que o campo da Saúde Coletiva assume como democráticas hoje? O que as caracterizam enquanto democráticas e sobre quais bases teórico-explicativas é possível concebê-las? A que dimensões da questão social elas se vinculam?

A permanência de marcas históricas importantes do modelo hegemônico de política de saúde e de cidadania constituída na sociedade brasileira em

consonância com traços constitutivos das sociedades ocidentais contemporâneas (acumulação flexível do capital, crise da soberania dos Estados-nação, supremacia do mercado, radicalização do processo de individualização, desenvolvimento exacerbado do informacionalismo, etc) produz uma necessidade do campo em rever os seus objetos, suas formulações teórico-conceituais e o seu desenvolvimento enquanto um conjunto de ações práticas e políticas. Os dados coletados junto aos municípios evidenciam um esgotamento das garantias democráticas envoltas no acesso e na participação social na saúde, alcançadas por meio de uma longa luta do movimento sanitário que os elencaram enquanto objetos de reivindicação e luta política. Preservam-se os aspectos formais dessas conquistas, mas com um esvaziamento e transformação do seu conteúdo democrático. Concomitantemente, evidencia-se a emergência de outras e novas atividades no campo da subpolítica que reconfiguram os elementos democráticos originários na saúde.

Como efeito dessas novas dimensões da questão social, vinculado aos desafios internos ao campo da Saúde Coletiva na forma de conceber a questão democrática na saúde, um terceiro elemento merece destaque. No âmbito local da política de saúde, os dados coletados parecem apontar para uma transformação das próprias responsabilidades sanitárias dos gestores municipais. Estas podem ser entendidas como o conjunto de funções gestoras na saúde que subsidiam a criação e a realização de intervenções que respondam ao quadro sanitário da população local, para cada área de atuação do Estado na saúde (assistência à saúde, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, desenvolvimento de insumos e recursos humanos, entre outros).

A responsabilidade sanitária, enquanto principal atribuição do gestor do SUS em cada nível de governo, é inseparável da estrutura social e, portanto, é perpassada pelas dinâmicas da sociedade brasileira contemporânea. Nos municípios objeto de estudo, aquilo que é expresso pelos gestores representa não só as características da política de saúde no âmbito local, mas são resultados das estratégias por eles construídas na condução da política de saúde e do seu exercício enquanto autoridade sanitária. Ao mesmo tempo que a sua atuação é confrontada pelas ambivalências características da sociedade contemporânea, ela também as produz.

Como resultado, desenvolve-se uma responsabilidade sanitária cujas ações afastam-se, de modo progressivo, do conteúdo político que a luta pela saúde

proferida pelo movimento sanitário nos anos 1970 e 1980 evidenciou de modo radical e inaugural. As ações estruturantes da política de saúde passam a converter o indivíduo como unidade reprodutiva do social, padronizando as ações e as práticas de saúde pelo consumo. As dimensões clássicas da responsabilidade sanitária parecem se deslocar das grandes perspectivas e projetos coletivos e sociais, para tomá-los sob a luz de um processo individualizatório. Nesse contexto, os enfoques das práticas em saúde passam a produzir efeitos pouco controláveis e previsíveis sobre o quadro sanitário da população, produzido um desajuste entre as intervenções sanitárias e a vida das pessoas, entre a gestão e os usuários do sistema de saúde, uma vez que tomam como objeto da sua prática a satisfação imediata das expectativas individuais do público assistido. É justamente nesse hiato, ao não conseguir responder e suprimir aquelas condições que estão na origem das necessidades em saúde, que o consumo se expande como principal resposta sanitária, num grande paradoxo (SINGER, CAMPOS & OLIVEIRA, 1978).

Em síntese, esperamos que o nosso trabalho possa ter contribuído para atualizar o debate sobre o binômio saúde-democracia, estruturante do campo da Saúde Coletiva, situando-o dentro das características da sociedade contemporânea, dotada de fundamentos próprios, e fornecendo subsídios para pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRELI, H.F.; PEDUZZI M.; SILVA, M.C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. Interface: comunicação, saúde e educação, 2016; 20(59):905-16. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/1807-5762-icse-1807-576220150511.pdf>. Acesso em 29 de setembro de 2020.

ALBUQUERQUE, M.S.V.; MORAIS, H.M.M.; LIMA, L.P. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. Ciênc. saúde coletiva 20 (6) Jun 2015. Disponível em:

ALVES, G. Dimensões da globalização : o capital e suas contradições. Londrina: G. A. P. Alves, 2001. 220p.

_____. Toyotismo. Dicionário Crítico da Mundialização. GERM – Group d’études et de recherches sur les mondialisations, 2004. Disponível em: <http://www.estudosdotrabalho.org/artigo-giovanni-alves-toyotismo.pdf>. Acesso em 25 de agosto de 2020.

ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav 1995; 36:1-10.

ANDRADE, D. P. Os Novos Movimentos Sociais e o paradigms das classes: é possível conciliá-los? Estudo de Sociologia, Rev. do Progr. de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE, 2008, v.13, n.2, p. 139-151.

ARAÚJO, J.D. O direito à saúde: um problema de administração e de política. Rev. Brasil. Educ. Med., Rio de Janeiro, 3(3): 7-21, 1979.

AROUCA, S. Conferência: Democracia é saúde. In.: Brasil, Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986a. 429 p.

_____. A reforma sanitária brasileira. Radis, n. 11, p. 2-4, nov. 1988.

_____. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. 257 p.

ARRETCHE, M. Emergência e Desenvolvimento do Welfare State: Teorias Explicativas. Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais, v. 39, p. 3–40, 1995.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. Ciência & Saúde Coletiva, 7(3): 455-479, 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/produtos/is_0103/IS23\(1\)028.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/produtos/is_0103/IS23(1)028.pdf). Acesso em 13 de agosto de 2021.

ASSIS, M.M.A; JESUS, W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva, 17(11):2865-2875, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n11/2865-2875/pt>. Acesso em 28 de setembro de 2020.

AURELIANO, L. M.; DRAIBE, S. M. A especificidade do Welfare State brasileiro. Reflexões sobre a natureza do bem-estar, p. 86–178, 1989.

BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. Ciênc. saúde coletiva, 2008, vol.13, n.5, pp.1385-1397.

BARATA, L.R.B.; TANAKA, O.Y.; MENDES, J.S.V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2004, 13(1): 15-24.

BARBOSA, E. Ruralidades midiáticas: uma análise sociológica da construção de perfis no Facebook por. [s.l.] Universidade Federal de São Carlos, 2020.

BAUMAN, Z.; BORDONI, C. Estado de Crise. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.

BAUMAN, Z. Vida para consumo: a transformação das pessoas em mercadoria. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 2008. 199 p.

BECK, U. Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade. 2ª ed. São Paulo: Editora 34. 2011. 381 p.

_____. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In.: BECK, U; GIDDENS, A; LASH, S. 2 ed. São Paulo: Editora UNESP, 2012. 329 p.

BERLINCK, M.T. O método clínico. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 11, n. 2, p. 191-194, junho 2008.

BERLINGER, G. [Palestra]. Proposta Jornal da Reforma Sanitária, n. 1, mar. 1987. Encarte Especial.

BIERNATZKI, Willians E. Globalização da comunicação. Comunicação & Educação, n. 19, p. 46-65, 2000.

BOBBIO, N. O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo. 4ª edição ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

BORDIN, R.; SILVA, J. O. Medicina Comunitária: novos rumos? Rev. bras. educ. med., v. 12, n. 1, p. 24–26, 1988.

BORGES, C.F.; BAPTISTA, T.W.F.; MATTOS, R.A. Um olhar arqueológico da saúde pública brasileira. Tempo soc. [online]. 2016, vol.28, n.2, pp.213-228. ISSN 1809-4554. <https://doi.org/10.11606/0103-2070.ts.2016.102344>.

BOSI, M.L.M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, 17(3):575-586, 2012.

BRAGA, L. V.; GOMES, R. C. Participação eletrônica e suas relações com governo eletrônico, efetividade governamental e accountability. Organizações & Sociedade, v. 23, n. 78, p. 487-506, 2016.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde, 8 Brasília. Anais...Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987a.

_____. 3ª Conferência Nacional de Saúde; promovido pelo Ministério da Saúde. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992 246 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Terminologia básica em saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987b. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0112terminologia1.pdf>. Acesso em 12 de setembro de 2020.

_____. Portaria Nº 648. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 28 de março de 2006. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html.

Acesso em 28 de setembro de 2020.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria no SUS. 2 ed; Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 252 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. 1 ed; Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Lei Complementar Nº 141, de 13 de Janeiro de 2012. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm .Acesso em 10 de abril de 2021.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Estado, estado-nação e formas de intermediação política. Lua Nova, v. 2017, n. 100, p. 155–185, 2017.

_____. A Reforma do Estado e a Constituição Brasileira. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, p. 1–14, 1995.

_____. Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Municipal de Saúde, 1992, 246 p.

CALDERÓN, F.; LECHNER, N. Modernização e governabilidade. In.: Sociedade e Estado: Superando Fronteiras. São Paulo: Fundap, 1998. p. 111–146.

CANCIAN, Renato. Conflito Igreja-Estado no período da ditadura militar: revisitando aspectos teóricos das abordagens institucionais. *Revista Angelus Novus*, USP—Ano VII, n. 11, p. 95-116, 2016.

CANCLINI, N.G. Consumidores e cidadãos: conflitos multiculturais da globalização. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1995. 268 p.

CARVALHO, A. I. DE. Os Conselhos de Saúde, Participação Social e Reforma do Estado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1, p. 23–25, 1998.

CARVALHO, J.M. Cidadania no Brasil: o longo caminho. 23ª edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017. 254 p.

CASTELLS, M. A sociedade em rede. A era da informação: economia, sociedade e cultura. 6ª edição. São Paulo: Paz e Terra, 1999a.

_____. O poder da identidade. A era da informação: economia, sociedade e cultura. 6ª edição. São Paulo: Paz e Terra, 1999b.

_____. O fim do milênio. A era da informação: economia, sociedade e cultura. 6ª edição. São Paulo: Paz e Terra, 1999c.

CENTRO DE ESTUDOS BRASILEIROS EM SAÚDE (CEBES). A questão democrática na área da saúde. 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, Distrito Federal, 1979. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/10/Cebes_Saúde-e-Democracia.pdf. Acesso em 07 de julho de 2020.

CODATO, A.N. uma história política da transição brasileira: da ditadura militar à democracia. *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, 25, p. 83-106, nov. 2005.

COHN, A. Previdência social e processo político no Brasil. São Paulo: Editora Moderna, 1981. 245 p.

_____. Caminhos da reforma sanitária. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, 1989.

_____. Descentralização, saúde e cidadania. *Lua nova*, n 32, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ln/n32/a02n32.pdf>. Acesso em 25 de outubro de 2020.

_____. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 2003, vol.8, n.1, pp.09-18. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a02v08n1.pdf>. Acesso em 15 de outubro de 2020.

_____. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: Campos et al. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p.231-258.

_____. Saúde e Desenvolvimento Social. *Saúde e Sociedade*, v.18, supl.2, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/06.pdf>. Acesso em 04 de outubro de 2020.

_____. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(7):1614-1619, jul, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/20>. Acesso em 07 de novembro de 2020.

_____. “Caminhos da reforma sanitária”, revisitado. *Estudos Avancados*, v. 32, n. 93, p. 225–241, 2018.

COHN, A.; ELIAS, P.E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviço*. 3 ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999.

COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P.R.; KARSCH, U.S. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1991.

COHN, A.; BUJDOSO, Y.L. Participação social e gestão pública no Sistema Único de Saúde. *Tempo Social*, 27, 2015, pp.33-47.

COLLINS, K.; MUTHUSAMY, S.K. Applying the Toyota Production System to a Healthcare Organization: A Case Study on a Rural Community Healthcare Provider. *Quality Management Journal*, october 2007. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/228233586> Applying the Toyota Production System to a Healthcare Organization A Case Study on a Rural Community Healthcare Provider. Acesso em 25 de agosto de 2020.

COMISSÃO NACIONAL DA VERDADE (CNV). *A resistência da sociedade civil às graves violações de direitos humanos. Relatório da Comissão Nacional da Verdade*, v. 2, n. Textos temáticos, p. 341–414, 2014.

CORREIA, M. V. C. Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento. Editora Fiocruz, 2000.

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (COSEMS). SUS e COSEMS/SP: 25 anos da constituinte 1988 ao decreto 7.508/2011. São Paulo: COSEMS/SP, 2012, 106p.

COSTA, M. I. S.; IANNI, A. M. Z. Individualização, cidadania e inclusão na sociedade contemporânea. São Bernardo do Campo: EdUFABC, 2018.

COSTA, N.R.; SILVA, P.L.B.; RIBEIRO, J.M. A experiência internacional de reforma do setor saúde: inovações organizacionais e de financiamento. RAP, Rio de Janeiro 34(1):209-27, Jan./Fev. 2000. Disponível em: www.bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6259/4850. Acesso em 30 de agosto de 2020.

COSTA, M.C. et al. Mortalidade infantil e condições de vida: a reprodução das desigualdades sociais em saúde na década de 90. Cad. Saúde Pública, 17(3), Jun 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nP7LjY9JWzh8XK3pHRLcLpB/?lang=pt>. Acesso em 15 de agosto de 2021.

CUNHA, D.S. Positividade, Transparência e Controlo: a Sociedade da Transparência. Comunicação Pública [online], vol.10, n.17, 2015. Disponível em: <http://journals.openedition.org/cp/913>. Acesso em 17 de outubro de 2020.

DANTAS, A.V. Saúde, luta de classes e o 'fantasma' da Reforma Sanitária Brasileira: apontamentos para sua história e crítica. Saúde em Debate, 42, pp.145-157, 2018.

DEPARTMENT OF HEALTH. The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform. London: The Stationery Office, 2000.

DARDOT, P.; LAVAL, C. A nova razão do mundo. São Paulo: Boitempo, 2016.

DINIZ, E. Desenvolvimento e estado desenvolvimentista: Tensões e desafios da construção de um novo modelo para o Brasil do século XXI. Revista de Sociologia e

Política, v. 21, n. 47, p. 9–20, 2013.

DINIZ, E.H. et al. O governo eletrônico no Brasil: perspectiva histórica a partir de um modelo estruturado de análise. *Revista de Administração Pública*, v. 43, n. 1, p. 23-48, 2009.

DOIMO, A. M.; RODRIGUES, M. M. A. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal da atuação política. *Política & Sociedade*, v. 2, n. 3, p. 95–116, 2003.

DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press; 1973.

DONNANGELO, M.C. *Medicina e sociedade: o médico e o seu mercado de trabalho*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2011. 211 p.

DONNANGELO, M.C.F; PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2011. 173 p.

DOWBOR, L. Globalização e tendências institucionais. In.: DOWBOR, L.; IANNI, O.; PAULO-EDGAR, A. (org). *Desafios da globalização*. Rio de Janeiro: Vozes, 1997, p. 9-15.

DRAIBE, S.M. *Welfare State*. In: *Dicionário de políticas públicas*. São Paulo: Imprensa Oficial, 2013.

ELIAS, P.E. *Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil*. In.: Cohn, A.; Elias, P.E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviço*. 3 ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999.

ERDMANN, A.L.; ANDRADE, S.R.; MELLO, A.L.S.F.; DRAGO, L.C. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(Spec):[08 telas], jan.-fev. 2013

ESCOREL, S. *Reviravolta da saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 206p.

_____. Saúde: uma questão nacional. TEIXEIRA, S. (Org.) Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Corte; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 4ª ed, 2011. p. 181-192.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In.: Trindade, N.L.; Gershman, S.; Edler, F.C (org). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 59-82.

ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do Welfare State. Lua Nova: Revista de Cultura e Política, n. 24, p. 85-116, 1991.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P.J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. 1990.

FERRO, J.R. Aprendendo com o "Ohnoísmo" (produção flexível em massa): lições para o Brasil. Rev. adm. empres. vol.30 no.3 São Paulo July/Sept. 1990.

FILIPPON, J. et al. A "liberalização" do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(8):e00034716, ago, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00034716.pdf>. Acesso em 25 de agosto de 2020.

FLEURY, S.T. Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/jm5wd/pdf/fleury-9788575412428.pdf>. Acesso em 02 de junho de 2020.

_____. (Org). Saúde e democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1997. 324p.

_____. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Ciênc. saúde coletiva, 2009, vol.14, n.3, pp.743-752.

_____. O dilema reformista na Reforma Sanitária Brasileira. Rev. Adm. públi, 21(4): 94-115, out./dez. 1987.

_____. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. TEIXEIRA, S. (Org.) Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Corte; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 4ª ed, 2011. p. 17-46.

FONSECA, C.M.O. Constituição de Políticas de Saúde no Brasil: modelos de inclusão social. In: Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, p.25-61.

FONSECA, F. Mídia, poder e democracia: teoria e prática dos meios de comunicação. Revista Brasileira de Ciência Política, n. 6, p. 41–69, 2011.

FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária, 1977. 241 p.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>. Acesso em 29 de setembro de 2020.

GALLO, E.; NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. (Org.) Reforma sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Corte; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 4ª ed, 2011. p. 91-118

GERSHMAN, S. A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 272 p.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. Definições de urgência e emergência: critérios e limitações. In: Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 15-26.

GIDDENS, A; BECK, U; LASH, S. Modernização Reflexiva 2 ed. São Paulo: Editora UNESP, 2012. 329 p.

GIOVANELLA, L; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In.: EIBENSCHUTZ, C (org). Política de saúde: o público e o privado [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996. 312 p. Disponível em:

<https://es.slideshare.net/IvoneGuedesBorges/politica-de-sade-o-pblico-e-o-privado>.

Acesso em 05 de outubro de 2020.

GOMEZ, J. M. Política e democracia em tempos de globalização. Rio de Janeiro: Laboratório de Políticas Públicas, 2000.

HELD, D. A democracia, o estado-nação e o sistema global. Lua Nova: revista de cultura e política, n. 23, p. 145-194, 1991.

HORTALE, V.A.; PEDROZA, M.; ROSA, M.L.G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. Cad. Saúde Pública [online]. 2000, vol.16, n.1, pp. 231-239. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1582.pdf>. Acesso em 15 de outubro de 2020.

IAMAMOTO, M.V. A questão social no capitalismo. Temporalis, Brasília, n. 3, 2001.

IANNI, A.M.Z. O campo temático das ciências sociais em saúde no Brasil. Tempo soc, vol.27, n.1, 2015b. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ts/v27n1/0103-2070-ts-27-01-00013.pdf>. Acesso em 12 de outubro de 2020.

_____. Mudanças sociais contemporâneas e saúde. 1ª ed. São Paulo: Editora Hucitec. 2018, 376 p.

IANNI, O. A sociologia e o mundo moderno. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

_____. A política mudou de lugar. In.: DOWBOR, L.; IANNI, O.; PAULO-EDGAR, A. (org). Desafios da globalização. Rio de Janeiro: Vozes, 1997, p. 17-27.

_____. A questão social. Ciência & Trópico, v. 17, n. 2, 1989.

IBGE. Perfil dos municípios brasileiros: 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

INSTITUTE OF MEDICINE. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: The National Academies Press. 2001.

JURCA, R.L. A construção do direito à saúde segundo a perspectiva da individualização. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Escola de

Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

JUNIOR, I.F.B.; SILVA, Z.P. Reforma do sistema de saúde e as novas atribuições do gestor estadual. São Paulo em Perspectiva, 18(3): 47-56, 2004.

KELENDAR, H. Lean Thinking from Toyota Manufacturing to the Healthcare Sector. Res Med Eng Sci. 8(5). RMES.000697. 2020. DOI: 10.31031/RMES.2020.08.000697

KON, A. Tecnologia e trabalho no cenário da globalização. In.: DOWBOR, L.; IANNI, O.; PAULO-EDGAR, A. (org). Desafios da globalização. Rio de Janeiro: Vozes, 1997, p. 60-69.

KROPIWIEC, M.V.; FRANCO, S.C.; AMARAL, A.R. Fatores associados à mortalidade infantil em município com índice de desenvolvimento humano elevado. Rev. paul. pediatr., 35 (04), Oct-Dec 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/x84JKrDFxCyfWGHKxwx8cFQ/?lang=pt>. Acesso em 15 de agosto de 2021.

LAMANNO-ADAMO, V.L. Da experiência clínica ao desenvolvimento de um conceito. J. psicanal. v.39 n.70 São Paulo jun. 2006. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010358352006000100010. Acesso em 13 de setembro de 2020.

LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. Revista Latinoamericana de Salud, México, 2, 1982. Disponível em: https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf. Acesso em 12 de outubro de 2020.

LEVCOTIZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência & Saúde Coletiva, 6(2):269-291, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2001.v6n2/269-291/pt>. Acesso em 30 de agosto de 2020.

LIMA, N; FONSECA, C.M.O; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M. (Org). Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, 27-58 p.

LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M. Apresentação. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M. (Org). Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, 15-26 p.

LIPOVETSKY, G. Tempo contra tempo, ou sociedade hipermoderna. In.: LIPOVETSKY, G; CHARLES, S. Os tempos hipermodernos. São Paulo: Editora Barcelona, 2004, p. 49-103.

LUCCHESI, G. Burocracia e política de saúde: arena ou ator? In: Reforma Sanitária: em busca de uma teoria/ Fleury, S.T. (org). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989. p.181-192.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de " Transição Democrática": anos 80. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 1, p. 77-96, 1991.

MACHADO, E.M. Questão social: objeto do serviço social. Serviço Social em Revista. Londrina, p. 39-47, 1999.

MARQUES, F. P. J. Ciberpolítica: conceitos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2016.

MARSHALL, T.H. Cidadania, Classe Social e Status. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MANN, M. The autonomous power of the state: its origins, mechanisms and results. In: States in History. Brasil: Blackwell, 1986. p. 109–136.

_____. A crise do Estado-nação latino-americano. In.: DOMINGUES, J.M.; MANEIRO, M. (org). América Latina hoje: conceitos e interpretações. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

MARTÍN-BARBEIRO, J. Projetos de modernidade na América Latina. In.:

DOMINGUES, J.M.; MANEIRO, M. (org). América Latina hoje: conceitos e interpretações. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

MARX, K. Contribuição à crítica da economia política. 2 ed. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2008. 288 p.

MENÉNDEZ, E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451- 464

_____. Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. Cuadernos médico sociales, nº 33, setiembre, 1985.

MENDES, A.; ALMEIDA, C.A. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.2, p.423-437, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PYpxrsbzLMbHhNW6wSBzXkb/?lang=pt>. Acesso em 11 de agosto de 2021.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407 p.

MURRAY, M. Answers to your questions about same-day scheduling. Fam Pract Manag;12(3):59-64, 2005.

MURRAY, M.; BERWICK, D.M. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. JAMA; 289(8):1035-1040, 2003.

MURRAY, M.; BODENHEIMER, T.; RITTENHOUSE, D.; et al. Improving Timely Access to Primary Care: Case Studies of the Advanced Access Model. JAMA, 289(8):1042-1046, 2003.

MURRAY, M.; TANTAU, C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. Fam Pract Manag; 7(8):45-50, 2000.

NAPOLITANO, C. J.; SANTOS, A. J. D. S. Dinâmica transnacional da mídia: processos de regulação na globalização comunicacional. E-Compós, v. 19, n. 2, 2016.

NASCIMENTO, V. B.; COSTA, I. M. C. PSF, descentralização e organização dos serviços de saúde no Brasil. In: Cohn, A. (org.). Saúde da Família e SUS: convergência e dissonâncias. Rio de Janeiro: Beco do Azougue Editorial; São Paulo: CEDEC, 2009. p. 67-92.

NOGUEIRA, M. A. Em defesa da política. 2ª edição. São Paulo: Editora SENAC, 2004.

_____. Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática. 3ª edição ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NUNES, E.D.N. A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica. Revista de Saúde Pública. São Paulo, 40: 64-72, 2006. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v40nspe/30624.pdf>. Acesso em 12 de outubro de 2020.

_____. Sobre a sociologia da saúde: origens e desenvolvimento. 2 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007. 239 p.

OLIVE, M.; BROWN, M. Toyota Production System: Transforming Healthcare Organizations for the 21st Century. Patient safety and quality healthcare; November, 2009.

OLIVEIRA, J.A.; FLEURY, S.M.F. (Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985

OSLAK, O. Estado e sociedade: novas regras de jogo? In.: Sociedade e Estado: Superando Fronteiras. São Paulo: Fundap, 1998. p. 47-110.

OSMO, A; SCHRAIBER, L.B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. Saúde e Sociedade. São Paulo, v.24, supl.1, p.205-218, 2015.

PAGLIOSA, F.L.; ROS, M.A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. Revista Brasileira De Educação Médica, 32 (4): 492 – 499; 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>. Acesso em 01 de novembro de 2020.

PAIM, J.S. Direito à Saúde, Cidadania e Estado. In.: Brasil, Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986a. 429 p.

_____. Ações Integradas de Saúde (AIS): por que não dois passos atrás. Cadernos de Saúde Pública, R.J. 2(2): 167-183, abr/jun, 1986b.

_____. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PAIVA, F.S.D.; STRALEN, C.J.V.; COSTA, P.H.A.D. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. Ciência & Saúde Coletiva, 19, 2014, pp.487-498.

PIRES FILHO, L.A.S.; AZEVEDO-MARQUES, J.M.; DUARTE, N.S.M.; MOSCOVICI, L. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 605-613, abr-jun, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n121/0103-1104-sdeb-43-121-0605.pdf>. Acesso em 03 de outubro de 2020.

PIRES, M.R.G.M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1):1009-1019, 2010.

PEREIRA, I.P. et al. "O Ministério Público e o controle social no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática." Ciência & Saúde Coletiva 24 (2019): 1767-1776.

REIS, E.J.F.B.; SANTOS, F.P.; CAMPOS, F.E.; ACÚRCIO, F.A.; LEITO, M.T.T.; LEITE, M.L.C.; CHERCHIGLIA, M.L.; SANTOS, M.A. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, mar. 1990.

RIBEIRO, J.R. Sistema de produção enxuta. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina. 2 de dezembro de 2004.

RETONDAR, A.M. A (re)construção do indivíduo: a sociedade de consumo como "contexto social" de produção de subjetividades. Sociedade e Estado, Brasília, v. 23, n. 1, p. 137-160, jan./abr 2008.

SALISBURY, C. Does Advanced Access work for patients and practices? Br J Gen Pract. 2004 May 1; 54(502): 330–331. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1266163/>. Acesso em 23 de agosto de 2020.

SALISBURY, C.; GOODALL, S.; MONTGOMERY, A.; et al. Does Advanced Access improve access to primary health care? Questionnaire survey of patients. Br. J. Gen. Pract. [internet]. 2007 [acesso em 2018 abr 22]; 57(8):615-621. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2099666/pdf/bjpg57-615.pdf>.

SANTOS, V.M. Jidoka: o que é e como essa ferramenta Lean poderá ajudar? FM2S, 2017. Disponível em: <https://www.fm2s.com.br/jidoka-o-que-e-e-como-essa-ferramenta-lean-podera-ajudar/>

SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e Atenção Primária. In.: Schraiber, L.B.; Nemes, M.I.B.; Mendes-Gonçalves, R.B. (org). Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2000, pp. 29-46.

SILVA, A.M.; SÁ, M.C.; MIRANDA, L. Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.3, p.840-852, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/17.pdf>. Acesso em 30 de setembro de 2020.

SILVA, C.T.L; PICININ, G.L. Paz de Vertefália & Soberania absoluta. REVISTA DO DIREITO PÚBLICO, Londrina, v.10, n.1, p.127-150, jan./abr.2015.

SILVA, E.C.; GOMES, M.H. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.4, p.1383-1396, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZZgYTNVQrzV7Vsstk4tL6k/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 10 de agosto de 2021.

SILVA, E.C. O Grande ABC Paulista: É Possível Pensar em Coesão Regional?. RDE-Revista de Desenvolvimento Econômico, jan 21;15(28), 2013.

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E.M. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense – Universitária, 1978.

SOUSA, M.S. ET AL. Reformas no sistema nacional de saúde britânico: o financiamento dos hospitais públicos e o papel da "performance measurement and management". RCEJ, n.º 28, 2017, pp. 047-071. Disponível em: https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/10272/1/Art_3_RECEJ_Nº28_2017.pdf. Acesso em 26 de agosto de 2020.

SOUSA, N. F. D. S. et al. Desigualdades sociais na prevalência de indicadores de envelhecimento ativo na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Revista Brasileira de Epidemiologia, 22, E190013-SUPL, 2019.

STAVENHAGEN, R. Classes Sociais e Estratificação Social. In.: Foracchi, M.M.; Martins, J.S. Sociologia e sociedade: leituras de introdução à sociologia. Rio de Janeiro: LTC, 2002. 365 p.

STRALEN, C.J.; BONFIM, J.R.A. Cebes: democracia é saúde/ saúde é democracia. Editorial. Saúde debate 40 (spe), dezembro, 2016.

STOTZ, E. N. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. Trabalho, Educação e Saúde, v. 3, n. 1, p. 9–30, 2005.

_____. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. São Paulo em Perspectiva, v. 17, n. 1, p. 25-33, 2003.

_____. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde. Ver-SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p. 286-301, 2004.

TAKAHASHI, T. Sociedade da informação no Brasil: livro verde. Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), 2000.

TELLES, V.S. Questão Social: afinal do que se trata. São Paulo em Perspectiva, v.

10, n. 4, p. 85-95, 1996.

TEICH, S.T.; FADDOUL, F.F. Lean Management—The Journey from Toyota to Healthcare. Rambam Maimonides Medical Journal, v.4, i.2, april, 2013. Disponível em:

TEIXEIRA, C.F. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. Rev. Bras. Enferm, 44 (1), mar 1991. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/dr5db5bMkyBQPwvkbkr3sFf/?lang=pt>. Acesso em 11 de agosto de 2021.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf>. Acesso em 05 de outubro de 2020.

VAITSMAN, J. Desigualdades sociais e duas formas de particularismo na sociedade brasileira. Cadernos de Saúde Pública, v. 18, p. S37-S46, 2002.

VIANNA, L.W. Diálogos gramscianos sobre o Brasil: entrevistas com Luiz Werneck Vianna. Brasília: Verbena Editora, 2018.

VIANNA, A.L.D.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, R.G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva, 7(3):493-507, 2002.

VIEIRA, S.M. O Partido da Social-Democracia Brasileira: trajetória e ideologia. 2012, 190 f. Tese (doutorado em Ciência Política). Instituto de Estudos Sociais e Políticos, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2012.

ZIMMERMANN, C.R.; SILVA, M.C. O princípio da desmercantilização nas políticas sociais. Caderno CRH, v. 22, n. 56, p. 345-358, 2009.