



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 40, NÚMERO ESPECIAL
RIO DE JANEIRO, DEZ 2016
ISSN 0103-1104

2016

**Democracia,
crise política
e saúde**

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2015-2017)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2015-2017)

Presidente:	Cornelis Johannes van Stralen
Vice-Presidente:	Carmen Fontes de Souza Teixeira
Diretora Administrativa:	Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial:	Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:	Ana Maria Costa Isabela Soares Santos Liz Duque Magno Lucia Regina Fiorentino Souto Thiago Henrique dos Santos Silva
Diretores Ad-hoc:	Ary Carvalho de Miranda José Carvalho de Noronha

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
David Soeiro Barbosa
Luisa Regina Pessôa
Maria Gabriela Monteiro
Nilton Pereira Júnior

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Cristiane Lopes Simão Lemos
Grazielle Custódio David
Helena Rodrigues Corrêa Filho
Jairnilson Silva Paim
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Ligia Giovanella
Nelson Rodrigues dos Santos
Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Roberto Passos Nogueira
Sarah Maria Escorel de Moraes
Sonia Maria Fleury Teixeira

SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Cristina Santos

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

A revista Saúde em Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos



Apoio



SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

José Mendes Ribeiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Marcelo Rasga Moreira - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Maria Lucia Frizon Rizzotto - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Amélia Cohn - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Ana Maria Costa - Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil
Greice Maria de Souza Menezes - Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil
Helena Rodrigues Corrêa Filho - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato - Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil
Paulo Duarte de Carvalho Amarante - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkiner - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Catalina Eibenschutz - Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Diana Mauri - Università degli Studi di Milano, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jean Pierre Unger - Institut de Médecine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

SECRETARIA EDITORIAL | EDITORIAL SECRETARY

Anna Lú Sales
Luiza Nunes

INDEXAÇÃO | INDEXATION

História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)
Scientific Electronic Library Online (SciELO)
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 40, NÚMERO ESPECIAL
RIO DE JANEIRO, DEZ 2016

-
- 4 EDITORIAL | EDITORIAL
- 10 APRESENTAÇÃO | PRESENTATION
- ENSAIO | ESSAY
- 14 **A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil**
The crisis of cooperative federalism in the health policies in Brazil
José Mendes Ribeiro, Marcelo Rasga Moreira
- 25 **Reflexões sobre democracia deliberativa: contribuições para os conselhos de saúde num contexto de crise política**
Reflections about deliberative democracy: contributions to health councils in a context of political crisis
Marcelo Rasga Moreira
- 39 **Democracia e participação: para além das dicotomias**
Democracy and participation: moving beyond dichotomies
Sarah Escorel, Luna Escorel Arouca
- 49 **Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa?**
State and equity policies in health: participatory democracy?
Kátia Maria Barreto Souto, Ana Gabriela Nascimento Sena, Vinicius Oliveira de Moura Pereira, Lia Maria dos Santos
- 63 **Ética e democracia em tempos de crise**
Ethics and democracy in times of crisis
Sergio Rego, Marisa Palácios
- 73 **Sexualidades e políticas públicas: uma abordagem queer para tempos de crise democrática**
Sexualities and public policies: a queer approach for times of democratic crisis
Jose Inacio Jardim Motta
- 87 **Políticas sociais e modelos de bem-estar social: fragilidades do caso brasileiro**
Social policies and social welfare models: fragilities of the Brazilian case
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
- 98 **Reflexões sobre as regras do impedimento e seus impactos sobre a democracia: Brasil, Estados Unidos e Inglaterra em perspectiva comparada**
Reflections about the rules of the impeachment and its impacts on democracy: Brazil, United States of America and England in comparative perspective
Assis Mafort Ouverney
- ARTIGO DE OPINIÃO |
OPINION ARTICLE
- 114 **Da ruptura à reconstrução democrática no Brasil**
Towards the reconstruction of democracy in Brazil
Fabiano Santos, José Szwako

-
- 122** **Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS**
Everything to fear: funding, the public-private relationship, and the future of SUS
Ademar Arthur Chioro dos Reis, Ana Paula Menezes Sóter, Lumena Almeida Castro Furtado, Silvana Souza da Silva Pereira
- ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE**
- 136** **Crise, refundação do Cebes e reafirmação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira**
Crisis, refoundation Cebes and restatement of the project of Brazilian Health Reform
Jamilli Silva Santos, Carmen Fontes Teixeira
- 148** **A relação do Cebes com o PCB na emergência do movimento sanitário**
The Cebes relationship with the PCB in the emergency of the sanitary movement
André Teixeira Jacobina
- 163** **Agendas democráticas para o século XXI: percepções dos(as) brasileiros(as) sobre descriminalização e legalização da maconha**
Democratic agendas for the 21st century: Brazilian's perceptions about marijuana decriminalization and legalization
Marcelo Rasga Moreira, Antônio Ivo de Carvalho, José Mendes Ribeiro, Fernando Manuel Bessa Fernandes
- 176** **O terceiro turno de Dilma Rousseff**
Dilma Rousseff's Third Round
João Feres Júnior, Luna de Oliveira Sassara
- 186** **Democratização e educação permanente: percepção de egressos do QualiConselhos sobre contribuições aos conselhos de saúde**
Democratization and continuing education: perception of former QualiConselhos students about its contribution to the improvement of health councils
Assis Mafort Ouverney, Marcelo Rasga Moreira, José Mendes Ribeiro
- 201** **Análise da atuação das ouvidorias estaduais do Sistema Único de Saúde como instâncias participativas**
Survey on health ombudsman offices in the Brazilian Unified Health System
Fernando Manuel Bessa Fernandes, Marcelo Rasga Moreira, José Mendes Ribeiro
- REVISÃO | REVIEW**
- 213** **Porque não instituir copagamento no Sistema Único de Saúde: efeitos nocivos para o acesso a serviços e a saúde dos cidadãos**
Why it is a bad idea to implement copayments in the Unified Health System: harmful effects on access to care and people's health
Jens Holst, Ligia Giovanella, Gabriella Carrilho Lins de Andrade
- ENTREVISTA | INTERVIEW**
- 227** **Entrevista com Antônio Ivo de Carvalho**
Interview with Antônio Ivo de Carvalho
Marcelo Rasga Moreira, José Mendes Ribeiro, Antônio Ivo de Carvalho

Cebes: democracia é saúde / saúde é democracia

ESTE NÚMERO ESPECIAL DA REVISTA 'SAÚDE EM DEBATE' comemora os 40 anos do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da sua primeira edição. Foi em 1976 que um grupo de jovens profissionais da saúde, que fazia o I Curso de Especialização em Saúde Pública de nível local – da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), criou o Cebes e a revista. Eram militantes ou simpatizantes do Partido Comunista Brasileiro (PCB) ou da Ação Popular, mas em vez de distribuir panfletos, resolveram divulgar o pensamento crítico marxista na área da saúde por meio de um periódico. A situação política era propícia: o País estava no começo de um processo de transição política, ainda que se cogitasse muito longo, inspirava expectativas de novas políticas públicas, especialmente na área da saúde, pois haviam-se iniciado programas comunitários de saúde e programas de extensão de cobertura.

A criação do Cebes foi amplamente discutida na XXVIII Reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SPBC), em julho de 1976, em Brasília. Nesse período, as reuniões anuais da SPBC tornaram-se uma caixa de ressonância para a oposição crescente ao governo burocrático-autoritário dos militares no meio acadêmico. O anúncio do Cebes e da revista 'Saúde em Debate' contou com presença significativa de estudantes e de jovens docentes e pesquisadores, particularmente da área de medicina social e preventiva, mas também de outras áreas como a de ciências humanas. A partir de novembro de 1976, multiplicaram-se reuniões de lançamento da revista 'Saúde em Debate' em várias regiões e cidades do País, como: São Paulo, Brasília, Sorocaba, Campinas, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Vitória, Salvador, Londrina e muitas outras. Esses encontros estimularam a criação de núcleos da entidade, que além de organizar debates acerca de questões da saúde, divulgaram a revista e fizeram campanhas para conseguir sócios, cujas contribuições foram indispensáveis para assegurar a circulação da 'Saúde em Debate'.

Comemoramos 40 anos do Cebes e da 'Saúde em Debate'! Na tradição judaico-cristã e islâmica, inspirada pela Bíblia, o número 40 tem um valor simbólico especial: refere-se a um tempo de preparação e prova anterior a algo novo – o dilúvio durou 40 dias e 40 noites; o povo judeu passou 40 anos do deserto antes de chegar à terra prometida; Jesus jejuou 40 dias antes de iniciar sua missão... No caso do Cebes e da 'Saúde em Debate', porém, aparentemente ocorreu uma inversão: o novo, a Reforma Sanitária, iniciada pelo Cebes e expressa no reconhecimento da saúde como direito social e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), está culminando agora em um tempo de prova com a Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016, promulgada pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal, instituindo o Novo Regime Fiscal, com vigência de 20 anos e que acarretará graves consequências na garantia do direito à saúde, pelo qual o Cebes se empenha há 40 anos. Entretanto, talvez as aparências enganem, e o retrocesso desnude que o novo ainda não chegou.

Desde a sua criação, o Cebes denuncia as iniquidades e perversidades do sistema de saúde e apela à necessidade de reformas. Isso conformou uma 'coalização em defesa da Reforma Sanitária' que foi se ampliando na década de 1980 com a participação de sanitaristas que estavam atuando em programas de saúde comunitária e de extensão de cobertura de serviços

públicos de saúde e, principalmente, com a participação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), contando ainda com o apoio de movimentos e entidades de profissionais de saúde. Nesse contexto de ‘transição política’, essa ‘coalização’, ou seja, o Movimento Sanitário, moveu-se e inspirou-se pelo sonho e pela utopia do direito social à saúde e de um novo sistema de saúde, único, ‘controlado permanentemente pela população’. Esse sonho e essa utopia foram asseverados no documento ‘Democratização e saúde’ apresentado pelo Cebes, em 1979, no I Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. O documento foi amplamente divulgado na ‘Saúde em Debate’ sob o título ‘A questão democrática na área da saúde’. Há de se realçar que a referência à democracia ia muito além do discurso dominante da ‘transição política’, pois expressava uma concepção muito cara ao Movimento Sanitário: somente com o avanço da democracia e da cidadania, o direito social à saúde e um sistema de saúde público e universal poderiam consolidar-se.

Políticas públicas tendem a apresentar relativa constância em que mudanças se dão sob forma de incrementos, mas podem ser interrompidas por mudanças relativamente bruscas. Os programas de extensão de cobertura na década de 1970 e as Ações Integradas de Saúde (AIS) na década de 1980 apontaram para a crescente instituição de uma rede pública de atenção primária e para a integração entre o Ministério de Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). O documento ‘Questão democrática na área da saúde’ e o movimento pela Reforma Sanitária contribuíram, porém, para mudanças mais bruscas: as propostas aprovadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a consagração do direito social à saúde e a criação do SUS pela Constituição Federal de 1988.

Essa conquista foi obtida pela grande mobilização dos militantes do Movimento Sanitário, favorecida pela forte presença destes nos aparelhos do Estado, pelo conhecimento técnico que tinham quanto à organização de sistemas e serviços de saúde e pela expectativa de novas políticas públicas, além do apoio de movimentos e entidades de profissionais de saúde e de alguns outros setores: Comunidades Eclesiais de Base (CEB) e Movimento Popular pela Saúde (MOPS). Entretanto, o texto da saúde na Constituição não refletiu uma aspiração ou um clamor de setores populares ou da sociedade em geral. Um indicador sugestivo disso é o número de subscritores da emenda popular da saúde, 54.133 *versus* mais de 3 milhões da emenda da Reforma Agrária.

Mesmo assim, o novo texto a respeito da saúde não deixou de ter expressiva repercussão. Produziu uma nova política de saúde: o Inamps foi extinto, e organizou-se em um prazo relativamente curto o SUS com avanços muito além do que se fosse apenas um sistema pobre para pobres. O seu grande problema seria o subfinanciamento. Entretanto, esse problema está além de ser financeiro. É ‘analisador’, ou seja, revelador do fato de que a sociedade hierárquica – as elites políticas e econômicas, as classes médias, os grandes empresários e os trabalhadores organizados –, além do setor privado e contingentes importantes de trabalhadores de saúde, não tem aderido ao SUS e à defesa do direito à saúde para todos. Essa relação tem se espelhado na atuação dos sucessivos governos que têm subsidiado direta ou indiretamente os planos de saúde e os serviços privados de saúde.

Enquanto a ‘coalização’ em defesa da Reforma Sanitária teve um refluxo, mas continuou lutando por meio de seu núcleo, o Movimento Sanitário, e na década passada pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, a ‘coalização em defesa do setor privado’, que já na Constituinte 1987-1988 garantiu sua atuação pelo artigo 199, continuou se intensificando por meio de uma política de internacionalização e financeirização. Enquanto os sanitaristas sonhavam com um *welfare state* social democrático, baseado no reconhecimento de direitos sociais universais, o

sistema de seguridade sub-repticiamente estava se encaminhando a um *welfare state* liberal em que o Estado presta apenas benefícios mínimos para a população de baixa renda e estimula planos privados de seguro e de atenção à saúde para a população de maior renda. Essa opção foi desnudada, de modo prepotente e cruel, quando o governo ilegítimo que se instalou com a destituição da presidente Dilma Rousseff, em 2016, instituiu pela Emenda Constitucional nº 95 a prática de congelamento e redução de gastos na saúde, educação e desenvolvimento social e propôs a redução da aposentadoria e de benefícios sociais por intermédio da Proposta de Emenda Constitucional nº 287, apresentada na Câmara dos Deputados em 5 de dezembro de 2016, neste momento aguardando criação de Comissão Temporária pela Mesa.

Está se dilacerando a Constituição Cidadã de 1988 ou está ficando cada vez mais nítida a distância entre o Brasil legal e o Brasil real? De qualquer modo, depois de 40 anos, colocam-se novos obstáculos a serem superados pelo Cebes, pois a luta pela democratização há de continuar, mas não mais poderá se restringir a âmbitos institucionais e acadêmicos. Há de se privilegiar a participação popular e espaços populares, direção que se mostra neste número comemorativo quando se discute a participação deliberativa e popular. Nessa perspectiva, as questões colocam-se antes de tudo para os núcleos do Cebes. Estes estão sendo chamados para construir meios para assessorar e intensificar movimentos e entidades populares e apoiar projetos de educação popular ou de base.

O atual contexto golpista tem tudo para nos desanimar. No momento, recorrer aos clássicos que discutiram a formação do País não faz mal, a despeito de seus equívocos. Francisco José de Oliveira Vianna (1883-1951) e Sérgio Buarque de Holanda (1902-1982) assinalaram a distância entre o Brasil legal e o real, mas enquanto o primeiro estava convencido de que apenas um Estado forte poderia superar esta distância, o segundo situou no próprio Brasil real a possibilidade de mudanças. A convicção de Oliveira Vianna já foi por mais que desqualificada pelo desenrolar da nossa história. Ficamos, então, com a convicção de Sérgio Buarque de Holanda e continuemos a luta sem perder nunca a esperança.

O Cebes é o que faz e faz o que é!

Cornelis Johannes van Stralen
Presidente do Cebes (2015-2017)

José Ruben de Alcântara Bonfim
Diretor do Cebes (2015-2017)
Presidente do Cebes (1976-1978 e 1978-1979)

Cebes: democracy is health / health is democracy

THIS SPECIAL ISSUE OF THE JOURNAL 'SAÚDE EM DEBATE' celebrates the 40th anniversary of the Brazilian Center for Health Studies (Cebes) and its first edition. It was in 1976 that a group of young health professionals, who took the 1st Specialization Course in Public Health at the local level – from the School of Public Health of the University of São Paulo (USP), created Cebes and the periodic. They were militants or sympathizers of the Brazilian Communist Party (PCB) or the Popular Action, but instead of distributing pamphlets, they decided to disseminate the Marxist critical thinking in the health area through a periodic. The political situation was favorable: the country was in the beginning of a process of political transition that, although considered to be very long, inspired expectations of new public policies, especially in the field of health, since community health programs and extension of coverage programs had just been initiated.

The creation of Cebes was extensively discussed at the XXVIII Meeting of the Brazilian Society for the Advancement of Science (SPBC) in July 1976, in Brasília. During that period, the annual SPBC meetings became a sounding board for the growing opposition to the bureaucratic-authoritarian military government in academia. The announcement of Cebes and the journal 'Saúde em Debate' had a significant presence of students and young professors and researchers, particularly in the field of social and preventive medicine, but also in other areas such as the humanities. Since November 1976, several meetings have been held to launch the periodic 'Saúde em Debate' in various regions and cities of the country, such as: São Paulo, Brasília, Sorocaba, Campinas, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Vitória, Salvador, Londrina and many others. Those meetings stimulated the creation of nuclei of the entity, which in addition to organizing debates on health issues, also disclosed the magazine, in which campaigns were made to obtain members, whose contributions were indispensable to ensure the circulation of 'Saúde em Debate'.

We celebrate 40 years of Cebes and 'Saúde em Debate'! In the Judeo-Christian and Islamic traditions, inspired by the Bible, the number 40 has a special symbolic value: it refers to a time of preparation and ordeal prior to something new – the flood lasted 40 days and 40 nights; The Jewish people spent 40 years in the desert before reaching the promised land; Jesus fasted for 40 days before starting his mission... In the case of Cebes and 'Saúde em Debate', however, there has apparently been an inversion: the new, the Sanitary Reform initiated by the Cebes and expressed in the recognition of health as a social right and in the creation of the Unified Health System (SUS), is now culminating in a time of probation with the Constitutional Amendment No. 95, dated December 15, 2016, promulgated by the Chamber of Deputies and the Federal Senate, establishing the New Fiscal Regime, with a 20-year term and which will have serious consequences in guaranteeing the right to health, for which Cebes has been working for 40 years. However, perhaps appearances are deceiving, and the regression will undresses that the new has not yet arrived.

Since its creation, Cebes has denounced the inequities and perversities of the health system and calls for the need of reforms. This formed a 'coalition in defense of the Sanitary

Reform', which was expanded in the 1980s with the participation of sanitarians who were working in community health programs and extension of coverage of public health services programs, and especially with the participation of the Brazilian Association of Collective Health (Abrasco), with the support of health professionals' movements and entities. In this context of 'political transition', this 'coalition', that is, the Sanitary Movement, moved and found inspiration in the dream and utopia of the social right to health and of a new health system, unified, 'permanently controlled by the population'. That dream and that utopia were asserted in the document 'Democratization and health' presented by Cebes in 1979 at the First Symposium on National Health Policy of the Health Commission of the Chamber of Deputies. The document was widely publicized in 'Saúde em Debate' under the title 'The Democratic Issue in Health'. It should be emphasized that the reference to democracy went far beyond the dominant discourse of 'political transition', for it expressed a conception very dear to the Sanitary Movement: only with the advance of democracy and citizenship, could the social right to health and a system of and universal health be consolidated.

Public policies tend to show a relative constancy in which changes take place in the form of increments, but can be interrupted by relatively abrupt changes. Extension of coverage programs in the 1970s and the Integrated Health Actions (AIS) in the 1980's pointed to the growing institution of a public primary health care network and to the integration between the Ministry of Health, the state and municipal secretariats of Health, and the National Institute of Medical Assistance of Social Security (Inamps). The document 'The Democratic Issue in Health' and the Sanitary Reform movement contributed, however, to more abrupt changes: the proposals approved at the VIII National Health Conference in 1986, and consecration of the social right to health and creation of the SUS by Federal Constitution of 1988.

Such achievement was obtained for the great mobilization of the members of the Sanitary Movement, favored by their strong presence in State apparatuses, by the technical knowledge they had as to the organization of health systems and services, and by the expectation of new public policies, in addition to the support of movements and entities of the health area and some other sectors: Ecclesial Base Communities (CEB) and Popular Movement for Health (MOPS). However, the text of health in the Constitution does not reflect an aspiration or a clamor of popular sectors or a society in general. One suggestive indicator of this is the number of subscribers to the popular health amendment, 54,133 versus more than 3 million of the Agrarian Reform amendment.

Still, the new text on health was not without significant repercussion. It produced a new health policy: the Inamps was extinguished, and the SUS was organized in a relatively short time, with advances far beyond than if it were only a poor system for the poor. Its greatest problem would be underfunding. However, that problem is much more than only financial. It is an 'analyzer', that is, revealing of the fact that hierarchical society – the political and economic elites, the middle classes, the big businessmen, and the organized workers –, as well as the private sector and important contingents of health workers, is not adhering to the SUS and defending the right to health for all. Such relationship has been mirrored in the actions of successive governments that have directly or indirectly subsidized health plans and private health services.

While the 'coalition' in defense of the Sanitary Reform had a backlash, but continued to fight through its nucleus, the Sanitary Movement, and in the last decade through the Brazilian Sanitary Reform Forum, the 'coalition in defense of the private sector', which already in the 1987-1988 Constituent Assembly guaranteed its action under article 199, continued to be intensified through an internationalization and financialization policy. While sanitarians dreamed

of a social democratic welfare state based on the recognition of universal social rights, the security system was surreptitiously moving towards a liberal welfare state in which the state provides only minimal benefits to the low-income population and stimulates private insurance and health care plans for the higher-income population. That option was denuded, in an arrogant and cruel way, when the illegitimate government that settled with the dismissal of President Dilma Rousseff, in 2016, instituted through the Constitutional Amendment No. 95 the practice of freezing and reducing expenses in health, education and social development and proposed the reduction of pensions and social benefits through the Proposal of Constitutional Amendment No. 287, presented to the Chamber of Deputies on December 5, 2016, currently awaiting the creation of a Temporary Committee by the Bureau.

Is the Citizen Constitution of 1988 being torn apart, or is the distance between the legal Brazil and the real Brazil getting clearer? In any case, after 40 years, new obstacles are set to be overcome by Cebes, for the struggle for democratization must continue, but it can no longer be restricted to institutional and academic spheres. It is necessary to privilege the popular participation and popular spaces, a direction that is shown in this commemorative number when discussing deliberative and popular participation. From that perspective, the issues are put first and foremost for the Cebes nuclei. Those are being called upon to build means to advise and intensify popular movements and entities and to support popular or grassroots education projects.

The current context of coup has everything to discourage us. At the moment, resorting to the classics that discussed the formation of the Country does no harm, despite its misunderstandings. Francisco Jose de Oliveira Vianna (1883-1951) and Sérgio Buarque de Holanda (1902-1982) pointed out the distance between the legal Brazil and the real Brazil, but while the former was convinced that only a strong state could surpass such distance, the latter placed in the real Brazil itself the possibility of changes. The conviction of Oliveira Vianna was already disqualified by the unfolding of our history. We remain, then, with the conviction of Sérgio Buarque de Holanda, and continue the struggle without ever losing hope.

Cebes is what it does and does what it is!

Cornelis Johannes van Stralen
President of Cebes (2015-2017)

José Ruben de Alcântara Bonfim
Director of Cebes (2015-2017)
President of Cebes (1976-1978 and 1978-1979)

Apresentação

O ANO DE 2016 SERÁ MAIS UM que, na história do Brasil, não terminará em 31 de dezembro. A deposição da Presidenta Dilma Rousseff, sem que houvesse nenhum indício de crime que desabonasse seu mandato, marca um ponto de forte inflexão negativa no curto processo de (re)democratização brasileira.

Longe de ser um ponto final de uma crise política que foi deflagrada em 2013 – cresceu no processo eleitoral de 2014 e agravou-se na decisão da oposição de não reconhecer sua derrota eleitoral –, o *impeachment* só a agravou, instrumentalizando um ambiente social violentamente polarizado, no qual posturas preconceituosas, racistas, homofóbicas, sexistas e de tendências fascistas disputam o espaço público com os que defendem a democracia, o respeito e a valorização das diferenças, a cultura de paz e a justiça social.

Para piorar, o trimestre final de 2016 assusta o País com a crise entre os poderes da república, na qual adentra também o Ministério Público. Essa crise polariza o embate, em um processo que, qualquer que seja o resultado, só reforça o senso comum da pura e simples criminalização da política.

Nenhum desses conflitos será encerrado este ano, prosseguindo por um tempo que, hoje, ainda parece indefinido. Seus reflexos no setor saúde, já presentes, serão sentidos mais dramaticamente a partir de 2018, quando começa a vigorar o teto para o financiamento do setor. O mesmo teto, acrescido das propostas de mudança da previdência social, pode também atingir violentamente a estrutura de proteção social que se construiu no País nos últimos anos.

É sobre esta crise política, suas causas, motivações, repercussões e impactos na democracia e no setor saúde que este número especial de ‘Saúde em Debate’ trata. É simbólico que aqui se valorizem os 40 anos do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), instituição surgida e forjada na luta pela democracia. Quis o processo histórico que a comemoração deste aniversário estivesse mais voltada para a luta democrática do que para a valorização de suas conquistas, até porque algumas podem estar ameaçadas.

Nesse contexto, os ensaios, artigos e entrevista deste número especial têm a intenção de convidar o leitor a fazer uma série de reflexões e debates sobre agendas e temas que permeiam nossa incipiente democracia, a crise política que a ataca e os rumos do setor saúde em um ambiente institucional e político como este.

Os autores e autoras produziram um leque de análises que se preocupam com os diferentes aspectos deste momento do País: (a) a luta pela democracia, sua não retração e a sua radicalização; (b) políticas de gênero e equidade; (c) políticas e instituições que promovem a participação social; (d) agendas democráticas para o século XXI, em especial, ética, descriminalização da maconha, discussão do papel da mídia e novas formas de manifestação política; (e) proteção social; (f) o *impeachment* de Dilma Rousseff; (g) os impactos da crise política na política no Sistema Único de Saúde (SUS); e (h) a crise do federalismo cooperativo do setor saúde.

Destaca-se, além desses, a entrevista com Antônio Ivo de Carvalho, que resgata um outro momento de crise política no País, o da ditadura militar, refletindo sobre a atuação do Partido Comunista Brasileiro (PCB) e do Movimento pela Reforma Sanitária, apontando e valorizando, de maneira esperançosa, que as lutas democráticas, de 40 anos ou as de hoje, são o motor

da história e a base de toda mudança para uma sociedade menos desigual, sem preconceitos e com justas condições materiais de vida e de trabalho.

Desejamos uma boa leitura e que este número especial seja amplamente utilizado em salas de aula, conselhos e conferências de saúde, comitês de políticas de equidade, seminários, debates e reflexões, de maneira a contribuir para que novos textos sejam escritos e, com isso, construir uma rede que sustente o SUS e a democracia brasileira.

Marcelo Rasga Moreira

*Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp),
Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.*

José Mendes Ribeiro

*Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp),
Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.*

Presentation

THE YEAR 2016 WILL BE ANOTHER ONE THAT, in the history of Brazil, will not end on December 31. The deposition of President Dilma Rousseff, without any indications of crime that disabused her mandate, is a landmark of strong negative inflection in the short process of (re)democratization in Brazil.

Far from being the full stop of a political crisis that erupted in 2013 – which grew in the 2014 electoral process and worsened in the opposition's decision not to acknowledge their electoral defeat – the impeachment only aggravated it by instrumentalizing a violently polarized social environment, in which biased, racist, homophobic, sexist and fascist tendencies vie for public space with those who defend democracy, respect and appreciation of differences, culture of peace and social justice.

To make matters worse, the final quarter of 2016 scares the country with the crisis between the powers of the republic, which also includes the Public Ministry. That crisis polarizes the clash, in a process that, whatever the result, only reinforces the common sense of pure and simple criminalization of politics.

None of these conflicts will be closed this year, lingering for a period of time that, today, still seems undefined. Its reflexes in the health sector, already present, will be felt more dramatically from 2018 on, when the ceiling for financing the sector begins to take effect. The same ceiling, coupled with proposals for changes in social security, may also violently undermine the social protection structure that has been built in the country in recent years.

It is that political crisis, its causes, motivations, repercussions and impacts on democracy and on the health sector that this special issue of 'Saúde em Debate' deals with. It is symbolic that here we value the 40 years of Brazilian Center for Health Studies (Cebes), an institution emerged and forged in the struggle for democracy. The historical process that was the commemoration of this anniversary was more directed to the democratic struggle than to the valorization of its conquests, even more so since some of them may be threatened.

In such context, the essays, articles and interview of this special issue intend to invite the reader to make a series of reflections and debates on agendas and themes that permeate our incipient democracy, the political crisis that attacks it, and the direction of the health sector within an institutional and political environment like this.

The authors have produced a range of analyzes that are concerned with the different aspects of this moment in the country: (A) the struggle for democracy, its non-retraction and its radicalization; (B) gender and equity policies; (C) policies and institutions that promote social participation; (D) democratic agendas for the twenty-first century, in particular, ethics, marijuana decriminalization, discussion of the role of the media, and new forms of political manifestation; (E) social protection; (F) the impeachment of Dilma Rousseff; (G) the impacts of the political crisis on politics in the Unified Health System (SUS); and (H) the crisis of cooperative federalism in the health sector.

In addition to those, we highlight the interview with Antônio Ivo de Carvalho, who rescues another moment of political crisis in the country, that is, the military dictatorship, reflecting on the actions of the Brazilian Communist Party (PCB) and the Movement for Sanitary Reform, pointing out and hopefully appreciating that the democratic struggles, the one from 40 years

ago or current ones, are the engine of history and the basis of any change to a less unequal society, without prejudice and with fair material conditions of life and work.

We wish the readers a good reading and hope that this special issue will be widely used in classrooms, health councils and conferences, equity policy committees, seminars, de-bates and reflections, in order to contribute to new texts being written and, with that, building a network that supports the SUS and Brazilian democracy.

Marcelo Rasga Moreira

*Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), Sergio Arouca National School of Public Health (Ensp),
Department of Social Sciences (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brazil.*

José Mendes Ribeiro

*Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), Sergio Arouca National School of Public Health (Ensp),
Department of Social Sciences (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brazil.*

A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil

The crisis of cooperative federalism in the health policies in Brazil

José Mendes Ribeiro¹, Marcelo Rasga Moreira²

RESUMO Este artigo analisa os aspectos principais dos sistemas políticos federativos segundo teorias clássicas e contemporâneas e o caso do setor saúde brasileiro. O Brasil apresenta uma configuração federativa fundada na cooperação como resultado da transição democrática na qual foram fortalecidas as dimensões consensuais da democracia. Por outro lado, o enfraquecimento de aspectos madisonianos de separação de funções e revisão judicial comprometeu a coordenação política e a responsabilização na política de saúde. Argumenta-se que os aspectos cooperativos são comprometidos pela singularidade de municípios com poder federativo sem a criação de instituições compensatórias dos déficits competitivos.

PALAVRAS-CHAVE Federalismo. Sistema Único de Saúde. Políticas de saúde pública.

ABSTRACT *This article analyzes the main aspects of federative political systems according to classical and contemporary theories and the case of the Brazilian health sector. Brazil presents a federative configuration founded on cooperation as a result of the democratic transition in which the consensual dimensions of democracy were strengthened. On the other side, the weakening of the madisonian aspects of separation of the functions and judicial review compromised the policy coordination and the accountability in health policy. It is argued that cooperative aspects are compromised by the singularity of municipalities with federative power without the creation of compensatory institutions of the competitive deficits.*

KEYWORDS *Federalism. Unified Health System. Public health policy.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
ribeiro@ensp.fiocruz.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
rasgamoreira@gmail.com

Introdução

O federalismo como arranjo institucional tem relevância para a análise de políticas no Brasil, não apenas pelo óbvio fato de configurar o seu sistema político, mas pela trajetória histórica pendular em que maior ou menor centralização política esteve associada aos diferentes regimes republicanos. As configurações federativas variáveis quanto aos ciclos políticos, em termos de graus de autonomia dos governadores estaduais, desembocaram em um modelo que é singular entre as principais nações devido à repartição tripartite de poderes entre União, estados e municípios, a partir da Constituição de 1988.

O conceito de federalismo segue as teorias políticas, jurídicas ou fiscais que sustentam as análises de diversos autores. Logo, a literatura registra mais o debate sobre as modalidades do que uma definição objetiva e direta. Para permitir uma definição conceitual sintética, Valeriano Costa (2007) destaca dois modelos. Um deles é o norte-americano, em que estados preexistentes não se dissolvem em um Estado não unitário e que centraliza parte do poder. O outro modelo, que inclui o Brasil, segue o caminho inverso, onde Estados originalmente unitários descentralizam poder para formação de uma federação.

Uma importante parcela do debate sobre tipos de federalismo gira em torno de abordagens jurídicas e fiscais. Neste ensaio, entretanto, as dimensões políticas serão destacadas e com ênfase na dinâmica cooperação e competição e nos mecanismos de contrapesos institucionais.

O fundamento básico de todos os arranjos federativos é o objetivo de evitar a tirania do controle absoluto do poder em um indivíduo, fração política ou instituição. Isso ocorre em contraposição aos regimes unitários, onde a concentração da decisão e da responsabilização política é o objetivo perseguido, e os contrapesos decorrem dos processos eletivos e de instituições jurídicas.

Para o setor saúde, os mecanismos

institucionais de pesos e contrapesos – típicos dos principais arranjos federativos no mundo e com variações, em que se destacam casos distintos, como o norte-americano e o germânico – e as dinâmicas entre cooperação e competição – expressas nos normativos do Sistema Único de Saúde (SUS) – representam, junto com o financiamento do setor público, os principais temas políticos relacionados à crise do federalismo cooperativo do sistema de saúde brasileiro.

Desde a Constituição de 1988, passando pela legislação infraconstitucional e, em caráter progressivo e aditivo, pelas diferentes Portarias e Decretos do governo federal, cada vez mais são enfatizados os fatores cooperativos na gestão de responsabilidades e atribuições entre os entes federados. As relações entre federalismo e políticas setoriais são, entretanto, povoadas de controvérsias.

As políticas indutivas da cooperação regional esbarram em dois grandes obstáculos: (i) a competição aberta entre governantes estaduais e municipais por recursos, incentivos e prerrogativas na provisão e no acesso aos serviços de saúde; e (ii) a disseminação de centenas de instituições multipartites na forma de colegiados estaduais e regionais que, para o exercício de poder efetivo, deveriam se constituir em centenas de minigovernos regionais assimétricos e que, em grande parte, tornaram-se poderosas estruturas de veto de políticas coordenadas no SUS.

Apesar de os objetivos de descentralização do sistema federativo serem virtuosos, embora virtudes sociais também sejam observadas em sistemas unitários e centralizados, na conjuntura do setor saúde brasileiro, a crise relacionada aos aspectos cooperativos é evidente.

Neste ensaio, são discutidos, inicialmente, alguns fundamentos dos diferentes regimes federalistas nas tradições clássica e contemporânea e seus mecanismos de contrapesos e dinâmicas cooperativas. Em seguida, as características do federalismo brasileiro são analisadas com destaque para a configuração

vigente no setor saúde, a partir das disposições constitucionais de 1988. Por fim, algumas ideias são apresentadas em caráter preliminar para superar o quadro de vetos cruzados e sustentados entre milhares de atores políticos que inviabilizam a coordenação do sistema público de saúde em termos de acesso universal e redução das desigualdades regionais. Logo, o objetivo é discutir a crise política do federalismo cooperativo no âmbito do SUS – utilizando aspectos clássicos e contemporâneos da teoria política sobre o federalismo – e delinear estratégias para solucionar problemas de coordenação política relacionados às enormes assimetrias entre municípios e regiões do País.

Abordagens clássicas do federalismo

O federalismo como tema da filosofia política moderna aparece com força a partir de Maquiavel, que inclui mecanismos confederativos como um dos métodos utilizados por nações para estender e consolidar poderes. Nos Discursos, Livro II, publicados em 1531, (MACHIAVELLI, 2007) destaca:

Aquele que tenha lido a história antiga com atenção, deve ter observado que três métodos foram usados pelas repúblicas para estender seus poderes. Um deles, seguido pelos antigos Etruscos, é formar uma confederação de muitos Estados, na qual nenhum tenha precedência sobre o resto em autoridade ou hierarquia e cada um permite aos demais compartilhar suas conquistas, como fazem os Estados da Liga Suíça nos dias de hoje e faziam os Aqueanos e Etolians na Grécia em tempos passados. (MAQUIAVELLI, 2007, P. 160).

Esse sistema de ligas é tratado como inferior, pelos limites à expansão de territórios e participantes, ao longo modelo romano de formação de coalizões com aliados, com preservação do controle e da supremacia do governo

central, porém, superior à dominação direta adotada por espartanos e atenienses, considerada inútil e fracassada segundo a experiência histórica. Maquiavel atribuía ao sistema confederativo dos etruscos a longevidade e a sustentabilidade desse povo em termos de controle regional, embora o compartilhamento de conquistas e o sistema de consultas dentro de tais Ligas impeçam a sua expansão territorial ou a proliferação de parceiros.

Em sentido mais contemporâneo, sistemas políticos descentralizados, em que a parceria expressa pela coesão nacional coabita com a separação de direitos e responsabilidades, são, na tradição clássica, vinculados ao maior ativismo dos cidadãos em regiões mais próximas de sua moradia ou trabalho, ou seja, uma democracia de dimensões locais. A descentralização territorial é tema vinculado à vida associativa de indivíduos e coletivos locais e regionais. Para Alexis de Tocqueville (2003), em seu clássico de 1835, representava a principal marca distintiva dos Estados Unidos frente ao sistema centralizado francês. As virtudes de sistemas descentralizados, em termos de controle da tirania de governantes, maior representação dos cidadãos e autonomia de governos locais, no âmbito da nação, foram debatidas nos anos que antecederam a constituição federativa dos Estados Unidos da América.

Esse processo foi analisado em termos de lógica aplicada à política e às evidências da experiência histórica por Robert Dahl (1989). Sua análise, a partir do debate constitucional norte-americano, e a ênfase na separação de poderes (executivo, legislativo e judiciário), nos meios de controles externos sobre a tirania de maiorias ou de minorias, as formas de lidar com a regra da decisão por maiorias e os sistemas de contrapesos levaram à elaboração de um tipo definido como ‘democracia madisoniana’.

Tal modelo se contrapõe à ‘democracia populista’, que seria caracterizada pela regra absoluta das maiorias. Os limites desses modelos e a combinação de suas virtudes – somar regras de maioria e controle externo

sobre tiranias – foram a base pluralista da ‘democracia poliárquica’ que tem sido experimentada segundo regras distintas entre períodos eleitorais (produção de governos) e entre eleições (processos de governos mais sujeitos a contraditórios).

Mesmo não tratando diretamente da questão federativa, Dahl (1989) ilumina o modelo madisoniano construído em meio ao pacto federativo como a base da pactuação a ser preservada nas poliárquias modernas, seja por separação de poderes ou por concentração de poderes, como no parlamentarismo britânico. Os fundamentos madisonianos envolvem a busca de separações cooperativas e sem concentração de poderes e têm como objetivo central alcançar a ‘república não tirânica’.

As virtudes, em termos de eficiência e equidade dos sistemas democráticos sensíveis ao ativismo de seus indivíduos e comunidades, foram também destacadas em conhecida obra de Robert Putnan (2000) como resultantes de tradições cívicas regionais de longa maturação histórica e que desembocam na formação de capital social.

Embora as tradições, exemplos históricos, análises e teorias sobre concentração de poder político, em contraposição a regimes descentralizados, sejam múltiplas, é fato que o modelo federativo norte-americano, apesar de estar, hoje, presente nesse formato em poucos países, tornou-se paradigmático para este debate.

Seus fundamentos remontam aos debates que precederam, em 1787 e 1788, a finalização da Convenção Constitucional, em 1789. Os debates nas mais destacadas Convenções Estaduais ficaram conhecidos pelos ensaios teóricos de seus principais líderes, principalmente na imprensa, que se tornaram referência a partir da compilação conhecida como *Federalist Papers* (HAMILTON ET AL., 2003), publicada em 1788. O tipo de federalismo daí resultante pode ser considerado um ordenamento orientado à máxima preservação dos poderes regionais cujas origens podem

ser relacionadas ao modelo confederativo de Ligas, descrito por Maquiavel.

No modelo federativo norte-americano há uma importante descentralização política no nível estadual e uma nítida separação de funções entre União e estados em termos de atribuições e responsabilidades. Os conflitos federativos são resolvidos pelo poder judiciário (revisão judicial) e têm na responsabilização e na autonomia federativa suas principais marcas. Nesse modelo, o federalismo implica um sistema de *checks and balances* orientado a impedir a concentração de poderes em um só indivíduo ou instituição. As contradições do modelo madisoniano, o qual foi implementado segundo instituições federativas clássicas, foram apontadas por Dahl (1989) e incluem problemas associados à realização das regras majoritárias e ao déficit de centralização, que são observados em países unitários e parlamentaristas, como o Reino Unido, onde a concentração de poderes também se mostrou eficaz para controlar a tirania das maiorias. A solução poliárquica mais mesclada e contraditada se aproxima das democracias de configurações mais pactuadas observadas em países europeus continentais.

Países unitários, como o Reino Unido, constituíram o modelo majoritário, de caráter altamente centralizado, estruturado em uma concentração elevada no parlamento através do partido ou da coalizão vencedora. A ‘tirania da maioria’ é controlada pelas eleições pulverizadas em distritos e consolidadas na formação do governo. A descentralização para instituições locais ocorre no âmbito de políticas específicas e sob a égide do governo central. É importante destacar, entretanto, que diversos países vêm passando por reformas que tornam essa dinâmica centralização/descentralização mais complexa e cheia de nuances. Em caráter pendular, países centralizados e de regimes majoritários adotam algumas reformas em nome de maior descentralização e vice-versa.

Lijphart (1999) analisou, em perspectiva comparada, o estilo de democracia

consensuada fortalecido no pós-guerra em contraposição às de caráter majoritário. A descentralização se manifesta tanto em sistemas unitários quanto federativos, mas, em suas formas típicas, a democracia consensual ocorre em sistemas federativos ou semifederativos, povoada de instituições decisórias de caráter multipartite neocorporativas ou configuradas segundo regiões dotadas de culturas distintas, como forma de manutenção da unidade nacional. A regra majoritária não é, portanto, a ordenadora final de um amplo rol de soluções políticas. Para Lijphart (1999), esse sistema, apesar da maior lentidão do processo decisório, é superior em termos de proteção social e desenvolvimento social e econômico redistributivo. Vale lembrar que tais arranjos estão muito associados à montagem do *welfare state* europeu ocidental. As escolhas que se sucederam com o foco em modos de governança conferiram uma nova roupagem aos processos de decisão pactuada.

A estrutura consensuada e sujeita a contrapesos, no entanto, pode abrir caminho para vetos sucessivos que paralisem o processo decisório. Além disso, a orientação cooperativa dos sistemas federativos de caráter consensual pode implicar perda de nitidez de atribuições e responsabilidades, de modo a comprometer as dimensões madisonianas (desejáveis ou não) do sistema político.

O caso alemão, classificado no modelo de Lijphart (1999) no polo de democracia consensual, tem sido alvo de críticas internas quanto aos possíveis efeitos de seu federalismo cooperativo como obstáculo ao processo decisório e inibidor do crescimento econômico, o que levou à criação de comissões parlamentares para promover a revisão do seu sistema federativo quanto a seus aspectos cooperativos horizontais. Hillgruber (2005), entretanto, crítica tais intensões e demonstra as vantagens do modelo cooperativo contra o retorno da radical separação de poderes federativos.

Por sua vez, problemas gerados pela descentralização excessiva ou disfuncional têm

sido assinalados em importante literatura na ciência política, como nas falhas de governança (JESSOP, 2003) ou na perda de capacidade de governo por excesso de terceirizações (PETERS, 2009). A literatura especializada em políticas de saúde destaca a falta de evidências sobre as vantagens de sistemas descentralizados na experiência internacional (COSTA-FONT; GREER, 2013).

Implicações do federalismo para o Brasil e o setor saúde

Pelas suas características institucionais, o Brasil, caso estudado, seria incluído no mapa de Lijphart (1999) mais próximo ao polo da democracia consensual devido ao seu sistema federativo. As dimensões institucionais do Brasil, após a Constituição de 1988, definem também o caso entre as formas de federalismo cooperativo, ao menos em termos de regras institucionais. No entanto, o caráter efetivamente cooperativo do nosso federalismo é algo a ser demonstrado, haja vista uma série de eventos conhecidos como guerras fiscais, regulamentos de *royalties*, penalização de estados que não podem cobrar Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS) sobre a sua produção de petróleo, crise fiscal dos estados, entre muitos.

Com relação, especificamente, ao setor saúde, a crise do federalismo cooperativo é evidente. Governos estaduais sujeitos a recorrentes crises fiscais e, em muitos casos, com abandono da agenda da saúde não conseguem cumprir o papel estratégico e essencial de coordenar as políticas regionais em nome de maior equalização. Governos municipais dispõem de capacidades fiscais, de governo e de recursos de atenção à saúde bastante díspares em todos os estados e nas grandes regiões. A competição por recursos e a imposição de barreiras de acesso a outros municípios são rotinas no SUS e contribuem para minimizar os efeitos positivos de um

grande número de experiências municipais em termos de boas políticas e de cooperação regional. A fragilidade dos colegiados regionais de pactuação de políticas – com suas diferentes denominações segundo as sucessivas portarias ministeriais e os decretos presidenciais – não permite a imposição de regras às próprias vizinhanças. Dimensões efetivamente cooperativas estão por ser demonstradas adequadamente frente às dimensões competitivas por recursos financeiros, profissionais e blindagem ou desincentivo de acesso de cidadãos aos serviços do SUS nos maiores centros urbanos. Além disso, as vantagens da descentralização radical de políticas, como às de saúde, em países com grandes populações, áreas e enormes desigualdades regionais, como o Brasil, ainda estão por ser demonstradas.

Um padrão federativo com objetivos madisonianos, mesmo que difusos, serviu como orientação para o desenho institucional da República de 1889. Os ciclos democráticos e ditatoriais que se seguiram podem ser resumidos em centralização autoritária no Estado Novo varguista e na Ditadura Militar de 1964; e descentralização federativa do pós-guerra e da democracia da Constituinte, de 1988.

Numa abordagem que exclua os ciclos ditatoriais, pode-se considerar que a república nasceu na forma de um federalismo madisoniano e chegou até aqui sob a forma de um federalismo cooperativo de características bastante singulares entre as demais nações.

A literatura nacional em ciências sociais é muito qualificada quanto aos estudos sobre tais ciclos, e diversas abordagens divergentes são identificáveis entre os especialistas. Aqui, destacamos apenas algumas referências importantes como apoio à discussão específica da crise institucional do setor saúde e nos limites deste ensaio.

Abrúcio (1998) analisou o papel histórico dos governadores na transição democrática definida pela Constituinte de 1988. O ‘federalismo estadualista’ foi a matriz dos pactos da transição democrática e de suas

repercussões fiscais. Esse ‘ultrapresidencialismo estadual’ deve ser analisado junto com as transformações das matrizes da administração pública desde o século XX e sua tradição centralizadora e vulnerável à captura por interesses corporativos tradicionais e em conflito com as dinâmicas de reformas universalistas, bem analisadas por Nunes (1997). Esses processos acompanharam as variações nos padrões de federalismo na história brasileira.

A descentralização fiscal da Constituinte de 1988 implicou maior autonomia fiscal e maior participação na receita nacionalmente arrecadada, como foi demonstrado por diversos especialistas, inclusive quanto aos processos políticos e suas implicações (GIAMBIAGI; ALÉM, 2008).

No entanto, a virada fiscal, em detrimento do poder dos governos estaduais, ocorreu a partir da década de 1990, especialmente a partir dos diferentes ajustes macroeconômicos que seguiram ao longo dos anos 2000. O impacto específico das crises estaduais e a renegociação das dívidas no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso são responsáveis, segundo Monteiro Neto (2014), pela perda de poder federativo dos governos estaduais. A complexidade das configurações fiscais e políticas, suas repercussões para políticas setoriais e relações com o sistema político-partidário foram analisadas por Arretche (2004), e a perda específica de capacidade de importantes governos estaduais foi perceptível no período pós-democratização.

O protagonismo dos governadores é responsável pela configuração do federalismo fiscal e por arranjos cooperativos, mas está na base do conflito federativo vigente. Além disso, devido à sua falta de ação direta, figuram entre os responsáveis políticos pelas desigualdades regionais e fragilidade das instituições de cooperação regional em seus estados no setor saúde.

Com relação ao caso brasileiro, há uma crescente preocupação em fortalecer ou recuperar os aspectos cooperativos do federalismo

definidos na transição democrática. Como bem retratado por especialistas quanto ao fortalecimento da esfera estadual na forma política de um ultrapresidencialismo (ABRÚCIO, 1998) ou pela nova repartição fiscal pela descentralização fiscal de recursos federais para governos subnacionais (GIAMBIAGI; ALÉM, 2008), pode-se afirmar que as expectativas por um sistema descentralizado e cooperativo decorrem, em grande parte, da capacidade dos governos estaduais de desenvolver políticas redistributivas em sua esfera de poder.

Em termos de federalismo horizontal, municípios entre si, induzidos e coordenados por governos estaduais, seriam capazes de estabelecer uma democracia consensuada e reduzir as graves desigualdades regionais. Isso seria, em termos de uma visão otimista do arranjo constitucional de 1988, estruturado nacionalmente segundo um arranjo federativo vertical, pelo qual a União, baseada em um sistema presidencialista clássico, efetuaria as compensações por meio de recursos de indução das desigualdades entre as grandes regiões.

Entretanto, o processo que se seguiu após o pacto constitucional de 1988, à medida que a década de 1990 avançou, evidenciou a crise fiscal e o enfraquecimento político de governadores, a guerra fiscal entre estados e a incapacidade de se promover a redução de desigualdades sociais por meio de políticas setoriais. A Constituição de 1988 foi realizada em meio a preocupações relacionadas ao pacto federativo e ao maior equilíbrio federativo em termos fiscais. No entanto, os esforços de descentralização nessa área esbarraram em aspectos estruturais. O pressuposto da homogeneidade entre os entes como parâmetro de descentralização se mostrou bastante frágil. A principal marca da desigualdade entre estes entes se deu pelos municípios tornados entes federativos não subordinados aos estados. A falta de homogeneidade e a falta de controles estaduais, somadas à descentralização de recursos da União sem a nítida definição de competências subnacionais, contribuíram para o

fracasso de políticas regionais redistributivas (VERGOLINO, 2014).

Além disso, o ajuste macroeconômico dos anos 1990 reduziu a capacidade dos governos estaduais, na medida em que o governo federal impôs na renegociação das dívidas a limitação do papel dos governos estaduais no federalismo brasileiro. O resultado foi a maior centralização fiscal na União, embora o agregado dos municípios tenha aumentado a sua participação ao final da década de 2010 (MONTEIRO NETO, 2014).

Como destaca Vergolino (2014), o êxito do federalismo depende da combinação entre a autonomia (autodeterminação dos entes federados) e a cooperação (resolver conflitos cotidianos de natureza vertical e horizontal). Porém, a avaliação realizada por ele do caso brasileiro sobre a autonomia fiscal vigente nos estados mostrou um forte predomínio das regiões Sudeste e Sul sobre as regiões Norte e Nordeste, e um mosaico no Centro-Oeste, porém, inferior ao observado para as regiões de melhor desempenho. Esse quadro contribuiu para reforçar as desigualdades regionais que tradicionalmente marcam o País.

Entre essas desigualdades regionais, o setor saúde é um daqueles em que esse processo de fragmentação política e a competição federativa mais se evidenciam. Há um certo consenso entre os autores nacionais em torno das possíveis vantagens da municipalização, da descentralização e da regionalização como boa política. Porém, as evidências de sucessos nessa agenda são frágeis, e diversos autores concentram suas análises em atribuir as causas das restrições do federalismo cooperativo a fatores externos ao sistema.

A literatura especializada em políticas de saúde é bastante coesa em clamar pelas vantagens de sistemas descentralizados, embora essa convergência se desfaça quando se trata de demonstrar as reais características cooperativas do federalismo no setor.

A falta de políticas de desenvolvimento regional aparece em diversos estudos como causa relevante, muitas vezes associada a

evidências de desigualdades de caráter socio-econômico (ARRETCHÉ; MARQUES, 2002; TRAVASSOS ET AL., 2006; VIANA LIMA; FERREIRA, 2010; GADELHA ET AL., 2011; VIACAVA; BELLIDO, 2016; PIOLA, FRANÇA; NUNES, 2016). Aspectos diretamente relacionados ao federalismo fiscal e que demonstram seus efeitos nas desigualdades regionais e como oportunidade de reforma equitativa são trazidos ao debate político (DAIN ET AL., 2001; LIMA, 2007). Inúmeras experiências de cooperação regional, no entanto, são percebidas e analisadas como casos exitosos de distritos sanitários e formulação de políticas orientadas à consolidação do modelo descentralizado (MENDES, 1993). Seguindo orientações distintas, as parcerias por livre associação entre municípios na forma de consórcios intermunicipais de saúde também demonstram alguns casos exitosos de cooperação local. Nesses arranjos, municípios se associam de modo formal, institucionalizados por conselhos de prefeitos, conselhos municipais, secretários municipais, e repartem recursos de atenção para uso comum segundo regras de rateio de benefícios e custos segundo regras de solidariedade (RIBEIRO; COSTA, 2000; NEVES; RIBEIRO, 2006; MACHADO; ANDRADE, 2014). Após a regulamentação, na forma de consórcios públicos, tais arranjos, embora existentes, perderam protagonismo na agenda política.

As recorrentes crises fiscais dos governos estaduais realçaram suas dimensões competitivas – somadas à conhecida guerra fiscal –, reduziram a capacidade de equalização entre seus municípios e regiões e, principalmente com relação ao setor saúde, geraram superposições com o emergente municipalismo e as políticas assertivas de prefeitos (inicialmente) e de secretários municipais de saúde (no quadro vigente). As dimensões cooperativas do federalismo no setor saúde se manifestam como desigualdade entre sistemas locais em função das diferentes capacidades fiscais e de governo, como falta de coordenação política e baixa responsabilização entre os três entes em termos dos resultados da política pública.

Pode-se dizer que o federalismo cooperativo do setor saúde, no Brasil, atualmente, assemelha-se a um pacto de não responsabilização mútua entre os três níveis de governo. A dimensão consensual da democracia nesse caso não peca pelo processo decisório mais lento e negociado, e, sim, por um sistema de vetos cruzados entre os atores federativos (Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) e os societários (Conselho Nacional de Saúde), onde a dimensão contratual e responsável cede lugar à inércia. A persistência de intensas desigualdades regionais e locais, a delegação das funções regulatórias para órgãos de controle e judiciário, a superposição de funções e despesas, as barreiras de acesso intermunicipais e interestaduais e a paralisia política da agenda de regionalização são apenas algumas das muitas evidências nesse sentido.

Considerações finais: a crise da gestão federativa e compartilhada no SUS

Existem muitas experiências bem-sucedidas no SUS em todas as esferas de governo. Em comum, mostram o potencial do sistema público para atender aos seus objetivos universalistas. Contudo, a experiência cotidiana e as diversas análises aqui destacadas têm demonstrado que as dimensões federativas cooperativas no setor saúde têm fracassado em reduzir as suas enormes desigualdades regionais. Parte substantiva disso resulta de fatores externos ao setor saúde e depende de variáveis de caráter social, econômico, cultural e territorial. A competição predatória entre estados, em termos de recursos, incentivos e políticas de desenvolvimento competitivas, também assume importante papel.

Por sua vez, aspectos relacionados especificamente ao setor saúde acabam por enfraquecer as iniciativas de equalização.

As fragilidades das instituições regionais e locais de cooperação federativa podem ser evidenciadas pela incapacidade de redução das desigualdades, e a capacidade de governo no contexto da política de saúde se mostrou baixa para atenuá-las.

Há necessidade da recuperação da capacidade regulatória do sistema público. Como discutido aqui, as funções regulatórias são realizadas de modo assistemático, num quadro de judicialização e, de modo sistemático, pelos diversos órgãos de controle da administração federal. Os colegiados de gestão compartilhada – Comissão Intergestores Tripartite, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite e os diversos colegiados regionais – não exercem funções coercitivas em termos de responsabilização por pactos firmados e têm baixa capacidade de indução por meio de incentivos financeiros e de *status*.

Diante desse quadro, agravado pela escassez progressiva de recursos financeiros frente à demanda crescente – decorrente do envelhecimento populacional, da persistência de endemias e epidemias, dos impactos das doenças crônicas, das inovações tecnológicas e da percepção social de direitos à atenção em saúde –, o SUS deve empreender inovações institucionais como resposta.

A resposta política necessária resulta, inclusive, de seus próprios sucessos. A percepção da saúde como dever do Estado e direito universal foi entendida, aceita e reivindicada pela população. Logo, o aumento da capacidade de governo e de coordenação das políticas se impõe.

Algum grau de centralização autárquica, que melhore a coordenação sistêmica, gere incentivos à cooperação, induza de modo decisivo à redução das desigualdades regionais e traga para a política de saúde as funções de responsabilização hoje delegadas quase exclusivamente ao poder judiciário e a órgãos reguladores do executivo (Controladoria Geral da União; Departamento Nacional de Auditoria do SUS) e do legislativo (tribunais de contas, especialmente o Tribunal

de Contas da União), pode ser atingido por meio de pactuação setorial.

Um modelo desse tipo pode consistir de uma institucionalização autárquica, ou seja, dotada de maior formalização, incluindo Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde, em uma instituição de caráter nacional dotada de governança multipartite. Pode-se considerar que o Ministério da Saúde seja o órgão adequado a essas funções, mas é fato que seu poder indutivo é neutralizado ou (ao menos) contraditado pelos colegiados do federalismo horizontal.

Uma coordenação de caráter nacional deve ter suas prerrogativas politicamente bem delineadas. O orçamento relacionado a políticas e serviços de saúde dos três níveis de governo não pode ser transferido em uma forma de ‘fundo a fundo reverso’, de difícil implementação institucional, porém, um pacto de delegação de autoridade sobre a execução financeira das políticas de regionalização e equalização pode ser feito em nome de mais coordenação central.

Os limites estabelecidos para o financiamento setorial, considerando o esgotamento fiscal de grande parte dos municípios, a crise fiscal na maioria dos estados e os limites institucionalmente colocados ao gasto federal em saúde, geram um quadro de escassez estrutural quando se trata da estratégia de montagem no Brasil de um sistema público, de caráter nacional e universal, nos moldes europeus e como definido na transição democrática.

Esses obstáculos já representam impedimentos poderosos ao sucesso do SUS, e não há necessidade de se agregar fatores como pulverização decisória, superposição de funções, blindagem de acessos entre municípios e competição por recursos escassos. A centralização autárquica pactuada e bem restrita a funções específicas pode ser uma solução de caráter incremental, isto é, que não altera a natureza do sistema, para favorecer as dimensões cooperativas horizontais e verticais do federalismo brasileiro no setor saúde. ■

Referências

- ABRÚCIO, L. F. *Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira*. São Paulo: Editora Hucitec, 1998.
- ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder de voto e estratégias de governo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 455-479, 2002.
- ARRETCHE, M. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004.
- COSTA, V. Federalismo. In: AVELAR, L.; CINTRA, A. O. (Org.). *Sistema político brasileiro: uma introdução*. Rio de Janeiro: Konrad-Adenauer-Stiftung; São Paulo: Editora Unesp, 2007, p. 211-223.
- COSTA-FONT, J.; GREER, S. L. (Org.). *Federalism and decentralization in European health and social care*. London: Palgrave; Macmillan, 2013.
- DAHL, R. *Um prefácio à teoria democrática*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.
- DAIN, S. et al. Avaliação dos impactos de reforma tributária sobre o financiamento da saúde. In: NEGRI, B.; FERRATO, G. (Org.). *Radiografia da Saúde*: 2001. Campinas: Editora Unicamp, 2001, p. 233-288.
- GADELHA, C. A. G. et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 3003-3016, 2011.
- GIAMBIAGI, F.; ALÉM, A. C. *Finanças públicas: teoria e prática no Brasil*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
- HAMILTON, A.; MADISON, J.; JAY, J. *The Federalist Papers*. New York: Signet Classics, 2003.
- HILLGRUBER, C. German Federalism: An Outdated Relict? *German Law Journal*, Charlottesville, v. 6, n. 10, p. 1269-1282, 2005.
- JESSOP, B. *Governance and Metagovernance: on reflexivity, requisite variety, and requisite irony*. Lancaster: Lancaster University, 2003. Disponível em: <<http://www.lancaster.ac.uk/fass/resources/sociology-online-papers/papers/jessop-governance-and-metagovernance.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2016.
- LIJPHART, A. *Patterns of Democracy: government and performance in thirty-six countries*. New Haven: Yale University, 1999.
- LIMA, L. D. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 511-522, 2007.
- MACHADO, J. A.; ANDRADE, M. L. C. Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de cursos e benefícios. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 695-720, 2014.
- MACHIAVELLI, N. *Discourses on Livy*. New York: Dover Publications, 2007.
- MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.
- MONTEIRO NETO, A. Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações no cenário atual. In: _____. (Org.). *Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate*. Brasília, DF: IPEA, 2014. p. 21-60.
- NEVES, L. A.; RIBEIRO, J. M. Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2207-2217, 2006.
- NUNES, E. *A Gramática Política do Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1997.

PETERS, B. G. The two futures of governing: decentering and recentering processes in governing. *The Journal of Public Administration and Policy*, Budapest, v. 2, n. 1, p. 7-24, 2009.

PIOLA, S. F.; FRANÇA, J. R. M.; NUNES, A. Os efeitos da Emenda Constitucional 29 na alocação regional dos gastos públicos no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 411-421, 2016.

PUTNAN, R. D. *Comunidade e Democracia: a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2000.

RIBEIRO, J. M., COSTA, N. R. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (SUS). *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, DF, n. 22, p. 173-220, 2000.

TOCQUEVILLE, A. *Democracy in America and two essays on America*. London: Penguin Books, 2003.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos

serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

VERGOLINO, J. R. O. Federalismo e autonomia fiscal dos governos estaduais no Brasil: notas sobre o período recente (1990-2010). In: MONTEIRO NETO, A. (Org.). *Governos estaduais no federalismo brasileiro: capacidades e limitações governativas em debate*. Brasília, DF: IPEA, 2014. p. 63-117.

VIACAVA, F.; BELLIDO, J. G. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 351-370, 2016.

VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

Recebido para publicação em novembro de 2016
Versão final em dezembro de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Reflexões sobre democracia deliberativa: contribuições para os conselhos de saúde num contexto de crise política

Reflections about deliberative democracy: contributions to health councils in a context of political crisis

Marcelo Rasga Moreira¹

RESUMO O ensaio reflete sobre a democracia deliberativa e sobre os limites e as possibilidades de os conselhos municipais de saúde tornarem-se instituições que a pratiquem e ambientem. Mostra-se que tais conselhos enfrentam um processo de deslegitimação institucional que pode subtrair sua importância no processo decisório, risco potencializado pela crise política que o País atravessa. Por promover a participação social e a deliberação como processo organizado de busca do consenso na tomada de decisões e por considerar a decisão consensual como base da legitimação institucional, conclui-se que uma virada deliberativa tem potencial para impulsionar os conselhos na superação dos riscos da deslegitimação.

PALAVRAS-CHAVE Democracia. Deliberações. Conselhos de saúde.

ABSTRACT *The essay reflects upon the deliberative democracy and upon the limits and possibilities of the municipal health councils to become institutions that practice and settle it. It is shown that such councils face a process of institutional delegitimization that can subtract their importance in the decision-making process, a risk enhanced by the political crisis that the country is experiencing. For promoting social participation and deliberation as an organized process in the pursuit of consensus in decision-making and for considering the consensual decision the basis of institutional legitimation, it is concluded that a deliberative turn has the potential to boost the councils in overcoming the risks of delegitimization.*

KEYWORDS *Democracy. Deliberations. Health councils.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
rasga@ensp.fiocruz.br

Introdução

As sociedades, para atingir, sustentar e aperfeiçoar a justiça social, enfrentam, constantemente, uma série de desafios. Mesmo aquelas que podem se orgulhar de terem conquistado os principais avanços nesse campo têm motivos concretos e diários para se preocupar com o retrocesso e com o recrudescimento das desigualdades sociais. Neste ensaio, considera-se que a democracia – mais precisamente, seu processo de aperfeiçoamento constante e de radicalização – constitui-se em eixo estruturante da luta pela justiça social, formando o ambiente social mais adequado para a melhoria das condições materiais de vida e da cidadania.

Democracia, aqui, será trabalhada com inspiração em Robert Dahl (1997), para quem uma sociedade é tão mais democrática quanto maior for sua capacidade de (i) ampliar a participação dos diferentes segmentos sociais na tomada de decisões, principalmente daqueles que sempre estiveram afastados e/ou aliados desses processos políticos; e, ao mesmo tempo, (ii) legitimar as instituições que recebem esses participantes, o que significa, em última instância, legitimar suas decisões.

Há, certamente, outras concepções de democracia. Contudo, para as reflexões que se deseja produzir neste trabalho, considera-se essa a mais indicada, porque permite inserir no debate a ideia-força de que direitos sociais e individuais só podem ser efetivos e sustentáveis em sociedades nas quais aqueles que são os principais interessados nas melhorias das condições de vida e cidadania têm real oportunidade de participar, defender seus interesses e, por meio do debate político, conquistá-los.

Em outras palavras, considera-se que quanto maior for a participação dos diretamente interessados no processo decisório de uma determinada política, mais chances ela tem de produzir resultados que atendam às necessidades daqueles e menos riscos de que

expressem os interesses de representantes políticos que, muitas vezes, mantêm relações tênues com aqueles que deviam representar ou, pior, de representantes de segmentos avessos à justiça social.

Na contramão de um pensamento que expressa o que Nelson Rodrigues denominou ‘complexo de vira-latas’, o Brasil formulou, na Constituição Federal de 1988, novas instituições capazes de potencializar seus esforços democratizantes. Entre essas inovações, os conselhos gestores de políticas públicas – inspirados nos conselhos que surgiram na luta pela democratização dos anos 1970 e 1980 – despontam como a mais importante (GOHN, 2003), pois (i) incluem no processo decisório de tais políticas atores que dele sempre estiveram aliçados; (ii) constituem-se na própria arena em que esses atores competem e articulam-se com os atores que sempre participaram do processo decisório; e (iii) distribuem e descentralizam para a sociedade organizada parte importante do poder decisório.

Nesses quase trinta anos, a implantação dos conselhos gestores tem apresentado ritmos e desenhos diferenciados, variando conforme as características e a receptividade democratizante dos atores que participam de cada política setorial. Provavelmente, porque, mais organizado na luta contra a ditadura militar (tendo, inclusive, produzido uma proposta de reforma de Estado cujos aspectos setoriais foram incorporados à Constituição), o setor saúde foi o que mais avançou e o que logrou melhores resultados com relação a seus conselhos: em âmbito federal, o Conselho Nacional de Saúde, que já existia, foi remodelado, adaptando-se ao preconizado pela Constituição; no âmbito estadual, as 27 Unidades de Federação criaram seus conselhos; e o mesmo ocorreu nos 5.570 municípios do País, que, ao criarem seus Conselhos Municipais de Saúde (CMS), congregaram mais de 72.000 conselheiros, dos quais, aproximadamente, 36.000 representam os usuários, constituindo-se na mais

importante experiência de descentralização e participação político-administrativa do País (ESCOREL; MOREIRA, 2014).

Vários autores (BATISTA; MOREIRA, 2016; BUSANA; HEIDEMANN; WENDHAUSEN, 2015; MONTEIRO; FLEURY, 2006; MORITA; GUIMARÃES; DI MUZIO, 2006) têm estudado a participação social e os conselhos de saúde, convergindo em um ponto principal: apesar de terem obtido sucesso em sua tarefa inclusiva, os CMS ainda precisam superar importantes problemas para que possam influir de maneira efetiva no processo decisório da política municipal de saúde.

Moreira e Escorel (2009), em estudo censitário, compreendem que tais dificuldades ocorrem porque os CMS, apesar de amparados em aspectos legais, não conseguiram, em termos políticos, consolidar-se como instituições do processo decisório das políticas municipais de saúde. Para eles, os CMS enfrentam tal problema sobretudo porque governantes que representam atores políticos que, tradicionalmente, concentraram poder decisório têm seus interesses matizados por práticas ultrapresidencialistas (ABRÚCIO, 1998) e tendem a identificar ações de desconcentração de poder como usurpação.

Assim, as problemáticas condições de funcionamento, recursos e infraestrutura que grande parte dos CMS enfrenta são analisadas por esses autores como reações, visto que sua provisão é responsabilidade legal do poder executivo municipal. Conformam, pois, um rol de indicadores de deslegitimação em que o mais importante é o de que 90% dos CMS do País tinham ao menos uma de suas últimas cinco deliberações não reconhecidas pelo poder executivo. Tais indicadores apontam para uma crise de deslegitimação dos CMS pelas instituições políticas que, no Brasil, tradicionalmente, concentram o poder decisório.

Nomear a crise e atribuí-la a determinados comportamentos dos gestores, embora adequado, pode produzir efeito diferente do que se pretende – a superação dos problemas –, uma vez que tangencia a esterilização dos

debates por tender a apontar um conjunto de atores como responsável. É preciso, portanto, que se discutam os motivos que levam esses atores a agir de tal maneira, não para lhes atribuir possíveis razões, mas para compreender os gargalos do processo político e, também, para discernir, uma vez que entre tais atores há vários cuja trajetória política na defesa dos direitos sociais e individuais e da participação social desautorizam uma análise determinista dos indicadores anteriormente citados.

O presente ensaio pretende contribuir com esses esforços. Considerando que o debate deve ter como foco elementos relacionados ao funcionamento dos CMS, pois os externos já foram bem identificados, focaliza-se o caráter deliberativo que lhes é atribuído pela Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990), tendo como objetivo compreender como os CMS o interpretam e praticam.

Parte-se aqui de uma hipótese de que a prática deliberativa dos CMS tende a considerá-los como uma instituição que tem poder sobre as demais instituições do processo decisório (Secretaria Municipal de Saúde, Câmara de Vereadores, Comissão Intergestores Bipartite – CIB), o que cria o ambiente propício para que estas reajam negativamente. Tais reações, persistindo ao longo do tempo e do processo político, elevam o risco de deslegitimação dos conselhos.

Esse ponto de partida está em consonância com Lijphart (2003), para quem as instituições que favorecem a busca de consensos e a articulação política são as que têm maiores chances de sucesso em suas tarefas democratizantes, estando associadas a melhores e mais generosas políticas públicas. Por conta disso, pretende-se refletir sobre uma práxis deliberativa que, inspirada em Manin (1987) e outros deliberacionistas, investe na construção do consenso, considerando-o base do processo de radicalização democrática.

Nessa dinâmica reflexiva, formula-se um desenho institucional simples, que articula um conjunto de elementos portadores de

potência democratizante, relacionando-o, em seguida, aos CMS. Tal proceder não se ampara em uma postura normativa, pretendendo, acima de tudo, promover o debate em torno da prática deliberativa dos CMS, seus limites e possibilidades, a fim de contribuir para a superação dos riscos da deslegitimação, que estão extremamente acentuados pela crise política que o Brasil vive em 2016.

Democracia deliberativa

A democratização de um regime político depende da conjugação de esforços voltados para a inclusão e a participação de novos e diversificados atores no processo decisório e a criação e/ou consolidação de instituições que ambientem a competição política entre os atores incluídos e aqueles que, tradicionalmente, sempre foram tomadores de decisões.

Em regimes de democratização recente, como o Brasil, a tendência é a de que os esforços inclusivos e participativos tenham precedido, ao menos em termos de efetividade, os de consolidação institucional (liberalização). A sequência desses passos conduz tais regimes por um caminho difícil de ser percorrido, visto que a institucionalização da competição política é tão mais complexa e problemática quanto maior e mais diversificado é o número de atores incluídos (DAHL, 1997).

Isso ocorre porque muitos dos novos atores representam interesses que foram historicamente usurpados pelos que anteriormente concentravam o poder decisório e que, no novo regime, continuarão, em grande parte, a participar da competição política. Desconcentrar o processo decisório, distribuindo poder pelos novos atores sem torná-los mais poderosos que os tradicionais é o principal desafio institucional, pois, ao mesmo tempo que pode suscitar nestes a insegurança do revanchismo, pode ser compreendido pelos recém-incluídos como insuficiente diante do longo período em que seus interesses foram submetidos aos de outros.

Em tais cenários, os custos do respeito à competição política e seus resultados tendem a se elevar. Se, ao mesmo tempo, os custos das respostas extrainstitucionais (impositivas e/ou violentas) para os impasses gerados pela competição política reduzirem-se, a utilização delas torna-se uma opção concreta, o que põe em risco máximo a democratização (PRZEWORSKI, 1984).

Para que isso não ocorra, é preciso que os atores envolvidos no processo decisório legitimem as instituições que ambientam o processo decisório. A articulação entre os diferentes atores, a busca do consenso possível e a pactuação em torno de políticas que, de alguma maneira, representem os interesses envolvidos sem usurpar nenhum estão, por sua vez, na essência da deliberação política, que pode, em sentido amplo, ser definida como a tomada de decisões por meio do debate entre cidadãos livres e iguais.

Para Jon Elster (2001), a incorporação da deliberação política à ideia de democracia é uma proposta/tentativa muito antiga, cuja origem ele situa na polis grega, mais precisamente, na Atenas do século V antes de Cristo. Segundo este autor, depois de períodos de ostracismo, tal proposta passa por importantes processos de renovação e crescimento, impulsionados, sobretudo, pelas reflexões de Jürgen Habermas, para quem a democracia desenvolve-se pela transformação das ideias e não por seu acúmulo.

Para Habermas (1989), essa transformação ocorre por meio da discussão e da troca de ideias, constituindo-se em um agir comunicativo, que, para assumir feições democráticas, deve se basear, entre outras coisas, em uma ética do discurso fundamentada em dois movimentos: a utilização do princípio de universalização como regra de argumentação para discursos práticos (uma reconstrução das intuições da vida cotidiana na competição política) e a tentativa de demonstrar a validade do princípio universal.

Marcos Nobre (2004), ao estudar o debate entre diferentes teorias democráticas,

também ressalta a importância da proposta de Habermas, mas considera que o primeiro impulso para a deliberação política voltar a ser reconhecida no debate democrático foi dado por Bernard Manin, ao distinguir dois sentidos de deliberação – como processo de discussão e como decisão – e ao fazer o segundo sentido depender teórica e praticamente do primeiro.

Manin (1987), preocupado com a legitimidade das decisões tomadas por meio da deliberação política (pois compreende que tal legitimidade é responsável pela consolidação das instituições que adotam a deliberação política), identifica duas macrocorrentes político-filosóficas que, embora fundamentem suas posturas na associação entre liberdade e deliberação, diferenciam-se na compreensão destas e das relações entre elas: (i) uma pensa a deliberação como a decisão em si, a escolha que um determinado indivíduo faz quando toma uma decisão. Nesse contexto, a deliberação é a concretização dos interesses do indivíduo, e sua legitimidade reside na liberdade que este tem para tomar sua decisão sem ser influenciado por ninguém ou por nenhuma instituição; e (ii) outra, amparada na tradição aristotélica, segundo a qual deliberação é o próprio processo de formação do interesse, o momento particular que precede a escolha e no qual o indivíduo pondera entre diferentes soluções. Para esta, a legitimidade está na liberdade que os indivíduos têm de debater (no dizer habermasiano, ‘trocar’) suas ideias.

A limitação da primeira proposta seria, no entender de Manin, que ela parte do pressuposto de que o indivíduo, ao deliberar, isto é, ao tomar uma decisão, já constituiu, per se, suas convicções e escolhas. Por isso, qualquer influência externa (de indivíduos, partidos ou associações) é compreendida como coercitiva e ameaçadora da liberdade, afetando, portanto, a legitimidade da deliberação. Assim, a troca, o debate entre as diferentes visões e a competição travada em torno da discussão de ideias, típicas da competição política, são eminentemente problemáticas.

Manin contesta essa concepção, afirmando que a tomada de decisões é sempre uma escolha entre incertezas. Para ele, é correto afirmar que os indivíduos, ao tomarem decisões sobre os rumos da sociedade, possuem informações. No entanto, estas são fragmentárias, incompletas e até mesmo contraditórias, o que não permite a formação de convicções que fundamentem a tomada de decisões. O confronto e o debate entre os vários pontos de vista acerca de uma proposta, ao invés de prejudicarem, são essenciais para que os indivíduos clarifiquem, aperfeiçoem e selecionem as informações de que dispõem, reduzindo seus níveis de incerteza e modelando suas preferências, ainda que isso represente uma mudança de seus vagos objetivos iniciais. Neste sentido, o debate, além de incrementar e melhorar a qualidade da informação disponível, constitui-se em processo político-pedagógico para os tomadores de decisão.

Em cenários como esse, a liberdade consiste na possibilidade de se chegar a uma decisão por meio da busca, do debate e da comparação entre várias soluções. Por conseguinte, a legitimidade das decisões seria o próprio processo de discussão e debate que as forma. Para Manin, esse processo de discussão e debate é, em si, a deliberação. Em outras palavras: a deliberação – o debate entre diferentes propostas – é o critério que legitima as decisões tomadas.

Como as decisões políticas geralmente são impostas a todos os indivíduos, uma das pré-condições essenciais para sua legitimidade é a participação de todos ou, mais precisamente, o direito de todos de participarem na deliberação. Assim, uma decisão será legítima não porque representa o interesse de todos, mas porque resulta da deliberação de todos ou, mais precisamente, do direito de todos de deliberarem.

Quando a deliberação é concluída (o que acontece não porque se formaram certezas, mas porque o prazo estipulado para a tomada de decisões findou-se), pode-se, em

caso de dúvidas, decidir qual ponto de vista deve ser escolhido. Essa escolha é mediada pelo voto, que não é visto como ‘a deliberação’, mas como uma decorrência desta, que, além de tudo, tem o mérito de institucionalizar a posição daqueles que não concordaram com a solução final adotada – a minoria –, fortalecendo a legitimidade da decisão.

Joshua Cohen (2001), com o intuito de aprofundar e concretizar tal concepção deliberativa, considera que não basta assegurar uma cultura pública de discussão sobre assuntos políticos e tentar associá-la a instituições tradicionais da democracia representativa, como voto, partidos e eleições. Para ele, a deliberação política só é legítima quando vincula o exercício do poder a condições de ‘*razonamiento público*’.

O ‘*razonamiento público*’ é o procedimento no qual todos os cidadãos que têm condições de pensar sobre os temas a serem debatidos – para Cohen (2001), ‘aproximadamente todos os seres humanos’ – são e se compreendem como livres e iguais, e seus interesses são apresentados ao debate por meio de propostas que expressam razões que poderiam ser aceitas por todos. Assim, o procedimento deliberacionista seria, além de democrático, racional. Quando a negociação democrática entre diferentes pontos de vista racionais não produz consensos, deve-se recorrer ao voto para a tomada de decisão. Nesses casos, votam-se em propostas que, embora não reflitam as razões de todos, foram construídas levando em consideração tais razões. Trata-se, pois, de escolher entre aquela que, na visão dos votantes, melhor considera tais razões. Isso confere legitimidade ao processo deliberativo e, por conseguinte, à decisão tomada por meio do voto.

Adam Przeworski (1984) apresenta uma importante contribuição para uma melhor compreensão desse ‘momento do voto’ ao definir que a incerteza dos resultados de uma competição política é fundamental para a legitimação das instituições. Para ele, se algum ator político tem a certeza de que

seus interesses sairão vencedores da competição política, independentemente da forma que o processo decisório tiver, os demais atores tendem a deslegitimar a competição e a recorrer a outras estratégias extrainstitucionais (tendencialmente impositivas e/ou violentas) para fazer valer seus interesses.

Isso significa que se a votação para a qual são encaminhadas as propostas deliberadas não expressa a ‘incerteza referencial’ à qual Przeworski refere-se, a votação corre o risco de entrar em dissintonia com a deliberação, pois, se algum ator político tem a certeza de que, independentemente do que foi deliberado, sua proposta será vitoriosa na votação, os esforços de articulação e debate são anulados e a deliberação perde legitimidade. Para esse autor, a incerteza referencial pode e deve ser construída e garantida por meio de regras institucionais pactuadas entre os atores políticos. No que diz respeito ao voto, tais regras têm, entre outros aspectos, que se preocupar com a composição, o número e o peso decisório dos votantes.

Levando em conta esses argumentos, Jon Elster (2001) considera que a democracia deliberativa não está imune – e, provavelmente, é ainda mais sensível – ao que chama de ‘problema de larga escala’. Para ele, se forem repetidos os procedimentos gregos de deliberação, baseados na assembleia da ágora, na qual milhares de pessoas tomavam parte, o processo deliberativo tende a se tornar um debate entre poucos, geralmente providos de oratória e retórica, que se dedicam a convencer os demais de que sua proposta é melhor do que as outras. Nesta dinâmica, os oradores, preocupados em persuadir os ouvintes, tendem a recorrer à desqualificação das outras propostas (ou, o que é pior, de seus proponentes), esvaziando o debate e a troca de informações e, por extensão, a legitimidade das decisões.

No mesmo tom, John Dryzek (2004), buscando identificar as possibilidades de a democracia deliberativa superar o problema de larga escala, considera que ela pende por um fio se

sua viabilidade depende crucialmente de uma vasta maioria, em especial, porque esta sempre opta por não exercer os direitos e as capacidades que são tão fundamentais para a teoria.

A redução de escala preconizada por esses autores – já pensada por Manin, ao associar a deliberação de todos com o direito de todos de deliberar – necessariamente, introduz no debate o complexo e problemático aspecto da representação/representatividade. Lijphart (2003) considera-o como um dos principais elementos formais para o sucesso das instituições políticas. Hannah Pitkin (1969), em estudo já clássico, explica que a representação, por se basear no paradoxo de tornar presente quem está ausente, contingência a atuação dos representantes a uma espécie de oscilação entre uma postura de porta-voz dos que os nomearam representantes (mandato) e outra que os coloca como representantes não apenas dos que os indicaram, mas de toda a sociedade, o que os leva a decidir em nome dessa (autonomia). Para ela, as instituições devem ser capazes de harmonizar tais oscilações, gerando posturas intermediárias que viabilizem que o representante represente os que o indicaram, mas que isso não o impeça de atender a desígnios que considere como os da sociedade e, ao mesmo tempo, permitam que essa postura de independência não usurpe o interesse dos que indicaram como representante.

Archon Fung (2004, p. 183), lidando com as questões de escala e representação, propõe que a deliberação política tenha como lócus o que denomina de ‘minipúblicos’, recortes da esfera pública que

reúnem cidadãos às dúzias, centenas ou milhares, mas não aos milhões ou às dezenas de milhões, em deliberações públicas organizadas de maneira autoconsciente.

Ele propõe uma tipologia de minipúblicos baseada em suas funções e atribuições: ‘fórum educativo’; ‘conselho consultivo participativo’; ‘cooperação para a resolução

participativa de problemas’; e ‘governança democrática participativa’.

O minipúblico, cuja atribuição é a de ‘governança democrática participativa’, porque tem como função incorporar os cidadãos diretamente à formulação e à determinação da agenda política, é o que apresenta a maior possibilidade de construir uma democracia de cunho deliberativo. Isso porque abre espaço para a criação de instituições que incluam no processo decisório das políticas públicas atores políticos até então dele alijados e que, pelas características apresentadas por Cohen (2003), podem legitimar as decisões tomadas.

Todos os autores aqui mencionados preocupam-se com outro elemento fundamental para o sucesso da deliberação política: a definição dos assuntos/políticas que podem e devem ser colocados em debate. Em regra, eles consideram que não se pode trabalhar com a ideia de que todo e qualquer assunto deva ser discutido, mas também encontram dificuldades para definir quais seriam (apresentando soluções amplas e um tanto vagas, do tipo ‘tudo o que interfira no cotidiano de outro’) e, o que parece ser ainda mais importante, como definir o que deve ser debatido. Esse parece ser o aspecto menos trabalhado na literatura acerca da deliberação política.

Marcos Nobre (2004), baseado em Seyla Benhabib, define aspectos práticos para o proceder deliberativo: (i) a participação na deliberação é regulada por normas de igualdade e simetria; (ii) todos têm as mesmas chances de iniciar atos de fala, questionar, interrogar e abrir o debate; (iii) todos têm o direito de questionar a pauta produzida para debates; e (iv) todos têm o direito de introduzir argumentos reflexivos sobre as regras do procedimento discursivo e o modo pelo qual elas são aplicadas ou conduzidas.

Até aqui, buscou-se desenhar uma estrutura teórico-reflexiva que caracterizasse a democracia deliberativa como movimento de radicalização da democracia representativa – em especial, ao fato desta esgotar suas possibilidades responsivas em mecanismos

eleitorais de agregação –, ampliando a legitimidade política do processo decisório por meio de uma constante e institucionalizada busca de consensos.

O passo seguinte, como destacaram Vieira e Silva (2013), é o de estabelecer as relações entre o aporte teórico da democracia deliberativa e as práticas deliberativas reais e questões mais concretas de desenho institucional, em especial, na criação e no desenvolvimento de minipúblicos.

Posto isso, o caminho trilhado neste ensaio envereda, ao finalizar o presente tópico, para a enunciação de um conjunto articulado de 11 características cuja intenção é contribuir para o desenho de uma instituição que, ao ser arena de um processo decisório, atue a partir da democracia deliberativa.

Para que a radicalização democrática seja conduzida por um caráter deliberativo, precisa (i) ser construída a partir de instituições nas quais a tomada de decisão é decorrência de um processo de debate entre diferentes propostas. Tais instituições (ii) tendem a ter mais sucesso se, em termos de escala, caracterizarem-se como minipúblicos. Entre esses, (iii) os que lidam mais diretamente com o processo decisório das políticas são os de tipo ‘governança democrática participativa’, pois têm a atribuição de definir a agenda política e, num sentido mais amplo, formular e acompanhar a execução das políticas públicas.

Para ser uma instituição democratizante, esses minipúblicos devem (iv) definir as agendas que serão objeto de deliberação, recusando a tentação de tentar deliberar sobre tudo. Agendas oriundas de fóruns participativos mais amplos e que, periodicamente, são reavaliadas constituem-se em uma estratégia poderosa; e (v) incluir em seu processo decisório representantes de todos os que tenham interesses nas ações políticas que serão debatidas.

Esses representantes precisam (vi) compreender-se mutuamente – e aos representados – como livres e de igual capacidade para tomar decisões políticas. Para que isso ocorra

(vii), é fundamental que todos os participantes tenham igual possibilidade de formular, apresentar e defender propostas. Mais do que isso, (viii) as propostas por eles apresentadas precisam ser fundamentadas em razões que todos os participantes poderiam considerar como possíveis de serem aceitas.

Deste modo, (ix) o debate não se reduz a posturas de veto/aceite, constituindo-se em um processo que busca aprimorar a proposta original. Esse aprimoramento não extingue as divergências, mas ressalta convergências. Assim, (x) o voto, se necessário, torna-se uma maneira de escolher – entre diferentes propostas que, porque foram deliberadas, já são legítimas a todos – a mais plausível. (xi) Deliberação e votação são, pois, processos articulados que precisam estar baseados na incerteza referencial de seus resultados, o que inviabiliza o argumento deslegitimador.

Tais características, articuladas, têm, do ponto de vista deste ensaio, potencial para conferir legitimidade às deliberações e decisões tomadas pelas instituições, consolidando-as e, portanto, radicalizando a democracia. Pretende-se, agora, relacioná-las aos Conselhos Municipais de Saúde, a fim de se constatar em que medidas estas já as praticam; o quanto poderiam se aperfeiçoar para incorporá-las, isto é, suas possibilidades; e seus limites, aqueles que possam impedi-los de praticar a democracia deliberativa. O intuito principal desse proceder é, conforme discutido anteriormente, contribuir para a superação da crise de deslegitimação enfrentada pelos Conselhos de Saúde.

Possibilidades e limites da democracia deliberativa nos Conselhos Municipais de Saúde

Neste momento do ensaio, cabe aproximar as reflexões até aqui construídas dos Conselhos Municipais de Saúde, buscando,

com base no desenho institucional acima esboçado, discutir as possibilidades e os limites desses conselhos de enfrentarem a crise de deslegitimação a partir de uma virada deliberacionista.

No campo das possibilidades, há pelo menos cinco que têm grande importância para uma abordagem que pretende caracterizar os CMS como ‘minipúblicos de governança democrática participativa’: (i) são instituições mandatórias, e sua não existência pode ser punida com corte de recursos federais; (ii) os conselheiros representam os segmentos que têm interesse nas políticas municipais de saúde; (iii) as entidades que representam o segmento dos usuários do sistema de saúde contam com metade das vagas de conselheiros, abrindo amplo espaço participativo para aqueles que, em última instância, serão os mais atingidos pelos resultados do processo decisório; (iv) por lidarem dessa maneira com a relação participação-representação, viabilizam uma estratégia para a superação do problema de larga escala; e (v) suas atribuições legais o institucionalizam como fórum de formulação das políticas de saúde e, em extensão, de controle e acompanhamento destas.

Ainda mais potente é o fato de que a Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990), que institucionaliza os conselhos de saúde no processo decisório, define que essas instituições têm ‘caráter deliberativo’. Contudo, dialeticamente, talvez resida nessa definição legal não apenas a grande possibilidade dos conselhos realizarem uma virada deliberacionista, mas, também, o grande fator limitador para essa mudança. Isso porque a interpretação hegemônica entre os CMS sobre seu caráter deliberativo é aquela a qual Manin explica como a decisão em si, e não a busca pelo consenso como produtor da decisão.

Em termos mais específicos, na prática dos conselhos, deliberação é o resultado da votação realizada em seus plenos. Ela concretiza-se em um documento oficial e de caráter normativo que deve ser homologado

e colocado em prática pelos governantes num prazo máximo de 30 dias. Como já citado, no único estudo censitário nacional disponível, Moreira e Escorel (2009) identificaram que cerca de 90% dos CMS brasileiros tiveram ao menos uma de suas cinco últimas deliberações não homologadas pelo poder executivo municipal. Esse elevado percentual permitiu aos autores considerar que ou não houve um processo de troca de ideias, de busca de consenso, precedendo as votações, ou, se ocorreu, não foi capaz de produzir propostas que, embora divergentes, fossem baseadas em razões que todos os atores envolvidos pudessem ter.

Há de se agregar aqui um outro elemento limitador, a postura de veto (veto player) de determinados conselheiros, que, por seu número e liderança, acabam transformando os próprios conselhos em instância apriorística de veto, desestimulando qualquer busca de consenso, como mostra Silva (2011).

Levando-se em conta que a composição dos CMS é paritária e entendida como metade das vagas destinadas aos representantes dos usuários e metade aos representantes dos outros segmentos (sendo 25% dos profissionais de saúde e 25% do conjunto prestadores de serviço e governantes), para vencer uma votação, os governantes precisam atrair representantes de todos os outros segmentos. Se tal atração já tende a ter custos de transação elevados, estes são ainda maiores em um processo decisório em que a troca de ideias tem dificuldade para ocorrer.

Uma análise procedimental das votações mostra a elevação dos custos de transação: cerca de 70% dos CMS não estabelece quórum mínimo para a votação (MOREIRA; ESCOREL, 2009). Na prática, isso significa que, em uma determinada votação, decisões podem ser tomadas independentemente do número de conselheiros presentes e dos segmentos que eles representem. Além de representar a quebra da paridade entre conselheiros, também determinada pela Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990), isso amplia as possibilidades

dos governantes de compreenderem que suas posições sairão derrotadas. Se tiverem certeza disso, ou seja, se considerarem que o processo não tem uma incerteza referencial e que suas propostas serão vetadas, ou que propostas contrárias a seus interesses serão vitoriosas, tenderão a não homologar o resultado da votação, reação cujo custo político é muito baixo. Agindo assim, deslegitimam as decisões e os próprios CMS.

Pode-se argumentar que essa situação é um descumprimento da lei pelo poder executivo, o que transferiria o problema para a esfera jurídica. Contudo, a quantidade de vezes que tal desrespeito ocorre e o fato de ser distribuído por todo o País, incidindo em locais nos quais o movimento social e o Ministério Público têm atuação destacada, parecem indicar que, se há um problema jurídico, decorre mais de uma lacuna, da ausência de jurisprudência e/ou da indefinição legal sobre o papel e o poder dos CMS.

A quantidade e a sequência de deliberações dos CMS que não são homologadas pelo poder executivo colocam em cheque sua legitimidade institucional e, por conseguinte, reduzem suas possibilidades de intervirem nos rumos das políticas de saúde. É a isso que se chama aqui de ‘crise de deslegitimação’, que pode esvaziar de sentido os avanços conquistados, em especial, os de inclusão de novos atores e, por conseguinte, os próprios CMS. Mais à frente, incorporar-se-á a esta reflexão sobre a deslegitimação, ainda que de maneira preliminar, um novo elemento, que desponta com a crise política que o Brasil atravessa em 2016.

Antes, porém, há de se discutir potenciais motivos para que essa concepção de deliberação como resultado do voto e de poder sobre as demais instituições do processo decisório seja predominante nos conselhos.

A principal hipótese aqui discutida diz respeito a uma peculiaridade na transição do ‘Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde’ (BRASIL, 1986) para o capítulo de saúde da Constituição de 1988 e as leis de criação

do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que um dos poucos aspectos do Relatório que não foram incorporados pelo SUS diz respeito justamente aos conselhos de saúde.

No ‘Relatório final da 8ª’ (BRASIL, 1986, P. 12), o sistema de saúde teria um setor privado “subordinado ao papel diretivo da ação estatal”. Embora seja o agente primeiro e responsável pelo exercício direto desse controle, o Estado não seria nem a única nem a definitiva instância controladora, devendo, também, ser controlado, dessa vez, pela população.

Esse controle da população sobre o Estado, as políticas e os serviços de saúde – e, por conseguinte, sobre o setor privado – foi denominado ‘controle social’. Para efetivá-lo, foram preconizadas, entre outras medidas mais amplas, a reordenação do Conselho Nacional de Saúde e a criação de Conselhos Estaduais, Municipais, Locais e Regionais. O item 25, Tema II, do Relatório, dispõe sobre a formação, em nível municipal, de Conselhos de Saúde:

[...] compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço) que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. (BRASIL, 1986, P. 18).

Dessa forma, o controle social a ser empreendido pelos CMS seria um controle externo ao Estado e que acumula poderes formuladores, executores e fiscalizadores das políticas de saúde. Por serem externos e não estarem vinculados aos conselhos estaduais e nacional, os CMS não seriam submetidos a instâncias próprias de controle, a não ser, obviamente, pelo sistema jurídico do País.

Por tudo isso, a proposta da VIII Conferência Nacional de Saúde confere aos CMS preponderância sobre os demais atores políticos, em especial, sobre os governantes, atribuindo-lhes poder para determinar o resultado do processo decisório das políticas municipais de saúde, ainda que a posteriori. Nesse contexto, o papel dos CMS seria

menos o de uma instituição democratizada e mais o de uma instituição controladora.

Como se constata, o conselho municipal de saúde oficializado pela Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990) é bastante diferente do proposto no ‘Relatório final da 8ª CNS’, sobretudo porque sua composição foi ampliada incluindo não só usuários e trabalhadores, mas, também, governantes e prestadores de serviço. Contudo, a concepção de controle e de poder sobre as demais instâncias do processo decisório persistiram na prática dos conselheiros, constituindo-se quase em uma ideologia, ainda hoje hegemônica nos CMS. É essa persistência histórica que, no âmbito deste ensaio, sustenta a maior limitação para o desenvolvimento dos conselhos como instituições da democracia deliberativa.

Para encerrar este tópico, é preciso referir-se a outra questão fundamental para o desenvolvimento das instituições da democracia deliberativa, qual seja a de definir sobre o que vão deliberar. Como se discutiu, a preocupação dos deliberacionistas é a de que nem todos os assuntos e temas devem ser submetidos à deliberação.

No caso dos Conselhos, essa definição passaria pelo resgate do papel das Conferências Municipais de Saúde, também mandatária. Como afirma Carvalho (1995), conselhos e conferências são instâncias participativas pensadas para atuar de maneira articulada, na qual estas, de caráter mais amplo e com mais participantes, formulam as diretrizes das políticas de saúde do município pelos quatro anos seguintes, e aqueles constroem as políticas a partir das diretrizes.

Assim, o foco das deliberações dos conselhos fica definido: as diretrizes definidas pelas conferências. Mais do que isso, a transformação dessas diretrizes em políticas e ações de saúde. A conferência seguinte, por sua vez, avalia tais políticas, identifica as novas prioridades, aperfeiçoa e cria novas diretrizes para os quatro anos seguintes, e o ciclo virtuoso segue em frente, sem que isso represente empecilho para, diante

de situações extraordinárias, o conselho deliberar.

O limite desse ciclo virtuoso parece ser, portanto, o fato de que as conferências municipais de saúde têm privilegiado em seus debates a escolha de conselheiros para a conferência estadual, a eleição de novos conselheiros municipais e, sobretudo, a discussão de problemas imediatos e emergenciais do SUS, abrindo mão de seu papel de formulador de diretrizes políticas e/ou produzindo indicações extremamente genéricas para a política de saúde, por vezes, até extrapolando o setor saúde.

Considerações finais

A crise de deslegitimação aqui discutida tem como referencial de partida as reações dos prefeitos às decisões dos CMS, seja por via direta (a não homologação das decisões), seja por uma via mais dissimulada (restrições às condições de funcionamento). A conjuntura atual do País, no entanto, tem ampliado tal deslegitimação, espraiando-a para o congresso nacional e por diversos segmentos sociais.

Em outubro de 2014, o Congresso Nacional sustou o decreto, da presidenta Dilma Rousseff, que instituía a Política Nacional de Participação Social, que, segundo Alencar e Ribeiro (2014, p. 27), não significava “qualquer ameaça ao trabalho de nossas instituições representativas tradicionais” e que tinha como mérito buscar uma articulação entre os diferentes conselhos gestores de políticas públicas. O informativo ‘Câmara Notícias’, ao informar o fato, ressaltou que “o governo perdeu a primeira votação depois da reeleição de Dilma Rousseff [...] com o apoio do PMDB e do PP, da base aliada” (RIBEIRO, 2014, p. 27).

Era, portanto, o movimento político que ficaria mais nítido ao longo dos anos de 2015 e 2016 de desestabilização do governo reeleito, com partidos de oposição pedindo a impugnação da eleição, a cassação da chapa

vencedora e, depois da posse, as pautas-bomba, aquelas que tinham potencial de desestabilizar as contas do País. Tal movimento, ao articular a crítica aos conselhos gestores ao governo federal, tornou-se mais um indicador grave da crise de deslegitimação.

Há, ainda, um outro indicador, talvez mais grave, porque desloca a deslegitimação da reação dos governantes e congressistas para o descontentamento de diferentes segmentos da sociedade: nas manifestações de ruas que vêm acontecendo no País, desde 2013, 'saúde' sempre foi palavra de ordem, a despeito do tom da manifestação. Do famigerado 'saúde padrão Fifa' (Federação Internacional de Futebol) (instituição varrida por escândalos de corrupção internacional) até o 'mais dinheiro para a saúde', passando pela tentativa da presidenta de utilizar recursos do Pré-sal para a saúde, todos foram às ruas para se manifestar por mudanças na saúde.

E esses movimentos de ruas ignoraram os conselhos de saúde, provavelmente porque a maioria das pessoas sequer sabe de sua existência. Mas o mais impressionante é que os conselhos, do ponto de vista institucional, também ignoraram os movimentos de rua. Não se está dizendo que conselheiros, exercendo sua cidadania, não foram às ruas, ou mesmo que determinados conselhos tenham discutido as manifestações em suas reuniões.

O que se está discutindo é que os conselhos não se abriram para os manifestantes, não buscaram canalizar o poder participativo daqueles que iam para a rua, tornando-se uma instituição porosa a esse tipo de participação. Parafraseando Young (2014), esse é um desafio ativista à democracia deliberativa,

mas também um desafio deliberacionista aos ativistas e manifestantes.

É nessa confluência que, neste ensaio, situa-se a extrema preocupação com a deslegitimação e suas consequências. Logicamente, a deliberação política não é a panaceia, e os CMS não são as únicas instituições possíveis para se pensar a democratização do setor municipal de saúde. Há críticas importantes que, embora não figurem nos objetivos deste ensaio, precisam ser levadas em conta. A principal delas é a de que, ainda que o modelo da democracia deliberativa preconize a possibilidade de todos participarem do processo decisório, nem todos têm capacidade, recursos políticos e/ou interesse em tal participação. Como já referido, a concepção de deliberação como troca de ideias embute a concepção de que essa troca é, também, um processo político-pedagógico, que aprimora a capacidade política de seus partícipes.

No entanto, o que aqui se tentou trabalhar é que os CMS são instituições que têm potencial deliberativo e que podem se consolidar e contribuir para produzir políticas de saúde que atendam mais diretamente ao interesse de atores políticos que sempre estiveram de fora da tomada de decisões. Podem, portanto, contribuir para a democratização. Não são, com certeza, o único caminho nem a única proposta plausível para se pensar em conselhos mais efetivos e em radicalizações da democracia, tão em risco no Brasil de 2016, mas têm como mérito principal o de associar permanentemente a busca da efetividade à busca da democratização. ■

Referências

- ABRÚCIO, F. L. O ultrapresidencialismo Estadual. In: ANDRADE, R. C. (Org.). *Processo de governo no Município e no Estado*. São Paulo: Edusp; Fapesp, 1998. p. 87-117.
- ALENCAR, J. L. O.; RIBEIRO, U. C. O decreto sobre a participação social no governo federal e a “polêmica bendita”. *Boletim de Análise Político Institucional*, n. 6. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/boletim_analise_politico/141117_boletim_analisepolitico_06_cap3>. Acesso em: 13 dez. 2016.
- BATISTA, R.; MOREIRA, M. R. Relações entre representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1409-1420, 2016.
- BRASIL. Congresso Nacional. Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em 29 dez. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2016.
- BUSANA, J. A.; HEIDEMANN, T. S. B. H.; WENDHAUSEN, A. L. P. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 442-9, abr./jun. 2015.
- CARVALHO, A. I. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Fase; Ibam, 1995.
- COHEN, J. Democracia y Libertad. In: ELSTER, J. (Org.). *La Democracia Deliberativa*. Barcelona: Gedisa Editorial, 2001. p. 13-34.
- DAHL, R. A. *Poliarquia: participação e oposição*. São Paulo: Edusp, 1997.
- DRYZEK, J. Legitimidade e Economia na Democracia Deliberativa. In: COELHO, V. C. P.; NOBRE, M. (Org.). *Participação e Deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora 34, 2004. p. 41-62.
- ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação Social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Cebes, 2014, p. 853-884.
- ELSTER, J. Introduccion. In: _____. *La Democracia Deliberativa*. Barcelona: Gedisa Editorial, 2001. p 13-34.
- FUNG, A. Receitas Para Esferas Públicas: oito desenhos institucionais e suas consequências. In: COELHO, V. C. P.; NOBRE, M. (Org.). *Participação e Deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: editora 34. 2004. p. 173-209.
- GOHN, M. G. *Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003. (Coleção Questões da Nossa Época, v. 84).
- HABERMAS, J. *Consciência Moral e Agir Comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.
- LIJPHART, A. *Modelos de Democracia. Democracia e Padrões de Governo em 36 Países*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- MANIN, B. On Legitimacy and Political Deliberation. *Political Theory*, Beverly Hills, v. 15, n 3, p. 388-368, 1987.
- MONTEIRO, M. G.; FLEURY, S. Democracia Deliberativa nas Gestões Municipais de Saúde: um olhar sobre a importância dos conselhos municipais de saúde nas gestões. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro v.

30, n. 73-74, p. 219-233, maio/dez. 2006.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Municipal Health Councils of Brazil: a debate on democratization of health in the twenty years of the SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 373-381, 2009.

MORITA, I.; GUIMARÃES, J. F. C.; DI MUZIO, B. P. A Participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 1, jan./abr. p. 49-57, 2006.

NOBRE, M. Participação e Deliberação na Teoria Democrática: uma introdução. In: COELHO, V. C. P.; NOBRE, M. (Org.). *Participação e Deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: editora 34, 2004. p. 21-40.

PITKIN, H. F. *Representation*. New York: Atherton Press, 1969.

PRZEWORSKI, A. Ama a incerteza e serás democrático. *Novos Estudos*, São Paulo, n. 9. p. 36-46,

1984. Disponível em: <<http://novosestudos.uol.com.br/v1/contents/view/161>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

SILVA, S. F. C. *A Participação do Conselho Nacional de Saúde no Processo Decisório das Políticas de Saúde (janeiro de 2006 a dezembro de 2009)*. 2011. 139 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

VEIRA, M. B. V.; SILVA, F.C. Democracia Deliberativa Hoje: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Ciência Política*, Brasília, DF, n. 10, abr. p.151-194. 2013.

YOUNG, I. M. Desafios Ativistas à Democracia Deliberativa. *Revista Brasileira de Ciência Política*, Brasília, DF, n. 13, p. 187-212, jan./abr. 2014.

Recebido para publicação em novembro de 2016
Versão final em dezembro de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Democracia e participação: para além das dicotomias

Democracy and participation: moving beyond dichotomies

Sarah Escorel¹, Luna Escorel Arouca²

RESUMO Neste ensaio apresentam-se alguns elementos de análise para pensar a democracia e a participação para além das dicotomias tradicionais e do campo da saúde. Propõe-se um olhar sobre as atuais formas de participação e sobre as mudanças na relação dos cidadãos com a política, observando suas potencialidade e fragilidades. Advoga-se que, para avançar na participação da população na gestão das políticas públicas, se faz necessária uma complementaridade entre os canais institucionais e outras formas mais fluidas e esporádicas de envolvimento do cidadão com os assuntos públicos, reconhecendo cada um dos elementos que integram e qualificam o viver e o participar em uma democracia.

PALAVRAS-CHAVE Democracia. Participação social. Política. Políticas públicas. Conselhos de saúde.

ABSTRACT *In this essay some elements of analysis are presented in order to ponder on democracy and participation, moving beyond traditional dichotomies, and beyond the health field. An overview of present forms of participation and changes in the relation of citizens towards politics is proposed, observing its potential and weak points. We advocate that, in order to further people's participation in the administration of public policies, there must be a complementarity between the institutional channels and other forms of involving the citizen with public affairs, more fluid and sporadic, recognizing each single element that is a part of, and qualifies, the living and the participation in a democracy.*

KEYWORDS *Democracy. Social participation. Politics. Public policies. Health councils.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
sescorel@ensp.fiocruz.br

²Universidade Cândido Mendes (Ucam), Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (CESec) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
lunarouca@gmail.com

Aos 40 anos de idade, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) encara uma conjuntura política e social muito diferente daquela em que foi criado em 1976. Durante a ditadura, sujeito político de resistência e militante do direito à saúde, foi a pedra fundamental e integrante do movimento sanitário. O Cebes, em conjunto com outras forças sociais, defendeu o lema 'Saúde é Democracia', que se transformou, na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), em 'Democracia é Saúde'. Com altos e baixos, intercalou momentos de intenso vigor com refluxo e paralisia, seguidos de uma refundação em 2006. Manteve-se como entidade política, em que o conhecimento acadêmico sempre embasou seus princípios e propostas – melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira por meio de um sistema público, universal, equitativo e participativo. Aos poucos, foi abandonando a ideia da democracia como instrumento de tomada de poder, de hegemonia, para assumir a proposta da democracia como valor universal (COUTINHO, 1984).

Ao longo desses anos, assistimos e participamos da constituição dos conselhos municipais e estaduais de saúde, da renovação do Conselho Nacional de Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde. Na transição democrática, foi possível perceber a crença de uma vida melhor, de uma sociedade mais justa, em que a dívida social deixada pela ditadura seria resgatada, seguida da descrença na democracia como forma de distribuição das riquezas. Ou seja, a democracia formal não trazia em si mesma a democracia substantiva.

Embora a Constituição de 1988 tenha estabelecido a base legal que confere a isonomia de direitos, a desigualdade no usufruto desses mesmos direitos formalmente estabelecidos manteve a existência de diferentes padrões de democracia no cotidiano. Num deles, para classes médias e abastadas, há o conhecimento e o reconhecimento dos direitos, além da capacidade de vocalização, representação na esfera pública e

reivindicação por diversos meios dos direitos porventura negados. No outro padrão, experiência diuturna dos mais pobres, verifica-se uma romaria exaustiva para conseguir usufruir, ainda que parcialmente, dos direitos anunciados como existentes. Os primeiros são tratados como consumidores, enquanto os segundos são tratados como pedintes, a quem se lhes outorga no máximo um favor.

Além dos obstáculos ao exercício e usufruto da cidadania plena, verifica-se um padrão democrático carente de civilidade. Cidadania, civilidade e civismo significam para Vera Telles (1992, p. 65)

três modos de dizer o lugar dos direitos, como lei e cultura pública, como regra da sociabilidade e como mundo de subjetivação e construção de identidades.

Civilidade nos remete, portanto, ao respeito às diferenças, às possibilidades reais de não ser discriminado por qualquer característica que lhe seja intrínseca, natural ou escolhida, e que configure a sua identidade. Entretanto, no cenário micro, cotidiano, onde se exercita a liberdade de existir e se identificar como bem se deseje, ainda se observa a carência de respeito e reconhecimento dos diferentes como iguais.

Apontaram-se, então, os limites da democracia representativa parlamentar que precisaria ser substituída, ou pelo menos complementada, pela democracia direta – referendos, plebiscitos, consultas públicas, projetos de lei de iniciativa popular –, e por instâncias participativas, como os conselhos e conferências de saúde que passaram a ser exemplos seguidos em outros setores, de como suprir os déficits democráticos do modo tradicional de formulação de políticas públicas restrito aos gestores, técnicos e burocracia governamental, além de parlamentares (FUNG, 2006).

No entanto, ao longo dos anos, o desenvolvimento das instâncias participativas na saúde revelou também dilemas e limites da

participação institucionalizada (SCOREL, 2015). Mesmo implantados há anos em todos os municípios e estados brasileiros e envolvendo um conjunto de cerca de 70 mil conselheiros (SCOREL; MOREIRA, 2009), os conselhos de saúde não conseguiram ser o canal de participação privilegiado da população em sua demanda pela melhoria do sistema de saúde. As 'jornadas de junho' de 2013 mostraram esse limite.

A saúde pública foi um tema presente em todas as manifestações de junho, nos cartazes, nos gritos entoados e até mesmo na justificativa da legitimidade dos protestos. Na pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (Ibope) durante a manifestação do dia 20 de junho, a com maior participação do período, 12,1% dos manifestantes responderam que reivindicavam a melhoria da saúde pública (G1, 2013). A saúde pública também apareceu como a terceira demanda mais assinalada pelos manifestantes como a razão de estar nos protestos, representando 36,7% das respostas. Considerando a existência e consolidação de espaços participativos no sistema de saúde brasileiro, colocam-se as questões: quantos manifestantes conheciam os conselhos de saúde? Quantos já haviam participado de um conselho? E quantos desses participantes consideraram esses espaços para dar vazão às suas demandas quanto à melhoria do sistema de saúde?

Reforçava-se, dessa forma, a dicotomia entre as manifestações, movimento vivo, pulsante, e a participação institucionalizada, como os conselhos que exemplificariam a transformação de espaços políticos, deliberativos, pensados para dar voz à população na discussão de políticas, em órgãos de gestão com discussões técnicas, pautadas pelos gestores de saúde, sobre as quais representantes dos usuários pouco conseguem interferir.

Na conjuntura das manifestações de junho de 2013, seguidas pelas manifestações de 2015 e 2016, apareceu uma nova forma de fazer política e novos sujeitos políticos que ampliaram o dilema intrínseco das políticas públicas de

participação que institucionalizam uma prática social essencialmente dinâmica (AROUCA, 2015).

Neste ensaio, com base em pesquisas anteriores (SCOREL, 2008; 2013; 2015; SCOREL; MOREIRA, 2009; 2012; AROUCA, 2015), apresentam-se alguns elementos de análise para pensar a democracia e a participação para além das dicotomias tradicionais e do campo da saúde, advogando por uma complementaridade em que sejam reconhecidos cada um dos elementos que integram e qualificam o viver e o participar em uma democracia.

Participação, manifestação, organização

As fragilidades, ou melhor, os déficits democráticos da democracia representativa tradicional estão presentes também nas instâncias participativas. Moroni (2009) analisa o processo de participação no plano plurianual (PPA) 2004-2007, intensamente estimulado no primeiro mandato do presidente Lula, quando ocorreram audiências públicas em todos os estados brasileiros e no Distrito Federal com a participação de múltiplas entidades, redes e fóruns, como um

verdadeiro 'espetáculo' da participação, em que as contribuições da sociedade civil não foram consideradas nem existiu qualquer estratégia de governo para criar e aprofundar, de fato, espaços institucionais de participação popular em áreas estratégicas para a efetivação de direitos no País. (MORONI, 2009, p. 262).

Ou seja, um espetáculo em que os que haviam sido convidados para protagonizar, acabaram na plateia, assistindo o desenrolar dos acontecimentos sem possibilidades de intervenção.

Outras modalidades de participação, mais valorizadas por alguns, são as campanhas, exemplificadas na Cruzada Nacional de Alfabetização levada a cabo na Nicarágua Sandinista (1979-1980), processos de

mobilização social em que a própria população “enfrenta e resolve seus problemas” em vez de depender de “políticas públicas a serem realizadas pelas instituições” (SANTOS, 2016, p. 15-16). Essa concepção estaria na base da valorização das Comunidades Virtuais que agrupam pessoas com um mesmo problema, por exemplo, de saúde. Suas percepções e conhecimentos seriam mais legítimos por emanarem de quem vivencia o problema.

Mais uma vez se estabelece uma dicotomia, agora entre o saber ‘popular’ e o saber técnico. Nessa concepção, o saber técnico é visto como ‘elitista’, a princípio impossibilitado de compreender o que realmente é vivido pela população, e há uma valorização, talvez excessiva, do saber popular como aquele que sabe o que tem que ser feito e como deve ser feito por sofrer diretamente as consequências do problema em questão. Dessa forma, desconsidera-se tanto a contribuição dos intelectuais orgânicos às causas populares como o conservadorismo das classes populares. O posicionamento contrário ao aborto ou mesmo o medo à frente de qualquer mudança – compreensível diante da fragilidade de subsistência, mas mesmo assim conservador – são exemplos que valorizam apenas os processos feitos pela própria população interessada, sem mediações de organizações políticas ou instâncias de debate. Isso é tão pernicioso quanto apenas valorizar os canais institucionalizados de participação, quer sejam os representativos eleitorais ou os participativos deliberativos.

Além da participação direta ou indireta, por meio de representantes, em conselhos ou momentos eleitorais, ganham cada vez mais importância os abaixo-assinados, os sites que coletam assinaturas sobre temas que variam desde assuntos pessoais – familiares doentes que precisam de remédios, cirurgias –, locais – hospitais a serem salvos do sucateamento –, causas compartilhadas – contra a divulgação da farra do boi, contra divulgação de imagens que sugerem maus tratos aos animais –, até pedido de interferência em outros países

– interrupção da morte por apedrejamento de mulheres acusadas de traição conjugal no Irã. Nesse conjunto de causas, encontram-se as políticas que podem ser exemplificadas na pressão feita pelos abaixo-assinados contra a homofobia do deputado Marco Feliciano – ‘ele não me representa’ – e pela cassação do ex-deputado Eduardo Cunha. Evidencia-se, por esse meio, um mecanismo de formação da opinião pública e de pressão que tem se revelado com capacidade significativa de intervenção. Uma modalidade de participação à distância, que forma coletivos difusos, embora não menos políticos.

Nas diferentes formas de participação, é preciso também levar em conta a sua temporalidade e o grau de comprometimento dos participantes. Cruzadas ou campanhas nacionais não podem se manter por longo prazo, exigentes que são de forças sociais, recursos e de uma dedicação integral e absoluta por toda a sua duração. Manifestações podem ter maior ou menor presença conforme o potencial de agregação das demandas, e sua temporalidade depende também das respostas obtidas, variando de um simples episódio até sua caracterização como ‘jornadas’. Por sua vez, instâncias de participação exigem um compromisso constante com as atividades de representação e são potencialmente permanentes, mas por isso mesmo apresentam a tendência a se burocratarem.

Outros elementos a considerar nas análises são a visibilidade para o conjunto da sociedade das diferentes formas de participação e a vontade e capacidade de interferir no poder constituído. Enquanto as manifestações são intensamente visíveis e interferem na vida das cidades, suas demandas podem estar dirigidas a elementos da qualidade de vida sem necessariamente exigir mudanças governamentais. Por sua vez, instâncias de participação social, cujas atividades são pouco visíveis, apresentam uma composição que visa a alterar a hierarquia de poder.

A participação social contemporânea introduz uma série de desafios analíticos.

Como compreender as atuais e diferentes formas de intervir na política? Movimentos que ocorrem de formas diversas, heterogêneas, que nem sempre têm um processo organizativo, nos moldes conhecidos, que nem sempre querem disputar uma posição na lógica institucional, que procuram mudanças, mas também estão permeados de ares de festa, de carnaval; que são feitos por coletivos, mas também por indivíduos sem qualquer vinculação político-partidária, que não têm sindicatos, nem uma organização que pense os passos seguintes, trace uma estratégia ou o objetivo final.

Uma transformação está em curso no sentido da participação política no Brasil. Ela deu seus sinais concretos em 2013, mas revelou suas contradições em 2015 e 2016. Aqueles que exaltaram as manifestações de 2013 por sua potência e originalidade viram com grande desconfiança as manifestações de 2015 e 2016 contra o governo do Partido dos Trabalhadores (PT). No entanto, elas fazem parte de uma mesma lógica, têm uma mesma base comum, são reveladoras de uma 'nova forma de fazer política'. Essa nova forma está permeada por transformações geracionais, pelo acesso à tecnologia e à internet, mas também é determinada pela história política do País e pelas mudanças sociais que os últimos governos foram capazes de produzir. Nesse sentido, analisar tal transformação requer olhar suas potências e suas contradições.

Potências

Em 2013, milhões de pessoas foram às ruas, em uma reivindicação que inicialmente estava ligada ao transporte público, mas que se generalizou em uma série de demandas por direitos sociais. Esses elementos ficaram claros. No entanto, corporificava-se ali uma transformação na forma de 'fazer política' que não foi tão profundamente analisada quanto a suas causas e demandas, e que mostrou novas faces nos anos seguintes.

Nessas demonstrações públicas, surgiram sujeitos que, além de evocar os seus direitos individuais e coletivos, chamavam a atenção para si, enquanto sujeitos políticos. Eles queriam ser vistos e ouvidos, pelo Estado, pela mídia, por seus amigos, pelas redes sociais. Esse seria um dos primeiros elementos da transformação na 'forma de fazer política', uma nova relação entre reconhecimento e visibilidade.

As manifestações de junho não simbolizaram a luta por um reconhecimento no plano cultural, característica dos novos movimentos sociais, nem tampouco a luta por um direito, no plano da justiça, como os movimentos sociais tradicionais. As manifestações de junho expressaram a luta pelo lugar simbólico dos cidadãos na democracia, que diz respeito à sua importância no âmbito da política. Por isso, o reconhecimento não se restringia ao Estado, a uma resolução legal ou institucional. Era a disputa por um poder simbólico, na medida em que dependia do reconhecimento do restante da sociedade sobre a legitimidade do papel daqueles sujeitos dentro da democracia, do ato de protestar e apresentar suas demandas e críticas. Marcos Nobre (2004) já sinalizava essa mudança quando analisou o novo modelo de cidadania, afirmando à época que, apesar de os contornos desse novo modelo não estarem ainda claros, existia uma mudança na relação entre Estado e sociedade e que atingia a sociedade como um todo:

Pois as demandas dessa nova cidadania não se dirigem apenas ao reconhecimento do Estado da legitimidade da reivindicação de um cidadão ou de um grupo de cidadãos, mas também seu reconhecimento pelo conjunto da sociedade da legitimidade da situação em particular. (NOBRE, 2004, P. 30).

Nessa lógica, as manifestações de junho tiveram seu êxito em termos de reconhecimento e visibilidade. Foi a sociedade em geral que deu a elas sua legitimidade. Ao longo de junho, aumentou o apoio da opinião pública,

caindo também sua rejeição e, concomitantemente, as próprias manifestações tiveram maior participação em diversas regiões do Brasil. Até mesmo a mídia hegemônica, que inicialmente havia condenado os protestos, passou não somente a acompanhar seu passo a passo como também a evocar seu mérito democrático. Assim, ao longo de junho, aqueles sujeitos foram atendidos na sua demanda de serem vistos e considerados importantes, ocupando, dessa forma, o seu lugar na democracia.

Observa-se que, se a institucionalização da democracia garante um lugar aos cidadãos, com seus direitos e meios de intervir, existe outro processo necessário para a realização desse lugar, que é própria do sujeito, do reconhecimento de si como sujeito político. Para isso as redes sociais tiveram um papel fundamental. Foram espaços anteriores e cotidianos de construção da importância do indivíduo e de suas opiniões. Em uma sociedade onde a desigualdade marca e determina as relações entre Estado e sociedade, as redes sociais foram espaços que permitiram a certo número de cidadãos viver a experiência de serem vistos e reconhecidos e, consequentemente, de se considerarem importantes nas suas visões e opiniões. Essa dinâmica, particular da nossa época, onde o sujeito é o centro, corporificado na explosão dos *selfies* e no sucesso de redes voltadas para o fortalecimento da identidade individual (Facebook, Instagram etc.), transferiu-se para as ruas, onde cidadãos bradavam suas opiniões, certos de sua importância, e demandavam ser vistos. Esse processo foi possível porque existia uma democracia que garantia o lugar real e simbólico dos cidadãos, como também, porque esses cidadãos ocuparam esse lugar, na medida em que mudaram a sua relação consigo mesmos enquanto sujeitos políticos, na qual se viram como importantes e com opiniões que deviam ser escutadas e respeitadas. O que emergiu em junho de 2013 foi um indivíduo que reconhece o seu lugar na democracia, porque acredita que sua opinião importa.

Essa mesma lógica pode ser observada

nas manifestações de 2015 e 2016, por mais opostas que pareçam em relação às de junho de 2013. Era outro público, outro perfil ideológico, que, apesar de terem em comum algumas demandas (ORTELLANDO; SOLANO; NADER, 2016), se diferenciavam radicalmente na sua demanda principal: o *impeachment* de Dilma Rousseff. Mas era o mesmo fazer político observado na explosão de junho de 2013: sujeitos com suas opiniões e que saíram às ruas para manifestá-las, porque reconheciam a importância de sua voz e queriam ser vistos e escutados.

Esses processos desenham outra forma de fazer política, porque partem da centralidade do indivíduo. Tal centralidade modifica a forma de fazer política, porque não é mais desenhada por estruturas coletivas, partidos, sindicatos, movimentos sociais ou coletivos; ela não se sustenta em certo sacrifício individual em prol da demanda coletiva, ela não tem necessariamente um horizonte político ou uma estratégia de poder. Nesse sentido, o indivíduo aporta a sua ideia, o seu cartaz, a sua demanda, e se junta a outros, sem que isso vire uma organização. Essa nova forma de fazer política vem também carregada de certa festividade, de um prazer, que se contrapõe a uma visão do esforço militante da esquerda tradicional. As manifestações são recheadas de música, grupos de batuque e performances. No seu extremo elas viram festas, que parecem carnavais ou dias de jogo de futebol. Talvez por isso, mesmo diante da crise vigente em 2016, foi o setor da cultura o mais capaz de mobilizar, ocupar e reivindicar. Porque a política tradicional dialoga pouco com essa mudança em curso na forma de participar, enquanto as artes têm a capacidade de falar de política através da alma, do prazer, mesmo quando esse é misturado com a dor da revolta.

Fragilidades

As fragilidades desses processos já foram analisadas por diferentes autores e por diferentes pontos de vistas (ALVES, 2014; BRINGEL;

PLEYERS, 2015; CAVA; COCO, 2014; CHAUÍ, 2013; GOHN, 2014; SOUZA; NUNES, 2014). Essa nova forma de fazer política apareceu para alguns, em 2013, como grupos sem horizonte, sem objetivos, sem capacidade de transformação e, em 2015/2016, como falta de consciência política, individualismo exacerbado etc. Não pretendemos aqui analisar a diferença ideológica dessas manifestações e protestos, mas mostrar como ambas revelam um novo fazer político que, independentemente do espectro político, estão transformando a forma como as pessoas se veem na política e, conseqüentemente, como fazem política. Essa nova forma, que tem o indivíduo como centro, é atravessada, portanto, pela necessidade de ser visto e reconhecido em sua individualidade e em suas opiniões.

Tal 'empoderamento' não vem necessariamente acoplado a uma organização política, mas isso tampouco limita sua capacidade de intervenção e impacto, como podemos ver no caso das mídias alternativas, das filmagens individuais dos protestos: a ação de um indivíduo com seu celular permitiu a milhares de pessoas acompanhar os atos de pessoas via redes, mobilizando e garantindo informação imediata sobre os protestos, servindo também como provas da violência policial, saindo das ruas para entrar no âmbito institucional. Essas transformações têm tido também impacto na estrutura das organizações políticas tradicionais que tentam uma renovação utilizando as redes e outras formas de atrair a juventude, e nas novas organizações que surgem baseadas na horizontalidade, na ausência de liderança, e que constroem uma nova forma de fazer política por meio de intervenções artísticas e culturais.

Portanto, são transformações em mudança constante. Que podem ser apropriadas por diferentes grupos políticos, com distintos objetivos. As mudanças não pertencem a um espectro político, mas a uma transformação geracional, que é moldada pelos aspectos históricos e culturais do nosso País, que por sua vez dialoga com as mudanças que vêm

ocorrendo em várias regiões do mundo. Muitos autores (OGIEN; LAUGIER, 2014; GOHN, 2014; CASTELLS, 2012) analisaram as semelhanças entre a Primavera Árabe, os movimentos *Ocuppy* e as mobilizações na Espanha.

Nesses importantes levantes da população exigindo participar das decisões do Estado, as contradições das políticas públicas de participação ficam mais claras. Para que uma política pública de participação seja legítima, deve, em primeiro lugar, ser capaz de reunir o maior número de pessoas envolvidas naquele tema. Para tanto, devem ser criados espaços abertos à diversidade existente na sociedade. No entanto, a institucionalização da participação no âmbito da gestão do Estado requer igualmente a criação de um modelo de funcionamento e, portanto, um tipo de comportamento dos indivíduos e um tipo de interação com o poder público e com os outros atores sociais. Ora, assim, a institucionalização da participação e a sua consolidação por meio de um modelo geral no seio do Estado acabam por excluir a participação de certos grupos e interessar a outros. A particularidade das políticas públicas de participação é a de ter como objeto principal uma atividade humana fluida e diversa, e seu desafio é ser capaz de institucionalizá-la sem perder sua dinâmica intrínseca no momento de seu envolvimento na gestão do Estado. Se essa é uma questão que existe desde a criação do quadro participativo pela Constituição de 1988, com as manifestações de junho ela se reatualizou (AROUCA, 2015).

Arrematando

Neste ensaio refletimos sobre os desafios das políticas públicas de participação e os seus limites diante de um objeto fluido e dinâmico: a participação política. Nossa intenção foi, portanto, analisar transformações em curso que consideramos serem elementos fundamentais da expressão atual da participação política no Brasil. Sublinhamos que certas características

não são necessariamente negativas nem estão restritas a um espectro político. Ao contrário, são mudanças que se expressam em diferentes tipos de manifestação política e que, em alguns dos seus formatos, servem para fortalecer a democracia, tendo capacidade de intervir nas decisões do Estado.

A centralidade da ação política na mudança individual, no modo de ‘viver a vida’, orienta pessoas que escolhem combater as injustiças sociais mudando suas práticas cotidianas; muitos incluem no rodapé de suas mensagens “*seja a mudança que você quer ser para o mundo*” – Gandhi. Essa perspectiva é também atravessada por limites, uma vez que certas lutas sociais dependem de mudanças coletivas ou de grandes rupturas. Por exemplo, preocupar-se com a separação pessoal do lixo e o uso de químicos e plásticos não salva o meio ambiente da contaminação de rios e lençóis freáticos por grandes indústrias e mineradoras. Por outro lado, como vimos recentemente, o movimento de mulheres, nas campanhas #meuprimeiroassédio e #meuinimigosecreto, foram capazes de mobilizar a opinião pública sobre a cultura do estupro, sobre a desigualdade de gênero, reunindo e criando espaços de empoderamento das mulheres como sujeitos políticos. Esses também foram movimentos que falaram de mudanças no âmbito pessoal, pois provocaram seus companheiros, seus colegas de trabalho, seus amigos a pensar sobre machismo e a questionar suas práticas machistas. Nesses movimentos e campanhas não existia uma organização política única nem lideranças claras nem objetivos traçados e, em muitos momentos, as atividades convocadas surgiam de agrupamentos de mulheres sem vinculação política, mas que foram capazes de convocar grandes mobilizações e promover uma importante reflexão sobre as bases desiguais de gênero em nossa sociedade.

Por isso, o arremate é uma chamada para pensar a participação institucionalizada, olhando as mudanças em curso, observando sua complexidade, suas fragilidades e

potencialidades, sem rotulá-las porque simplesmente não correspondem ao que conhecíamos antes como movimentos políticos. Faz-se necessário, portanto, dialogar com as diferentes formas de participação política, para que elas alimentem e fortaleçam as políticas públicas de participação.

Como a democracia é um processo sem fim, as modalidades de participação existentes devem ser permanentemente aprimoradas, modificando sua organização, discutindo sobre o seu papel e, ao reconhecer seus limites, identificar a necessidade de criar e possibilitar o surgimento de novas formas de participação que tenham incidência na formulação de políticas, já que o simples fato de surgirem questiona e aprimora as modalidades existentes (SCOREL, 2015).

Como as instâncias existentes não dão conta nem de apreender todas as demandas nem de dar espaço para os diversos interesses, é importante pensar na complementaridade das formas de participação: representativa e direta; conselhos e manifestações e campanhas; redes e ruas; movimentos e espaços institucionais.

Podemos nos beneficiar de uma estrutura existente de participação e canais de diálogo se formos capazes de fazer a mediação com essas transformações em curso, valorizando o novo e tendo as instâncias como espaços para fazer avançar a democracia. Está posto o desafio. O perigo da não mediação é termos, em curto período de tempo, estruturas que foram fruto de lutas históricas e sociais, mas que acabem esvaziadas de sentido e força, sendo somente o esqueleto de um sonho. Para que o sonho vire realidade há que se continuar a sonhar junto.

Colaboradores

As autoras contribuíram substancialmente para a concepção e análises contidas no texto, na elaboração do rascunho e participaram da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

- ALVES, A. (Org.). *Não é por centavos: um retrato das manifestações do Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Liga, 2014.
- AROUCA, L. E. *Le changement du rapport des citoyens au politique: Le cas des Manifestations de Juin au Brésil*. Paris: EHESS, 2015.
- BRINGEL, B.; PLEYERS, G. Les mobilisations de 2013 au Brésil: vers une reconfiguration de la contestation. *Brésil(s)*, Paris, n. 7, p. 7-18, 2015.
- CASTELLS, M. *Networks of Outrage and Hope: Social Movements in the Internet Age*. Cambridge: Polity Press, 2012.
- CAVA, B.; COCO, G. (Org.). *Amanhã vai ser maior: o levante da multidão no ano que não terminou*. São Paulo: Annablume, 2014.
- CHAUI, M. As manifestações de junho de 2013 na cidade de São Paulo. *Teoria e Debate*, São Paulo, n. 113, 27 jun. 2013. Disponível em: <<http://www.teoriaedebate.org.br/index.php?q=materias/nacional/manifestacoes-de-junho-de-2013-na-cidade-de-sao-paulo>>. Acesso em: 20 maio 2015.
- COUTINHO, C. N. *A democracia como valor universal*. 2. ed. Rio de Janeiro: Salamandra, 1984.
- ESCOREL, S. Conselhos de Saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, p. 23-29, 2008.
- _____. Efetivar a reforma sanitária por meio da participação social. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, p. 1938-1940, 2013.
- _____. Reconhecer e superar os limites da participação institucionalizada. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2059-2062, out. 2015.
- ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: FLEURY, S., LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009, p. 229-247.
- ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação Social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 853-884.
- FUNG, A. Democratizing the Policy Process. In: MORAN, M.; REIN, M.; GOODIN, R. E. (Ed.). *The Oxford Handbook of Public Policy*. Oxford: Oxford University Press, 2006, p. 669-85.
- GOHN, M. G. *Manifestações de junho de 2013 no Brasil e nas praças dos indignados no mundo*. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.
- G1. Pesquisa nacional realizada pelo Ibope nas manifestações de 20 de junho de 2013. *G1*, São Paulo, 24 jun. 2013. Brasil. Disponível em: <<http://g1.globo.com/brasil/noticia/2013/06/veja-integra-da-pesquisa-do-ibope-sobre-os-manifestantes.html>>. Acesso em: 20 maio 2015.
- MORONI, J. A. O direito à participação no Governo Lula. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009, p. 248-269.
- NOBRE, M. Participação e deliberação na teoria democrática: uma introdução. In: COELHO, V. S. P.; NOBRE, M. (Org.). *Teoria democrática e experiências institucionais no Brasil Contemporâneo*. São Paulo: Editora 34, 2004, p. 21-40.
- OGIEN, A.; LAUGIER, S. *Le principe démocratie: enquêtes sur les nouvelles formes du politique*. Paris: La Découverte, 2014.
- ORTELLANDO, P.; SOLANO, E.; NADER, L. *Pesquisa manifestação política 16 de agosto de 2015*. Disponível em: <<https://gpopai.usp.br/pesquisa/160815/>>. Acesso em: 13 out. 2016.

SANTOS, N. B. *E também lhes ensine a ler...* A Cruzada Nacional de Alfabetização da Nicarágua. 2 ed. Rio de Janeiro: Arquimedes Edições, 2016.

SOUZA, J. ; NUNES, R. Les journées de juin et l'inégalité brésilienne. *Les Temps Modernes*, Paris, n. 678, p. 50-59, 2014.

TELLES, V. S. *A cidadania inexistente: incivilidade e pobreza; um estudo sobre trabalho e família na Grande São Paulo*. 1992. 334 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

Recebido para publicação em outubro de 2016

Versão final em outubro de 2016

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa?

State and equity policies in health: participatory democracy?

Kátia Maria Barreto Souto¹, Ana Gabriela Nascimento Sena², Vinicius Oliveira de Moura Pereira³, Lia Maria dos Santos⁴

RESUMO Estado, políticas de equidade e participação social: experiência de gestão participativa na construção e na implementação de políticas públicas. Pode a saúde tornar-se um espaço de construção de cidadania que contribua com a redução das desigualdades sociais? Os limites do Estado brasileiro podem ser impeditivos para o desenvolvimento de uma gestão participativa, na qual os movimentos sociais deveriam estar aptos, de fato, a opinar e participar sem perder sua autonomia? O presente ensaio traz elementos para essas reflexões e cita possíveis avanços em tais questões, a partir da implantação de políticas de equidade na saúde, apontando, ainda, potencialidades de articulação entre as esferas da gestão do Sistema Único de Saúde, como espaço, também, de gestão participativa.

PALAVRAS-CHAVE Estado. Saúde. Equidade. Políticas públicas.

ABSTRACT *State, equity policies and social participation: participatory management experience in the construction and implementation of public policies. Can health become a space for construction of citizenship that contributes to the reduction of social inequalities? Can the limits of the Brazilian state be prohibitive for the development of a participative management, in which social movements should be able to, in fact, speak about and participate without losing their autonomy? This essay brings elements to this reflection and cites possible advances in such issues, from the implementation of equity policies in health, pointing out, also, potentialities of articulation between the Unified Health System management spheres, as a space, also, of participatory management.*

KEYWORDS *State. Health. Equity. Public policies.*

¹Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) – Brasília (DF), Brasil. katiabsouto@gmail.com

²Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil. ana.sena@gmail.com

³Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) – Brasília (DF), Brasil. viniciusomp@yahoo.com.br

⁴Ministério da Saúde – Brasília (DF) Brasil. correiodalia@gmail.com

Introdução

O desafio de abordar as políticas de equidade em saúde e a democracia participativa, considerando o papel e limites do Estado, exige debruçar-se, em primeiro lugar, sobre alguns conceitos, contextualizando-os no campo político e na saúde.

Longe de querer impor uma verdade absoluta ou redefinir paradigmas, busca-se, a partir de uma abordagem reflexiva, trazer para o centro do debate, experiências de gestão que entendem os limites do Estado na implementação de políticas públicas de equidade e reconhecem as potencialidades e a importância de uma gestão com participação social.

Considerando que o Artigo 196 da Constituição Federal (CF) de 1988 afirma que

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

é possível inferir, do texto citado, o caráter de política de Estado (dever do Estado) e o princípio da universalidade (direito de todos). Ademais, é pertinente afirmar que a saúde é uma política social e intersetorial. No mesmo Artigo 196, a CF prevê que a saúde será garantida “mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos” (BRASIL, 1988). Por fim, os princípios da equidade e integralidade ficam claros quando a Carta Maior versa sobre “o acesso igualitário (equidade) às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (integralidade)” (BRASIL, 1988). E além desses princípios/diretrizes (orientadores) que buscam garantir uma saúde universal, com equidade e integralidade, é importante destacar, nos trechos ressaltados acima, os seguintes princípios

organizativos: descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade.

Para que o Sistema Único de Saúde (SUS) seja universal, é preciso garantir que todos tenham acesso aos serviços de saúde. Para tanto, é preciso superar as desigualdades sociais e as diferenças regionais. O conceito de equidade é fundamental para garantir a universalidade da saúde.

Como as políticas de promoção de equidade contribuem efetivamente para a cidadania dos segmentos sociais para os quais são dirigidas, e que representam? É possível afirmar que a participação social na elaboração, na implementação e no monitoramento das políticas expressa ou significa uma democracia participativa?

O presente artigo se propõe a fazer essa reflexão, a partir das experiências de implantação e implementação das políticas de promoção de equidade no SUS, no período de 2003 a 2015.

Estado, equidade e democracia participativa

Que modelo de Estado é necessário para garantir a universalidade com equidade na saúde? E que conceito de equidade está sendo abordado? Nos últimos anos, alguns debates teóricos trouxeram reflexão crítica sobre os diversos e diferentes conceitos.

Uma distinção frequentemente encontrada na literatura é aquela entre equidade horizontal - que corresponderia ao tratamento de igual de iguais - e equidade vertical - que corresponderia ao tratamento desigual de desiguais. (SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009, P. 217).

O que permeará a análise deste artigo, parte da pergunta: Que modelo de Estado é capaz de garantir direitos sociais e gerar cidadania? Para se falar sobre o assunto, é importante que se resgate Marx (1845, P. 8),

quando ele afirma: “De cada qual, segundo sua capacidade; a cada qual, segundo suas necessidades” e de cada qual conforme suas potencialidades. A equidade estará no escopo desse conceito. Cite-se, ainda:

A equidade corresponde [...] a uma intervenção de agentes sociais, quando assumem o papel de juizes, sobre situação de conflito. No caso específico da saúde, o exercício da equidade pode se materializar no processo de formulação de políticas de saúde e das políticas intersetoriais, que podem ter impacto sobre os determinantes sociais da saúde. (SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009, P. 217).

Como um sistema de serviços de saúde pode contribuir para a superação das desigualdades sociais? Como a redistribuição da oferta de ações e serviços, e a redefinição do perfil dessa oferta, na dimensão dos grupos sociais que serão nela contemplados, além da capacidade da rede de atenção para dar acolhimento, de forma universal e integral a todos, podem, de fato, contribuir para diminuir as desigualdades sociais? Cabe, aqui, destacar a implantação e a implementação das políticas de promoção de equidade na saúde voltadas para as necessidades de segmentos da população mais vulneráveis, que estão mais expostos ao risco de adoecer ou morrer em função de características econômicas, sociais, culturais e históricas, como negros e quilombolas; moradores de rua; lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT); ciganos; populações do campo, da floresta e das águas (ribeirinhos, pescadores, marisqueiros, camponeses, trabalhadores rurais, sem-terra etc.).

As políticas de promoção de equidade em saúde visam garantir o acesso à saúde com qualidade para essas populações. Tais políticas se baseiam no ‘princípio da equidade’, o qual

[...] mostra que, para superar as diferenças, é necessário tratar desigualmente aqueles que

são socioeconomicamente desiguais (ação afirmativa ou discriminação positiva). Uma oferta homogênea para atender a situações heterogêneas somente pode resultar na manutenção das diferenças originárias. Essa oferta corresponderá às necessidades de determinado subconjunto da população e não será adequada para outros, seja por razões culturais ou socioeconômicas. (COHEN; FRANCO, 2007, P. 50-51).

Nos últimos anos, os movimentos sociais organizados, representativos desses segmentos sociais, apresentaram demandas para a saúde, a partir de suas identidades e exclusões sociais, buscando políticas que reconhecessem suas reivindicações e suas especificidades, na perspectiva de que o conceito de equidade se articula com os princípios da universalidade e da integralidade, considerando o conceito ampliado de saúde como cidadania e qualidade de vida.

Carmem Teixeira (2011), em texto de apoio às conferências municipais e estaduais de saúde, afirma:

A problemática da equidade tem gerado, também, algumas polêmicas, em virtude, de um lado, do questionamento da ‘pertinência’ de políticas específicas para determinados grupos, vista como uma forma de ‘neocorporativismo’ ou de ‘clientelismo’, na medida em que atendem pressões de movimentos sociais mais bem organizados, ou que conseguem estabelecer lobbies, ou anéis ‘tecnoburocráticos’ com setores das instituições gestoras das políticas. De outro, defende-se a pertinência dessas políticas, não só como resposta a pressões específicas, senão como forma de expressão da 4ª geração de direitos. (TEIXEIRA, 2011, P. 9)

Como trabalhar essa contradição? Qual o papel do Estado, afinal? Quais os limites das políticas públicas?

O estudo da equidade ou sua inclusão na agenda do Estado, como campo de

intervenção social e como política pública, passa a atribuir a ele uma responsabilidade na redução das desigualdades sociais, em contraposição à concepção do Estado Mínimo.

Por meio de políticas sociais, o Estado deveria assumir o desafio de corrigir as desigualdades existentes, sem realizar qualquer ruptura com princípios liberais clássicos, como a garantia da propriedade. A equidade, nessa perspectiva, contribuiria com a reprodução ampliada da nova ordem do capitalismo [...]. (RIZZOTTO; BORTOLOTO, 2011, P. 794).

A partir do governo Lula, a equidade entra na agenda das políticas públicas, inclusive com a criação de secretarias com *status* de ministérios, como a Secretaria de Política de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), a Secretaria de Direitos Humanos (SDH), a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) e a Secretaria Nacional da Juventude (SNJ). Com essa nova configuração, o Brasil ganha expressão social no seu papel de Estado. Expressão concreta dessa mudança é o aumento dos investimentos em políticas públicas, inclusive na educação e na saúde, além de nas políticas de promoção de equidade, que objetivam reconhecer e resgatar dívidas sociais do Estado brasileiro com segmentos historicamente excluídos das políticas públicas. Articula-se, portanto, a partir desse período, o conceito de equidade com justiça social, estabelecendo políticas que favoreçam os mais vulneráveis da sociedade, os excluídos social e economicamente.

A saúde tem sido, desde então, um dos espaços de maior expressão desse resgate social e da implementação de ações afirmativas e de políticas de inclusão social, gerando cidadania. A política de saúde brasileira passou por mudanças profundas nos últimos 26 anos, desde a instituição do SUS, nos anos de 1990, até os dias atuais. Para uma melhor compreensão do papel do Estado brasileiro nesse período e o papel estratégico da saúde

na construção da cidadania e de direitos sociais no Brasil, é necessário compreender o modelo de saúde brasileiro, ou seja, o SUS.

Essa pauta vem desde o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que iniciou o debate sobre o tipo de Estado que seria necessário para implementar o SUS, garantindo a saúde como direito universal e integral para todos.

A implementação do SUS revela esforços de fortalecer uma política nacional em um cenário federativo e democrático, expressos na configuração institucional do sistema e na regulação do processo de descentralização político-administrativa. (MACHADO; VIANA, 2009, P. 23).

Toda a luta da saúde passou, e passa, pelo papel imprescindível da participação social. Os mecanismos de controle social do SUS – como as conferências de saúde e os conselhos de saúde –, bem como os foros de negociação e pactuação entre gestores – como as comissões intergestores bipartites (CIB), que reúnem os secretários municipais e estadual de saúde, e comissões intergestores tripartite (CIT), que reúnem a União, estados e municípios –, são espaços consolidados na democracia interna do SUS. São instrumentos destinados à democracia participativa, legitimados pelas Leis Orgânicas do SUS, como a Lei nº 8.080/1990 e a Lei nº 8.142/1990, que, respectivamente, versam sobre a organização da rede do SUS e sobre seu controle social e financiamento.

Sem dúvida, a participação popular foi decisiva para a implantação de políticas sociais que colocaram no centro do debate a equidade e, as desigualdades sociais, reivindicando cidadania plena. A equidade na saúde é um conceito que se agrega ao da universalidade, proporcionando, assim, a dimensão de construção de igualdade social, ou, pelo menos, trabalhando o conceito de equidade com justiça social. Sendo assim, a saúde apresenta, implanta e implementa as políticas

de promoção de equidade na perspectiva de reduzir as desigualdades sociais e ampliar os direitos e a autonomia dessas populações, em relação ao acesso universal e integral à saúde. Além disso, ela se articula com outras políticas sociais, tendo a participação popular como elemento estruturante das demandas e das respostas do Estado Brasileiro.

As políticas de equidade, ou afirmativas, encontram amparo no Direito brasileiro, inclusive na Constituição Federal, em seu Artigo 3º, inciso III, como constatam as juristas:

Enfim, se, por um lado, o texto constitucional confere o estatuto da igualdade formal aos indivíduos e grupos cujas diferenças reconhece em nome da pluralidade e da ausência de preconceitos, por outro, determina o combate à exclusão no âmbito das desigualdades materiais, em nome da igualdade e da justiça. É, portanto, legítimo que os grupos sociais portadores de especificidades e submetidos a desigualdades sejam sujeitos de proteção jurídica diferenciada, que, por meio de políticas públicas não homogeneizantes, garanta a sua inclusão social e, ao mesmo tempo, respeite os seus saberes locais. (MIRANDA; LACERDA, 2009, P. 219).

Assim, pode-se afirmar que, em que pese os limites do Estado para atender a todas as demandas das populações em condições de desigualdades sociais e econômicas, as políticas de equidade contribuem para a efetiva conquista de direitos desses segmentos, fortalecendo-lhes para cidadania e a inclusão social.

Além dos conselhos e das conferências de saúde, a ouvidoria do SUS e os comitês de políticas de promoção de equidade ganharam expressão com a participação cidadã, individual e coletiva. As portarias que instituem a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (ParticipaSUS) promovem mecanismos de mobilização dos

diferentes segmentos sociais que se relacionam com esse sistema.

Em 2006, com o objetivo de reunir as diversas estruturas responsáveis pelas funções de apoio à gestão estratégica e participativa do SUS, a Secretaria de Gestão Participativa, criada em 2003, foi reestruturada pelo Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006, quando passou a ser denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Naquela oportunidade, incorporou-se à SGEP o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), foi instituído o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (Demags), transformou-se o Departamento de Acompanhamento da Reforma Sanitária em Departamento de Apoio à Gestão Participativa (Dagep) e, por fim, ampliou-se o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (Doges). Em 2011, a Secretaria passou por nova reorganização, mantendo o Denasus, o Doges, o Dagep e, no lugar do Demags, passaram a integrar a SGEP o novo Departamento de Articulação Interfederativa (DAI) e o Departamento de Informática do SUS (Datusus). Em 2013, de acordo com o Artigo 34 do Decreto n.º 8.065, de 07 de agosto de 2013, que aprovou nova estrutura regimental do Ministério da Saúde (MS), definiram-se, entre outras, as seguintes competências da SGEP:

- I. Formular e implementar a política de gestão democrática e participativa do SUS e fortalecer a participação social;
- II. Articular as ações do Ministério da Saúde, referentes à gestão estratégica e participativa, com os diversos setores, governamentais e não governamentais, relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde;
- III. Apoiar o processo de controle social do SUS, para o fortalecimento da ação dos Conselhos de Saúde;
- IV. Promover, em parceria com o Conselho

Nacional de Saúde, a realização das Conferências de Saúde e das Plenárias dos Conselhos de Saúde, com o apoio dos demais órgãos do Ministério da Saúde;

V. Incentivar e apoiar, inclusive nos aspectos financeiros e técnicos, as instâncias estaduais, municipais e distritais, no processo de elaboração e execução da política de educação permanente para o controle social no SUS;

VI. Apoiar estratégias para mobilização social, pelo direito à saúde e em defesa do SUS, promovendo a participação popular na formulação e avaliação das políticas públicas de saúde;

VII. Contribuir para a equidade, apoiando e articulando grupos sociais que demandam políticas específicas de saúde;

VIII. Promover a participação efetiva dos gestores, trabalhadores e usuários na eleição de prioridades e no processo de tomada de decisões na gestão do SUS;

IX. Formular e coordenar a Política de Ouvidoria para o SUS, implementando sua descentralização e cooperação com entidades de

defesa de direitos do cidadão;

XII. Promover, em parceria com a Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde, a articulação dos órgãos do Ministério da Saúde com o Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2013, ART. 34).

Destaca-se, portanto, a gestão participativa, reafirmando e valorizando o papel da participação social no SUS, em diferentes espaços, também reconhecendo as iniquidades em saúde de populações específicas e ampliando os espaços de ausculta da sociedade.

A gestão participativa se ancora na democracia participativa, e os espaços de diálogo e de construção conjunta pressupõem a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação social, de usuários, de trabalhadores e gestores do SUS. Neste contexto, são criados os comitês de promoção de políticas de equidade (*quadro 1*), os grupos de trabalho e os conselhos gestores, e também é ampliado o papel da ouvidoria do SUS, nas três esferas de governo.

Os comitês de promoção de equidade são

Quadro 1. Comitês Técnicos de Políticas de Promoção de Equidade distribuídos de acordo com o perfil e com o ano de implantação.

	2012	2013	2014	2015
Comitês Técnicos de Saúde da População LGBT.	GO, PE, PB, PR	MS, SP, RS	BA, RJ, PA	-
Comitês Técnicos de Saúde da População Negra.	AC, PB, RJ, RS	MG, DF	PE, RN	-
Comitês Técnicos de Saúde da População em Situação de Rua.	-	Goiânia	GO, BA, Curitiba	PR
Comitês Técnicos de Saúde das Populações de Campo, da Floresta e das Águas.	RJ (Grupo de Trabalho)	-	RS	-
Comitês Ampliados de Políticas de Promoção de Equidade **	-	RN, PI, ES, MA, SE*	MT	-

*O Comitê Ampliado de Sergipe inclui Políticas de Promoção de Equidade e Educação Popular em Saúde.

**Comitês Ampliados de Políticas de Promoção de Equidade são Comitês que trabalham com mais de uma das seguintes políticas: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT; Política Nacional de Saúde Integral das Populações de Campo, da Floresta e das Águas; Política Nacional para a População em Situação de Rua.

espaços de diálogo da gestão e dos movimentos sociais, e têm sido espaços de elaboração e monitoramento das políticas de promoção de equidade, de fortalecimento do controle social e de escuta dos movimentos sociais e suas reivindicações, ou seja, são instâncias participativas.

Instâncias participativas são os espaços cujo propósito é permitir que os sujeitos atuem em conjunto e, com isso, potencializem seus esforços participativos e a consecução de seus objetivos. (SCOREL; MOREIRA, 2012, P. 856).

Políticas de equidade em saúde

A saúde tem sido pioneira e porta de entrada para acolher as populações mais vulneráveis, reconhecendo as desigualdades sociais como determinantes que geram o processo de adoecer e de morrer de forma diferenciada nos diversos segmentos sociais. As políticas de promoção de equidade, em especial, que reconhecem os sujeitos políticos que sofrem preconceito e discriminação pela sua condição social, de raça/etnia, de orientação sexual ou por sua cultura, como a população negra e quilombola, ribeirinhos, marisqueiras e pescadores, lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, população em situação de rua, ciganos etc., são expressões de direitos e cidadania, a partir da saúde. Podemos citar:

Ao considerar a política de saúde como uma política social, uma das consequências imediatas é assumir que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania, pois a plena participação dos indivíduos na sociedade política se realiza a partir de sua inserção como cidadãos. (FLEURY; OUVREY, 2012, P. 25).

Para efetivar os avanços sociais na área da saúde, foram instituídas: a Política Nacional

de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2009B); a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (BRASIL, 2011A); e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2011B). Como estratégia para a implementação das novas políticas, foram criados Comitês de Políticas de Promoção de Equidade nos estados e municípios, contemplando a participação e a representação dos movimentos sociais das referidas políticas nas esferas estaduais e municipais.

Essas políticas de saúde promovem cidadania, ao reconhecerem, por exemplo, o nome social de transexuais e travestis no SUS e implantarem serviços especializados para atendê-los; ao reconhecerem as diferenças regionais do Brasil continental e implantarem os programas Mais Médicos e Mais Saúde, levando profissionais de saúde, em especial, para regiões abandonadas pelas políticas públicas; ao ampliarem o financiamento à atenção básica na Amazônia Legal, implantando Unidades Básicas Fluviais e/ou Ribeirinhas; ao implantarem Unidades Móveis de Saúde Bucal para atender as populações do campo, da floresta e das águas; ao implantarem os Consultórios nas Ruas para atender pessoas em situação de rua, ao desenvolver campanhas como SUS sem Racismo, entre outros serviços e ações de saúde.

Saúde da população negra

O racismo é uma das expressões mais fortes de desigualdade e atinge uma grande parcela da população brasileira. Ele coloca as pessoas de determinados grupos raciais ou étnicos em situação de desvantagem no acesso aos benefícios gerados pela ação de instituições e organizações. Na saúde, as desigualdades se refletem nos dados epidemiológicos, que evidenciam as diferenças no acesso e na qualidade da atenção à saúde, e na expectativa

de vida da população negra, tanto pelas altas taxas de morte materna e neonatal como pela violência vivenciada de forma mais intensa por esse grupo populacional, sobretudo os homens negros jovens.

Os indicadores de saúde, quando cruzados com as características socioeconômicas, revelam a importante relação entre saúde, seus determinantes sociais e a organização do sistema de saúde. A compreensão deste conjunto é fundamental para instrumentalizar a elaboração de políticas e programas voltados para o combate às desigualdades, principalmente na saúde, onde se busca construir um SUS equitativo no acesso e pautado na integralidade da saúde.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 trouxe dados que mostram que a população negra ainda tem menos acesso à saúde, se comparada à população branca. É necessário, portanto, estabelecer estratégias

e ações que contribuam para a efetiva cidadania da população negra. Na saúde, foram desenvolvidas algumas ações afirmativas que puderam contribuir com essa perspectiva cidadã.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) marca o reconhecimento da população negra como sujeito de direitos e visa garantir a equidade na efetivação do direito humano à saúde da população negra em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo aqueles de maior prevalência neste segmento populacional, como, por exemplo, a doença falciforme.

O quadro abaixo destaca alguns dos avanços conquistados com a implementação da PNSIPN (*quadro 2*).

Quadro 2. Objetivos, estratégias e avanços da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Objetivos	Estratégias/Ações	Avanços
Reconhecimento do racismo institucional e social, promovendo amplamente o debate entre gestores, profissionais de saúde e sociedade.	Lançamento de Campanhas Igualdade Racial é pra Valer 2012, e SUS sem Racismo -2014 (cartazes, folders, túnel no MS, redes sociais e mídia).	Articulação intersetorial, aumento da visibilidade do racismo nas instituições e na sociedade, e adoção de medidas educativas para o enfrentamento do racismo no SUS.
Reconhecimento do racismo como determinante social de adoecimento e morte da população negra e necessidade de formação no SUS.	Curso de Ensino a Distância sobre Saúde da População Negra (2014), por meio do Provac (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica) no Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).	Formação de gestores e profissionais de saúde para melhor acolhimento na rede SUS.
Qualificação da atenção às pessoas com doenças falciformes no SUS.	Portaria nº 1391, de 16/08/2005, que institui no âmbito SUS as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, e Portaria nº 30, de 30/06/2015, que versa sobre a Incorporação do Transplante de Medula para tratamento da doença falciforme.	Inclusão do diagnóstico da doença falciforme no Programa de Triagem Neonatal (teste do pezinho) em todos os estados e o exame de eletroforese de hemoglobina na atenção básica, na Rede Cegonha e na doação de sangue.
Produção de conhecimentos e indicadores sobre a saúde da população negra considerando o racismo como determinante social.	Lançamento de edital de pesquisas sobre saúde da população negra em parceria com Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).	Inclusão na pauta de pesquisas o racismo como determinante social de adoecimento da população negra e suas especificidades de saúde.

Saúde das populações do campo, da floresta e das águas

As populações do campo, da floresta e das águas são formadas por povos e comunidades que têm seus modos de vida relacionados predominantemente ao campo, à floresta e aos ambientes aquáticos. Entre elas, se destacam os camponeses, os agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados, acampados, assalariados e temporários, que residam ou não no campo; comunidades remanescentes de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; e outras comunidades tradicionais. Somadas, estas populações representam aproximadamente 30 milhões de pessoas habitando as áreas rurais do País, ou seja, 15,65% da população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (IBGE, 2010).

O Brasil é um país caracterizado pela presença de desigualdade socioeconômica, tanto entre indivíduos quanto entre regiões. No meio rural, observa-se a dificuldade de acesso às ações e serviços de saúde, e na utilização de cuidados ambulatoriais. Estas

dificuldades são alguns dos grandes desafios a serem superados pelo SUS, este que, na maioria das vezes, não consegue alcançar o campo, a floresta e águas na sua complexidade, amplitude e extensão geográfica.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), elaborada com a participação dos movimentos sociais, por meio do Grupo da Terra, instituído em 2005, tem como objetivo a melhoria do nível de saúde dessas populações por meio do acesso aos serviços de saúde; a redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas; e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida. Para tanto, é necessário considerar, na gestão do SUS, a diversidade e as dinâmicas próprias dos espaços não urbanos, a mobilidade populacional, os diferentes sujeitos sociais, seus modos de produção, suas formas de organização comunitária, suas necessidades de recursos naturais – incluindo o acesso à terra – e toda uma gama de aspectos culturais e ambientais que impactam a saúde, a qualidade de vida e o desenvolvimento sustentável dessas pessoas. O quadro 3 destaca os avanços conquistados com a implementação da Política.

Quadro 3. Objetivos, estratégias e avanços da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas

Objetivos	Estratégias/Ações	Avanços
Visibilidade da política e implantação de saberes e práticas de pesquisadores, lideranças sociais, gestores/trabalhadores do SUS.	Criação do Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (Obteia), em parceria com Universidade de Brasília.	Articulação da gestão do SUS e monitoramento das ações e estratégias de implementação da PNSIPCFA.
Reconhecimento dos determinantes sociais, como os modos de vida e de produção do campo, floresta e águas geram adoecimento nas populações do campo, da floresta e das águas.	Curso de Ensino a Distância sobre a Política Nacional das Populações do Campo, Floresta e Águas, por meio do Provac (Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica) no Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).	Formação de gestores e profissionais de saúde para melhor capacidade de identificar sinais e sintomas a partir de reconhecer como os processos de modo de produção interferem na saúde das populações do CFA (agrotóxicos, animais peçonhentos etc.)

Quadro 3. (cont.)

Garantia do acesso com qualidade e equidade aos serviços e ações de saúde do SUS para as populações do campo, da floresta e das águas.	Portaria nº 1.591, de 23/07/2012. Estabelece critérios para habilitação de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) para fins de recebimento do incentivo mensal de custeio a que se refere o art. 4º da Portaria nº 2.490/GM/MS de 21/10/2011.	Ampliação do acesso ao SUS às populações ribeirinhas, extrativistas, quilombolas, trabalhadores rurais, assentados etc.
	Portaria nº 290, de 28/02/2013. Institui o Componente Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais no âmbito do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) aos estados e municípios da Amazônia Legal e Pantanal sul-mato-grossense.	
	Portaria nº 837, de 09/05/2014. Redefine arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) da Amazônia Legal e do Pantanal sul-mato-grossense.	
	Portaria nº 1.229, de 06/06/2014. Define os valores do incentivo financeiro mensal de custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR), das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) e das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).	
	Portaria nº 837, de 09/05/2014. Redefine arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) da Amazônia Legal e do Pantanal sul-mato-grossense.	
	Portaria nº 1.229, de 06/06/2014. Define os valores do incentivo financeiro mensal de custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR), das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) e das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).	

Saúde da população LGBT – lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais

A Política Nacional de Saúde Integral de LGBT tem como marca e objetivo a redução

das desigualdades por orientação sexual e identidade de gênero, assim como o combate à homofobia, lesbofobia e transfobia, e à discriminação dessa população no SUS.

O quadro abaixo destaca os avanços conquistados com a implementação da Política LGBT (*quadro 4*):

Quadro 4. Objetivos, estratégias e avanços da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT

Objetivos	Estratégias/Ações	Avanços
Respeito à identidade de gênero no SUS, usando o nome social.	Portaria MS nº 1.820/2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, entre eles o direito ao uso do nome.	Inclusão do nome social de travestis e transexuais no Cartão do Sistema Único de Saúde (Cartão SUS) promovendo o acesso à rede com respeito e sem discriminação.
Visibilidade da violência homo/lesbo/transfóbica reconhecendo que a discriminação por identidade de gênero e orientação sexual produzem violência e morte, ocasionando danos à saúde física e mental de LGBT.	Alteração do instrumento de notificação às violências interpessoais e autoprovocadas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) pelo Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).	Ampliação do objeto da notificação ao incorporar as violências por motivação homo/lesbo/transfóbica, bem como a informação acerca da identidade de gênero e orientação sexual da pessoa atendida e a inclusão de campo para o nome social da vítima de violência.

Quadro 4. (cont.)

Ampliação da atenção à saúde às pessoas transexuais e travestis no SUS, considerando ações da atenção primária até alta complexidade com respeito e acolhimento humanizado.	Portaria nº 457 de agosto de 2008 e Portaria nº 2.803 de 19/11/2013, que define o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde estabelecendo diretrizes de assistência ao usuário/a com demanda para o Processo Transexualizador, considerando a integralidade da atenção à saúde, com acolhimento e atendimento às pessoas transexuais e travestis no SUS.	Implantação e ampliação de serviços de referência para as pessoas transexuais e travestis no SUS (serviços ambulatoriais e serviços hospitalares de referência nos estados).
Reconhecimento da discriminação e preconceito de orientação sexual e identidade de gênero como determinante social de adoecimento e morte da população LGBT.	Curso de Educação a Distância (EaD) sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT para profissionais de saúde por meio do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab) no Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).	Formação de gestores e profissionais de saúde para melhor acolhimento na rede SUS sem preconceito e discriminação às pessoas LGBT.
Visibilidade das pessoas LGBT no SUS e na sociedade, com vistas a reconhecer os preconceitos por orientação sexual e identidade de gênero, construindo respeito e direitos a uma saúde integral e humanizada com equidade.	Campanhas Cuidar Bem da Saúde de Todas. Faz Bem para as Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Faz Bem para o Brasil (2015); Cuidar Bem da Saúde de Cada Um. Faz Bem para Todos. Faz Bem para o Brasil, para transexuais e travestis (janeiro/2016); e para homens gays e bissexuais (abril/2016).	Sensibilização da sociedade e de gestores e profissionais de saúde do SUS para o melhor acolhimento na rede SUS, sem preconceito e sem discriminação.

Saúde da população em situação de rua

A população em situação de rua (PSR) se concentra nas grandes cidades brasileiras e em suas regiões metropolitanas. Esta população faz dos logradouros públicos e das áreas degradadas espaço de moradia e sustento, podendo utilizar-se de unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Entre os agravos e doenças de maior incidência sobre o segmento, destacam-se: o alcoolismo e a dependência a outras drogas; doenças mentais e diversas formas de sofrimento psíquico, frequentemente gerados pela perda ou precarização dos laços familiares e sociais, e da própria identidade social; as Infecções Sexualmente Transmissíveis

(IST); a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids); a tuberculose; e as doenças dermatológicas.

O Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, e seu plano de trabalho contém ações para a saúde dessa população (BRASIL, 2009a). Visando reduzir as iniquidades em saúde e considerando as condições de saúde desfavoráveis dessa população, a atuação das equipes interdisciplinares dos consultórios nas ruas, para atendê-la, enfatiza a promoção da saúde, a prevenção e a atenção básica e especializada, inclusive com ações de urgência e emergência. Entre os avanços na saúde para essa população, podem ser destacados (*quadro 5*):

Quadro 5. Objetivos, estratégias e avanços da Política Nacional para a População em Situação de Rua

Objetivos	Estratégias/Ações	Avanços
Ampliação da atenção básica para o atendimento das pessoas em situação de rua.	Consultórios na Rua por meio de equipes específicas para a PSR.	Atendimento humanizado e qualificado no SUS à PSR, e articulação com outras políticas, em especial, assistência social.
Formação e capacitação de equipes de serviços de saúde mental	Oficinas para equipes da atenção básica do SUS e da assistência social nos nove municípios com maior número de PSR.	Qualificação de profissionais de saúde da atenção básica para acolher com respeito e sem discriminação no SUS.
Visibilidade das pessoas em situação de rua, resgatando-as como cidadãos e cidadãs de direitos.	Campanha em redes sociais, cartazes e cartilha sobre a saúde da PSR voltadas para profissionais/gestores de saúde, e a população para acolhimento com respeito e sem discriminação a PSR.	Atendimento com humanização na rede SUS, em especial na atenção básica e visibilidade da PSR com respeito humano na sociedade.

As ações acima elencadas, referentes a cada política, contaram sempre com o espaço dos comitês de políticas de equidade enquanto centro de formulação e monitoramento dessas políticas, abrangendo a definição das prioridades a serem implementadas, o conteúdo e a abordagem das campanhas, a articulação com outros setores governamentais, a formação de lideranças sociais e gestores, a elaboração dos módulos de ensino a distância, a implantação dos observatórios das políticas, e a revisão de portarias e normas. Em todos esses espaços, os comitês definiam a participação de representantes para acompanharem a gestão no processo da implantação e ou implementação. Ou seja, a democracia participativa também estava intrínseca ao próprio comitê e contribuía de forma efetiva para uma gestão participativa.

Considerações finais

As políticas de promoção de equidade são marcos de cidadania no SUS e também têm contribuído para que outras políticas sociais possam ter as mesmas referências, a fim de estabelecerem ações e estratégias com vistas ao enfrentamento das desigualdades sociais, considerando a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, o racismo,

a LGBTfobia, as iniquidades contra as populações que vivem e produzem no campo, na floresta e nas águas, e contra as pessoas em situação de rua.

Os avanços conquistados são frutos de processos participativos, nos diferentes espaços de gestão e de participação social. O reconhecimento e o respeito ao protagonismo dos movimentos sociais, em toda trajetória de construção e monitoramento das políticas, apoiaram-se em diferentes iniciativas, como: a formação de lideranças sociais, para que desenvolvessem ações de monitoramento da implementação das políticas nas gestões federal, estadual e municipal; a articulação de diferentes parcerias, tanto no campo governamental quanto no não governamental, reconhecendo que as desigualdades sociais e culturais às quais essas populações estão sujeitas não se limitam ao setor saúde; a organização e a estruturação do Estado brasileiro, para que ampliasse seu papel na perspectiva de tornar-se um Estado Social.

A participação de representantes sociais nos espaços dos comitês de equidade demonstrou o compromisso da gestão com a democracia participativa enquanto elemento estruturante da elaboração e do monitoramento referentes às ações das políticas de promoção de equidade em saúde.

As campanhas desenvolvidas pelo MS, e

amplamente divulgadas nas redes sociais, contribuíram, também, para desconstruir estereótipos discriminatórios desses segmentos sociais, fazendo com que a sociedade, os(as) profissionais e gestores(as) de saúde pudessem olhar sob uma nova perspectiva para essas populações, compreendendo a dimensão dos preconceitos e das discriminações ainda presentes no conjunto da sociedade.

Ao abordar o conceito de equidade, trazendo junto o conceito de igualdade e justiça, se redimensiona a compreensão do papel do Estado e das políticas públicas e, em particular, o papel da saúde, a partir do conceito de promoção e

qualidade de vida, de direitos e cidadania. Essa dimensão coloca para os movimentos sociais os desafios de consolidar e afirmar os espaços de participação social como instâncias importantes para garantir os avanços conquistados e fortalecer a democracia participativa. Ainda que em tempos de turbulências democráticas no País, espera-se que a participação social nessas instâncias – conselhos de saúde, conferências, comitês de políticas de promoção de equidade etc. – sejam de afirmação dessas conquistas e de luta contra os retrocessos. Os instrumentos normativos são, em última instância, ferramentas jurídicas de cidadania. ■

Referências

ABREU, W.; ASSIS, M. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 161-170, jan. 2010.

BRASIL. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 13 dez. 2016.

_____. Decreto nº 7.053, de 23 de setembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2009a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>. Acesso em: 13 dez. 2016.

_____. Decreto nº 8.065, de 07 de agosto de 2013. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro

Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm>. Acesso em: 13 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 13 maio 2009b. Disponível em: <<http://renafrosaude.com.br/wp-content/uploads/2012/11/Portaria-da-PNSIPN.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 1º dez. 2011b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/public/media/>

EU6sWLAaw55isy/90910111909016012645.pdf>.

Acesso em: 13 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.866, de 02 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 02 dez. 2011a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/public/media/EU6sWLAaw55isy/21131001103041610209.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>. Acesso em: 20 set. 2016

_____. Ministério da Saúde. Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo: v. 42, n. 3, jun. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portal Universidade Aberta do SUS. Disponível em: <<http://www.unasus.gov.br>>. Acesso em: setembro de 2016.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. Participação Social. In:

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO L. *et al.* (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 853-883.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO L. *et al.* (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 25-57.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2016..

MACHADO, C. V.; VIANA, A. L. A. Descentralização e Coordenação Federativa na Saúde. In: *Saúde, Desenvolvimento e Território*. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 21-59.

MARX, K. Crítica ao Programa de Gotha, 1875. Portal Domínio Público. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cv000035.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

RIZZOTTO, M.; BORTOLOTO, C. O conceito de equidade no desenho de políticas sociais: pressupostos políticos e ideológicos da proposta de desenvolvimento da CEPAL. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 793-803, jul./set. 2011.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. *Rev. Panam. Salud Publica*, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SILVA, L.; ALMEIDA-FILHO, N. Equidade em Saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 25, supl. 2, p. S217-S226, 2009.

TEIXEIRA, C. *Os Princípios do Sistema Único de Saúde*. Salvador: Secretaria da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2016.

Recebido para publicação em outubro de 2016
Versão final em dezembro de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Ética e democracia em tempos de crise

Ethics and democracy in times of crisis

Sergio Rego¹, Marisa Palácios²

RESUMO Os autores discutem a ideia de crise como algo regular e sistemático no sistema capitalista, situando os momentos de crise aguda como parte inerente à luta política. Com uma perspectiva histórica, procuram demonstrar que as transformações e os avanços obtidos na cultura dos direitos ainda são muito recentes e não consolidados. Argumentam que o fortalecimento do individualismo na sociedade de consumo é inerente a este e que os projetos de vida coletiva precisam valorizar a política e a busca de uma ética mínima, que possibilite a convivência.

PALAVRAS-CHAVE Ética. Políticas. Direitos civis. Direitos humanos. Democracia.

ABSTRACT *The authors discuss the idea of crisis as something regular and systematic in the capitalist system, situating moments of acute crisis as an inherent part of the political struggle. With a historical perspective, they seek to demonstrate that the transformations and the advances achieved in the culture of rights are still very recent and unconsolidated. They argue that the strengthening of individualism in the consumer society is inherent in it and that the projects of collective life need to value the policy and the search for a minimum ethics, which enables coexistence.*

KEYWORDS *Ethics. Politics. Civil rights. Human rights. Democracy.*

¹ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
rego@ensp.fiocruz.br

² Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Estudos de Saúde Coletiva (Iesc) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
marisa.palacios@gmail.com

Os objetivos deste ensaio são refletir sobre algumas das diferentes faces que a crise atual no Brasil apresenta e analisá-las em busca de um entendimento que contribua, na medida do possível, para pensar em alternativas políticas para o futuro. Não abordaremos aqui nem a crise econômica, nem a crise política, nem a de representatividade, tentando nos restringir às do campo moral.

Existe uma ideia comum de que vivemos uma crise ética, ou uma crise moral, ou, ainda, uma crise de valores em nosso País. Na verdade, uma das razões para a indefinição sobre a 'crise' está possivelmente na confusão que muitos fazem entre ética e moral e na sua relação com valores em geral. A fim de esclarecermos essa questão, afirmamos que entendemos a moral como as normas que nos são impostas pelo meio social em que vivemos, normas essas que são externas a nós. Temos, assim, diferentes normas morais, que podem ser religiosas ou profissionais, por exemplo. Já a ética é entendida como um discurso de segunda ordem sobre os problemas morais. Ou seja, a ética é uma reflexão crítica sobre a moral. Assim, não seria correto falar em código de ética profissional, mas em código da moral profissional. Todavia, essa distinção está mais reservada para as discussões acadêmicas propriamente ditas, já que a distinção não é de uso corrente na sociedade em geral. Guardemos, pois, a distinção.

Muitos associam essa crise moral a um partido político específico; outros, à democracia como um todo; outros, entretanto, preferem responsabilizar a natureza humana, o narcisismo, que cada vez mais se afirma como uma característica da Pós-Modernidade. Enfim, há uma crise? Essa crise é brasileira? A crise é da humanidade, da Pós-Modernidade?

Falemos inicialmente da ideia de crise. Seu significado, *lato sensu*, refere-se a qualquer alteração significativa no *status quo* de algo. Assim, pode-se falar em crise do crescimento, em geral, referindo-se às mudanças que ocorrem em um indivíduo em decorrência

de seu crescimento (seja ele fisiológico ou não); 'crise de nervos', quando a estabilidade emocional de um indivíduo se vê abalada, seja em decorrência do que for; crise da meia idade, crise do casamento e outras situações que envolvem indivíduos isoladamente. Mas temos, também, as crises sociais, que afetam coletividades, como a crise econômica, quando os parâmetros regulares de funcionamento e avaliação da economia são afetados de forma significativa; crise política, quando a estabilidade política de uma comunidade está alterada significativamente, e por aí vai. Mas podemos, também, referirmo-nos à crise ética, crise moral e mesmo crise de valores. Mas será que é pertinente e apropriado focarmos nossa reflexão em cima da ideia de crise como algo desestabilizador e com a concepção inerente de ameaça que ela frequentemente traz?

A rigor, a crise é inerente à vida, individual e social. Compreendemos que nada está estático, mas, sim, em permanente transformação. O mundo físico se transforma, mesmo que sem a intervenção do homem, apenas pela ação de elementos da natureza, como o ar, a água, o fogo e as partículas físicas. Uma pedra é moldada seja pela ação do vento, seja da água ou mesmo do fogo. Um organismo biológico cresce e se desenvolve e está sendo transformado permanentemente, mesmo depois que a chamada vida se extingue.

Da mesma maneira, o mundo social também está em permanente transformação. As sociedades mudam, as formas como os humanos se relacionam mudam, como se organizam, como trabalham, como se divertem. Sim, e essas mudanças estão muitas vezes relacionadas ao desenvolvimento da técnica e do conhecimento, resultado do próprio desenvolvimento humano. Será que isso significa que todas as crises trarão resultados positivos? Que as mudanças são sempre boas ou, ao menos, desejáveis? Guardemos essa pergunta para daqui a pouco.

Antes, devemos introduzir a perspectiva de avaliação de valor. E o que é valor?

Podemos genericamente dizer que se valoriza aquilo que se considera importante, ou seja, aquilo no qual realizamos um investimento afetivo. Assim, o que valorizamos é aquilo que compreendemos como relevante e significativo, seja em que área for. As situações nas quais os processos de transformação, inerentes ao ser individual/social, intensificam-se e a possibilidade de mudanças fica mais evidente serão mais ou menos valorizadas de acordo com a expectativa que tivermos, com nossa avaliação sobre os possíveis resultados do processo, ainda que parciais.

E como são determinados os valores? Serão eles fixos e imutáveis? Claro que não. Variam no indivíduo de acordo tanto com a sua idade, maturidade, experiências, bem como sua cultura e meio social. Como assim? Assim, quanto menor for o grupo social, maior a chance de os valores dos membros desses subconjuntos serem semelhantes. Ou seja, comunidades mais fechadas, como comunidades religiosas ortodoxas, comunidades políticas, comunidades étnicas, têm maior probabilidade de compartilhar seus valores, ou, pelo menos, aqueles fundamentais. Durkheim (2013), em seu clássico estudo sobre o suicídio, demonstrou um dos possíveis efeitos desse fenômeno. Nas comunidades militares, onde o que é mais valorizado é o cumprimento de ordens, a submissão da vontade e da própria vida ao bem comum, que é expresso pelas suas lideranças, o suicídio é mais frequente, já que o apego a si não é o valor que se estimula e se defende. Por outro lado, na comunidade judaica mundial, apesar da diáspora, que possui uma rede de suporte grande na qual o bem-estar individual e a própria sobrevivência dos membros da comunidade são alguns de seus objetivos principais, o índice de suicídios é muito baixo (também a religião que muitos comungam, com seus valores inerentes, reforça essa valoração).

Assim, podemos compreender que, apesar de sermos capazes de autonomamente tomarmos decisões sobre o que nos é mais apropriado, justo, certo, nossas escolhas

raramente são independentes do meio social onde estamos inseridos ou em uma perspectiva individualista. Turiel (2002) enfatiza essa questão ao conceituar autonomia moral, lembrando Piaget, ao ressaltar que os indivíduos constroem sua personalidade e seus valores em interações com os outros, em perspectivas interdependentes. Entretanto, essas relações não fariam com que as individualidades se anulassem, já que as pessoas não se combinam como gases, mas requerem que mantenham suas individualidades.

Há alguns anos, o grupo de trabalho em psicologia do desenvolvimento da ABRAPP (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Psicologia) propôs que seus membros pesquisassem e escrevessem artigos e reflexões sobre a pergunta: ‘Os valores estão em crise ou há uma crise de valores?’. Entre os vários trabalhos produzidos e publicados em um livro, que teve como título uma variante da pergunta original, gostaríamos de destacar um, de Tognetta e Vinha (2009), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Nesse estudo, elas investigaram, em um conjunto de estudantes do ensino médio de Campinas, o que os deixava indignados. O propósito era o de identificar a percepção de justiça que eles tinham e em que âmbitos e situações eles percebiam injustiças e manifestavam indignação com isso. Os resultados encontrados foram altamente preocupantes, já que a maioria desses jovens manifestava indignação especialmente em situações nas quais seus interesses individuais estavam ameaçados. A percepção da injustiça com relação ao outro foi muito aquém do que se desejaria ou esperaria. Será esse mais um indicativo de quão individualista nossa sociedade tem se tornado? Que a percepção dos outros e a solidariedade com eles não são mais valorizadas por nossos jovens?

Os valores de nossa sociedade mudaram e mudam com o passar do tempo, e não apenas os de nossa sociedade. Se distanciarmos nosso olhar dos fatos recentes e tentarmos considerar as mudanças ocorridas nos

últimos cem, duzentos ou trezentos anos, verificaremos que as mudanças são muito profundas. Luc Ferry (2009), em seu livro 'Diante da crise', faz uma breve análise das transformações nas sociedades ocidentais desde a revolução industrial, de forma a demonstrar que os valores tradicionais das famílias ocidentais foram desconstruídos. E é bom que isso tenha ocorrido e que ocorra. Entretanto, as mudanças não são tão antigas e nem estão tão sedimentadas assim. Como exemplo, ele menciona fatos relacionados à condição feminina: até 1975, na França, a esposa necessitava pedir autorização ao marido para abrir uma conta bancária; apenas em abril de 1991, o último cantão da Suíça concedeu o direito de voto para mulheres! Em nosso País, a despeito de ter sido aprovado, em 2002, um novo Código Civil, em substituição ao que havia entrado em vigor em 1916, ainda persistem diversos anacronismos relacionados, inclusive, à condição feminina (DIAS, 2016). São diversos os atores sociais em permanente embate com o propósito de tentar consolidar conquistas, enquanto outros resistem aos novos tempos. Esses embates, todavia, são parte do processo de mudança social, promovem avanços e recuos, seguem-se às transformações nas relações sociais em geral. O importante nesse processo é que os princípios da convivência democrática sejam preservados, que o espaço da política não seja minado nem minimizado.

Neste ponto da reflexão, podemos recordar o pensamento de Richard Sennet (1999), em seu já clássico estudo publicado com o título 'O declínio do homem público: as tiranias da intimidade'. Nele, o autor defende a ideia de que o esvaziamento da vida pública e a valorização desmedida da vida pessoal foi um processo que se iniciou com a queda do 'Antigo Regime' e a formação de uma cultura urbana e capitalista. Para Sennet, essa hipertrofia da vida pessoal influenciou também a vida pública, tornando características individuais mais relevantes do que a própria perspectiva de classe social. Nesse sentido, Ferry

parece concordar com Sennet, na medida em que percebe ter ocorrido uma verdadeira desconstrução dos valores tradicionais relacionados ao Antigo Regime, que culminou, ao menos até agora, nessa hipervalorização do consumo, como fim último do processo econômico. A ideia de que a economia deve proporcionar o desenvolvimento do bem comum foi subvertida em favor do consumismo e do individualismo.

Max Weber (2004) identificou que o capitalismo estava fundamentado em seus primórdios pela influência calvinista, que preconizava que seus seguidores teriam sido chamados pelo divino, que teriam sido 'escolhidos' e, portanto, precisariam ser bons não apenas nas tarefas ritualísticas específicas, mas, também, em suas vidas pessoais e no trabalho. Por terem sido 'escolhidos', o pecado seria condenatório e não perdoado com uma visita ao pároco. O próprio Weber chega ao conceito de desencantamento do mundo ao se referir tanto à desmistificação ou dessacralização da vida (no sentido religioso) como à racionalização do mundo social que o desenvolvimento capitalista promoveu. Quando o capitalismo funciona com base na competição (entendida tanto no nível de indivíduos, empresas e mesmo Estados), a necessidade de inovação e transformação é marcante, e a competição passa a ser efetivamente a mola que impulsiona a sociedade. Sejam os detentores dos meios de produção que competem por mercados consumidores e benesses do Estado, sejam os trabalhadores que competem por condições melhores de sobrevivência. Esse quadro é muito grave e preocupante em países como o nosso, onde a desigualdade social atinge proporções alarmantes e o Estado, historicamente, é conivente com a supermaximização de lucros e com a exploração dos trabalhadores. Não esquecendo sua característica patrimonialista, ou seja, que promove um certo embaçamento nas linhas que separam interesses públicos e privados em benefício dos interesses privados dos governantes e de seus aliados.

Em um período de importante inquietação social no Brasil, que antecedeu a chamada Revolução de 30, o então presidente de Minas Gerais, Antônio Carlos de Andrada, insatisfeito com os movimentos políticos dos paulistas, passa a articular a candidatura de Getúlio Vargas e proferiu a célebre frase que marcou esse momento histórico: “Façamos a revolução antes que o povo a faça!” (FGV, 2016). Assim, ainda que as elites governantes eventualmente entrem em desacordo por seus interesses específicos, em geral, fazem o que é necessário para impedir ou controlar uma eventual prevalência dos interesses dos trabalhadores. Essa é uma visão algo estereotipada, mas busca apenas que se vislumbre uma perspectiva em que o poder não é cedido ou dividido facilmente por aqueles que o detêm.

Para nos aproximarmos dos tempos atuais, vamos recorrer à análise que tem sido desenvolvida por Jurandir Freire Costa e que foi apresentada em 1988, no artigo ‘Narcisismo em tempos sombrios’. Nele, Costa se utiliza do que Slavoj Žižek chamou de visão cínica do mundo. Este, por sua vez, tomou o conceito emprestado de Peter Sloterdijk, em seu clássico ‘Crítica da razão cínica’. Para Costa,

Certos padrões de comportamento social no Brasil de hoje são suficientemente estáveis e recorrentes, para que possamos afirmar a existência de uma forma particular de medo e reação ao pânico, que é a ‘cultura narcísica da violência’. Esta cultura nutre-se e é nutrida pela decadência social e pelo descrédito da justiça e da lei. [...] Na cultura da violência, o futuro é negado ou representado como ameaça de aniquilamento ou destruição. De tal forma que a saída apresentada é a fruição imediata do presente; a submissão ao status quo e a oposição sistemática e metódica a qualquer projeto de mudança que implique cooperação social e negociação não violenta de interesses particulares. (COSTA, 1988, S.P.).

Estamos, assim, identificando algumas das bases que permeiam nosso tempo e a

crise que estamos vivendo: não é apenas uma crise brasileira, não é uma crise apenas econômica, não é uma crise apenas de valores isolados, mas uma crise inerente ao desenvolvimento capitalista e às transformações sistemáticas que ocorrem nas sociedades em geral. Mas temos algumas peculiaridades ou especificidades quando olhamos para o Brasil. É uma crise em um país periférico, com um desenvolvimento político e cultural marcado pela pobreza e pela luta pela sobrevivência (compatível, provavelmente, com o desenvolvimento de nosso capitalismo), com uma tradição autoritária, antidemocrática e patrimonialista. A eficiência com que a elite brasileira, com seus aliados tradicionais nos meios de comunicação social, controlou e controla o acesso à informação e as possibilidades de desenvolvimento da consciência crítica (e por que não política?) da população é inegável. A criatividade com que formulam e reformulam suas estratégias de controle da sociedade através do sistema educacional é extraordinária, como bem expressam as atuais propostas de Escola Sem Partido e Reforma do Ensino Médio, que poderão resultar na significativa ampliação das desigualdades.

Assim, na crise atual brasileira, é mais razoável compreendê-la como uma reação provocada a uma pequena tentativa de modernização do capitalismo brasileiro, expresso pela compreensão de que a ampliação do mercado consumidor e a expansão das parcerias comerciais estrangeiras em uma perspectiva Sul-Sul poderia sustentar o desenvolvimento econômico, melhorar as condições de vida da população e manter os interesses da elite dominante preservados. Parece-nos ser um fato que o Partido dos Trabalhadores (PT) fez uma opção na disputa eleitoral de 2002, e que já era defendida por vários setores da esquerda brasileira desde a luta contra a ditadura: a formação da mais ampla frente democrática para conquistar o poder federal e governar buscando conciliar e negociar os diferentes interesses.

Nessa perspectiva, o PT forjou uma aliança com o Partido Liberal, que assegurou o candidato a vice-presidente, e o resto é história, com a atração daquele que sempre procurou se apresentar como o centro na política brasileira, qual seja, o Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB). Mas essa mesma elite parece preferir as práticas oligárquicas às liberais, não compreendendo que a profunda desigualdade social não é boa para o capitalismo atual.

Sabemos, hoje, que muitas das práticas adotadas por segmentos do PT para alguns, ou por seus principais dirigentes, para outros, repetiram as práticas corruptas que sempre caracterizaram boa parte da prática política nacional. Em nome do ‘amplo arco da sociedade’, cedeu-se em pontos e em questões que eticamente não seriam aceitáveis. Os governos anteriores sempre assim se comportaram, mas punições, efetivamente, só surgiam quando se tentava ignorar o jogo político mais amplo que estava sendo jogado, como no caso do governo Collor.

Mas devemos, também, nos questionar: será que os comportamentos eticamente questionáveis de segmentos importantes do PT foram de fato os determinantes para a sua derrocada e verdadeira desmoralização? Ainda é cedo para termos uma compreensão mais ampla da questão, mas nos parece que questões geopolíticas internacionais objetivas também podem estar desempenhando um papel central nessa disputa: o descobrimento de petróleo nas camadas do pré-sal brasileiro (em uma conjuntura em que guerras são sistematicamente declaradas por disputas energéticas, como ocorre, por exemplo, em Iraque, Irã, Kuwait, Crimeia e Ucrânia, entre tantas outras); a busca de independência de fato na política externa, bem como nas ações econômicas; aliança com os demais países do Brics (Rússia, Índia, China e África do Sul) na construção de uma alternativa ao Banco Mundial, para citarmos apenas algumas. Afinal, se os interesses das elites nacionais não estavam de fato sendo

afetados de forma significativa pelos governos petistas, por que abandonaram aqueles que os trataram tão bem por quase dez anos?

Talvez o entendimento do conceito de colonialidade ajude a compreender melhor essa situação. Colonialidade foi descrita, inicialmente, por Quijano (1998) e pode ser compreendida como algo que transcende ao colonialismo propriamente dito (isto é, ao fim da relação colonial) e está configurado para manter as relações de subordinação no sistema capitalista interestatal (FIORI, 2007). O modelo de colonização significava não só a dominação econômica, mas, também, a dominação cultural. Como Assis (2014) apontou:

A construção de hierarquias de raça, gênero e modos de apropriação dos recursos naturais, pode ser vista como contemporânea para o estabelecimento de uma divisão internacional do trabalho e territórios, marcado por relações assimétricas entre as economias centrais e periféricas. Da perspectiva da colonialidade, as antigas hierarquias coloniais, que foram agrupadas como europeia versus não-europeia, permaneceram entrincheirados e presos na divisão internacional do trabalho. (ASSIS, 2014, p. 614).

Nessa perspectiva, as elites econômicas nacionais não antagonizam os interesses internacionais, uma vez que sua dependência os articula. No Brasil, podemos compreender a ideia do ‘complexo de vira-latas’ como expressão da perpetuação da ideologia colonial, que expressa como algo ‘natural’ a desqualificação da miscigenação.

Costa, na obra citada, busca explicar de que forma a razão cínica se manifesta em uma sociedade como a brasileira. Para ele, se o dispositivo cultural de um povo é sistematicamente atacado, acaba-se retirando os mecanismos de proteção dessa sociedade para enfrentar a desordem em si. O discurso repetido de que a sociedade não é capaz de reprimir o crime, que os traficantes estão soltos, que os corruptos estão soltos, que

os corruptores estão soltos junto com os ladrões, como os chamados ‘programas de mundo-cão’ promovem diuturnamente nas televisões de nosso País. Essa cultura da violência também está presente na seletividade da ação da Justiça, na banalização das infrações cometidas pelos poderosos social e politicamente que conseguem permanecer protegidos a despeito das leis que infringem. Mesmo agora, quando a delação tem merecido prêmios, os que confessam seus crimes são condenados a continuar a viver no desfrute de suas vidas.

Para José Castelo (1988), embora seja necessário distinguir em termos de proporções entre o indivíduo que estaciona em fila tripla para esperar o filho diante do colégio, do aluno que cola na prova ou do professor que plagia, do assaltante que mata sua vítima e do homem que acredita ter o direito de estuprar quem ele imagina que o provoca por estar vestida sensualmente, todos agem com a ilusão de que não serão punidos por suas ações. Essa desqualificação da lei também apresenta um ataque à política. Um estímulo para que o cidadão não confie mais na ideia de um bem comum. Christopher Lasch, em 1986, apresentou o que ele chamou de ‘Eu mínimo’, que seria uma estratégia ou solução para não sucumbir emocionalmente frente às ameaças cujos controles estão fora da governabilidade dos indivíduos.

Em uma época carregada de problemas, a vida cotidiana passa a ser um exercício de sobrevivência. Vive-se um dia de cada vez. Raramente se olha para trás, por medo de sucumbir a uma debilitante nostalgia; e quando se olha para frente, é para ver como se garantir contra os desastres que todos aguardam. Em tais condições, a individualidade transforma-se numa espécie de bem de luxo, fora de lugar em uma era de iminente austeridade. A individualidade supõe uma história pessoal, amigos, família, um sentido de situação. Sob assédio, o eu se contrai num núcleo defensivo, em guarda diante da adversidade. O equilíbrio

emocional exige um eu mínimo, não o eu soberano do passado. [...] a preocupação com o indivíduo, tão característica de nossa época, assume a forma de uma preocupação com a sobrevivência psíquica. Perdeu-se a confiança no futuro. [...] O risco de desintegração individual estimula um sentido de individualidade que não é ‘soberano’ ou ‘narcisista’, mas simplesmente sitiado. (LASCH, 1986, P. 9).

A desqualificação da vida em comum e os ataques repetidos contra o senso de coletividade contribuem para a desqualificação da política enquanto caminho e espaço legítimo para a busca dos consensos necessários, ainda que temporários, para a vida em comum. Nosso País, que não possui tradição democrática e cuja consciência política é repetidamente minada e destruída pelos donos do poder, sucumbe facilmente à destruição de suas esperanças, que, em geral, são percebidas como dádivas das classes dirigentes e não como conquistas de um povo. Esta ação não foi empreendida apenas por aqueles que se opõem efetivamente a quaisquer conquistas dos trabalhadores, mas, também, por aqueles que, ávidos pelo poder em si, utilizam-se das máquinas governamentais para conquistar adeptos e conquistar apoios para o cotidiano da política por meio da concessão de subsídios e/ou outras benesses, através das estruturas governamentais.

Será que estamos fadados ao fracasso, enquanto projeto político coletivo? Estarão os sucessivos encontros do Fórum Social Mundial errados ao proclamarem que ‘Um outro mundo é possível’? Em 11 de setembro de 2011, realizou-se a XLVI Conferência Internacional da Educação da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), na Suíça, que gerou uma publicação síntese com a instigante pergunta: ‘Aprender a viver juntos: será que fracassamos?’.

Para nós, as respostas são inequivocamente ‘não’. Há muito que fazer, e as mudanças são possíveis e estão permanentemente

sendo realizadas. Talvez não na velocidade que desejamos, mas elas ocorrem. Não podemos perder a dimensão histórica e pensarmos apenas no aqui e agora, em respostas e resultados imediatos. Mas temos que pensar ou repensar nos caminhos e estratégias de ação. Do ponto de vista da organização política, é preciso reforçar e ampliar as discussões nas organizações civis. As novas mídias sociais, Facebook e assemelhados incluídos, embora pareçam ser espaços privilegiados para a manifestação dessa cultura narcísica e, especialmente, da razão cínica, também levaram a comunicação entre pessoas a patamares nunca sonhados anteriormente. Ainda assim, também não podem ser o depositário de todas as esperanças, como alguns militantes das causas populares parecem pensar. Isso não significa que devam ser abandonadas totalmente em razão dessas características e por serem utilizadas para monitorar os próprios movimentos sociais (ACLU, 2016). É preciso ter certa paciência e compreender que não precisamos jogar fora a criança junto com a água suja do banho. É preciso investir tempo, inteligência, afeto e criatividade nas propostas que estimulem e promovam a consciência crítica da sociedade, em todos os meios possíveis. Não com a concessão de benefícios ou outras benesses apenas, mas com a compreensão de que se deve trabalhar pelo reconhecimento dos direitos, individuais, coletivos e das futuras gerações.

A despolitização das ações públicas só contribui para a alienação política e social dos segmentos de nossa população que mais precisam desenvolver sua consciência crítica política. É preciso combater tudo o que constrange o desenvolvimento do pensamento crítico e buscar alternativas para que esse debate se amplie, reforçando as estratégias de organização de base e as ações educacionais. A disputa política é permanente e precisa ser mantida, pois nada se resolve neste tempo. O conceito emancipação, central em Paulo Freire (2005), parece ser a chave. Emancipação traz em si a ideia

de liberdade e de autonomia como governo de si, ou seja, o poder de dar a si a própria lei. Emancipar significa compreender o sujeito no centro e direção da própria vida. E, como a vida é para ser vivida em conjunto, emancipar significa libertar o humano de todas as injustiças, favorecendo, assim, seu florescimento, o desenvolvimento de suas potencialidades, coletivamente, em interação com os demais, através da educação. Marxianamente, emancipação humana é o reverso da alienação imposta pela sociedade industrial (MARX, 2010). Trazendo para nossos dias, emancipação significa resistir a todo tipo de alienação que nossas sociedades atuais produzem, seja vendendo a ideia de uma felicidade fácil e imediata, ao mesmo tempo submissa a um trabalho explorado em troca do consumo individual e competitivo, seja afirmando narcisicamente o império do eu (e dos meus) contra todos os outros.

Como afirmado anteriormente, é preciso aprender cotidianamente a viver junto. Nenhuma ação intempestiva ou reforma 'por cima' será capaz de transformar nossa sociedade, emancipando nosso povo. Mas o exercício cotidiano de combate às injustiças, às violências, à razão cínica, promovendo o debate, o diálogo na consolidação de uma ética mínima como um conjunto de valores que possam ser compartilhados por todos os integrantes de nossa sociedade, como afirma Adela Cortina (2009). Nossa sociedade é diversa, é plural, temos uma constituição que afirma que nosso Estado é laico, livre das influências das religiões, ao mesmo tempo que pretende garantir a liberdade de crença a todos os cidadãos, o que deve nos empoderar a combater todo tipo de discriminação religiosa, onde quer que surja. Nossa sociedade é diversa do ponto de vista cultural, das orientações sexuais, das etnias. Não podemos tolerar a violência e a discriminação. O diálogo precisa ser restabelecido, já que é a única forma de chegarmos a acordos, a reverter a lógica do perde-ganha e instaurarmos a da negociação, da convivência

entre diferentes que se respeitam. Hannah Arendt (1985) já afirmava que a violência surge onde os conflitos não podem ser resolvidos através do diálogo. Dois exemplos recentes nos chamam a atenção e são ilustrativos do que estamos assinalando: a derrota de uma proposta de acordo com as Forças Armadas Revolucionárias da Colômbia (Farc), após amplo processo de negociação, em plebiscito na Colômbia, pode ilustrar a lógica do perde-ganha, suplantando a da negociação; e o outro exemplo é a própria violência cotidiana, das páginas policiais: ‘homem atira em outro em uma disputa por mesa em shopping center no Rio de Janeiro’, agressão a profissionais de saúde em emergências etc.

Para que possamos encerrar com um questionamento a mais, gostaríamos de trazer algumas das reflexões oriundas da neuroética. As neurociências têm se desenvolvido de forma muito intensa nas últimas décadas e têm provocado uma nova gama de questionamentos, e não apenas no neuromarketing (inclusive político). Dawkins (2007), por exemplo, defende a ideia de que a sobrevivência é determinada por uma ‘disputa’ entre genes, os quais determinam as melhores possibilidades de sobrevivência. Assim, seríamos biologicamente programados para sobreviver, na medida em que os genes que não favorecessem essa melhor possibilidade não estariam fadados a sobreviver. Por outro lado, como lembra Cortina, somos, também, animais capazes de praticar atos altruístas. Como explicação para esse fenômeno, ela apresenta duas alternativas: a primeira, de que uma vertente desse gene egoísta proporcionaria uma atuação em favor daqueles que compartilham genes conosco, ou seja, nossos parentes. Assim, o altruísmo tão comum no cuidado, por exemplo, de uma mãe com seus filhos seria apenas uma expressão dessa vertente genética egoísta e nepótica; a outra explicação baseia-se na ideia de que os humanos são capazes, também, de ações altruísticas para além dos limites familiares à medida que tenham a expectativa ou

perspectiva de alguma reciprocidade. Por esse ponto de vista, não existirá a ação altruística pura para quem não for parente, mas apenas ações que guardam implícitas perspectivas de algum tipo de retribuição, direta ou indireta, imediata ou tardia, integral ou fracionada. Utilizando-se, também, de uma perspectiva evolucionista e naturalista, Paul Rée defende que existem impulsos altruísticos nos humanos e os fundamenta no instinto parental, que é mantido através da seleção natural. Já Nietzsche, por sua vez, refuta a possibilidade da existência da decisão altruística na medida em que todas as decisões seriam, em última análise, uma decisão que traria alguma utilidade para aquele que a tomou (ARALDI, 2016). Assim, resta perguntarmo-nos: existe a possibilidade de sermos efetivamente bons por vontade própria, ou a única possibilidade de isso acontecer estará nas nossas características genéticas, portanto, naturais, biológicas? Se a liberdade individual for uma ilusão, se somos apenas resultado do que está determinado por gerações em nossos genes, as ações políticas e educacionais também terão que acompanhar essa compreensão, provocando, assim, uma nova revolução copernicana, onde o sol passaria a ser visto como o código genético que possuímos e em torno do qual nossa suposta liberdade circularia? Seja como for, o respeito, o diálogo e a liberdade são ingredientes fundamentais para a democracia política, única forma, ainda que imperfeita, de garantir a convivência em sociedades plurais (DEWEY, 1964; CORTINA, 2009). Fora da política, o que existe é a barbárie. E a Política não pode estar desassociada dos movimentos sociais e das ruas.

Colaboradores

Ambos os autores participaram de todas as fases de preparação do artigo, desde a definição do tema, do escopo, redação, até a revisão final. ■

Referências

- AMERICAN CIVIL LIBERTIES UNION (ACLU). *Facebook, Instagram, and Twitter Provided Data Access for a Surveillance Product Marketed to Target Activists of Color*. Disponível em: <<https://www.aclu.org/blog/free-future/facebook-instagram-and-twitter-provided-data-access-surveillance-product-marketed>>. Acesso em: 12 out. 2016.
- ARAILDI, C. L. Nietzsche e Paul Rée: Acerca da existência de impulsos altruístas. *Cad. Nietzsche*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 71-87, jun. 2016.
- ARENDT, H. *Da violência*. Brasília: Editora UnB, 1985.
- ASSIS, W. F. T. Do colonialismo à colonialidade: expropriação territorial na periferia do capitalismo. *Caderno CRH*, Salvador, v. 27, n. 72, p. 613-27, set. /dez. 2014.
- CASTELO, J. *A Cultura da Razão Cínica*. 1988. Disponível em: <http://www.ime.usp.br/~pleite/pub/artigos/castelo/a_cultura_da_razao_cinica.pdf>. Acesso em: 5 out. 2016.
- CORTINA, A. *Ética Mínima: introdução à filosofia prática*. São Paulo: Martins Fontes, 2009.
- _____. *Para que serve realmente a ética?* Disponível em: <<https://youtu.be/F3LXHC6CMyc>>. Acesso em: 8 out. 2016.
- COSTA, J. F. Narcisismo em tempos sombrios. In: FERNANDES, H. R. (Org.). *Tempo do desejo*. São Paulo: Brasiliense, 1989. Disponível em: <<http://docslide.com.br/download/link/narcisismo-em-tempos-sombrios-j-f-costa>>. Acesso em: 5 out. 2016.
- DAWKINS, R. *O gene egoísta*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- DEWEY, J. *Teoria da Vida Moral*. São Paulo: IBRASA, 1964.
- DIAS, M. B. *A mulher no Código Civil*. Disponível em: <http://www.mariaberenice.com.br/uploads/18.-_a_mulher_no_c%F3digo_civil.pdf>. Acesso em: 21 out. 2016.
- DURKHEIM, E. *O suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo: Edipro, 2013.
- FERRY, L. *Diante da crise: materiais para uma política de civilização*. Rio de Janeiro: Editora Difel, 2010.
- FIORI, J. L. *O poder global e a nova geopolítica das nações*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2005.
- FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (FGV). Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea da Brasil. *Biografia de Antônio Carlos Ribeiro de Andrada*. Disponível em: <http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/biografias/antonio_carlos_ribeiro_de_andrada>. Acesso em: 14 nov. 2016.
- LASCH, C. *O mínimo Eu: sobrevivência psíquica em tempos difíceis*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1986.
- MARX, K. *Sobre a questão judaica*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2010.
- QUIJANO A. Colonialidad del poder, y conocimiento cultura en America Latina (Análisis). *Ecuador Debate*. Descentralización: entre lo global y lo local, Quito, n. 4, p. 227-38, ago. 1998.
- SENNETT, R. *O declínio do homem público: as tiranias da intimidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.
- TOGNETTA, L. R. P.; VINHA, T. Valores em crise: o que nos causa indignação? In: TAILLE, Y. L.; MENIN, M. S. S. (Org.). *Crise de valores ou valores em crise?* São Paulo: Penso Editora, 2009. p. 15-45.
- TURIEL, E. *The Culture of Morality: Social Development, Context, and Conflict*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
- WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

Recebido para publicação em outubro de 2016
 Versão final em outubro de 2016
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Sexualidades e políticas públicas: uma abordagem *queer* para tempos de crise democrática

Sexualities and public policies: a queer approach for times of democratic crisis

Jose Inacio Jardim Motta¹

RESUMO Este trabalho visa a compreender uma política pública de equidade em saúde relativa às sexualidades que se desviam da heterossexualidade compulsória, em um contexto de crise democrática. Para isso, toma-se a teoria *queer* para analisar, à luz de categorias como poder, resistência e transgressão, o que está por traz do contexto discursivo da política de atenção à saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (LGBT), produzindo uma tensão entre norma, direito e participação social. É percebido que, em uma perspectiva *queer*, a instabilidade das identidades e a compreensão das redes de poder no interior das práticas de saúde podem fornecer condições de resistências mesmo em situações de crise do Estado democrático.

PALAVRAS-CHAVE Política social. Sexualidade. Identidade de gênero.

ABSTRACT *This work aims to understand a public policy of health equity related to sexualities that deviate from compulsory heterosexuality in a context of democratic crisis. For this, queer theory is used to analyze, in the light of categories such as power, resistance and transgression, what lies behind the discursive context of the health care policies of the Lesbian, Gay, Bisexual, and transgender (LGBT) population, producing a tension between norm, law, and social participation. It is perceived that, from a queer perspective, the instability of identity and the understanding of the networks of power within the health practices can provide conditions of resistance even in situations of crisis of the democratic state.*

KEYWORDS *Public policy. Sexuality. Gender identity.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
inacio@ensp.fiocruz.br

Introdução

O processo da Reforma Sanitária Brasileira inscreveu como princípios estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS) as noções de equidade e integralidade. A integralidade, em sua dimensão das práticas de saúde, obriga a pensar o outro da relação de produção em saúde como o outro diferente do que somos. Uma diferença com potencial de criatividade e exercício de alteridade. Sendo assim, as relações com o outro passam a ser mediadas pelos diferentes olhares que atravessam a relação, podendo interferir no acesso e na qualidade do cuidado prestado.

O princípio da equidade se instaura nesse lugar onde há, notadamente, a presença de grupos vulneráveis e onde a vulnerabilidade é inscrita a partir do lugar da diferença. O ponto de partida para se pensar a equidade, para além da compreensão de ser um princípio de justiça social, é assinalar que no campo da saúde as inequidades não se limitam às diferentes posições sociais das pessoas em uma hierarquia econômica, alcançando determinações de gênero, sexualidade e diferentes grupos étnicos.

Gênero, sexualidade, raça e etnia compõem o conjunto das chamadas minorias, que têm em comum não o fato de expressarem um menor contingente populacional, mas, sim, de representarem valores que foram construídos ao longo da história, como antagonistas a valores expressos como superiores e desejáveis. Assim, a construção hegemônica do masculino é feita em oposição à constituição inferior do feminino, a do branco em oposição à do negro, e a do heterossexual em oposição à do homossexual.

Aqui, começa a se descortinar uma série de questões que apontam para respostas que não são fáceis de achar. Aqui, pode-se, também, pensar em alguns paradoxos que estão, hoje, no cenário dos processos de saúde e na própria formação em saúde. Poder-se-ia perguntar, por exemplo, como a saúde, em sua dinâmica de mudança nas práticas de saúde,

considera as minorias como atores subalternizados e, portanto, à margem da ordem social? Como os processos de educação no âmbito da saúde interferem nos processos de subjetivação, revelando um novo sujeito? Por outro lado, pode se configurar como um paradoxo o fato de que os enunciados recentes, inscritos nas políticas de saúde, apelam para a constituição de um novo sujeito autônomo, cuja subjetividade é considerada no ato da produção de saúde, enquanto a baixa capacidade dessas políticas é capaz de interferir no cotidiano dos atores que se relacionam nos microespaços sociais. Essas questões, que, por si, já são complexas, tornam-se desafiadoras em contextos de crise democrática, onde os lugares de interlocução do Estado com a sociedade civil se tornam mais nebulosos, ao mesmo tempo que são exatamente os grupos menos permeáveis à agenda de certos grupos sociais (em especial, Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais – LGBT, ciganos ou quilombolas) que passam a ser os formuladores e implementadores das políticas públicas. A ascensão de grupos conservadores e neoconservadores, em um contexto de crise política e fragilidade do Estado, turva as possibilidades de interlocução.

Neste ensaio, procura-se compreender as possibilidades de uma política de equidade para a população LGBT, à luz de um contexto de crise, com o objetivo de tomar os aportes da Teoria *Queer* para revelar as possibilidades de uma política pública de intervenção sobre a dinâmica das desigualdades culturais, quando relativas às diferentes formas de afeto e práticas homossexuais. Para contextos de crise, propõe-se que as questões relativas a gênero e sexualidade possam ser miradas a partir da perspectiva dos teóricos *queer*. Essa perspectiva adota como campo de análise os processos de normalização da vida social, em especial, a heteronormatividade, e considera que é no âmbito das redes de poder e resistência que se instalam as possibilidades de ruptura e transgressão dos processos heteronormativos.

Falando de diferença, inscrevendo uma possibilidade *queer*

Em um primeiro estágio, as reflexões em torno da ideia de diferença, quando refletida a partir do contexto brasileiro, remetem à noção do multiculturalismo como um pressuposto para se pensar políticas de equidade. Falar, todavia, em multiculturalismo é explicitar uma arena de conflitos tal qual indicam as palavras de Gonçalves e Silva:

Falar do multiculturalismo é falar do jogo das diferenças, cujas regras são definidas nas lutas sociais por atores que, por uma razão ou outra, experimentam o gosto amargo da discriminação e do preconceito no interior das sociedades em que vivem. (GONÇALVES; SILVA, 2006, P. 9).

Esse jogo, essa construção de identidades e diferenças, a possibilidade de considerar o outro na sua condição de diferente, assumindo a diferença como um valor de positividade nos espaços de produção e reprodução de conhecimento, têm a ver com a compreensão dos processos e contextos históricos que propiciaram sua construção. Mais uma vez, os autores citados nos lembram de que:

[...] é muito difícil, se não impossível, compreender as regras desse jogo sem explicitar os contextos sócio-históricos nos quais os sujeitos agem, no sentido de interferir na política de significados em torno da qual dão inteligibilidade a suas próprias experiências, construindo-se enquanto atores. (GONÇALVES; SILVA, 2006, P. 9).

Da ideia de diversidade e tolerância à compreensão da linguagem como um sistema que constrói o outro, a diferença se inscreve a partir da construção social e histórica das noções de normal, desvio e identidade.

Pensar identidade é sempre pensar o

que é, mas o que é só faz sentido quando refere-se àquilo que não é. Logo, a identidade é sempre referente à construção da diferença. Nesse sentido, Woodward afirma que a identidade para existir depende de algo fora dela; a saber, de outra identidade, de uma identidade que ela não é que difere da identidade, mas que, entretanto, fornece as condições para que ela exista. A identidade é assim marcada pela diferença “[...] a diferença é sustentada pela exclusão” (WOODWARD, 2010, P. 9-10).

Assim, podemos compreender que as identidades culturais são produzidas nas práticas sociais, por meio de um processo de produção da diferença. A dinâmica da formação da identidade refere-se à existência de ‘um outro’, o que torna identidade e alteridade componentes inseparáveis. Woodward (2010, P. 11) aponta que

A identidade é marcada pela diferença, mas parece que algumas diferenças [...] são vistas como mais importantes que outras, especialmente em lugares particulares e em momentos particulares.

Tratar as diferentes sexualidades que escapam da norma heterossexual como inferiores, a partir de alguma suposta característica natural ou biológica, não é simplesmente um erro, mas a demonstração da imposição de uma “eloquente grade cultural sobre uma natureza que, em si mesma, é – culturalmente falando – silenciosa” (SILVA, 2011, P. 145). As interpretações biológicas são, antes de serem biológicas, interpretações, isto é, elas não são mais do que a imposição de uma matriz de significação.

A marcação da diferença, que, segundo Foucault (2010), é determinada historicamente por meio de diferentes produções discursivas, dependerá de

inúmeros processos de exclusão, de vigilância de fronteiras, de estratégias de divisão que, em última análise, definem hierarquias,

escalas valorativas, sistemas de categorização. (FURLANI, 2007, P. 273).

Para Hall (2011), uma identidade tem a ver não tanto com as questões ‘quem somos nós’ ou ‘de onde viemos’, mas muito mais com as questões ‘como nós podemos nos tornar’ e ‘como nós temos sido representados’. A questão que passa a ser central, então, é como essa representação sobre nós mesmos afeta o nosso modo de andar a vida.

A identidade e a diferença não podem ser compreendidas, pois, fora dos sistemas de significação nos quais adquirem sentido. Como afirma Silva (2011, p. 75), “não são seres da natureza, mas da cultura e dos sistemas simbólicos que a compõem”. Dizer isso não significa, entretanto, dizer que elas são determinadas, de uma vez por todas, pelos sistemas discursivos e simbólicos que lhes dão definição. Ocorre que a linguagem, entendida aqui de forma mais geral como sistemas de significação, é, ela própria, uma estrutura instável. É exatamente isso que teóricos chamados de pós-estruturalistas, como Derrida, vêm indicando em seus textos.

Nesse sentido é que Derrida irá falar de filosofias da diferença. Na compreensão de Heuser (2005), a partir de uma síntese do pensamento de Derrida:

Às filosofias da diferença não se trata de superar ou de ultrapassar a tradição metafísica, uma vez que é impossível nos desvencilharmos dela, de uma vez por todas. Trata-se de interrogá-la; de pôr em questão os seus sentidos e sem sentidos, seus paradoxos intrínsecos, as suas opressões; de compreender a metafísica como um grande texto que está aberto a novas interpretações. (HEUSER, 2005, P. 73).

A leitura de Derrida nos leva a compreender o papel da linguagem na conformação da diferença e sua alocação em posições de subordinação e marginalidade, mas também explicita a vida humana como um texto aberto, onde não cabe a universalização das

formas singulares de viver dos diferentes grupos sociais, em especial, os grupos que, em diferentes momentos e contextos da história, foram definidos como aberrações, desviantes e diferentes.

Em suma, a constituição da diferença a partir da delimitação da identidade cria uma permanente zona de tensão e instabilidade. Essa tensão advém das redes de poder que circulam nos polos de identidade e diferença. Isso pode ativar práticas de resistência, que podem ser pensadas enquanto práticas discursivas e não discursivas contra estados de dominação e efeitos do poder.

Santos (2003) traz à tona a ideia de um ‘multiculturalismo emancipatório’, que reconhece uma permanente tensão entre políticas de igualdade e políticas de diferença. Para o autor, políticas de igualdade possuem um pressuposto redistributivo, ou seja, é fundamental que se dê uma redistribuição social, nomeadamente, ao nível econômico. Dessa forma, assumimos a igualdade como um princípio e uma prática. O problema aqui se assenta no fato de que a política de igualdade baseada na luta contra as diferenciações de classe deixou à margem outras formas de discriminação, tais como étnicas, de gênero ou sexualidades. A política da diferença emerge do campo de lutas e resistências das populações que passam por diferentes níveis de discriminação. Santos vai defender a ideia de que uma política da diferença não se resolve pela redistribuição, e, sim, pelo reconhecimento. Aqui, o sentido não é o de uma colisão entre igualdade e diferença, mas de assentar ‘os objetivos da redistribuição social-econômica e do reconhecimento da diferença cultural’.

Portanto, ao tomar a equidade em saúde, que considere as determinações de gênero e diferentes sexualidades, e, se essas determinações se constituem em diferenças relativas ao padrão cultural do branco europeu, masculino e heterossexual, uma política de equidade não deveria se traduzir apenas em enunciados que pregam tolerância e diversidade, mas, sim, reconhecer e reafirmar a

diferença cultural como potência criadora na constituição de novas subjetividades, de novas formas de ser e sentir o mundo e o outro.

Ao tomar a diferença como o lugar de contraponto do que está dentro da norma, portanto, constituindo a norma, ao mesmo tempo que se faz marginal, por não caber no espaço da norma, as diferentes sexualidades vêm sendo, ao longo da história humana, objeto de injúrias, discriminação e violência, muitas vezes sobre o manto do poder público. Ao propor embaralhar o jogo das identidades, ao mesmo tempo que trazem à tona questões relativas a poder, resistência e transgressão, os teóricos *queer* se tornam, a um só tempo, uma forma radical de resposta às demandas dos movimentos sociais por maior espaço de inclusão social e cultural e uma oportunidade de reconstruir as políticas de equidade que ainda se ancoram em categorias que se originam em matrizes heteronormativas.

O termo *queer* pode ser traduzido como estranho, excêntrico, raro, extraordinário, ridículo. Ele passa a ser utilizado por um grupo de teóricos que pensam as questões de gênero e sexualidade com base em uma perspectiva pós-crítica. Para Miskolci (2009, p. 151), a escolha desse termo para se autodenominarem, ou seja, um xingamento que denota perversão e desvio, destaca um “compromisso em desenvolver uma analítica da normalização focada na sexualidade”. Dessa forma, passam a refletir sobre como a sexualidade é moldada e atravessada por discursos de normalização e, trazendo para o campo da investigação, irão pensar “a dinâmica da sexualidade e do desejo na organização das relações sociais” (2009, p. 150).

Para Silva (2007, p. 105), o objetivo da teoria *queer* é o de “complicar a questão da identidade e, indiretamente, também a questão da identidade cultural e social”. A política *queer* consiste, assim, em perturbar os binários de gênero. Nesse sentido, os teóricos *queer* serão influenciados por uma vertente dos estudos culturais americanos, notadamente, alguns estudos feministas. Entre eles, destacam-se

os escritos de Judith Butler. Essa autora provoca uma tensão permanente sobre o binarismo de gêneros, apontando que:

A hipótese de um sistema binário dos gêneros encerra implicitamente a crença numa relação mimética entre gênero e sexo, na qual o gênero reflete o sexo ou é por ele restrito. Quando o status construído do gênero é teorizado como radicalmente independente do sexo, o próprio gênero se torna um artifício flutuante, com a consequência de que ‘homem’ e ‘masculino’ podem, com igual facilidade, significar tanto um corpo feminino como um masculino, e ‘mulher’ e ‘feminino’, tanto um corpo masculino como um feminino. (BUTLER, 2008, p. 24-25).

Os teóricos *queer* expressam uma luta em que, segundo Miskolci (2012), em sua perspectiva política, ao invés de uma simples defesa da homossexualidade, tal qual reivindicavam os movimentos LGBT, preocupa-se com a crítica aos regimes de normalização, reafirmando não uma perspectiva de diversidade, mas, sim, de diferença. Ao mesmo tempo, fazem um contraponto às concepções de poder centradas na função repressora, para denunciar suas formas de disciplinamento e controle.

A preocupação *queer* é, portanto, não de fixar uma identidade, mas de admitir múltiplas formas de identidade. Não apenas lutar a favor dessas múltiplas formas de identidade, mas denunciar os mecanismos por meio dos quais elas foram situadas como anormais.

Exercitando uma reflexão por sobre a política de atenção integral à saúde da população LGBT: tecendo fios, revelando textos, olhando além do olhar

Nosso campo de análise é a Política Nacional de Atenção Integral à População LGBT, que surge como um reconhecimento à noção de

que saúde é um problema complexo e não apenas um evento biológico, portanto, é também social e cultural. É uma política que almeja produzir ao menos três diferentes níveis de mudança, a saber: a) produção de conhecimentos no e com base nos espaços de trabalho, que sejam capazes de modificar a natureza das práticas de saúde; b) produção de relações sociais mais horizontais com potência de interferir nos processos de subjetivação dos sujeitos envolvidos na produção em saúde; c) diminuição ou modificação das relações sociais e culturais marcadas por diferenças e subalternidade.

A Política de Atenção Integral à População LGBT tem história recente. Origina-se do programa Brasil Sem Homofobia, uma articulação do governo federal e da sociedade civil, sob a coordenação da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, fazendo parte do Programa Nacional de Direitos Humanos. É lançada em 2004, tendo como objetivo mais geral

promover a cidadania de gays, lésbicas, travestis, transgêneros e bissexuais, a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbicas, respeitando a especificidade de cada um desses grupos populacionais. (CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO, 2004, P. 11).

O programa é constituído de três princípios básicos: a) inclusão da perspectiva de não discriminação por orientação sexual e de promoção dos direitos humanos LGBT nas políticas públicas; b) produção de conhecimento para a elaboração, implantação e avaliação das políticas públicas voltadas para o combate à violência e à discriminação por orientação sexual; c) reafirmação de que a defesa, a garantia e a promoção dos direitos humanos incluem todas as formas de discriminação e violência. Em torno desses princípios se inscrevem noções de direito, repúdio à violência gerada pela diferença relacionada ao exercício da diversidade homoafetiva

e a produção de conhecimentos que gerem novas possibilidades relativas à constituição de políticas públicas e aos seus processos de implementação e avaliação (CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO, 2004).

Devemos ressaltar que o Brasil Sem Homofobia destaca em seus capítulos V e VI o direito à educação e o direito à saúde, consolidando atenção e tratamentos igualitários. O direito à saúde, por sua vez, terá como desdobramento o lançamento, em 2010, pelo Ministério da Saúde, da Política Nacional de Atenção Integral à População LGBT. Tem como fundamento a implementação de ações para eliminar a discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis e afirma que

este deve ser um compromisso ético-político para todas as instâncias do SUS, de seus gestores, conselheiros, de técnicos e de trabalhadores de saúde. (BRASIL, 2010, P. 3).

Ao lançar o programa, o Estado brasileiro reconhece dois aspectos importantes da realidade nacional, sistematicamente negligenciados pelo poder público. Primeiro, de que há 'iniquidades e desigualdades em saúde', em especial, para alguns grupos populacionais específicos, como a população LGBT, os negros, quilombolas, ciganos, as prostitutas e a população em situação de rua, entre outros. Em segundo lugar, assume que os processos de exclusão e discriminação à população LGBT têm efeitos sobre os seus processos saúde-doença-cuidado (BRASIL, 2010).

Aqui, não é possível deixar de reforçar que a experiência da injúria e da abjeção vai se constituindo, ao longo do tempo, em diferentes marcas. De um lado, a população LGBT interioriza em sua experiência de abjeção, produzindo representações sobre si mesma, quase sempre se colocando em uma posição de inferioridade, vivendo em permanente estado de tensão, como se o outro fosse sempre uma ameaça a si mesmo. Do outro lado, as ações homofóbicas se utilizam,

tornando-se quase sempre um elemento da identidade masculina, uma ‘guardiã do diferencialismo sexual’ (BORRILLO, 2010).

Nesse sentido, é possível pensar em uma ‘política de identidade’ para a população LGBT, mesmo em um sistema de saúde de natureza universal como o SUS. Assume-se, aqui, a tensão entre a afirmação constitucional de que ‘saúde é um direito de todos e um dever do Estado’ e a realidade cotidiana dos sujeitos, realidade atravessada por inúmeros processos históricos e culturais que conformam discursos de verdade, que legitimam a exclusão e, no limite, até a ameaça física de parcelas da população.

Nesse sentido, a política tem por finalidade enfrentar as ‘repercussões e as consequências’ dos preconceitos e das ações homofóbicas. Reconhece que a reorganização dos serviços de saúde é uma tarefa mais fácil do que a desconstrução do preconceito, posicionando-se da seguinte forma:

Os desafios na reestruturação de serviços, rotinas e procedimentos na rede do SUS serão relativamente fáceis de serem superados. Mais difícil, entretanto, será a superação do preconceito e da discriminação que requer, de cada um e do coletivo, mudança de valores baseados no respeito às diferenças. (BRASIL, 2010, P. 14).

A política toma como objetivo a promoção da saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais,

eliminando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, equânime. (BRASIL, 2010, P. 16).

Para dar respostas a seus objetivos e finalidades, estruturam-se ações que vão desde qualificar a rede de serviços de saúde, passando por processos educacionais, educação permanente e produção de conhecimento.

É possível, portanto, olhar essas políticas como férteis territórios para a inscrição de processos pedagógicos que, considerando as ideias de autonomia e emancipação, reconheçam a diferença e, em particular, a diferença produzida desde os princípios da heterossexualidade compulsória e da heteronormatividade como espaços fecundos de criação e produção de conhecimento, no interior das relações de trabalho em saúde.

Seguiremos uma trilha que toma a política de atenção integral à saúde da população LGBT desde suas práticas discursivas, que enunciam ações ou intenções referentes às relações entre educação, conhecimento e direito.

Nosso olhar por essa trilha será conduzido por conceitos centrais à perspectiva *queer*, tais como a heteronormatividade, as relações entre poder, resistência, liberdade e transgressão, em um contexto em que a noção de sujeito é fortemente atravessada pela relação entre identidade e diferença.

Devemos ressaltar, ainda, que, como são discursos contidos em enunciados políticos, tomaremos a ideia que Mainardes (2006, P. 50), assume desde sua leitura do ciclo de políticas proposto por Ball. O autor afirma que

a análise da política deveria incidir sobre a formação do discurso da política e sobre a interpretação ativa que os profissionais que atuam no contexto da prática fazem para relacionar os textos da política à prática.

O autor aponta três contextos principais em que se estrutura o ciclo de políticas: o contexto da influência, o da produção de textos e o da prática. Destaca que são contextos que estão inter-relacionados e não possuem uma dimensão temporal ou sequencial. Como nossa trilha segue o percurso das linhas traçadas pelo discurso, iluminaremos em nosso trajeto o contexto da produção de textos, sem, contudo, desconsiderar os demais contextos.

O contexto da produção de textos é

resultante de uma arena de disputas políticas, resultando que os “textos políticos normalmente estão articulados com a linguagem do interesse público mais geral”. Para o autor, “tais textos não são, necessariamente, internamente coerentes e claros, e podem também ser contraditórios”. Os textos políticos são o resultado de disputas e acordos, pois os grupos que atuam dentro dos diferentes lugares da produção de textos competem para controlar as representações da política (MAINARDES, 2006, P. 52).

É claro que as políticas são intervenções textuais, cuja resposta pode ter consequências reais. É no contexto das práticas que é possível perceber suas consequências, seus limites e suas possibilidades. Para o autor:

O contexto da prática é onde a política está sujeita à interpretação e recriação e onde a política produz efeitos e consequências que podem representar mudanças e transformações significativas na política original. O ponto chave é que as políticas não são simplesmente implementadas dentro desta arena (contexto da prática), mas estão sujeitas à interpretação e, então, a serem recriadas. (MAINARDES, 2006, P. 53).

Sabemos que os contextos que envolvem práticas sociais, como a saúde e a educação, em geral, constituíram-se ao longo da história em contextos de práticas normalizadoras da vida dos sujeitos. A sexualidade tem sido normalizada desde a construção de uma sociedade heterossexista, em que a heteronormatividade tem sido o espaço de legitimação de uma ordem sexual excludente. Ora, seria ingênuo imaginar que o contexto da produção de textos políticos, formulando enunciados com potência de tencionar essa ordem, seria suficiente para produzir rupturas nessa mesma ordem excludente. Os sujeitos em seus cotidianos de trabalho, em geral, movimentam-se por meio dessa ordem naturalizada em seus interiores.

Em contextos de crise, reafirma-se que a

incorporação de uma analítica *queer* à leitura de uma política de equidade nos ajuda a compreender os limites e as potências dessa política. Alguns elementos estratégicos de uma analítica *queer* podem ser assim enunciados: a) a textualidade e seus significados e significantes produzem e constituem sujeitos; b) os espaços cotidianos onde se dão as práticas de educação e de saúde devem ser desestabilizadores de um *status quo* normalizador; c) as vozes locais, as pequenas narrativas devem ocupar um espaço essencial na desconstrução da diferença.

Norma e cidadania: sou ou não sou cidadão?

Considera-se que as ideias de normal e correto são construções históricas perpetuadas como verdades por meio da linguagem e tendo como resultado, no tempo presente, sua legitimação social. Isso nos coloca frente a um enorme desafio, o de supor que o dito normal e correto, socialmente aceito, passa a ser o padrão de referência à ideia de direito.

A ideia de direito, por sua vez, não pode ser pensada ao largo da noção de poder. O poder se exerce, penetra e age nas instituições, nas desigualdades econômicas, na linguagem, no corpo. Aqui deve se ressaltar a noção de poder soberano e poder relacional. Essa distinção pode ser bem vista em Araujo:

A hipótese repressiva do poder o situa no eixo do poder soberano de legislar por meio de contrato. As teorias políticas são elaboradas a partir desse poder para qual é pertinente à questão dos direitos e dos deveres. Já para o poder relacional analisado por Foucault, o direito não legitima o poder e sim põe para funcionar procedimentos de sujeição. (ARAUJO, 2012, P. 28).

Assim, a noção de direito pode estar no meio de um entrecruzamento tenso entre o poder soberano e o poder relacional. Dessa

forma, as políticas se inscrevem com base em mecanismos assentados no poder soberano, mas ganham materialidade no âmbito do poder relacional.

Por outro lado, se aceita-se que há o normal e o correto, é porque, igualmente, aceita-se que há algo ou alguém fora da norma, tido como incorreto. E se há esse algo ou alguém, tem-se que admitir que esse possa estar vivendo à margem do que poderia ser considerável razoável, naquilo que socialmente pode ser assumido como um 'bom estado de se viver a vida'.

Aqui, poder-se-á estar frente a uma espécie de paradoxo, em que a ideia de direito pode ser construída com base em referências do que socialmente se legitimou como normal e correto, logo, como um dever de todos aqueles vinculados a um poder soberano. Ao mesmo tempo, exclui do direito quem ficou fora do que foi considerado normal ou correto, ou seja, exclusão por processo de sujeição advindo do poder relacional.

Se há excluídos, há necessidade de trazê-los para o campo da inclusão. Estratégias de inclusão são fortemente ancoradas nas formulações políticas que, por sua vez, são originárias de um possível consenso, ainda que provisório, advindo dos atores que circulam na arena política. Logo, encontra-se, mais uma vez, a intersecção entre poder soberano e poder relacional. O indivíduo passa a ser efeito e ponto de apoio das relações de poder (ARAUJO, 2012).

Esse paradoxo entre uma noção de direito advinda do que socialmente foi considerado como normal e correto ao longo da história e a exclusão desses direitos por aqueles que não se ajustam aos padrões de normal e correto pode ser aprofundado quando colocamos nosso olhar no mundo das relações do trabalho em saúde. Os sujeitos do trabalho se constituíram quer por meio da educação formal, quer por meio de suas vivências cotidianas como sujeitos que introjetaram as ideias de normal e correto e assentiram que o direito é quase um sinônimo do que é percebido como correto.

Logo, as políticas necessitam operar em uma dupla hélice: de um lado, relativizar, do ponto de vista epistemológico, o normal e o correto como indutores da construção da noção de direito; e, do outro, desconstruir essa mesma noção nos sujeitos envolvidos na produção em saúde.

A política de atenção integral à saúde LGBT, em sua apresentação, vem incorporando em seu discurso, ao menos de forma geral, o conjunto de reivindicações dos movimentos sociais LGBT. Assim, em seu texto, há uma clara incorporação desses enunciados, assim traduzidos:

De modo geral, a demanda dos movimentos organizados LGBT envolve reivindicações nas áreas dos direitos civis, políticos, sociais e humanos, o que exige atuação articulada e coordenada em todas as áreas do Poder Executivo. Para o atual governo, cuja diretriz é eliminar a discriminação e a marginalização, consonante com os Princípios de Yogyakarta, a Política LGBT representa mais um passo na mudança de posição histórica a qual estas pessoas estão submetidas na sociedade brasileira. (BRASIL, 2010, P. 7).

Nesse sentido, há um discurso que não só assume essas demandas, mas, também, que reconhece que sua resposta só é possível se baseada em uma articulação intersetorial. Isso coloca as ações no interior do setor saúde como potencial protagonista dessas articulações intersetoriais. O discurso inscrito na política aponta como horizonte a ser alcançado os Princípios de Yogyakarta. Esses princípios são a resultante de um trabalho elaborado por 29 juristas internacionais e versam sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos com relação à orientação sexual e à identidade de gênero.

A política nacional, ao colocar no horizonte os princípios de Yogyakarta, assume que:

Violações de direitos humanos que atingem pessoas por causa de sua orientação sexual

ou identidade de gênero, real ou percebida, constituem um padrão global e consolidado que causa sérias preocupações. O rol dessas violações inclui execuções extra-judiciais, tortura e maus tratos, agressões sexuais e estupro, invasão de privacidade, negação de oportunidades de emprego e educação e sérias discriminações em relação ao gozo de outros direitos humanos. (CLAM, 2007, P. 7).

Há aqui uma clareza nos discursos que conformam não só a ideia de que os temas referidos a gênero e sexualidade são uma questão de direitos humanos (o que remete a uma anterior violação dos mesmos), como, também, reafirmam a existência de uma identidade de gênero. Esse tema será posto sob tensão pelos teóricos *queer* ao assumirem ser a identidade uma categoria instável, ainda que possam, de alguma forma, como apontado na reflexão conceitual realizada neste artigo, ser balizas para a construção de políticas sociais mais inclusivas. Aqui, não há por parte dos teóricos *queer* um desconhecimento dos graves problemas dos direitos humanos relacionados à população LGBT, mas, sim, um alerta para que os direitos não eliminem, por si só, a base heteronormativa de sua constituição. Aqui, a ideia não é assumir um papel de tolerância, mas, sim, de compreender que a diferença é parte da existência humana e deve ser respeitada como diferença e não tolerada.

Ainda na trilha da articulação da política com uma noção de direito, há uma clara posição da mesma com referência a algumas agendas dos movimentos sociais. Dessa forma, o texto da política vai se posicionando:

É neste contexto que questões como a união civil, o reconhecimento das famílias homoparentais, a redução da violência, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, entre outras situações de desigualdades de direitos, passam a compor o conjunto das agendas políticas Governamentais. (BRASIL, 2010, P. 7).

Devemos aqui fazer duas distinções. De um lado, está o direito como uma ascensão a um lugar negado às homossexualidades, como a união civil e o reconhecimento das famílias homoparentais. Do outro lado, está o direito como direitos humanos, que aproxima a 'cidadania sexual' de outras formas de cidadania historicamente discriminadas, nomeadamente, as minorias étnicas e raciais.

Essa distinção faz retornar o paradoxo mencionado anteriormente entre a noção de direito advinda da construção do normal e do correto. Assim, teóricos *queer* irão questionar esse direito com algo que faz referência a uma categoria da heteronormatividade. Logo, em que pese à reconstrução de um 'direito' negado às relações homoafetivas, ou seja, 'a união civil' e toda a gama de efeitos sociais oriundos dessa condição, há uma reafirmação de um pressuposto construído com base nas relações heterossexuais e com fins de reprodução.

Em um contexto de fundo está o posicionamento *queer*, em que poder, resistência e a crítica a essa relação são tarefas intermináveis. Estar na fronteira, recusar a classificação, investir no híbrido, no não conhecimento são formas de expressão da resistência como sobrevivência, no movimento da vida como ilimitado. Assim, há sempre uma posição potencialmente desestabilizadora na perspectiva *queer*. Para Ferrari, Almeida, Dinalli:

O *queer*, ao construir outro lugar também tira do lugar o que está a sua volta, o que se relaciona com ele. Isso porque o *queer* só é construído em relação. Numa relação, quando um altera o seu lugar também altera o lugar do outro. (FERRARI; ALMEIDA; DINALLI, 2010, P. 115).

Esse lugar desestabilizador é, ao mesmo tempo, campo de força em cenários de crise e baixa capacidade de consensos. Desestabilizar significa, também, a potência de deslocar, de se produzir novos processos de subjetivação nos ambientes de trabalho. É focar a ação cuidadora como um território

de produção de um novo devir, de uma nova possibilidade criadora. Aqui, não há um ato de inclusão, mas seguidas possibilidades de inclusão.

Da mesma forma, a inscrição da norma como um caminho a se chegar ao direito estará sempre e potencialmente submetida a esses deslocamentos, de tal forma que a noção de direito possa se esvaziar de sentidos, quando em referência a sujeitos fora da norma ou incorretos do ponto de vista de um projeto de sociedade. Pois o horizonte aqui é um caminho de permanente busca de liberdade, e o sentido da liberdade, no espaço *queer*, é a permanente ruptura da norma.

Considerações finais

Apesar dos enunciados da política nacional formatarem uma carta de intenções de caráter mais geral, há um forte estímulo para que os movimentos sociais LGBT ocupem cada vez mais os espaços de controle social do sistema nacional de saúde. Isso, se de fato acontecer, cria espaços importantes na arena política onde se inscreve o contexto de produção de textos, assim como pode influenciar os atores locais que executam as políticas a tencionar processos de ruptura ou esvaziamento da política.

Considerar que os movimentos sociais LGBT possam cada vez mais assumir espaços importantes nos fóruns de definição de políticas é importante na luta por direitos, mas, sob o ponto de vista adotado neste artigo, com base na reflexão *queer*, torna-se mais importante ainda por dois aspectos: a) propiciar o exercício da alteridade como condição para transformar a diferença, não em uma força negativa, mas como agente de novas possibilidades criadoras na produção do cuidado e na gestão em saúde; b) propiciar que o princípio da integralidade do cuidado em saúde, de fato, contemple um novo olhar sobre o processo saúde-doença-cuidado e novas possibilidades de acolhimento do

outro diferente nas relações de cuidado.

Tomam-se neste artigo os textos da política tal qual a ideia apresentada por Foucault, de que o discurso sempre se produziria em razão das relações de poder, ainda que haja um mútuo condicionamento entre as práticas discursivas e as não discursivas. Assim, podemos considerar que, quanto mais genéricos são os enunciados políticos, mais eles nos informam sobre os discursos que não são ditos, não posicionados, e cada vez mais eles se configuram como práticas não discursivas. Inscrever nos enunciados políticos práticas não discursivas significa o risco de ter como efeito algo contrário àquilo que se espera. Ao invés de se produzirem ações, o que se gera é o silêncio. Nessa dinâmica, é importante compreender as relações de poder que permeiam processos de silenciamento. Como afirma Salih,

se o poder, como afirma Foucault, em vez de proibitivo, é produtivo, então os censores da sociedade podem estar envolvidos na geração e na proliferação dos discursos e das representações que eles se propõem a banir. (2012, P. 139).

Mesmo em instâncias de silenciamento, constituído com base em efeitos de poder, há sempre, para Butler (2008), uma relação entre reconhecimento, resistência e intensidade da vida. Para a teoria *queer*, o reconhecimento diz respeito à construção do que é humano. O não reconhecimento também é a negação do próprio ser. Aquele que não é reconhecido não é um ser possível. Para Ferrari:

As normas de reconhecimento estão postas num mundo cultural já organizado quando chegamos, quando nascemos, o que não significa que não possam ser modificadas. Desconstruídas e reconstruídas, sobretudo aquelas que dizem respeito ao que se considera como reconhecível como humano. Nossa própria capacidade de persistência está relacionada ao que está fora de nós e é exatamente

nas relações que somos capazes de estabelecer com esse fora que é a base da nossa resistência e da nossa capacidade de resistência. (FERRARI, 2010, P. 115).

Pode-se compreender, nesse primeiro campo de análise, que a teoria *queer* embaralha as noções de direito e cidadania quando se refere a normas que sustentam os princípios de heteronormatividade e heterossexualidade compulsórias. Isso não significa uma recusa a enunciados que vão nessa direção, mas, sim, a compreensão de que há sempre um estado de tensão no interior das relações inscritas no contexto das práticas. Essa tensão, por sua vez, produz processos de subjetivação, gerando novas subjetividades com base em deslocamentos na relação com o outro.

Reconhece-se, aqui, uma clara preocupação no âmbito dessas políticas em articular ações que propiciem autonomia dos sujeitos e rompam com o estigma da abjeção. Ainda que sejam enunciados demasiadamente genéricos, eles acabam por se constituir em um roteiro para possíveis intervenções educacionais que considerem o outro e sua diferença como espaço não só de novas formas

de estar no mundo, mas, também, como uma potência de se (re) inventar as formas de estar no mundo.

Compreendemos que, em tempos de crise democrática, algo tão radicalmente anunciador de espaços de resistência, como a teoria *queer*, não só traz à tona a discussão sobre a constituição dos sujeitos da sexualidade, como, também, sobre os próprios limites daqueles modelos de construção de conhecimentos, onde o sexo está confinado à sua percepção biológica, responsável por delimitar a fronteira entre os sujeitos masculino/feminino, heterossexual/homossexual e normal/anormal.

Ao se considerar que a política de atenção integral à saúde da população LGBT está estruturada em eixos que se organizam em torno de processos educacionais concernentes à população de um território e aos profissionais de saúde, a organização de novas práticas de saúde e a produção de conhecimentos, a teoria *queer* e uma pedagogia *queer* são capazes de propiciar a constituição de novos modos de vida e existência, chamando a atenção para as experiências de não captura e contraconduta em relação ao corpo, ao desejo e as práticas sexuais e sociais. ■

Referências

- ARAÚJO, I. L. Vigiar e punir ou educar? *Revista de Educação*, São Paulo, v. 3, 26-35, 2012.
- BORRILLO, D. *Homofobia: História e Crítica de um Preconceito*. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa em Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://www.abglt.org.br/docs/PoliticaNacional_SaudeIntegral_LGBT.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2016.
- BRAVEMAN, P. Health disparities and health equity. *Annu Rev Public Health*, Washington DC, n. 27, p. 167-194, jan./fev. 2006.
- BUTLER, J. *Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
- CENTRO LATINO AMERICANO EM SEXUALIDADE E DIREITOS HUMANOS (CLAM). *Princípios de Yogyakarta: princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero*. Rio de Janeiro: Clam, 2007. Disponível em: <http://www.clam.org.br/pdf/principios_de_yogyakarta.pdf>. Acesso em: 25 de jul. 2011.
- CESAR, M. R. A. A crítica da noção de identidade atualizações contemporâneas da estética da existência: feminismo(s), movimentos LGBT e política queer. In: RESENDE, H. *Michel Foucault: política – pensamento e ação*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016, p. 137-146.
- CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO. *Brasil sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.prsp.mpf.gov.br/prdc/area-de-atuacao/dsexuaisreprod/Brasil%20sem%20Homofobia.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2016.
- FERRARI, A.; ALMEIDA, M. A.; DINALI, W. Teoria e Subjetividade Queer: Poder, Resistência e Corpo. In: FERRARI, A.; CLARETO, S. M. (Org.). *Foucault, Deleuze e Educação*. Juiz de Fora: UFJF, 2010, p. 189-222.
- FOUCAULT, M. *História da Sexualidade: a vontade de saber*. São Paulo: Graal, 2010.
- FURLANI, J. Sexo, sexualidade e gêneros: monstros e sexualidades no currículo de educação sexual. *Educação em Revista*, Belo Horizonte, n. 46, p. 269-285, dez. 2007.
- GONÇALVES, L. A. O.; SILVA, P. B. G. *O jogo das diferenças: o multiculturalismo e seus contextos*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.
- HALL, S. Quem precisa de identidade? In: SILVA, T. T. (Org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Vozes, 2011.
- HEUSER, E. M. D. No rastro da filosofia da diferença. In: SCLIAR, C. (Org.). *Derrida e a educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.
- MAINARDES, J. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. *Educação e Sociedade*, Campinas, v. 27, n. 94, p. 47-69, jan./abr. 2006.
- MISKOLCI, R. A Teoria Queer e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. *Sociologias*, Porto Alegre: n. 21, p. 150-182, jun. 2009.
- . *Teoria Queer: um aprendizado pelas diferenças*. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.
- SALIH, S. *Judith Butler e a Teoria Queer*. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.
- SANTOS, B. S. Dilemas de nosso tempo: globalização, multiculturalismo e conhecimento. *Currículo sem Fronteiras*, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 5-23, jul./dez. 2003.

SILVA, T. T. *Documento de Identidade: uma introdução às teorias do currículo*. 2. ed., Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

_____. *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis: Vozes, 2011.

WOODWARD, K. Identidade e Diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: SILVA T. T. (Org).

Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis: Vozes, 2011, p. 7-72.

Recebido para publicação em novembro de 2016

Versão final em dezembro de 2016

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Políticas sociais e modelos de bem-estar social: fragilidades do caso brasileiro

Social policies and social welfare models: fragilities of the Brazilian case

Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato¹

RESUMO O artigo analisa o modelo de bem-estar brasileiro a partir de elementos centrais à emergência e ao desenvolvimento dos sistemas de proteção social. Pretende-se discutir em que medida a ausência ou a incompletude desses elementos fragilizam o modelo construído na Constituição de 1988. Apresentam-se os preceitos gerais da proteção social para posteriormente caracterizá-los e discuti-los no caso brasileiro. Argumenta-se que o padrão inaugurado na Constituição de 1988 alterou de forma tímida elementos estruturais da dinâmica dos estados de bem-estar social, como a desmercantilização das relações sociais e os valores relativos à proteção social, tornando esse padrão frágil frente a medidas de retração.

PALAVRAS-CHAVE Política social. Seguridade social. Brasil.

ABSTRACT *The article analyzes the Brazilian welfare model according to elements central to the emergence and to the development of social protection systems. It is intended to discuss to what extent the absence or incompleteness of those elements weaken the model built in the 1988 Constitution. The general precepts of social protection are initially presented to characterize and discuss those issues as for the Brazilian case. It is argued that the pattern inaugurated in the 1988 Constitution timidly altered structural elements of the dynamics of social welfare states, such as de-commodification of social relations and values concerning social protection, making it fragile in face of retrenchment measures.*

KEYWORDS *Public policy. Social welfare. Brazil.*

¹Universidade Federal Fluminense (UFF), Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social - Niterói (RJ), Brasil. lenaualobato@uol.com.br

Introdução

A análise da emergência e principalmente do desenvolvimento dos regimes de bem-estar na América Latina (AL) trata em linhas gerais de três períodos distintos. O primeiro, da emergência e constituição dos regimes, relaciona-os à especificidade do capitalismo na região e seu correlato modelo de industrialização por substituição de importações, que resulta em um padrão centrado em modelos corporativos, tendo como característica mais comum a estratificação de clientela e benefícios e amplas camadas da população excluídas (FILGUEIRA, 2011). O segundo, período de reformas neoliberais, onde os sistemas sofreram mudanças significativas em diversos países durante as décadas de 1980 e 1990, tendendo ou à quebra dos regimes, mas com alternativas diversas como a ampliação da universalização, caso do Brasil, ou à mercantilização mais radical, caso do Colômbia.

O terceiro período, mais recente, é identificado com a introdução de modelos econômicos chamados neodesenvolvimentistas, com foco na intervenção estatal e ampliação de políticas sociais. A tendência comum à AL foi a introdução do tema da pobreza na agenda pública dos governos, com a criação ou ampliação de programas de transferência de renda e ampliação da cobertura para sistemas de educação, saúde e previdência social. O resultado comum foi a redução significativa da desigualdade, se considerado o padrão histórico da região, além de um crescimento econômico não registrado em outras regiões (DRAIBE; RIESCO, 2011).

Um quarto período pode estar se delineando, caracterizado por retração econômica, crise política e econômica e crescimento de governos conservadores, cuja pauta inclui mudanças importantes nas políticas sociais. Embora a análise desse momento seja precoce, já é possível identificar que, novamente, as políticas sociais têm papel central.

No caso europeu, que vem vivenciando políticas neoliberais desde a década de 1970,

o processo de alteração dos sistemas de proteção é caracterizado como de redução (ou *retrenchment*) ou reestruturação, já que não teria havido alteração significativa nos regimes de bem-estar social. Mais ou menos radicais, as mudanças importaram em redução do crescimento dos gastos públicos sociais, introdução de mecanismos de gestão tomados da chamada *new public management* (POLLITT; BOUCKAERT, 2002), mudança no padrão de benefícios, inclusão de mecanismos de copagamento e maior participação de serviços privados (COUSINS, 2005; ALSPATER, 2003). As mudanças introduzidas começam a mostrar suas consequências em termos de desigualdade e inequidade, mas ainda não se caracterizam por alterar a espinha dorsal das políticas sociais. Mas também não há sinais de retorno a períodos de expansão.

Como o modelo europeu é ainda a principal referência de construção de sistemas amplos de políticas sociais, cabe destacar a característica diferenciada do caso latino-americano, de inflexão na trajetória neoliberal – ou o terceiro período apontado acima – em meio à prevalência do processo de redução das políticas sociais na maioria dos países, e mesmo da radicalidade dessa redução na própria América Latina em período imediatamente anterior. Dado o delineamento de um suposto quarto período na América Latina, com nova onda de retração, aparentemente tão ou mais radical que a anterior, é razoável supor que o período de inflexão, ou expansão das políticas sociais na América Latina, possa explicar, ao menos em parte, o processo presente.

Neste artigo discute-se especificamente o caso brasileiro. O objetivo é explorar alguns fatores de nosso estado de bem-estar, em seu período mais recente, que indicam uma instabilidade crônica e o fragilizam frente a medidas de retração. Para tanto, tomamos algumas características que explicam a emergência e expansão dos regimes de bem-estar social, especificamente o grau de desmercantilização e os valores.

O caso brasileiro apresenta distinções e similaridades tanto com o caso europeu como com o latinoamericano. Aqui, pretendeu-se construir um aparato de bem-estar similar aos estados de bem-estar europeus, tendo como marco legal a Constituição de 1988. Essa construção, contudo, foi tardia em relação aos países centrais, e ocorre exatamente no período de quebra do ‘consenso do *welfare*’ e prevalência do ‘consenso de Washington’, quando as políticas sociais vinham sendo retraídas. Por outro lado, o Brasil apresentava contexto similar ao latinoamericano quanto à crise e à estagnação econômica aguda da década de 1980, com transição política e retomada da democracia. Principalmente durante os anos de 1990, foram apresentadas ao País várias das propostas editadas pelas agências internacionais para o enfrentamento dessa crise. Mas o Brasil não acompanhou integralmente as reformas levadas a cabo na América Latina durante os anos de 1990. As estruturas de políticas sociais previstas na Constituição não foram quebradas; ao contrário, foram, em grande parte, implementadas.

Nesse sentido, o Brasil acompanhou mais o processo de *retrenchment* das políticas de *welfare* originário do que a radicalidade das reformas latino-americanas. Houve, contudo, uma corrosão dessas estruturas ao longo das décadas que se seguiram, gerando uma complexa dinâmica de direitos segmentados, políticas focalizadas de grande potência sem relação com as políticas universais, baixa relação com a política econômica, o que causou sérios constrangimentos ao financiamento, e privatização ‘por dentro’ dos sistemas, ou seja, por meio da preferência contínua à compra de serviços ao setor privado.

A trajetória brasileira

No Brasil, as políticas sociais estiveram fortemente dependentes de projetos de desenvolvimento econômico de diferentes regimes

políticos, deixando a um plano secundário a adoção de estratégias para a melhoria efetiva das condições de vida e criação de padrões mínimos de igualdade social. A cidadania esteve pautada na necessidade de legitimar diferentes regimes, o que fez com que os direitos sociais tenham se desenvolvido de forma fragmentada e desigual. Como sabido, o padrão prevaiente foi o da cidadania regulada (SANTOS, 1987), onde o acesso a direitos dependia da inserção no mercado formal de trabalho, com privilégio aos setores urbanos e indispensáveis ao processo de industrialização.

Em modelo similar ao de muitos outros países do continente sul americano, desenvolveram-se potentes estruturas de proteção social destinada aos trabalhadores urbanos e baseadas na contribuição destes e seus empregadores. Os trabalhadores rurais, informais e domésticos, que sempre foram parcela importante da força de trabalho no País, estavam descobertos desses benefícios. A assistência social, por sua vez, sempre esteve fortemente associada a mecanismos tradicionais de intermediação de interesses, como o clientelismo, e foi também importante elemento de legitimação de sucessivos regimes. Como consequência, no campo das ações estatais, foi tratada principalmente como elemento de troca e relacionada ao favor e à benemerência (PEREIRA, 2001; SPOSATI ET AL., 1992).

Outro elemento importante do desenvolvimento das políticas sociais foi seu caráter antidemocrático. É significativo que, de 1923 a 1985, as políticas sociais tenham se desenvolvido mais em períodos autoritários, deixando um legado de alta centralização, baixa interferência da população e pouca transparência, além de organizações burocratizadas. Embora já exista um longo período democrático desde o fim do regime militar, essas características ainda permeiam as estruturas setoriais da política social.

Apesar da potência da estrutura institucional de política social construída durante

o século passado, ela não conseguiu alterar a situação de exclusão de amplos setores sociais e nem tampouco a enorme concentração de renda que sempre caracterizou o País. O lento período de transição democrática, que se inicia ainda em meados da década de 1970 e se acelera durante toda a década de 1980 em uma conjuntura de profunda crise e estagnação econômica, trouxe de volta a voz da sociedade. A democratização teve como ápice institucional a Constituição de 1988. A noção de cidadania foi a base de construção desse novo modelo expresso no texto Constitucional.

A Constituição de 1988 instituiu um capítulo específico para a ordem social e reconhece como direitos sociais o acesso à saúde, previdência, assistência, educação e moradia – além de segurança, lazer, trabalho. A seguridade social institucionaliza um modelo ampliado de proteção social, nos moldes dos estados de bem-estar social, com universalização do acesso, responsabilidade estatal, orçamento próprio e exclusivo e dinâmica política inovadora baseada na integração federativa e na participação da sociedade.

A Constituição representou uma ruptura legal baseada em noções pouco sólidas na estrutura social brasileira, como cidadania, democracia e solidariedade social. Constitucionaliza-se ali um novo pacto social, mas suas bases foram frágeis. A ordem social prevista impunha uma nova forma de Estado em uma sociedade com baixos níveis de organização social, antidemocrática em suas instituições estatais e sociais e profundamente desigual. Do ponto de vista organizacional, a política social apresentava uma potente estrutura de oferta e garantia de bens sociais, mas de baixa cobertura, restrita às parcelas médias e ao mercado formal, burocratizada, permeada por particularismos e com alto grau de corrupção. O modelo constitucional teria que conviver com o passado das políticas sociais, com os projetos governamentais que lhe sucederam e com os valores da sociedade que o adotou.

E daí resultaria o padrão incompleto e insuficiente de nosso estado de bem-estar social.

Nos quase 30 anos de Constituição, pode-se afirmar que as políticas sociais avançaram em aspectos cruciais, como o aparato político-organizacional e a concepção da questão social. Do ponto de vista do aparato político-organizacional, destacam-se a construção de sistemas nacionais tais como os de saúde e assistência social, a expansão de burocracias públicas descentralizadas e unificadas, a participação inédita dos três níveis de governo e a construção dos mecanismos de participação e controle social. E do ponto de vista da concepção da questão social, destacam-se os elementos de ‘constitucionalização’ – incorporação da noção de direito (COUTO, 2008; FLEURY, 2006), de ‘abrangência’ –, de publicização e incorporação, na agenda pública, de novos temas sociais, e de ‘ampliação’ – reconhecimento da produção social e da inter-relação dos problemas sociais (LOBATO, 2009).

Esses avanços conviveram com restrições significativas, fartamente analisadas pela literatura da área. Contudo, nenhum prognóstico previu a inflexão que atinge as políticas sociais na conjuntura atual. Essa inflexão tem representação na proposta de Emenda Constitucional 55, em discussão no Congresso Nacional, embora seja mais ampla, já que se contrapõe ao pacto Constitucional de 1988 tanto no que toca aos direitos sociais como ao papel do Estado na sua garantia.

Até aqui as restrições aos direitos sociais se deram, por um lado, por meio de estrangulamentos à expansão do investimento nas áreas sociais, criados ou mantidos pelos sucessivos governos, como é o caso da reedição sistemática da Desvinculação dos Recursos da União ou o impedimento à exclusão das áreas sociais da Lei de Responsabilidade Fiscal ou a disputa acirrada pela definição de mínimos de gastos para os entes federados. Por outro lado, por disputas intergovernamentais, por meio

de projetos políticos distintos em relação à abrangência dos direitos sociais e à amplitude da intervenção estatal, como as diferenças entre o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso e o governo do presidente Lula da Silva na condução da política de assistência ou entre esses mesmos governos e as políticas de igualdade racial, por exemplo. Ainda, por disputas entre atores nas arenas setoriais específicas, por recursos ou direção na formulação e implementação de políticas, como a configuração do Sistema Único de Assistência Social (Suas), ou por disputas na descentralização de responsabilidades no Sistema Único de Saúde (SUS).

A não ser em manifestações específicas, por meio de discursos de autoridades ou por meio de tentativas ou sucessos na aprovação de legislações restritivas e setoriais, não houve, desde a Constituição, projeto político explícito para reconfiguração ampliada dos direitos sociais previstos na Constituição e materializados no amplo arcabouço de políticas públicas que lhes dá sustentação. Esse projeto hoje existe e está sendo levado a cabo em meio a uma crise política grave, sem base em um programa eleito e que jamais foi apresentado como tal à sociedade. E, mais espantoso, com razoável apoio social das camadas médias. É de fato um projeto de ruptura com a trajetória que vinha sendo delineada e com o modelo de estado de bem-estar social desenhado na Constituição. Nesse sentido, cabe discutir alguns elementos dessa trajetória.

Contradições e permanências do estado de bem-estar no Brasil

A literatura de estados de bem-estar seleciona elementos de sua emergência e desenvolvimento que, de explicações históricas, se transformaram em teorias com enfoques mais econômicos (WILENSKY, 1975) ou institucionais (CASTLES, 1989) (AMENTA, 2003; ARRETICHE, 1995).

Independentemente do enfoque teórico, há elementos comuns que operam em maior ou menor grau na configuração de políticas sociais e, nesse sentido, servem como categorias para a análise dos casos particulares. Dentre esses elementos, destacam-se o grau de desmercantilização, o compromisso entre capital e trabalho, as relações entre o mercado e o setor público, o papel da burocracia e da autoridade central e o papel das classes médias. Esses elementos são bem conhecidos da literatura brasileira de welfare state, mas, à exceção do papel da burocracia e da autoridade central, não são muito aplicados em pesquisas empíricas para conhecer a intervenção da ou na política social.

A desmercantilização, categoria desenvolvida por Esping-Andersen (1990), diz respeito à autonomia dos indivíduos em relação à dependência do mercado de trabalho. As políticas sociais, ao fornecerem bens e serviços independentemente da inserção do indivíduo no mercado, garantem essa autonomia e, nesse sentido, os estados de bem-estar seriam reguladores por excelência do mercado de trabalho. Por outro lado, quanto mais as relações sociais são desmercantilizadas, mais fortalecidos ficam os trabalhadores para reivindicar direitos (ZIMMERMANN; SILVA, 2009). Assim, a desmercantilização envolve o aspecto econômico e também político. No caso brasileiro, as políticas sociais pós Constituição não teriam criado relações sociais inteiramente desmercantilizadas. Mais impactantes na desmercantilização foram medidas tais como a aposentadoria rural e o estabelecimento do mínimo de um salário mínimo para todos os benefícios previdenciários.

O Benefício de Prestação Continuada (BPC), importante benefício para idosos e pessoas com deficiência, com alto impacto positivo na vida desses segmentos, sofreu constrangimentos tanto pela baixíssima faixa de renda de elegibilidade (renda per capita familiar de até 1/4 do salário mínimo) como pelas normatizações excludentes de

avaliação médica para as pessoas com deficiência. Esse rigor foi amainado recentemente com a inclusão da avaliação social, que considera impedimentos sociais e não só biomédicos para a concessão do benefício (LOBATO; BURLANDY; PEREIRA, 2016). O impacto dessa medida ainda não é totalmente conhecido. Entretanto, quando combinada com a renda e com as regras para a análise da composição familiar, não parece que o acesso das pessoas com deficiência ao benefício poderá ser entendido de forma significativa.

O BPC atinge cobertura significativa para os idosos em extrema pobreza, mas não parece que vá ampliar sua cobertura ao amplo contingente de pessoas com deficiência, muitas das quais crianças e pessoas com transtornos mentais, cujas deficiências tornam pouco provável a inserção de muitas delas no mercado de trabalho. A insuficiência de serviços correlatos de saúde, de assistência e de educação para inclusão nas escolas de crianças e jovens com deficiência, compromete a inclusão social e o futuro destes, assim como aumenta o comprometimento familiar com o cuidado domiciliar, restringindo o acesso ao trabalho de membros da família, principalmente das mulheres, que permanecem dependentes de atividades pouco qualificadas e irregulares.

O crescimento do emprego nos anos do governo do presidente Lula da Silva foi expressivo, com a criação de 22 milhões de novos empregos, 90% deles empregos formais. Mas foram empregos de baixa qualificação, principalmente no setor de serviços, onde 95% dos empregados percebia até dois salários mínimos (POCHMANN, 2014). O crescimento do emprego no setor de serviços está relacionado ao intenso processo de desindustrialização registrado a partir da década de 1990 e, embora a formalização reduza a precariedade do trabalho, já que permite o acesso a direitos tais como o seguro desemprego, envolve funções de baixa qualificação não ocupadas pelas camadas médias, permanecendo, portanto, 'gargalos' em áreas

onde há exigência de qualificação (MONTALI; LESSA, 2016).

A dinâmica em si do trabalho permanece insegura, haja vista o crescimento expressivo do benefício do auxílio doença previdenciário, que, de cerca de 30% das concessões do Regime Geral em 2000, passou a 55,6% em 2006 (estabilizando-se em torno de 45% nos anos seguintes) (FREITAS, 2013). Vários fatores contribuíram para esse aumento, que recentemente gerou medidas de controle por parte da Previdência Social, e dentre eles estão as restrições para o reconhecimento dos acidentes de trabalho que geram o auxílio-doença acidentário.

Analisando a mobilidade de renda em regiões brasileiras, Montali e Lessa (2016) confirmam que o aumento da renda registrado entre 2001 e 2012 'não foi acompanhado por melhorias substanciais em outros indicadores, tais como qualidade do emprego e educação', apesar das diversas políticas e ações nesse sentido. Acrescentam que, apesar do progresso registrado no acesso aos serviços públicos urbanos entre 2001 e 2012, ainda há distância significativa entre setores de renda.

Precariedade do emprego, baixo nível educacional, insegurança em relação ao acesso a benefícios quando em situação de risco e insuficiência dos serviços universais mostram a fragilidade do processo de desmercantilização do nosso estado de bem-estar. Também, precisam ser considerados os efeitos da globalização sobre os estados de bem-estar, ainda são pouco conhecidos no Brasil, principalmente a abertura do mercado nacional sobre os setores relacionados aos serviços sociais (CORTEZ, 2008). Essa nova configuração influencia também a conformação e os interesses dos atores. Exemplos na área de saúde seriam novos atores e principalmente arranjos de interesses advindos das mudanças no mercado hospitalar privado no Brasil, nas empresas de planos de saúde ou o crescimento das empresas de serviços médicos, como as Organizações Sociais.

As mudanças na organização produtiva impactam a organização coletiva e as demandas por direitos coletivos. A desmercantilização não depende somente da oferta segura de benefícios e serviços; ela precisa de reconhecimento por parte dos sujeitos coletivos. Pochmann chama à atenção para o fato que a recente ascensão de amplas camadas ao emprego não foi acompanhada de maior participação em sindicatos ou associações (POCHMANN, 2014). Os estudos de política social precisam se voltar mais para a compreensão da dinâmica coletiva, resultado da expansão do nosso estado de bem-estar, para identificar estratégias futuras.

A fragilidade do processo de desmercantilização se associa a outro elemento importante à sustentação dos estados de bem-estar, que são os valores (ROSANVALLON, 2000; ESPING-ANDERSEN, 1999). A noção de cidadania, base política da construção do modelo constitucional, parece não ter alcançado o fundamento da solidariedade social que lhe é inerente. A noção prevalente é a do direito; direito à educação, à saúde etc., e da responsabilidade do Estado. Mas esse direito não está necessariamente acompanhado da noção de igualdade, expressa na prestação pública e coletiva, mas, antes, no direito individual. Embora os sistemas públicos sejam sabidamente usados por todos, não há encontro entre os diferentes segmentos, já que se mantém, nos sistemas de proteção, a estratificação social presente na sociedade. É o caso da diferenciação no acesso à escola pública e superior, do acesso a procedimentos de maior complexidade e do uso regular dos serviços no SUS ou da assistência dirigida preferencialmente à população vulnerável quando um conjunto de violações de direitos são riscos coletivos e podem atingir a todos.

O fato de parcela significativa da população ter acesso a seguros privados de saúde não é trivial do ponto de vista da construção coletiva do direito à saúde e dificulta a difusão de uma cultura favorável à proteção social ampliada e igualitária. A construção

do nosso estado de bem-estar social democrático, previsto na Constituição de 1988, não contou com um pacto de classes. Mesmo os setores de ponta da classe trabalhadora, que deram suporte ao SUS, mantiveram apoio, mas demandam planos privados de saúde em seus acordos coletivos e não incorporaram os benefícios não contributivos como parte da previdência social. Por outro lado, empresários resistiram à predominância do setor público e à ampliação do papel do Estado no processo Constituinte.

O fenômeno da quebra de consenso do *welfare* é comum aos países que construíram estados de bem-estar, e os teóricos reforçam a dificuldade de se manter a solidariedade social em tempos de globalização e mudança do perfil do trabalho (CORTEZ, 2008). Para esses países, a questão seria como manter sistemas de proteção sem a base valorativa que lhes deu sustentação. Segundo Cortez, ‘parece haver crescente deslocamento entre a provisão dos serviços sociais e a manutenção dos pilares que garantiriam uma ‘coesão’ social (CORTEZ, 2008, P. 164). No caso brasileiro, talvez isso se aplique, e poderia ser identificado pela exigência de serviços sem a correspondente associação com a solidariedade social. Isso explicaria a ausência de associação entre as condições de garantia dos princípios do SUS, como integralidade e equidade e a oferta prioritária e fragmentada de serviços pelo setor privado.

Para a assistência social, essa falta de consenso é ainda mais problemática. A construção do Suas tem caminhado *pari passu* à preferência pelos benefícios de transferência de renda, que, em 2011, representaram 86% da despesa federal na assistência social, restando pouco para a manutenção do sistema e sua rede sócio assistencial (SPOSATI, 2015). Isso não só compromete o sistema como reforça a noção da assistência como forma de política para pobres e, mais, para pobres de renda. Apesar do avanço normativo da assistência social por meio de medidas tais como a tipificação dos serviços assistenciais, o que

muda a lógica de relacionamento com entidades voluntárias de prestação de serviços, e da Lei nº 1.2435/2011, que regulamenta o Suas e cria a estrutura de proteção básica e especial, rompendo com a lógica de atenção por segmentos, o sistema é ainda marginal na configuração da proteção social.

Dois mecanismos presentes no Bolsa Família, que é a vitrine da proteção aos pobres, comprometem a desmercantilização; são eles a contrapartida exigida para o benefício e a ideia de porta de saída. Noções comuns na concepção contemporânea do *workfare*, esses mecanismos tratam o recurso à assistência como risco eventual. A contrapartida, mesmo que seja do tipo *soft*, ou seja, evite penalizar o beneficiário que não cumpre as exigências de vacinação e frequência escolar – ao menos era assim até agora –, reforça a noção clássica liberal de controle sobre os pobres. Já a porta de saída, ou a criação de oportunidades para reinserção dos beneficiários no mercado de trabalho, é mais perversa, já que trata processos de amplitude diversas – a situação de pobreza ou pobreza extrema – no mesmo nível da recepção de uma dada qualificação e conseqüente entrada no mercado de trabalho. Se essa concepção de porta de saída não tem mostrado efeitos significativos em países com maior escolaridade e melhores condições de trabalho, quiçá aqui.

O modelo constitucional também careceu de uma coalizão político-partidária de apoio. Estados de bem-estar podem ser menos dependentes dos partidos, sindicatos e movimentos sociais quando estão consolidados, passando a contar com o apoio de usuários e profissionais dos serviços. No caso brasileiro, as coalizões foram setoriais, como na saúde e na assistência, formadas principalmente de profissionais e servidores, e, pouco, de partidos. Essas coalizões centraram esforços na construção dos sistemas por meio da formação de políticas públicas.

Tal estratégia foi bem sucedida, porque, mesmo sem apoio partidário forte e sendo

marginais aos projetos econômicos, os sistemas de proteção públicos cumpriram papel político para os distintos governos, fosse como parte do projeto de ‘modernização’ do Estado – como no caso do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso – ou como parte de um projeto ‘neodesenvolvimentista’ – como nos governos do presidente Lula da Silva e parte do governo da presidente Dilma Rousseff. A capacidade reformadora da política pública, contudo, mostrou seu limite frente às fragilidades estruturais de baixa inserção na política econômica, baixo grau de desmercantilização, ausência de valores igualitários e baixo apoio político-partidário.

A prioridade à institucionalização por meio de políticas públicas foi extremamente positiva do ponto de vista legal e da construção dos sistemas nacionais, mas não atingiu, da mesma forma, as esferas subnacionais. Um dos preceitos mais inovadores das políticas sociais pós 1988 foi a descentralização como mecanismo de fortalecimento da democracia contra a tradição centralizadora, embora pareça ter sido um dos problemas da expansão dos sistemas nacionais. As instâncias de pactuação como mecanismos inovadores de negociação nas políticas sociais não têm sido capazes de enfrentar os conflitos federativos e o modelo de competição partidária nos estados e municípios.

Conclusão

A ordem social instituída na Constituição de 1988 inaugurou um modelo avançado de estado de bem-estar, exercendo importante impacto nas condições de vida da população até aqui. Mas elementos estruturais à sustentação de tal modelo não puderam ser alterados ou o fizeram de forma tímida. Dados os sucessivos contextos desfavoráveis à consolidação do modelo, seu desenvolvimento priorizou a dinâmica estatal, principalmente em nível federal, por meio de políticas setoriais, serviços e benefícios,

o que não lhe dá solidez para enfrentar conjunturas de retração.

A prioridade à dinâmica estatal foi também um tipo de ‘estratégia de barricada’ de defesa das políticas sociais frente à sua dissociação dos modelos econômicos sucessivamente adotados, em especial na saúde. Mesmo o chamado neodesenvolvimentismo não encontrou lugar para a expansão da universalização na área social, sendo mais ativo no incentivo ao consumo e aos mercados e na prioridade aos programas de transferência de renda. Nem nesse momento propício, a saúde, apesar de sua importância como setor industrial, recebeu lugar de destaque, ao contrário, aprofundou sua dependência do mercado externo. Esse também foi o caso em outros países latino-americanos, onde o modelo progressista não conseguiu romper a herança das políticas econômicas do período liberal que o precedeu. Apesar dos avanços desse modelo, há que se debitar também à antinomia entre expansão ampliada do bem-estar e políticas macroeconômicas os entraves vividos hoje.

A relação positiva e bem sucedida entre expansão de políticas sociais e democracia no Brasil, expressa na transição democrática, na Constituição de 1988 e posteriormente no desenho das políticas sociais, se tomada frente ao retrocesso que se avizinha, parece ter se esgotado e há que ser recriada. Sabe-se que democracia e políticas sociais não andam necessariamente juntas, e a

história brasileira é um bom exemplo. Mas o esforço empreendido nos últimos 30 anos de relacioná-las autorizava a suposição de que algumas etapas haviam sido vencidas e não seriam alteradas, apesar dos embates constantes nas áreas de financiamento e gestão das políticas e nas dificuldades de superar as formas tradicionais de intermediação de interesses, muito presentes na dinâmica real das políticas sociais, que é aquela vivida pela população. Como recriar o sentido democrático dos direitos sociais e da cidadania social? Qual democracia é capaz de dar o sentido pleno às políticas sociais? Que políticas sociais adensam efetivamente a democracia? O Brasil e os casos latino-americanos desafiam a literatura sobre estado de bem estar social a responder a essas perguntas.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) tem indicado a necessidade de aprofundamento da democracia deliberativa; de inserção do bem-estar como mecanismo de desenvolvimento econômico; de valorização das manifestações sociais ainda pouco visíveis, como os movimentos de moradia e terra, de cultura, de favelas, mulheres, negros, homossexuais, onde a política social é menos institucional e mais identitária, onde o acesso a serviços é resultado de direitos substantivos e não o contrário. As respostas estão por vir, mas, nos seus 40 anos, o Cebes mostra juventude para começar de novo, se preciso for. ■

Referências

- ALSPATER, C. *Welfare capitalism around the world*. Taiwan: Casa Verde Publishing, 2003.
- AMENTA, E. What we know about the development of social policies. In: MAHONEY, J.; RUESCHEMEYR, D. (Ed.). *Comparative historical analysis in the social sciences*. New York: Cambridge University, 2003.
- ARRETCHE, M. Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas. *BIB - Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, n. 39, p. 3-40, 1995.
- CASTLES, F. G. *The comparative history of public policy*. Oxford: Oxford University, 1989.
- CORTEZ, R. P. S. Globalização e Proteção Social nos países desenvolvidos: uma análise da literatura. *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, v. 16, n. 31, p. 161-176, nov. 2008.
- COUSINS, M. *European Welfare States*. London: Sage, 2005.
- COUTO, B. R. *O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?* São Paulo: Cortez, 2008.
- DRAIBE, S.; RIESCO, M. Estados de bem-estar social e estratégias de desenvolvimento na América Latina. Um novo desenvolvimentismo em gestação? *Sociologias*, Porto Alegre, v. 13, n. 27, maio/ago., p. 220-254, 2011.
- ESPING-ANDERSEN, G. *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University, 1999.
- _____. *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity, 1990.
- FILGUEIRA, F. Pasado, presente y futuro del Estado social latinoamericano: coyunturas críticas, decisiones críticas. In: BELLO, A. H.; SOTELO, C. R. (Ed.). *Protección social em salud em America Latina y el Caribe: investigación y políticas*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2011.
- FLEURY, S. Saúde e democracia no Brasil: valor público e capital institucional no Sistema Único de Saúde. XI CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 7-10 nov. 2016, Ciudad de Guatemala. *Anais...* Ciudad de Guatemala, 2006.
- FREITAS, F. A evolução recente do auxílio-doença previdenciário e o papel da reabilitação profissional. 2013. 101 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013.
- LOBATO, L. V. C. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 721-730, 2009.
- LOBATO, L. V. C.; BURLANDY, L. A.; FERREIRA, D. M. Assistência Social e o benefício de prestação continuada no Rio de Janeiro. In: SENNA, M. C. M. (Org.). *Sistema Único de Assistência Social no estado do Rio de Janeiro: experiências locais*. Rio de Janeiro: Gramma, 2016.
- MONTALL, L.; LESSA, L. H. Pobreza e mobilidade de renda nas regiões metropolitanas brasileiras. *Cad. Metrop.*, São Paulo, v. 18, n. 36, p. 503-533, jul. 2016.
- PEREIRA, P. A. Sobre a política de assistência social no Brasil. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. (Org.). *Política Social e Democracia*. Rio de Janeiro: Cortez; UERJ, 2001.
- POCHMANN, M. O balanço de Marcio Pochmann sobre os 12 anos de governo do PT. *Portal GGN*, 15 de maio de 2014. Disponível em: <<http://jornalgggn.com.br/noticia/o-balanco-de-marcio-pochmann-sobre-os-12-anos-de-governo-do-pt>>. Acesso em: 30 nov. 2016.
- POLLITT, C.; BOUCKAERT, G. Avaliando reformas na

gestão pública: uma perspectiva internacional. *Revista do Serviço Público*, Brasília, DF, v. 53, n. 3, p. 5-29, jul./set., 2002.

ROSANVALLON, P. *The new social question rethinking the Welfare State*. Princeton: Princeton University, 2000.

SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira*. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SPOSATI, A. Sistema único: modo federativo ou subordinativo na gestão do SUAS. *R. Katál.*, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 50-61, jan./jun. 2015.

SPOSATI, A. et al. *Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise*. 5 ed. São Paulo: Cortez, 1992.

WILENSKY, H. *The Welfare State and Equality: structural and ideological roots of public expenditures*. Berkeley: University of California, 1975.

ZIMMERMANN, C. R.; SILVA, M. C. O princípio da desmercantilização nas políticas sociais. *Cad. CRH*, Salvador, v. 22, n. 56, p. 345-358, ago. 2009.

Recebido para publicação em dezembro de 2016

Versão final em dezembro de 2016

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Processo nº 308079/2011-6

Reflexões sobre as regras do impedimento e seus impactos sobre a democracia: Brasil, Estados Unidos e Inglaterra em perspectiva comparada

Reflections about the rules of the impeachment and its impacts on democracy: Brazil, United States of America and England in comparative perspective

Assis Mafort Ouverney¹

RESUMO Este ensaio busca analisar em que medida o arcabouço institucional brasileiro relativo ao processo de acusação e julgamento por crimes de responsabilidade facilitou o impedimento de Dilma Rousseff. Para isto, compara-se a trajetória de desenvolvimento das regras do impedimento e seus impactos sobre as relações Executivo/Legislativo no Brasil, nos Estados Unidos e na Inglaterra. Conclui-se que a combinação entre uma lei com um amplo e flexível rol de crimes de responsabilidade, um sistema partidário fragmentado e a ausência de posicionamento consistente do Supremo Tribunal Federal sobre o tema produzem um quadro político-institucional que fragiliza o Presidente da República frente ao Congresso e descaracteriza o presidencialismo.

PALAVRAS-CHAVE Governo. Poder legislativo. Poder executivo. Poder judiciário.

ABSTRACT *This article aims to analyze the extent to which the institutional framework relative to the prosecution process and trial for crimes of responsibility facilitated the impeachment of Dilma Rousseff. In this regard, the development trajectory of the rules of the impeachment and their impacts on the Executive/Legislative relations in Brazil, the United States of America and England are compared. It is concluded that the combination of a law with a broad and flexible list about crimes of responsibility, a fragmented party system and the absence of a consistent position of the Supreme Federal Court about the issue produce a political-institutional framework that undermines the President of the Republic in front of the Congress and mischaracterizes presidentialism.*

KEYWORDS *Government. Legislative. Executive. Judiciary.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. assismafort@gmail.com

Introdução

A velocidade e a intensidade que marcaram o processo político que culminou na interrupção do segundo mandato de Dilma Rousseff, e em sua substituição pelo Vice, Michel Temer, proporcionaram espaço para a emergência de um debate acerca da solidez das instituições políticas brasileiras.

De um lado, analistas políticos chamaram a atenção para os elevados níveis de convergência observados nos discursos e decisões de um conjunto de instituições nacionais dos três Poderes da República, abrangendo as casas legislativas, o Superior Tribunal Federal, o Ministério Público Federal e o Tribunal de Contas da União, entre outros (AVRITZER, 2016; SANTOS, 2016).

De outro, os argumentos de acusação foram amplamente questionados, inclusive por órgãos como a Secretaria do Tesouro Nacional (STN), e houve expressiva mobilização dos movimentos sociais e sindicatos na organização de atos contrários ao impedimento (ou *impeachment*). Além disso, em nenhum momento houve citações de Dilma Rousseff nas investigações de corrupção conduzidas pela Polícia Federal, e a opinião pública internacional, expressa em veículos da mídia, por exemplo, manifestou constantemente sua desconfiança sobre as verdadeiras motivações do processo de impedimento (NOBREGA, 2016).

Portanto, parece não ter sido exclusivamente a voz das ruas, nem mesmo a atuação da sociedade civil organizada diante da certeza de um crime administrativo, que consumaram o impedimento, mas essencialmente a articulação político-partidária de centro-direita – leia-se Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB)/Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), mais partidos pendulares –, aliada a uma limitada e contestável, porém precisa e eficaz, convergência de posicionamentos institucionais específicos. O avançar da crise econômica e fiscal associado às campanhas midiáticas de ataque uníssono e explícito ao

Partido dos Trabalhadores (PT) sinalizou ao PMDB e aos outros partidos pendulares que suas chances de sucesso nas eleições locais de 2016, e nacionais de 2018, seriam maiores fora da base de sustentação do governo.

Em um sistema presidencialista, esse quadro não deve levar à substituição do Chefe do Executivo, algo que ocorre apenas por eleições diretas, periodicamente. Assim sendo, como explicar que não tenha havido nenhum ponto de veto institucional significativo, ao longo de todo o processo do impedimento, capaz de produzir espaços significativos de resistência do governo Dilma e seus aliados? Seriam as atuais regras do processo de impedimento inadequadas e insuficientes, do ponto de vista dos mecanismos de salvaguarda, que deveriam garantir a ampla defesa e o contraditório? Estamos diante de instituições nacionais permeáveis a consensos momentâneos, entre a elite político-partidária e lideranças dos funcionários públicos capazes de descaracterizar a dinâmica do presidencialismo? Se assim for, que possíveis impactos essa configuração institucional pode ter sobre o equilíbrio das relações entre os Poderes e a legitimidade dos processos eleitorais no Brasil, fundamentos essenciais dos regimes democráticos?

O presente artigo busca respostas para essas questões ao analisar a trajetória das regras que regulam os processos de impedimento e suas relações com o equilíbrio entre os Poderes, a partir do olhar do Neoinstitucionalismo Histórico (NIH), comparando os casos inglês, americano e brasileiro.

A abordagem do NIH: instituições como complexos reativáveis de regras nas disputas de poder de longo prazo

O papel das instituições, como as regras que regulam o jogo entre os atores de um sistema

político, tem adquirido cada vez mais ênfase no campo da ciência política como fator de compreensão do comportamento e da dinâmica de interação entre os atores políticos e econômicos. O estudo da emergência e do desenvolvimento das 'regras do jogo' como variável explicativa para os fenômenos sociais e políticos adquiriu ênfase especial nos estudos histórico-institucionalistas, em virtude da insatisfação de alguns teóricos, nos anos 1970, com os referenciais pluralistas e estrutural-funcionalistas como enfoques para o estudo da política, e com a abordagem da escolha racional para a análise de políticas públicas.

Hall e Taylor (2003) argumentam que os institucionalistas históricos, apesar de concordarem com os pluralistas sobre o fato de que parte expressiva da dinâmica política poderia ser explicada pela competição entre grupos, pela apropriação de recursos e espaços de poder, não atribuem, a essa variável, capacidade explanatória suficiente para dar conta das situações diferenciadas e singulares encontradas em cada país. Situações específicas caracterizadas por distribuição de poder e recursos os mais variados possíveis somente podem ser explicadas, nesta lógica, a partir dos padrões de configuração das instituições locais, que produzem diferenciais de distribuição de capacidade decisória em favor de interesses específicos.

Os institucionalistas históricos compartilham com os estruturalistas e funcionalistas a percepção de que há certa organicidade sistêmica entre as instituições que compõem um sistema político ou econômico, porém discordam dos primeiros sobre a determinação da dinâmica institucional pelas características socioeconômicas do contexto, e dos segundos, que atribuem essa responsabilidade às exigências funcionais.

Na abordagem do NIH, as instituições são os arcabouços maiores que demarcam regimes de acesso e exercício do poder em um sistema político ou econômico e, portanto, atuam como contextos para a conformação

das estratégias políticas, estabelecendo leques de opções com configurações singulares, que informam quais cursos de ação terão maiores chances de sucesso em momentos específicos da história, considerando os interesses de um determinado ator político. As instituições consistem no complexo de estruturas, leis, regras, regulamentos, normas, protocolos e convenções de natureza formal que estabelecem e delimitam um conjunto de prerrogativas e responsabilidades dos diversos atores que são membros de uma comunidade política, tais como as existentes entre os Poderes da República, níveis de governo, sindicatos trabalhistas e patronais, governo e movimentos sociais, entre outros.

Portanto, as instituições conformam espaços políticos com capacidades seletivas, que podem tanto incentivar interesses e amplificar projetos políticos de grupos específicos quanto oferecer barreiras à sua concretização (HATTAM, 1992). Uma instituição, seja ela a constituição federal, um fórum, uma lei complementar, um regulamento decisório ou regimes federativos, possui características singulares, intencionais ou não, que favorecem ou dificultam a expansão de interesses políticos específicos (IMMERGUT, 1992). Portanto, as instituições de uma comunidade política materializam espaços de mediação e atualização das relações políticas, consistentes o suficiente para propagar por período considerável o pacto de poder que as originou, por meio de mecanismos operacionais que conferem a essas instituições determinadas características políticas, legais, organizacionais e financeiras (HACKER, 1998).

A criação de uma nova instituição, em geral, contém influências contingenciais relacionadas a um amplo espectro de fatores, como o escopo geral do sistema político (especialmente, a configuração de outras instituições já existentes relacionadas ao tema), os interesses de grupos de poder, a força de doutrinas ideológicas vigentes e o momento em que foi criada, entre outros (IMMERGUT; ANDERSON, 2008).

Por estar conectada a um amplo leque de fatores, uma instituição interfere na dinâmica de diversas partes do sistema político, direta e indiretamente, o que lhe confere certa capacidade inercial de desenvolvimento, considerando os riscos trazidos por uma transformação. Assim, as instituições relacionadas a uma questão específica do sistema político – por exemplo, a divisão de poderes – podem ter, e geralmente têm, consequências imprevistas, a priori não intencionais, sobre a dinâmica política de políticas públicas, como as relacionadas à definição das características do sistema de proteção social de um país (IMMERGUT, 1992).

Essa abordagem proporciona uma perspectiva de compreensão do desenvolvimento das instituições, que enfatiza a natureza das escolhas realizadas em momentos singulares da história e o legado que essas projetam para as relações políticas e econômicas futuras. Na concepção dos institucionalistas históricos, as oportunidades de realização de escolhas que promovem mudanças expressivas nas características das instituições são raras, enquanto seus efeitos persistem por um longo período, conformando trajetórias de expressiva estabilidade, nas quais são registrados mais aperfeiçoamentos incrementais do que alterações substantivas.

Essas oportunidades ocorrem somente em momentos expressivos de transformação estrutural da sociedade, denominados de ‘conjunturas críticas’, no âmbito dos quais é possível, aos atores políticos de maior expressão, produzir decisões que reduzem o leque de opções das escolhas subsequentes, conduzindo à formação de padrões que conformam a dinâmica de governança da política e tornam sua trajetória vinculada ao momento inicial. Uma conjuntura crítica consiste em um momento especial na história, disparado por crises externas e/ou mudança na correlação de forças, em que a trajetória de uma instituição pode assumir orientações divergentes e as escolhas dos principais atores envolvidos adquirem maior

capacidade de transformação sobre a trajetória precedente. Nesse momento, oportunidades e riscos tornam-se amplificados, e decisões e escolhas, mesmo as menores, são cruciais e podem deixar legados difíceis de serem revertidos.

A característica fundamental de uma conjuntura crítica é a formação de uma circunstância em que há possibilidades reais de mudanças expressivas (no arcabouço político, no sistema econômico, no regime de proteção social etc.), em virtude da mudança na correlação de forças políticas. Os resultados dessa conjuntura podem ser muitos, indo desde mudanças expressivas e radicais até mesmo ao recrudescimento das regras atuais. Assim, o essencial de uma conjuntura crítica é a abertura de vias alternativas com possibilidades iguais de ocorrência, sem que seja possível saber, a princípio, qual dessas vias predominará.

O legado de transformações resultantes das escolhas e decisões realizadas em uma conjuntura crítica se projeta ao longo de um período considerável, na forma conhecida na literatura, como trajetória dependente (*path dependence*). O conceito tem origem nos estudos da economia da inovação, e a ideia essencial apropriada pelo NIH consiste em que a introdução de uma tecnologia no mercado está relacionada a certo conjunto de fatores diversos (iniciativa individual, escolhas, contingências etc.). Porém, uma vez que uma determinada trajetória é assumida, bloqueia as demais alternativas, pois os atores relevantes passam a ajustar suas estratégias para se acomodarem ao novo padrão vigente, e os custos de mudança tornam-se muito elevados com o passar do tempo (DAVID, 1985; ARTHUR, 1989).

No campo da política, Pierson (2000) argumenta que a dinâmica de uma trajetória de dependência se instala a partir de mecanismos institucionais de autorreprodução, capazes de bloquear, em grande parte, a ação de atores que pressionam por mudanças em sentido

contrário. Além disto, tais mecanismos institucionais visam introduzir uma lógica de conformação no comportamento político dos atores, partindo do princípio de que esses podem buscar objetivos mais eficientes e desejáveis, do ponto de vista da consolidação institucional, tanto no curto quanto no longo prazo, se forem removidas certas opções de seu menu de escolhas (PIERSON, 2000; MAHONEY, 2000). Portanto, sequências de autossustentação (*self-reinforcement*) se perpetuam porque, além de haver um cálculo de custos e benefícios dos atores, e do papel sistêmico que uma instituição exerce, há elites expressivas que as suportam econômica e politicamente, e os atores a elas vinculados acreditam que sua existência seja moralmente justa e apropriada (MAHONEY, 2000).

Page (2006) argumenta que esse tipo de sequência de eventos políticos é produzido por um conjunto articulado de escolhas de tipos distintos, mas que induzem a uma única linha de direção na reprodução de um legado. A existência de retornos crescentes (*increasing returns*) significa que, quanto mais uma escolha é feita ou um curso de ação é tomado por um conjunto maior de pessoas, maiores serão os benefícios deles advindos ao longo do tempo. Uma lógica de autossustentação significa que, uma vez feitas as escolhas, há um conjunto de forças ou instituições complementares que encorajam essa opção e a sustentam.

Essa lógica, que instala uma tendência inercial nas instituições, pode produzir, inclusive, ‘consequências não intencionais’ no longo prazo, uma vez que essas, ao se perpetuarem, interagem com ordens institucionais diferentes, que vão se conformando com as mudanças políticas, econômicas e culturais que ocorrem em um país. Isto ocorre porque, mesmo conjunturas críticas muito intensas e abrangentes, que podem ter impacto em grande parte das instituições de um país, como revoluções ou constituintes, não promovem a substituição completa do arcabouço institucional.

Da mesma forma, uma nova ordem

institucional pode trazer, a reboque e por diversas circunstâncias conjunturais, leis, regulamentos e estruturas administrativas, entre outras, pertencentes à velha ordem. O convívio entre instituições de épocas e propósitos diversos é, portanto, uma característica da dinâmica dos sistemas políticos e, inclusive, pode se tornar o motor de expressivas transformações no jogo político entre os atores com interesses divergentes. A coexistência de instituições criadas em momentos históricos diferentes pode criar oportunidades inusitadas para determinados atores, ampliando seu leque de ação política e as possibilidades de sucesso de suas estratégias, levando a mudanças expressivas na correlação de forças do sistema político.

Assim, mesmo que determinada instituição não tenha sido criada especificamente para um determinado fim, ela pode ser empregada por novos atores para produzir consequências originalmente não intencionadas, desde que sua configuração seja flexível para tal (THELEN; STEINMO, 1992). Da mesma forma, uma instituição criada com determinado propósito em uma ordem institucional específica, mesmo que tenha sido esvaziada ou perdido seu potencial em virtude da emergência de uma nova ordem distinta, pode ser reativada por determinados grupos políticos, desde que vejam nesse movimento uma oportunidade para expandir seu espaço de poder e de controle de recursos estratégicos.

A intensidade com que instituições da velha ordem podem ser reativadas e adaptadas depende de um amplo conjunto de fatores, tais como a própria utilidade dessa instituição para o projeto de poder dos grupos que pretendem reativá-la, a permanência de outras instituições da velha ordem que sejam funcionais a ela, a presença de instituições da nova ordem que possam gerar complementaridade, a flexibilidade com que a instituição pode ser empregada com sucesso no novo contexto e o quanto o novo ordenamento institucional impõe barreiras explícitas à sua reativação (CORTELL; PETERSON, 2001; MAHONEY; THELEN, 2010).

Nesse sentido, o impedimento, como um dispositivo que interagiu com diversos ordenamentos políticos e jurídicos nos últimos sete séculos, tornou-se uma instituição que tanto influenciou a reconfiguração de sistemas políticos como foi moldada e adaptada com diferentes configurações para atender a objetivos políticos específicos de elites políticas nacionais. No presente artigo, essas situações foram ilustradas por meio da comparação do modelo brasileiro com o da Inglaterra e o dos Estados Unidos, casos clássicos de sistemas parlamentarista e presidencial, respectivamente.

As regras do impedimento: aprendizado institucional versus corrosão histórica do presidencialismo

O caso inglês: a via parlamentar

O *impeachment*, em sua forma original, empregada no Reino Unido entre o século XIV e o início do século XIX, consistia em um mecanismo institucional que visava proteger o Estado e a administração pública de práticas comissivas e dolosas de crime de responsabilidade de gestores da coisa pública e políticos, entre outras autoridades, sendo, portanto, um procedimento de natureza penal.

Instaurado, em geral, a pedido da Câmara dos Comuns, o processo do *impeachment* era conduzido e julgado na Câmara dos Lordes, e poderia resultar em penas severas, tais como a perda de bens e propriedades, a privação de liberdade e o exílio, ou mesmo a condenação à morte. Nesse formato, visava, exclusivamente, corrigir e punir as más condutas de agentes públicos e proteger o erário, tendo como efeito direto a destituição do funcionário do cargo em que estava investido. Assim, embora afetasse o contexto da relação entre o rei, a nobreza, o clero

(lordes) e os representantes de condados e municípios (os comuns), não tinha caráter político, uma vez que não abrangia a prerrogativa de apreciar ou julgar a qualidade do gabinete real como um todo e, muito menos, destituí-lo.

Entretanto, paulatinamente, no processo de transição para a modernidade, com a expansão do poder da nobreza e, principalmente, da burguesia frente aos reis, o *impeachment* passou a ser empregado para atingir politicamente o ministério real, na medida em que esse não atendia às pretensões dos grupos instalados nas duas casas do parlamento (Casa dos Lordes e Casa dos Comuns). Seu uso, com o tempo, passou a ter cada vez mais, como alvos, políticos proeminentes do reino, sendo empregado, em vários casos, como um mecanismo imperfeito e limitado de disputa política nas relações com o gabinete real, na medida em que atingia apenas a pontos específicos do ministério, pessoalizando os embates e levando a expressivos períodos de crise política, em virtude dos longos julgamentos ocorridos na Casa dos Lordes (HALLAM, 1850).

Da mesma maneira, nesse formato, como estatuto penal, o *impeachment* abria margens a escaladas de vinganças pessoais e movimentos de sabotagem política de diversas naturezas, entre grupos rivais, levando a conjunturas de instabilidade política e institucional. Tal mecanismo, portanto, não se propunha a ser uma instituição voltada para estruturar relações de poder entre o rei, a nobreza e a burguesia emergente. Ao contrário, podia acirrar as dificuldades de governabilidade já existentes.

No contexto de estado absolutista, em que todos os poderes estavam concentrados na figura do rei, o estatuto do *impeachment* foi adaptado pelas forças modernizantes – em especial, pela burguesia emergente – como um mecanismo de pressão sobre o gabinete real, permitindo certo deslocamento de poder em direção às casas de representação.

Após a Revolução Gloriosa, em 1688, e

a instauração do parlamentarismo como sistema de governo, a formação do gabinete de governo passou a refletir a composição de forças do parlamento. Por isso, o estatuto de *impeachment* foi cada vez menos empregado, até se extinguir no início do século XIX, o mesmo ocorrendo em outras monarquias parlamentaristas. Na lógica parlamentarista, a mudança de gabinete do Executivo e de política ministerial ocorre sempre que há alteração na composição de forças no parlamento, sendo um movimento automático e institucionalizado entre as forças políticas, reduzindo o prolongamento de crises e impasses nas relações entre o Executivo e o Legislativo.

Nesse caso, pode-se considerar que houve uma aprendizagem institucional ao longo da trajetória histórica em que o estatuto de *impeachment* – inadequado para lidar com a complexidade das relações entre os Poderes – cedeu lugar a um conjunto mais sofisticado de instituições capazes de produzir melhores resultados em termos de segurança institucional e governabilidade, centrado no estatuto da moção de confiança ou de censura do parlamento.

O caso americano: o presidencialismo forte

No período contemporâneo, o *impeachment* foi incorporado também por regimes presidencialistas, notadamente no caso americano, em que sua incorporação ocorreu como estatuto político, e não mais criminal, estando sua utilização inserida e regulada no âmbito das relações entre o Executivo e o Legislativo, como parte do conjunto de mecanismos institucionais de freios e contrapesos.

O *impeachment* foi adotado ainda no século XVIII, no contexto do processo de independência frente à Inglaterra, primeiro na constituição do Estado da Virgínia, em 1776 – local onde ocorreu o episódio da Festa do Chá (*Boston Tea Party*) –, e logo em seguida

na própria Constituição dos EUA, em 1787. E sendo aquele um momento em que o estatuto de *impeachment* já estava em desuso na Inglaterra, que razões poderiam levar a elite política americana a reativar uma velha instituição? Provavelmente, a necessidade de criar uma engenharia institucional que combinasse a presença de um poder central capaz de unificar as colônias (estados), evitando a recaptura de algumas pela metrópole, e de mobilizar os recursos econômicos para o desenvolvimento do país, com a preservação da autonomia. A curta experiência de condução do país, a partir de um modelo confederado na década posterior à independência, mostrou os limites que a ausência de instâncias centrais fortes poderiam impor às pretensões americanas de consolidar sua independência e expandir sua influência no plano internacional.

O governo nacional da confederação instituída no II Congresso Continental, em 1777, tinha poder para tratar de questões mais gerais, tais como declarar guerra e estabelecer relações diplomáticas internacionais, mas não tinha prerrogativas tributárias, de regulação do comércio ou de implantar estruturas administrativas federais nos estados. Sem poder para cobrar impostos e conduzir políticas comerciais de cunho nacional, o governo confederado tornou-se incapaz de fornecer respostas à altura dos desafios da recessão econômica do período, sendo considerado inadequado.

Nesse sentido, a intenção dos legisladores americanos, na Constituição de 1787, foi a de instituir um poder central que permitisse a condução unificada das grandes questões relativas à economia e à segurança do país, poder esse que deveria estar legitimado diretamente pela vontade popular. A união política era, na visão política dos fundadores, a condição essencial para a garantia da independência e do progresso econômico e cultural, pois reforçaria o sentimento nacionalista de compartilhamento de um destino, além de permitir que se manejasse de forma

unificada o comércio, a tributação, as forças armadas etc. (MADISON; HAMILTON; JAY, 1840).

Naquele contexto, a adoção do presidencialismo como sistema de governo, sustentado sobre o princípio da separação dos poderes e circunscrito por uma carta de direitos, permitiu a formação de instâncias políticas nacionais com centralidade suficiente para unificar política e economicamente o país, ao mesmo tempo em que resguardou a autonomia dos estados e definiu limites ao poder do Estado sobre os cidadãos. Entretanto, tendo em vista o passado monárquico e centralizador da tradição inglesa, mecanismos adicionais de limitação do poder central, como o estatuto do *impeachment*, foram acrescentados para prevenir contra casos extremos de tentativas de usurpação de poder por políticos e funcionários públicos, possibilidade esta registrada em diversos casos na administração das colônias americanas, ao longo do século XVII (HOFFER; HULL; 1979).

Mesmo assim, o uso do *impeachment* foi regulado de forma a ser empregado apenas em casos extremos e conduzido segundo ritos processuais específicos, com o objetivo de frear o ímpeto de grupos hostis ao Presidente da República capazes de gerar instabilidade política e institucional no país. Assim, a Constituição de 1787, em seu Artigo 2º, Seção 4 (USA, 2016A), estabelece que o Presidente da República, seu Vice e demais funcionários públicos somente poderão ser afastados de suas funções mediante a prática de traição, suborno ou de crimes e contravenções graves. Nesse sentido, os legisladores constitucionais americanos, ao definirem um conjunto muito específico de atos indesejados como passíveis de *impeachment*, conferiram certa independência ao Presidente frente ao Congresso, reafirmando que sua política deve ser direcionada para a população e apenas por ela pode ser mudada, nas eleições presidenciais. Políticas públicas que o tornam impopular diante dos parlamentares, desde que não configurem

crimes graves, não podem ser objetos de acusação de *impeachment*.

Além disso, a Constituição também define que, após a aceitação da denúncia pelo Senado, somente haverá condenação do Presidente caso se atinja o quórum de 2/3 dos senadores presentes. Essa regra, praticamente, garante que nenhum Presidente será afastado de suas funções a menos que uma parte de seu próprio partido vote contra ele, o que é altamente improvável de ocorrer em um sistema político estruturado a partir do bipartidarismo (EISGRUBER; SAGER; 1999). Entre 1789 e 2017 (228 anos), em apenas 28 das 114 legislaturas (24,6%), o partido da minoria não obteve mais de 1/3 das cadeiras no Senado Americano e, se considerarmos o período mais recente, entre 1877 e 2017 (140 anos), esse fenômeno ocorreu em apenas 6 de 70 legislaturas (8,6%). Além disso, nessas seis legislaturas, nas quais houve um desequilíbrio mais expressivo de representação entre os dois maiores partidos, todos os presidentes americanos eram do partido de maioria, o que significa que, em quase um século e meio, todos os presidentes americanos tiveram, pelos menos, mais de 1/3 de cadeiras no Senado, contando que todos os senadores de seus partidos lhes fossem fiéis (USA, 2016B).

Essas três condições conjugadas – reduzido rol de crimes de responsabilidade, regra de 2/3 no Senado e bipartidarismo – são suficientes para explicar porque, em quase 230 anos, desde a promulgação da Constituição de 1787, tenha havido apenas três episódios de instauração de processos de *impeachment*, sendo que dois deles resultaram em absolvição do Presidente: Andrew Johnson, em 1868, e Bill Clinton, em 1998. Apenas no caso de Richard Nixon, em 1974, houve o afastamento do Presidente, ainda assim, por renúncia do mesmo. É importante notar que, mesmo havendo dois casos de processos de *impeachment* que coincidiram com conjunturas críticas americanas – as guerras Civil e do Vietnã –,

as regras do processo propriamente dito não foram alteradas, o que reforça a preferência por um Presidente forte.

Portanto, os legisladores constitucionais americanos reservaram um espaço específico ao *impeachment* circunscrito a um desenho institucional que resguardou as prerrogativas do Presidente da República no sistema político diante das possíveis investidas indesejáveis e excessivas do Congresso americano, preservando as características do presidencialismo como sistema de governo. Nesse sentido, também no caso americano, houve uma aprendizagem institucional na trajetória de uso do estatuto do *impeachment*, na medida em que o mesmo foi adaptado para reforçar as características do sistema presidencialista de governo do país.

O caso brasileiro: legislação flexível e sistema partidário fragmentado – todo o poder ao Congresso para ‘criminalizar’ o Presidente da República

No Brasil, o estatuto do impedimento passou a fazer parte do ordenamento jurídico nacional logo após a proclamação da república, sendo inserido na Constituição de 1891, permanecendo em todas as demais constituições brasileiras, desde então. O modelo adotado no Brasil foi inspirado, em grande parte, no arcabouço americano, juntamente com o presidencialismo como sistema de governo e o federalismo como forma de estado. O impedimento foi incorporado como um estatuto político na forma de um dispositivo que permitia o afastamento do Presidente da República e de outros agentes públicos mediante julgamento e condenação, pelo Legislativo, por um conjunto de crimes cuja tipificação já era, desde a Constituição de 1891, bem mais extensa do que o previsto na constituição americana. A Constituição de 1892, em seu Art. 54, definia os seguintes atos como crimes de responsabilidade do Presidente: 1º) a existência política da União;

2º) a Constituição e a forma do governo federal; 3º) o livre exercício dos poderes políticos; 4º) o gozo, e exercício legal dos direitos políticos ou individuais; 5º) a segurança interna do País; 6º) a probidade da administração; 7º) a guarda e o emprego constitucional dos dinheiros públicos.

A ampliação do leque de atos que poderiam ser objeto de processos de impedimento do Presidente favorecia as forças políticas instaladas no Legislativo brasileiro na época, em especial, as elites agrárias dos estados, que dominavam os partidos regionais e as máquinas eleitorais em seus territórios. Essas elites buscaram instalar uma república federativa significativamente descentralizada em oposição ao regime vigente no império, e ainda diferente do que pretendiam os militares, que viam na centralização um requisito para a unidade nacional e o progresso do País. Assim, mecanismos de limitação do poder central, como o impedimento, eram vitais para os interesses dessas elites, em especial, pelo fato de que os primeiros anos da república foram conduzidos por presidentes militares. A importância que essas elites regionais atribuíam ao impedimento como mecanismo para frear possíveis avanços centralizadores do Presidente da República pode ser vista através do senso de urgência que moveu a regulamentação do assunto no período pós-constitucional. Logo no início do ano de 1892, foram sancionadas as duas leis que regulavam o processo de julgamento (BRASIL, 1892A) e tipificavam os crimes passíveis de acusação (BRASIL, 1982B). As duas leis, em conjunto, definiam com expressivo detalhamento, respectivamente, o processo de julgamento e a tipificação dos crimes.

Na medida em que a política do Café com Leite, expressa na aliança comandada pelos Partidos Republicanos de São Paulo e de Minas Gerais, suplantou o espaço dos militares e estabeleceu sua hegemonia nas duas décadas seguintes, o estatuto do impedimento sequer precisou ser empregado,

permanecendo, no entanto, vigente na legislação brasileira. Seu modelo iria influenciar toda a trajetória posterior, sendo revisitado e reavivado nos ciclos constitucionais seguintes.

Mesmo no primeiro Governo Vargas, no período de 1930 a 1945, marcado pela concentração de poderes no Presidente da República, parte expressiva dos fundamentos jurídicos desse modelo foi inscrito na Constituição de 1934, já constando, inclusive, do anteprojeto encaminhado pelo Governo Provisório à Comissão Constitucional (POLETTI, 2012). Sua manutenção está relacionada às desconfianças das forças constitucionalistas, presentes na coalização vencedora em 1930, em relação à extensão do Governo Provisório, e às pressões que levaram à Guerra Civil de 1932. Grande parte do debate nos trabalhos da assembleia constituinte se desenrolou em torno do caráter centralizador do novo arranjo institucional de poder, orientação que destoava das prerrogativas federalistas da Constituição de 1891.

A principal inovação trazida pela nova Carta, que traduzia a influência que Vargas teve no processo constituinte, foi o deslocamento das prerrogativas de julgamento para um Tribunal Especial, em detrimento do papel exercido pelo Senado, já que este havia perdido suas funções de representação, passando a atuar como órgão de coordenação dos poderes. Esse tribunal era composto por nove membros (juízes), sendo três ministros da Corte Suprema, três membros do Senado Federal e três membros da Câmara dos Deputados, e sua presidência era exercida pelo Presidente da Corte Suprema, que tinha voto de qualidade. A concentração do julgamento nesse tribunal, com a escolha dos juízes sendo realizada por sorteio, permitia uma blindagem expressiva ao governo contra as possíveis forças de oposição instaladas na Câmara Federal.

Um modelo semelhante foi inscrito na Constituição de 1937, embora mais como

texto formal do que como dispositivo institucional vivo, em virtude da conjuntura de exceção instalada com o Estado Novo. O fim dos regimes ditatoriais fascistas e nazistas na Europa e a ampliação dos grupos de oposição ao Estado Novo levaram à redemocratização, em 1946, e à reativação da vida partidária e do papel do Legislativo na condução das grandes questões nacionais, proporcionando espaço para se rediscutir o modelo centralizador de poder na Presidência da República. A reformulação das instituições políticas, entretanto, teve de lidar com um contexto bem mais complexo do que o do período da República Velha, caracterizado pela diversificação do conjunto de atores sociais e econômicos resultante da urbanização, e pela formação de grupos políticos com expressão nacional e significativas relações com a máquina pública.

Grande parte dessas mudanças foi forjada e impulsionada entre 1930 e 1945, e Getúlio Vargas e seus principais aliados sustentaram expressivas conexões com esse novo mundo, suficientes para serem capazes de influenciar os rumos do processo de redemocratização, em especial, a manutenção do sistema presidencialista e a formação de partidos que expressavam as novas forças em ascensão no País. Em resposta à formação da União Democrática Nacional (UDN), que congregava as forças liberais conservadoras de velhas oligarquias, além de parte do empresariado e da mídia, e da pequena classe média em formação, Vargas articulou o Partido Social Democrático (PSD) e o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), que representavam, respectivamente, os quadros da burocracia estatal em expansão e elites governamentais regionais getulistas, e o crescente contingente de trabalhadores urbanos.

Nas eleições para a Assembleia Nacional Constituinte de 1946, juntos, o PSD e o PTB obtiveram 66,6% das cadeiras do Senado e 60,3% da Câmara Federal, formando ampla maioria, o que lhes permitiu moldar questões essenciais da Constituição de 1946 e

do ordenamento infraconstitucional correspondente (FREIRE, 2004). Assim, apesar de serem realizadas concessões em favor da expansão do poder do Legislativo, tais como o comparecimento de ministros ao Congresso, a instalação de comissões parlamentares de inquérito por iniciativa de 1/5 dos membros de cada Câmara e a nomeação de congressistas para ministros, sem perda do mandato, foram mantidas expressivas prerrogativas para o Presidente da República. Assim, a Constituição de 1946 continha um desenho mais equilibrado, na relação entre o Executivo e o Legislativo, do que suas precedentes.

A possibilidade de destituição do Presidente da República por crimes de responsabilidade foi inscrita no texto constitucional de 1946 seguindo os moldes da Constituição de 1891, sendo praticamente iguais os atos passíveis de abertura de processo parlamentar. O Senado voltou a ser a instância política em que o julgamento seria realizado e a condenação ocorreria por quórum de 2/3 de seus membros. Em uma conjuntura em que os partidos getulistas que sustentavam o governo, PSD e PTB, detinham praticamente 2/3 do Congresso, as possibilidades de um processo de impedimento eram quase nulas. O peso do PSD no Congresso, em especial, tinha o mesmo efeito, na questão do impedimento, que o bipartidarismo americano.

Uma lei complementar deveria, ainda, ser editada para regulamentar as questões principais de funcionamento desse estatuto, em especial, detalhar a tipificação de crimes e o processo de acusação e julgamento do Presidente da República, algo que não ocorreu em 1947, ano de eleições regionais e locais, e de renovação da Câmara e do Senado. O tema, assim, não teve grande repercussão no início do Governo Dutra. O Projeto de Lei do Senado nº 23 (PLS 23) iniciou sua tramitação somente em junho de 1948, sendo enviado à Câmara Federal em dezembro do mesmo ano e retornando ao

Senado em julho de 1949, para ser sancionado pelo então Presidente Dutra em abril de 1950 (BRASIL, 1948).

Nesse período, a questão da relação entre os Poderes ganhou ainda mais destaque com a proposta de emenda constitucional do parlamentarismo, de autoria do político gaúcho Raul Pilla, então presidente do Partido Libertador (PL), que deflagrou uma campanha nacional com o apoio de diversos políticos da UDN, entre outros. As lideranças do PL haviam apoiado Getúlio em 1930, mas romperam com ele mais à frente. Essa intensificação das propostas de fortalecimento do Legislativo frente ao Executivo, na agenda legislativa, foi provocada por dois fatores concomitantes: os movimentos iniciais da Guerra Fria e as articulações para a sucessão de Dutra.

O rompimento dos acordos firmados na Conferência de Yalta pelos conflitos ocorridos entre União Soviética, de um lado, e Estados Unidos, França e Inglaterra, de outro lado, no período de junho de 1948 a maio de 1949, levaram à divisão da Alemanha e a uma escala de disputas que polarizou o mundo, intensificando as divisões já existentes nos sistemas políticos dos países. Nesse contexto, foram iniciadas as negociações para as eleições de 1950 e, dadas as incertezas daquele momento, as tentativas de acordo entre PSD e UDN fracassaram, desgastando as relações entre os dois partidos e culminando no rompimento deste último com o Governo Dutra, em dezembro de 1950. A UDN arrastou consigo o PL e o Partido da Representação Popular (PRP), formando um bloco de oposição com candidatura própria à presidência. Getúlio manteve seus laços com as lideranças regionais do PSD, ao mesmo tempo em que trabalhou para a consolidação do PTB, se aproximando da classe trabalhadora em crescimento, o que lhe possibilitou articular uma candidatura ampla, que abrangia ainda setores do empresariado e da elite militar (FAUSTO, 2007).

Assim, foi no contexto de consolidação da

volta de Getúlio pela via democrática que a oposição, articulada pela UDN, diante da possibilidade de derrota nas urnas, intensificou os esforços para alterar o modelo de relações entre os Poderes inscrito na Constituição de 1946 em favor do Legislativo, tendo como estratégia principal a mudança do sistema presidencialista para o parlamentarista. Nesse ano, a campanha do parlamentarismo no País avançou de forma expressiva, mas não o suficiente para a aprovação de uma emenda constitucional no Congresso. Enquanto isso, a aliança com Ademar de Barros, então governador de São Paulo, ao final de 1949, selou a candidatura de Getúlio à Presidência da República, sendo formalizada a coligação PTB/PSP (Partido Social Progressista), em maio de 1950 (LAMARÃO, 2004).

Nessa conjuntura, em desespero, a UDN e aliados retomaram o PLS 23/48, cuja tramitação havia ficado em segundo plano, e intensificaram os esforços para sua aprovação no início da legislatura de 1950, sendo esta sancionada em abril desse ano, por Dutra, com a Lei nº 1.079/50 (BRASIL, 1950). A motivação para editar a lei era conferir amplas possibilidades ao Legislativo para criminalizar o futuro Presidente, o que pode ser visto em seu conteúdo, que apresenta um extenso conjunto de mais de 60 atos passíveis de acusação. Diante da consumação da derrota eleitoral, em outubro de 1950, a UDN buscou, ainda, impedir a posse de Getúlio, de todas as formas, tentando anular as eleições junto ao Supremo Tribunal Federal (STF) e mobilizar os militares para intervirem. Não obteve sucesso em nenhuma das tentativas, caminhando para o uso agressivo da mídia nos anos seguintes e fortalecendo os laços com o empresariado conservador e os militares antigetulistas.

Nesse contexto, entretanto, de pouco uso foi a lei de crimes para as forças de oposição, ao longo das décadas de 1950 e 1960, já que os principais partidos ligados ao getulismo, PSD e PTB, juntos, mantiveram expressivo volume de cadeiras no âmbito do

Legislativo brasileiro, o que tornava pouco provável a obtenção de 2/3 nas duas casas para efetivar o afastamento do Presidente da República. Assim, o peso do PSD e do PTB, no Legislativo, tornava a via institucional pouco útil aos golpistas da UDN e aliados, o que os levou à via militar, em 1964. Ironicamente, essa percepção veio do episódio do golpe preventivo que permitiu a posse de Juscelino Kubitschek, em 1955, quando o Marechal Teixeira Lott empregou a flexibilidade interpretativa do rol de crimes da Lei nº 1.079/50 para, em dez dias, ratificar legalmente o afastamento de Café Filho e Carlos Luz (WESTIN, 2016).

A partir de 1964, com o golpe militar e a instalação do regime ditatorial, a lei de crimes passou a ser letra morta. Entretanto, sua conservação no arcabouço jurídico brasileiro abriu uma janela permanente para o enfraquecimento político do Presidente da República em conjunturas econômicas desfavoráveis.

Esse quadro de fragilidade institucional permitido pela lei de crimes de responsabilidade ganhou contornos mais intensos com sua combinação com o novo sistema partidário que emergiu ao fim da ditadura, resultante dos esforços finais dos militares, de dividir as forças políticas da redemocratização pela fragmentação do sistema partidário. Essas manobras não impediram a abertura política, porém deixaram como legado a formação de um sistema político em que o partido do Presidente da República tem poucas chances de ter uma quantidade mínima de cadeiras no Legislativo que permita defendê-lo de golpes parlamentares.

A Constituição de 1988 ratificou o presidencialismo como sistema de governo, porém não foi editada uma nova lei complementar de crimes de responsabilidade do Presidente da República desde então, e o STF não se pronunciou de maneira explícita e consistente sobre o quanto da Lei nº 1.079/50 (BRASIL, 1950) foi ou não recepcionado pelo novo ordenamento constitucional, deixando uma lacuna

institucional que favorece a ação de grupos parlamentares golpistas.

Essa combinação explosiva de uma lei com amplo e flexível rol de atos tipificáveis como crimes de responsabilidade, um sistema partidário fragmentado e a ausência de posicionamento consistente do STF pôde ser vista com clareza no episódio do impedimento de Dilma Rousseff. Diante da necessidade de promover ajustes econômicos, em virtude do acirramento da crise econômica internacional combinada com a redução do crescimento da China, o Governo Dilma sentiu logo os impactos da dinâmica pendular de atuação dos partidos sem raízes ideológicas e programáticas, que, aos poucos, foram ruindo a base de sustentação do governo no Congresso.

A expansão dos movimentos partidários de oposição foi facilitada, é claro, pelo terreno fértil proporcionado pelos baixos níveis de popularidade do governo, as campanhas midiáticas denunciatórias contra o PT em um ano de eleições municipais, a emergência política de uma classe média reacionária e o desgaste provocado por uma década e meia do PT no poder, tudo isso em uma conjuntura de crise econômica do capitalismo e de avanço de um consenso político conservador internacional. Combinados, esses movimentos formaram um combustível potente para impulsionar a articulação partidária que sustentou o golpe parlamentar.

Os órgãos e as instâncias da administração pública, tais como o Tribunal de Contas da União (TCU), foram apenas canais institucionais que forneceram subsídios para que os grupos parlamentares pudessem acionar o uso da Lei nº 1.079/50 e disparar o procedimento formal de abertura e julgamento do processo de impedimento. Considerando a fertilidade de motivos inscritos no texto dessa lei – em questões orçamentárias, por exemplo –, as análises anuais das prestações de contas do Poder Executivo apontam, com muita frequência, listas extensas de ressalvas à execução orçamentária, nas três

esferas da federação. O não cumprimento de dispositivos de tetos de gastos da Lei de Responsabilidade Fiscal ou de percentuais mínimos de aplicação de recursos à saúde são violações correntes observadas pelos tribunais de contas e jamais levaram prefeitos, governadores ou presidentes ao afastamento. Em última instância, o parecer dos tribunais de contas não é vinculante e a decisão final sobre as contas do Executivo é de responsabilidade exclusiva do Legislativo.

Na medida em que a crise econômica e fiscal, as ações necessárias e impopulares tomadas para gerenciá-la, juntamente com a campanha agressiva da mídia, ruíram a popularidade de Dilma Rousseff, ocorreu uma reação em cadeia, que se retroalimentou rapidamente e não deixou possibilidade de reversão, a não ser que o partido do governo detivesse um mínimo de cadeiras no Legislativo que evitasse o quórum de impedimento, o que é impossível a qualquer partido no atual sistema partidário fragmentado. Diante dessa fragilidade, em ano de eleição, bastou a saída de membros expressivos do PMDB, que controlam a máquina do partido, motivados por maiores ganhos em uma eventual queda do governo – leia-se o núcleo central do governo e seus orçamentos –, para que a coalização do governo no Congresso ruísse. Formado o novo bloco parlamentar hegemônico entre PMDB e PSBD, que ficaria com o núcleo econômico – leia-se Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), Banco Central (Bacen) e Petróleo Brasileiro S.A. (Petrobras) – e internacional do governo (Ministério das Relações Exteriores), a atração dos partidos pendulares menores ocorreu mediante os trâmites usuais do ‘presidencialismo de coalizão’, assim como o processo de acusação e julgamento seguiu apenas os ritos formais previstos na já citada lei, visando consumir ‘legalmente’ o golpe parlamentar.

Conclusão

É possível concluir que a lacuna de regulamentação sobre a natureza do impedimento, no período pós-1988, necessária a torná-la compatível com a concepção da nova constituição, e a ausência de pronunciamento do STF sobre o tema, na qualidade de instância responsável pelo controle de constitucionalidade, deixaram uma fresta no ordenamento legal brasileiro, que fragiliza demasiadamente a Presidência da República frente ao Congresso (QUEIROZ, 2015). Essa lacuna institucional permitiu que grupos políticos de oposição reativassem a retrógrada Lei do Impedimento, de 1950, e levassem um novo consenso conservador ao poder, no Brasil, pela via indireta. Assim, uma legislação criada às pressas no início de 1950, por grupos liberais conservadores, especificamente para preparar um golpe parlamentar contra Getúlio Vargas, serviu como uma luva para as pretensões das articulações partidárias que levaram à destituição de Dilma Roussef, em 2016. Golpistas do passado facilitaram a ação de golpistas do presente. As principais implicações desse evento consistem na possibilidade de produção de rupturas bruscas imediatas nas políticas de desenvolvimento nacional e inclusão social, em virtude da ausência de necessidade da mediação das urnas pelo atual governo, e na instabilidade política dos governos futuros, nas três esferas, diante do rompimento da lógica presidencialista.

Portanto, enquanto nos casos inglês e americano, as mudanças realizadas no estatuto do impedimento foram orientadas para conservar os fundamentos do sistema de governo adotado em cada país, gerando uma aprendizagem institucional, que contribuiu de forma significativa para preservar os padrões adotados de relações entre os Poderes, essenciais à consolidação do processo democrático, no caso brasileiro,

a insistência das elites conservadoras em preservar por longo tempo uma legislação com um amplo rol de atos passíveis de serem tomados como crimes de responsabilidade do Presidente da República, associada a características mais recentes do sistema político brasileiro, resultou em uma corrosão dos princípios do presidencialismo inscrito na Constituição de 1988. Esse quadro favorece a ação de grupos políticos instalados no Legislativo, interessados em tomar o poder pela via indireta, tornando constante a possibilidade de um terceiro turno eleitoral.

Esse diferencial de prerrogativas de autopreservação do Presidente da República nas relações com o Legislativo, nos casos americano e brasileiro, na questão do afastamento por crimes, teve origem na orientação conferida pelas respectivas elites dominantes em duas conjunturas críticas de formação desses países: os contextos pós-independência, nos EUA, e pós-proclamação da república, no Brasil. Enquanto no caso americano, os fundadores buscavam maior centralização após uma década de frustrações advindas de uma confederação débil, as elites regionais cafeicultoras brasileiras viam, na descentralização, a forma para garantir seus interesses. Portanto, o velho estatuto do impedimento foi incorporado e ajustado de acordo com os diferentes interesses das duas elites.

No caso brasileiro, mesmo as várias existências de ordens constitucionais posteriores não foram suficientes para produzir mudanças de concepção sobre o caráter flexível e permissivo da lei de crimes de responsabilidade. A permanência desse modelo, sem os devidos ajustes de recepção legal realizados pelo STF na nova ordem constitucional de 1988, resultou em dois casos consolidados de impedimento, em menos de três décadas, enquanto no caso americano foram apenas três casos (duas absolvições e uma renúncia), em mais de dois séculos. ■

Referências

- ARTHUR, W. Competing Technologies, Increasing Returns, and Lock-In By Historical Events. *Economic Journal*, London, v. 99, n. 394, p. 116-131, 1989.
- AVRITZER, L. Brasil deve amargar longo caminho até sair da crise. *Portal GGN*, [online], 16 dez. 2016. Disponível em: <<http://jornalgggn.com.br/documento/brasil-deve-amargar-longo-caminho-ate-sair-da-crise-avalia-avritzer>>. Acesso em: 16 dez. 2016.
- BRASIL. Decreto nº 27, de 7 de janeiro de 1892. Regula o processo e julgamento do Presidente da República e dos Ministros de Estado nos crimes comuns. *Coleção de Leis do Império do Brasil de 1892*, Rio de Janeiro, 8 jan. 1892a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/dpl0027.htm>. Acesso em: 22 dez. 2016.
- _____. Decreto nº 30, de 8 de janeiro de 1892. Promulga a lei sobre os crimes de responsabilidade do Presidente da República. *Coleção de Leis do Império do Brasil de 1892*. Rio de Janeiro, 8 jan. 1892b. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-30-8-janeiro-1892-541211-publicacaooriginal-44160-pl.html>>. Acesso em: 22 dez. 2016.
- _____. Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950. Define os crimes de responsabilidade e regula o respectivo processo de julgamento. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Rio de Janeiro, 10 abr. 1950. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-1079-10-abril-1950-363423-normaatualizada-pl.html>>. Acesso em: 22 dez. 2016.
- _____. Senado Federal. Projeto de Lei do Senado nº 23, de 10 de junho de 1948. Define os crimes de responsabilidade e regula o respectivo processo de julgamento. *Diário do Congresso Nacional*, Brasília, DF, 10 dez. 1948, p. 13291-13294. Disponível em: <<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/64889>>. Acesso em: 10 nov. 2016.
- CORTELL, A. P.; PETERSON, S. Limiting the unintended consequences of institutional change. *Comparative Political Studies*, Beverly Hills, v. 34, n. 7, p. 768-799, 2001.
- DAVID, P. A. Clio and the economics of QWERTY. *American Economic Review*, Nashville, v. 75, n. 2, p. 332-337, 1985.
- EISGRUBER, C. L.; SAGER, L. G. Punishing the president: the use and abuse of impeachment. *Punishment and Society*, v. 1, n. 2, p. 223-229, 1999.
- FAUSTO, B. *História Geral da Civilização Brasileira: O Brasil Republicano: sociedade e política (1930-1964)*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.
- FREIRE, A. Redemocratização e eleições de 1945. *CPDOC*, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas2/artigos/DoisGovernos/Redemocratizacao>>. Acesso em: 6 nov. 2016.
- HACKER, J. The historical logic of national health insurance: structure and sequence in the development of British, Canadian, and U.S. medical policy. *Studies in American Political Development*, Cambridge, v. 1, n. 12, p. 57-130, 1998.
- HALL, P.; TAYLOR, R. As três versões do neo-institucionalismo. *Lua Nova*, São Paulo, n. 58, p. 193-223, 2003.
- HALLAM, H. *The Constitutional history of England*. London: John Murray, 1850.
- HATTAM, V. Institutions and political change: working-class formation in England and the United States, 1820-1896. *Politics and Society*, California, v. 20, n. 2, p. 133-166, 1992.
- HOFFER, P. C.; HULL, N. E. H. Power and precedent in the creation of an American impeachment tradition: the eighteenth-century colonial record. *The William and Mary Quarterly*, Williamsburg, v. 36, n. 1, p. 51-77, 1979.

- IMMERGUT, E. *Health Politics: interests and institutions in western europe*. Cambridge: Cambridge University, 1992.
- IMMERGUT, E.; ANDERSON, K. Historical institutionalism and West European politics. *Western European Politics*, Berlin, v. 31, n. 1-2, p. 345-369, 2008.
- LAMARÃO, S. O fracasso das “fórmulas” e a candidatura Vargas em 1950. *CPDOC*, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas2/artigos/PreparandoaVolta/Candidatura1950>>. Acesso em: 11 nov. 2016.
- MADISON, J.; HAMILTON, A.; JAY, J. *O Federalista*. Rio de Janeiro: Typ. Imp. e Const. de J. Villeneuve e Comp, 1840. Disponível em: <<http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/17661>>. Acesso em: 22 out. 2016.
- MAHONEY, J. Path dependence in historical sociology. *Theory and Society*, Dordrecht, v. 29, n. 4, p. 507-548, 2000.
- MAHONEY, J.; THELEN, K. A Theory of gradual institutional change. In: MAHONEY, J.; THELEN, K. (Org.). *Explaining Institutional Change: ambiguity, agency, and power*. Cambridge: Cambridge University, 2010.
- NOBREGA, C. O olhar da imprensa internacional sobre o impeachment no Brasil. *Carta Capital*, 28 abr. 2016. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/blogs/intervozes/o-olhar-da-imprensa-internacional-sobre-o-impeachment-no-brasil>>. Acesso em: 12 out. 2016.
- PAGE, S. Path dependence. *Quarterly Journal of Political Science*, Hanover, v. 1, n. 1, p. 87-115, 2006.
- PIERSON, P. Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American Political Science Review*, Washington, DC, v. 94, n. 2, p. 251-267, 2000.
- POLETTI, R. *Constituições Brasileiras: 1934*. 3. ed. Brasília, DF: Senado Federal, 2012. (Coleção Constituições brasileiras; v. 3).
- QUEIROZ, M. R. F. Impeachment e Lei de Crimes de Responsabilidade: o cavalo de Troia parlamentarista. *O Estadão*. São Paulo, 16 dez. 2015. Disponível em: <<http://brasil.estadao.com.br/blogs/direito-e-sociedade/impeachment-e-lei-de-crimes-de-responsabilidade-o-cavalo-de-troia-parlamentarista/>>. Acesso em: 16 nov. 2016.
- SANTOS, W. G. Entrevista exclusiva concedida a Luis Nassif. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=1VdCVO2zYJo>>. Acesso em: 10 set. 2016.
- THELEN, K.; STEINMO, S. Historical institutionalism in comparative politics. In: STEINMO, S.; THELEN, K.; LONGSTRETH, F. (Org.). *Structuring politics: historical institutionalism in comparative analysis*. Cambridge: Cambridge University, 1992.
- UNITED STATES OF AMERICA (USA). The Library of The Congress. *Constitution of the United States of America: analysis and interpretation*. Washington, DC: U.S. Government Publishing Office, 2016. Disponível em: <<https://www.congress.gov/constitution-annotated/>>. Acesso em: 30 out. 2016a.
- _____. The United States Senate. *Party Division in the Senate, 1789-Present*. Disponível em: <<https://www.senate.gov/history/partydiv.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2016b.
- WESTIN, R. Dois presidentes do Brasil sofreram impeachment em 1955. *Agência Senado*, Brasília, DF, 31 ago. 2016. Disponível em: <<http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/08/31/dois-presidentes-do-brasil-sofreram-impeachment-em-1955>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

Recebido para publicação em novembro de 2016
 Versão final em dezembro de 2016
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Da ruptura à reconstrução democrática no Brasil

Towards the reconstruction of democracy in Brazil

Fabiano Santos¹, José Szwako²

RESUMO O artigo defende que o *impeachment* ocorrido no País em 2016 não representa uma crise institucional, mas uma crise política. Foi a ação coordenada de atores, e não nosso modelo institucional, que levou à ruptura democrática. Dentre outros fatores, o texto destaca a politização do Judiciário e a aliança entre partidos e movimentos sociais conservadores. Ao fim, mirando numa agenda de reconstrução, afirma-se a urgência de uma ampla coalizão de corte progressista para conter o avanço dos retrocessos hoje em curso no Brasil. Em tal coalizão, é central a capacidade de abertura e articulação com e entre clivagens sociais diversas, vozes democráticas e múltiplas frações de classe.

PALAVRAS-CHAVE Política. Democracia. Política social.

ABSTRACT *The article argues that the impeachment occurred in Brazil in 2016 configures a political crisis. Among other factors, the text highlights the politicization of the Judiciary and the conservative alliance between parties and right-wing social movements. Offering a kind of democratic reconstruction agenda, we affirm the urgency of a broad-based progressive coalition to contain the advance of setbacks in Brazil today. In such a coalition, it is fundamental the ability for the inclusion of diverse social cleavages, democratic voices and multiple social classes.*

KEYWORDS *Politics. Democracy. Public policy.*

¹Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Estudos Sociais e Políticos (IESP) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
fsantos@iesp.uerj.br

²Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Estudos Sociais e Políticos (IESP) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
zeszwako@iesp.uerj.br

Os ingredientes que compõem o quadro sociopolítico brasileiro atual são vários: polarização social e ideológica, mobilização popular e estudantil, crise política, crise fiscal, quadro econômico de recessão aguda e desemprego massivo, disputa e reconfiguração eleitoral, uma mídia oligopolizada cada vez mais partidarizada e alinhada a setores específicos da estrutura de poder, crescente fascismo nos elementos de nossa cultura política, já historicamente iliberal, anomia institucional judiciária e estratégias partidárias se articulam formando cenário inimaginável até alguns anos atrás.

Para fins desta análise de conjuntura, vamos nos deter em alguns desses pontos, destacando se e como, a nosso ver, se reforçam mutuamente. Longe de pretender esgotar cada um daqueles ingredientes, fica sugerida a outras análises a questão de como tais e diversas outras variáveis interagem no sentido de produzir essa espécie de cenário semicaótico. Por exemplo: em que medida tanto a crise econômica mundial como nossa crise fiscal pesaram sobre a polarização recente no Brasil? Como medir a influência, para o sucesso do golpe parlamentar, da contínua alimentação da crise por uma mídia visivelmente partidarizada? E retornando um pouco mais: qual a relação, se alguma, entre o ciclo de protestos de 2013 e o golpe parlamentar?

Nos limites de nossa interpretação, vamos comentar o golpe parlamentar levado a cabo pela frente unificada no Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), à luz das tensões entre atores (políticos ou sociais) e os arranjos institucionais nos quais operam. A análise privilegia três arenas: o Congresso Nacional, o Judiciário e, por fim, a sociedade civil. Antes de passar a tais arenas, é central estabelecer a premissa da qual partimos, já exposta nas questões iniciais do artigo: o que vem ocorrendo na política brasileira atual é a continuidade de um golpe parlamentar. Ou seja, trata-se de uma lógica de ruptura do contrato político

instituído e com cujas regras parte majoritária da direita partidária vinha consentindo, ao menos publicamente, desde os anos 1990 e, por consequência, disputando o poder político de forma legítima. A quebra instaurada por meio de um *impeachment* no mínimo artificioso, quebra instaurada por meio do uso insidioso de nossas instituições, coloca, mais uma vez na penosa história política brasileira, a tarefa coletiva de reconstrução de democrática.

Golpe parlamentar, sem dúvida, mas o que nos importa no momento é pensar em como chegamos até aqui. Seguiremos por partes.

Tratemos, primeiramente, da arena congressual e da suposta crise de representatividade. De imediato, faz-se relevante afirmar que o evento de agosto de 2016 é resultado da ação deliberada de lideranças políticas, não sendo, definitivamente, efeito do funcionamento das instituições. É obviamente tentador identificar nas instituições políticas, em particular nas regras mais centrais que definem nosso modelo político, as causas da instabilidade e crise de governabilidade que desembocaram no golpe parlamentar. O conceito e prática do presidencialismo de coalizão, em uma definição mais ampla e pouco rigorosa, retornam então com toda força à cena, comum, como se tornou, imputar a este modelo institucional extraordinário conjunto de mazelas do qual a política brasileira padeceria. Falamos de definição mais ampla porque, em verdade, o termo presidencialismo de coalizão, em uma visão mais restrita e, a nosso ver, mais precisa, tal como utilizado na literatura institucionalista *stricto sensu*, denota tão somente a conjugação da separação de poderes, característica do sistema presidencial, com o multipartidarismo, comumente derivado da adoção do sistema proporcional para o preenchimento das cadeiras no Legislativo.

Aqueles que criticam nosso modelo institucional, chamado de presidencialismo de coalizão, estabelecem uma espécie indevida de relação de causalidade entre a dinâmica

de tal modelo e uma prática política que não só corrói os princípios digamos programáticos dos partidos que lideram a coalizão governamental, como no limite compromete a legitimidade do sistema institucional em seu conjunto. Ora, segundo nosso ponto de vista, e nisso seguindo análises mais recentes sobre o presidencialismo de coalizão (FREITAS, 2016), nada autorizaria, de uma perspectiva conceitual ou empírica, colocar na conta do modelo fenômenos políticos complexos e reconhecidamente ruins, tais como corrupção, descrença popular e profusão de escândalos midiaticamente aproveitados e não raro produzidos.

Aqui é fundamental discernir dois elementos que são frequentemente sobrepostos na análise política: atores e instituições. Embora empiricamente e em todos os casos seja difícil identificar onde um ou outro esteja preponderando no desdobramento da conjuntura política, não se pode inferir a legitimidade ou eficiência das instituições a partir do uso que delas fazem os principais atores em cena. Em nossa avaliação, o exemplo brasileiro recente mostra exatamente isto: desde fins de 2014, a cada passo da conjuntura, e à medida que as crises econômica e social se aprofundavam, as cúpulas do PMDB e do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) se articulavam e se utilizavam das regras do jogo tendo em vista construir as condições ótimas para a consecução do golpe parlamentar que redundou no *impeachment*. Nada inerente ao desenho institucional brasileiro permitiria prever um comportamento desestabilizador assim assumido, desde o resultado das eleições daquele ano, por uma oposição até aquele momento leal à democracia e por lideranças de um partido até aquele momento parceiro na coalizão.

Especificamente a respeito do PMDB, principal parceiro de coalizão do Partido dos Trabalhadores (PT) desde pelo menos uma década, vale ressaltar que, no contexto da disputada eleição de 2014, o partido já vinha

dividido antes mesmo do resultado positivo para Rousseff após o segundo turno das eleições presidenciais. Quer dizer, a facção vitoriosa, notadamente no Legislativo, situava-se abertamente no campo, não apenas oposicionista em relação ao PT no governo, mas também autodenominado ‘conservador’, fosse em relação a políticas sociais ou a temas culturalmente delicados da agenda pública. Facção, notem, liderada por políticos dispostos a tudo tendo em vista reverter os resultados eleitorais para o Executivo nacional daquele mesmo ano.

Questão relevante e para a qual não avançamos resposta mais definitiva consiste em saber: quais motivos afinal levaram partidos como PMDB, PSDB e Democratas (DEM), cofundadores e protagonistas da Assembleia Constituinte de 1987, de nossa redemocratização portanto, a adotarem postura claramente contrária aos ditames e regras do jogo democrático? Um complexo conjunto de fatores compôs verdadeira janela de oportunidades para a aventura de candidatos a golpistas. Entre tais diversos fatores, destacaríamos: a) um cenário de aguda crise econômica, reforçado pela explícita oposição dos circuitos financeiros internacionais *vis-à-vis* à reeleição de Dilma Rousseff; b) a herança de pesada, competitiva e radicalizada campanha eleitoral de 2014; c) a memória recente do ciclo de protestos de 2013 – e, a partir do ciclo, a radicalização do comportamento das direitas em 2015; d) a falta de uma visão clara e estratégica do governo seja para combater as causas mais urgentes da crise econômica, seja para organizar suas bases de sustentação legislativa e societal. Todos esses fatores não são uma ‘herança institucional’; foram, antes, aproveitados e, em alguma medida, produzidos por atores até pouco tempo comprometidos com um credo democrático. Nada disso, portanto, autoriza e sequer justifica tomar tais fatores como expressão de uma necessidade ou fatalidade histórica, dado que foi a ação concertada e articulada,

aquilo que os sociólogos chamam de ‘agência’, entre partidos, movimentos sociais de corte elitista e apoiadores midiáticos e judiciários, que culminou no *impeachment*. Bem visto, então, esse processo não tem raiz estrutural-institucional.

Se esse processo foi alavancado por atores, onde estavam, ou deveriam estar, os dispositivos institucionais responsáveis por seu bloqueio tendo em vista resguardar o espírito do presidencialismo? A nosso ver, o desenho constitucional de 1988 é claro de indicar o Supremo Tribunal Federal (STF) como o guardião dos preceitos mínimos e fundamentais daquilo que é permitido à ação política. Quer dizer, se havia alguma chance de refrear a gana da oposição em sua aventura golpista e em uma correlação de forças claramente desfavorável à presidenta eleita, tal chance estaria no Poder Judiciário. Contudo este último, de fato, em uma crise institucional devido à alta politização e partidarização que lhe tem caracterizado, não se comportou à altura da Carta Constitucional. Mais um caso de mau uso? Certamente. Agora não pela ação, mas sim pela omissão.

Rótulo alternativo para o que vem ocorrendo na política brasileira é amalgamado na ideia de uma suposta crise de representação. É inegável a existência de insatisfação de parte significativa das elites judiciárias, midiáticas, empresarias e de setores importantes das classes médias quanto aos marcos centrais da democracia tal como consagrados na Constituição de 1988. Todavia, concomitantemente à expressão de tais sentimentos, a ampliação e pluralização da capacidade de representação externa ao Congresso, mas que se internaliza no seio do Estado brasileiro, vêm sendo ressaltadas em diversos trabalhos atinentes às interações Estado/sociedade (*inter alia*) (POGREBINSCHI; SANTOS, 2012; AVRITZER; SOUZA, 2013; GURZA LAVALLE; SZWAKO, 2015).

Note-se, aliás, que a inclusão de temas e atores da sociedade civil nos processos decisórios acabou sendo importante alvo de crítica e resistência de segmentos

conservadores no País, tal como foi o caso do chamado ‘Sistema Nacional de Participação Social’ (GURZA LAVALLE; SZWAKO, 2014). Os limites impostos aos impactos dos encontros socio-estatais sobre as políticas públicas, contudo, não rebaixam o diagnóstico de que elas têm sido, desde a redemocratização, cada vez mais interpeladas e modificadas por organizações e movimentos da sociedade civil. Mesmo do ponto de vista da cidadania em geral (ou seja, não necessariamente organizada em redes e movimentos), a porosidade estatal com relação às chances de acesso do cidadão aos bens comuns tem se mostrado, não só mediada por mecanismos participativos, como é também consistentemente maior que em países como Venezuela e México (ZAREMBERG, 2012). Em suma, consoante com a pluralização da representação, a agenda de pesquisa mais atual sobre os efeitos da institucionalização da participação denota, não a limitação, mas antes a indagação sobre a efetividade das instituições participativas no Brasil (PIRES, 2011).

Entendemos que é espúria a ilação construída entre modelo institucional e resultado político, entre o presidencialismo de coalizão e o golpe parlamentar de 2016. A nosso ver, não há nada de conclusivo seja em torno do diagnóstico da corrosão institucional inerente ao presidencialismo de coalizão e por ele supostamente produzida, diagnóstico de resto conveniente a versões legitimadoras do golpe parlamentar, seja ainda no que tange a existência de uma crise de representação afetando o quadro político institucional brasileiro. Parece-nos fundamental, então, diferenciar lógicas de operação: a lógica interna ao *impeachment* de Dilma Rousseff não é caudatária de dinâmicas institucionais, mas sim da atuação concatenada e deliberada de atores político-partidários e judiciários (mais abaixo) – atuação, sem dúvida, articulada por intermédio de instituições e a despeito delas, daí o caráter inovador desse tipo de golpe. Essa diferenciação é fundamental em nosso diagnóstico, pois os cenários de

médio e longo prazo de reconstrução democrática demandarão remédios antigolpistas, e não podemos correr o risco de testar um remédio amargo, ou mesmo fatal.

Exemplo do perigo embutido em soluções institucionais mal concebidas ou fundamentadas em pré-noções que não encontram respaldo acadêmico está nas propostas aventadas em tempos de crise. Veja-se, por exemplo, a desastrosa minirreforma eleitoral levada a cabo por Cunha, Maia e asseclas e os efeitos dela advindos sobre a disputa eleitoral de 2016, notadamente, sobre o tempo de exposição dos partidos menores e o espaço destinado ao debate para partidos e candidatos. Efeitos deletérios podem também recair sobre o sistema político, caso sejam vitoriosas propostas hoje em circulação no Congresso e na mídia, defendendo, por exemplo, a adoção do voto facultativo. Longe de curar supostos males institucionais, falsos remédios como esses tendem a prejudicar nossa governabilidade e representatividade.

Como dissemos, a crise política que desemboca no golpe e agora assume novos contornos é resultado não do funcionamento das instituições, mas sim de sua usurpação e de seu mau uso por parte de segmentos fundamentais das elites e dirigentes estatais.

Entre as elites estatais protagonistas nesse processo, sobressaem-se, sem nenhuma sombra de dúvida, as elites do Judiciário e do Ministério Público Federal (MPF), cujo comportamento durante todo o processo ocorreu, como se sabe, encoberto pelo manto do combate à corrupção política. Em análise arguta, Leonardo Avritzer já chamava nossa atenção para os perigos da atuação descontrolada do MPF e suas implicações em termos de ‘usurpação’ e ‘monopolização’ da defesa do interesse público advindas de tal comportamento por instituições desprovidas do endosso no voto. Nas palavras do autor:

[...] a forma como no primeiro semestre de 2015 o Poder Judiciário colocou o Executivo na defensiva com práticas políticas

questionáveis, como o vazamento seletivo de informações da Operação Lava-Jato e um abuso de prisões preventivas e de delações que têm como objetivo desestabilizar o campo político, mostra o perigo de uma solução para os impasses que não transite pelos poderes constituídos pelo voto popular. (AVRITZER, 2016, P. 116).

Tal intervenção, politizada e espúria, de agentes e instituições de controle, sejam ou não do Judiciário, ante órgãos do Executivo e do Legislativo nos remete diretamente ao alerta imprescindível dado por Max Weber (1993) a seus contemporâneos da República de Weimar: ao funcionário público não cabe a disputa política, nem a respectiva convicção. As alçadas do funcionário e do político profissional são distintas, assim como são distintas as responsabilidades estatuídas a cada posto. Que a política de seu país se tornasse refém da burocracia era um dos maiores temores de Weber – essa lição não pode ser hoje olvidada por aqueles que, como nós, entendem o potencial nefasto contido em uma instância de poder que, em nome do combate à corrupção, atua de modo ilegal.

Ironicamente, se podemos falar de crise institucional de nosso modelo político, esta não emerge do presidencialismo de coalizão. De fato, graves distorções atingem o desenho mesmo de nossas instituições de controle, tal como inscrito na Constituição de 1988. Nesse particular, as recentes intervenções do Tribunal Superior Eleitoral (TSE), por exemplo, nas regras eleitorais e partidárias, bem como os ataques seletiva e partidariamente orientados do MPF contra lideranças políticas, ressoam uma das mais famosas preocupações madisonianas: quem controla os controladores? A ingerência administrativa sobre a disputa política exige não só sua crítica teórica. Exige, antes, a ação política daquele que é, ao fim e a cabo, o principal afetado pela instabilidade do jogo democrático, instabilidade diga-se judicialmente instilada, e também o único soberano

desse mesmo jogo: a vontade popular. Nesse sentido, dois caminhos necessários e convergentes para a pacificação do Judiciário e das instâncias de controle no Executivo nos parecem ser o aprofundamento de mecanismos de controle tanto institucionalizados como externos a essas instituições.

A tarefa não será fácil, como não foi fácil a redemocratização consagrada na Carta de 1988. O primeiro desafio, certamente, passa pela responsabilização dos atores que desestabilizaram e usurparam a dinâmica democrática até aqui conquistada. No plano da disputa político-institucional, máscaras de atores que defendem um liberalismo douto requeentado, quando não somente neoliberal, deverão ser reconhecidas enquanto tais. Já no plano da cultura política, o fenômeno é ainda mais complexo: o crescente fascismo das classes médias, alimentado não somente pela crise econômica, mas também pelo Judiciário e por mídias hegemônicas, é realidade que julgamos imprescindível conhecer e combater. É do fascismo crescente entre nós e das mobilizações civis tanto à direita como à esquerda que trata nosso último ponto.

Na seara da sociedade civil, o contexto é tão ou ainda mais complexo e cheio de desafios.

A mobilização verde e amarelo que ganhou as ruas nos meses de março, abril e agosto de 2015 soube se apropriar de um dos principais legados de 2013: a rua como palco legítimo dos protestos (DOWBOR E SZWAKO, 2013). Aos gritos de ‘Fora Dilma’ e ‘Fora PT’, uma massa de verve fascista foi alimentada por movimentos de direita que, como se sabe hoje, foram e são ligados a partidos golpistas e a grupos ultraconservadores estadunidenses. Uma pergunta aqui se impõe: por que denominar de fascista uma multidão tão vasta e heterogênea? Designamos-lhe como tal devido à sua incapacidade de reconhecer como legítima uma pluralidade de interesses e visões de mundo que é constitutiva e, sobretudo, distintiva da democracia em

sociedades complexas. Negar tal pluralidade corresponde, nos discursos e protestos conservadores de 2015 analisados alhures (SZWAKO, 2015), a negar a legitimidade do conflito e da necessária institucionalização dos conflitos – sem a qual não há convivência democrática e civilizada entre diversos e divergentes interesses e visões de mundo.

É exatamente nesse ponto que se articulam polarização ideológica e estratégias partidárias. De um lado, uma nova direita, autoritária, fornece roupagem original ao ranço hierárquico desde sempre predominante, não na política, não só nela, mas na sociedade brasileira, repaginado agora com rótulo de ‘liberal’ – contendo, na verdade, pouca coisa do liberalismo e alguma leitura distorcida do chamado neoliberalismo. De outro, políticos e legendas que se assumem enquanto direita, mas que acabam por retirar legitimidade daquela massa por eles mesmos estimulada. Ora, não foi outra a chamada ‘voz das ruas’ que se fez escutar e foi ouvida nas declarações que sepultaram o governo Dilma em agosto de 2016. Lembremos que ‘Pela família’, ‘Deus’ e mesmo ‘contra o comunismo’ (*sic*) foram alegorias que circularam entre as ruas e o Congresso, estruturando boa parte dos discursos *pró-impeachment*. A afinidade entre representados ‘de’ direita e representantes ‘da’ direita é, porém, contingente e estratégica; enquanto respondem a seus interesses, partidos e políticos vão continuar se valendo dessa massa, sempre de maneira oportunista. Aqui o desafio da reconstrução democrática é duplo: construir uma alternativa civilizada ao projeto conservador reinante no País e disputar suas bases sociais e eleitorais mais amplas, sendo a um só tempo alternativa a ele e para elas.

Hoje, ao mesmo tempo que as ruas voltam a se posicionar contra o governo ilegítimo que aí está, o palco das reivindicações é tomado pelos estudantes secundaristas e pelas ocupações nas escolas por todo o Brasil. Mesmo com variações estaduais, o movimento de ocupação das escolas encontra-se do começo

ao fim atravessado pelo golpe parlamentar e por seus efeitos, nomeadamente, a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241 – atualmente PEC 55/16. As dinâmicas pós-golpe de tensão e de conflito travado entre cidadania mobilizada e autoridades, sejam elas forças executivas ou repressivas, é bem verdade, conferem à conjuntura uma triste sensação de *déjà vu* autoritário. Isso pode ser visto no caso de estudantes sendo assediados pela ação de policiais, não raro ilegal, assim como pela atuação de cidadãos autointitulados ‘de bem’, em conflitos de punho em ambientes escolares. Todavia o ranço autoritário não se limita ao exemplo dos estudantes e das reformas e cortes impostos sem consulta qualquer aos interessados. Outro caso dramático da truculência e da ilegalidade com que vêm atuando as forças repressivas, no contexto pós-golpe, está na violência sofrida pela Escola Florestan Fernandes do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), há poucos dias invadida por policiais civis do estado de São Paulo.

Esse *déjà vu* é, porém, ambivalente. Ao mesmo tempo que autoriza um olhar desolador sobre nosso cenário, essas cenas evocam também traços de esperança política projetada seja na mobilização estudantil ou dos trabalhadores sem-terra.

Os desafios de reconstrução de nossa democracia não são poucos. Moderar o Judiciário, democratizar a mídia, responsabilizar aqueles que violaram o pacto democrático e conter os avanços de uma agenda regressiva ilegítima são alguns desses desafios. Caminho possível para aglutinar personagens, discursos e bandeiras localiza-se na superação daquilo que J. Feres Júnior

chamou de ‘complexo de umbigo’. As forças democráticas à esquerda, tanto no âmbito civil como na luta partidária, precisam ultrapassar purismos ideológicos estanques que se tornam obstáculos para a construção e ampliação de novos consensos abrangentes. Esses consensos implicam necessariamente diálogos e pontes que não estão dados, precisam antes ser forjados com o devido senso de *timing* e abertura, no sentido de espírito de inclusão e acordo. Tal unificação, por sua vez, não pode prescindir de mecanismos institucionais no seio dos quais se conjuguem e equilibrem participação e representação – com todos os conflitos partidários daí advindos. Nesse esforço, é fundamental somar todos os matizes de vozes democráticas comprometidas com valores minimamente civilizados e igualitários: de um ‘centrão’ ampliado, esteio da redemocratização brasileira, até vozes radicais, passando necessariamente por liberais, comunistas e socialdemocratas. Um arco de alianças policlassista de corte também democrático, alinhavando periferias, classes médias e empresariado liberal não conservador, é fundamental nesse projeto. Contra esse conjunto necessariamente heterogêneo de vozes, a emergência de uma onda conservadora autoritária ou de uma nova direita cripto-militarista manterá sua empreitada de vencer a luta política pela truculência e intimidação – é preciso enfrentar o medo. Uma das boas estratégias para enfrentar o medo é a de se buscar elementos e pistas de convivência democrática mesmo no seio do reacionarismo.

A reconstrução é difícil, porém incontornável. ■

Referências

- AVRITZER, L. *Impasses da democracia no Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.
- AVRITZER, L.; SOUZA, C. (Org.). *Conferências nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividade*. Brasília, DF: Ipea, 2013.
- DOWBOR, M.; SZWAKO, J. Respeitável público...: performance e organização dos movimentos antes dos protestos de 2013. *Novos Estudos Cebrap*, São Paulo, n. 97, p. 43-55, nov. 2013.
- FERES JÚNIOR, J. Como religar a esquerda: para além do complexo do umbigo. *Revista CGN*, Rio de Janeiro, 07 nov. 2016. Disponível em: <jornalgnn.com.br/blog/joao-feres-junior/como-religar-a-esquerda-para-alem-do-complexo-do-umbigo-por-joao-feres-jr>. Acesso em: 7 dez. 2016.
- FREITAS, A. *O Presidencialismo da Coalizão*. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer, 2016.
- GURZA LAVALLE, A.; SZWAKO, J. Origens da Política Nacional de Participação Social: Entrevista com Pedro Pontual. *Novos Estudos Cebrap*, São Paulo, n. 99, p. 91-104, jul., 2014.
- _____. Sociedade civil, Estado e autonomia: argumentos, contra-argumentos e avanços no debate. *Opinião Pública*, Campinas, v. 21, n. 1, p. 157-187, abr. 2015.
- PIRES, R. (Org.). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília, DF: Ipea, 2011.
- POGREBINSCHI, T.; SANTOS, F. Participação como representação: o impacto das Conferências Nacionais de Políticas Públicas no Congresso Nacional. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 259-305, set. 2011.
- SZWAKO, J. O fascismo contemporâneo brasileiro ou o mundo segundo o conservadorismo. *Revista Escuta*, [s.l.], 18 maio 2016. Disponível em: <https://revistaescuta.wordpress.com/2016/05/18/escuta-especial-conjuntura-o-fascismo-contemporaneo-brasileiro-ou-o-mundo-segundo-o-conservadorismo/>. Acesso em: 7 nov. 2016.
- WEBER, M. *Parlamento e Governo na Alemanha reordenada: crítica política do funcionalismo e da natureza dos partidos*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1993.
- ZAREMBERG, G. Fuerza, proyecto, palabra y pueblo: circuitos de representación en consejos de desarrollo municipal en América Latina (Nicaragua, Venezuela, Brasil y México). In: ZAREMBERG, G. (Org.). *Redes y jerarquías: participación, representación y gobernanza local en América Latina*. Ciudad de Mexico: Flasco México, 2012, p. 22-63.

Recebido para publicação em novembro de 2016
Versão final em dezembro de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS

Everything to fear: financing, public-private relationship and the future of SUS

Ademar Arthur Chioro dos Reis¹, Ana Paula Menezes Sóter², Lumena Almeida Castro Furtado³, Silvana Souza da Silva Pereira⁴

Introdução

A organização jurídico-política brasileira, típica do Estado capitalista e estabelecida desde a Proclamação da República, permitiu que o capital pautasse a lógica de organização da saúde, do modelo campanhista adotado no início do século 20 ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O final da década de 1970 foi marcado pela derrocada da ditadura militar, declínio do milagre econômico e grave crise do modelo de assistência médica previdenciária. Surge, nesse período, o movimento da Reforma Sanitária, que produziu uma mobilização nacional que influenciou na inclusão da saúde como um direito universal na Constituição Federal de 1988 (CF 88).

A CF 88 e as Leis Federais nº 8.080/90, nº 8.142/90 e nº 9.656/98 sustentam a organização do sistema de saúde brasileiro. Outras leis complementares e atos normativos do Ministério da Saúde (MS) e de suas agências reguladoras serviram de base para a implantação do SUS, um sistema público de saúde universal, integral e equânime. Cabe ao SUS, ainda, regular um subsistema privado, suplementar, embasado no direito do consumidor, na garantia da integralidade da atenção e segurança do paciente, ainda que orientado pela lógica de mercado. Ressalta-se que esse subsistema foi criado na década de 1960 e atuou sem nenhuma regulação até 1998.

Os avanços produzidos pelo SUS em quase três décadas são inquestionáveis (PAIM ET AL., 2011). A ampliação de cobertura da atenção básica para mais de 73% da população, a Estratégia Saúde da Família, reforçada pelo Programa Mais Médicos; os cuidados na saúde bucal por meio do Brasil Sorridente; o programa de vacinas e medicamentos; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu-192), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são alguns exemplos. O SUS oferece o maior sistema público de transplantes do mundo e um sistema público de sangue e hemoderivados extremamente seguro. Destaca-se, ainda, a reforma psiquiátrica, cuidando aos transtornos mentais e pessoas em uso abusivo de álcool e drogas em liberdade e com dignidade.

A implementação do SUS, ao se deparar com inúmeros desafios, problemas e fragilidades de ordem política, econômica, gerencial e assistencial, produziu uma importante dissociação entre o ‘SUS constitucional’ e o ‘SUS real’. Embora tenha resultado em mais acesso à saúde, melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida dos brasileiros, em particular quando

¹ Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina – São Paulo (SP), Brasil.
arthur.chioro@unifesp.br

² Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) – Brasília (DF), Brasil.
ana.soter@conass.org

³ Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Programa de Braços Abertos – São Paulo (SP), Brasil.
lumenafurtado@gmail.com

⁴ Congresso Nacional, Senado Federal – Brasília (DF), Brasil.
silvanassp@bol.com.br

comparado ao modelo excludente vigente antes de 1988, não foi capaz de gerar confiança e legitimidade social na população brasileira, que aponta a saúde como o principal problema do País e aspira como ideal de consumo o acesso ao modelo privado de atenção à saúde.

Tal situação não pode ser explicada tão somente pela permanente utilização dos meios de comunicação para satanizar o SUS e vender a saúde privada como solução. É determinada por desafios e problemas ainda não superados, que resultam na crise do SUS, erigido em um país de estrutura federativa complexa, que garante ampla autonomia aos entes federados, mas que é ainda marcado por uma cultura política fortemente centralizadora, clientelista e patrimonialista.

A implantação do SUS, a partir de 1989, constituiu-se em um projeto marcadamente contra-hegemônico (GRAMSCI, 1991). O projeto vitorioso na primeira eleição presidencial realizada a partir da redemocratização foi aquele capitaneado por Fernando Collor, antagônico aos ideários do SUS (CEBES, 1992). De caráter neoliberal, preconizava o Estado Mínimo e a estratificação de clientela. De certa maneira, os interesses do capital financeiro estiveram fortemente presentes, ainda que em diferentes intensidades, na conformação do Estado brasileiro e na sua lógica de formulação de políticas públicas e marcaram a condução da política de saúde e o forte tensionamento na implantação do SUS também nos governos Itamar, FHC (Fernando Henrique Cardoso), Lula e Dilma.

Somam-se a isso os desafios inerentes à produção de um sistema universal em um país com 206 milhões de habitantes e dimensão geográfica continental, grandes diferenças regionais, estrutura econômico-social heterogênea e que enfrenta transformações no padrão de saúde, determinadas por profundas mudanças demográficas, epidemiológicas e nutricionais. Além do mais, confronta-se com problemas crônicos e graves, ainda não solucionados, em relação

ao modelo de atenção à saúde, à gestão do trabalho e da educação em saúde, ao planejamento e à gestão do sistema e dos serviços de saúde, à judicialização da saúde, entre outros.

Para a compreensão do processo de desenvolvimento do SUS e da grave crise que atravessa, duas questões revestem-se de importância diferenciada: o (crônico) subfinanciamento da saúde e a relação público e privado. São temas que atravessam fortemente a conformação dos vários desafios hoje enfrentados, e analisá-los constitui-se no principal objetivo deste artigo de opinião que expressa a visão de seus autores, implicados com a construção do SUS. Procura-se refletir sobre os rumos do SUS no contexto da crise política e econômica estabelecida no País que deu margem à ascensão de Temer ao poder a partir do golpe jurídico-político que resultou na deposição do governo de Dilma Rousseff e possibilidades de enfrentamento à forte ameaça à democracia e aos direitos sociais.

O (crônico) subfinanciamento da saúde no Brasil

Assegurar um financiamento público adequado que viabilize a garantia do direito à saúde prevista na CF 88 tem sido um dos maiores desafios para o SUS. O gasto total em saúde, no Brasil, atingiu 9,7% do Produto Interno Bruto (PIB), valor próximo ou superior aos de alguns países desenvolvidos (OECD, 2013). Contudo, em relação ao percentual do gasto total em saúde, este foi de apenas 48,2%, inferior ao de países latino-americanos (como Argentina, 67,1%; Colômbia, 76%; Costa Rica, 75%; Cuba, 93%; e México, 51,7%) e equiparável ao dos Estados Unidos (47,1%). Países com sistemas universais despendem mais de 70% do gasto total em saúde com seus sistemas

públicos, como demonstrado na *tabela 1*. Evidências internacionais sugerem que a universalização dos sistemas de saúde implica gastos públicos iguais ou superiores a 70% dos gastos totais em saúde, estando o Brasil mais de 20 pontos percentuais abaixo

desse patamar. Em 2013, os gastos per capita públicos com saúde no Brasil foram de US\$ 525 (OECD, 2013), valor baixo se comparado com outros países. Isso significa um gasto diário per capita inferior a R\$ 3,00 para garantir cuidado integral e universal.

Tabela 1. Gastos em saúde – comparação internacional

	Gasto Público em saúde, % do PIB	Gasto Total em saúde per capita (US\$)	Gasto Público em saúde per capita (US\$)	PIB per capita (US\$)
Brasil	4,7	1.083	525	11.208
MERCOSUL				
Argentina	4,9	1.074	721	14.715
Paraguai	3,5	395	154	4.265
Uruguai	6,1	1.431	992	16.351
Venezuela	1,0	497	146	14.415
SISTEMA UNIVERSAL				
Canadá	7,6	5.718	3.985	51.964
França	9,0	4.864	3.740	42.560
Suíça	7,6	9.276	6.131	84.748
Reino Unido	7,6	3.598	3.004	41.781
BRICS				
China	3,1	367	203	6.807
Índia	1,3	61	20	1.498
Rússia	3,1	957	456	14.612
África do Sul	4,3	593	286	6.886

Fonte: (OECD, 2013). Banco Mundial: Gasto público em saúde (% PIB); Gasto total em saúde per capita (US \$ corrente); PIB per capita (US \$); Gasto público em saúde per capita (US \$ corrente).

A maioria dos gastos com a saúde segue sendo privado. Em 2015, 26% da população possuía planos de saúde (ANS, 2016), e o setor movimentou cerca de R\$ 132 bilhões, contra R\$ 236 bilhões de gastos públicos. As despesas públicas em saúde per capita (R\$ 1,17 mil) representam menos da metade do valor gasto pelos planos de saúde (R\$ 2,5 mil) com seus usuários.

A iniquidade do SUS, segundo Medici

(2010), não está apenas no grau de utilização do sistema por ricos e pobres, mas na natureza dos procedimentos disponibilizados pelo sistema aos mais ricos, que utilizam o SUS de forma complementar aos planos de saúde na busca por atendimentos de alto custo e de alta tecnologia, geralmente não cobertos pelos planos de saúde.

Os gastos privados em saúde no Brasil representaram 51,8% dos gastos totais, sendo

mais da metade com gastos diretos do bolso das famílias (prioritariamente com medicamentos), contribuindo para a iniquidade no financiamento da saúde na medida em que o acesso a serviços está condicionado ao poder de compra. Outra grave distorção são as deduções no imposto de renda de despesas privadas. Apenas em 2013, foram deduzidos R\$ 13,5 bilhões, que equivalem a 16% das despesas federais em saúde nesse ano. Agregados todos os componentes relativos à função saúde, chega-se a um valor da ordem de R\$ 21 bilhões (BRASIL, 2015B).

O indiscutível subfinanciamento do SUS decorre do fato de que seu mandamento constitucional generoso não foi acompanhado de dispositivos que garantissem, do ponto de vista econômico, seus princípios. A implantação dos novos direitos sociais coincidiu com um período de hiperinflação e restrições macroeconômicas. O movimento mundial da Reforma do Estado, pautado pelos objetivos do sistema financeiro, expressa-se no Brasil com grande crescimento do setor privado e fortalecimento das regras de mercado na saúde e na previdência social, por meio das seguradoras privadas, e um alto crescimento da dívida pública, que impediu o aumento dos orçamentos da área social, incluindo a saúde (MENDES; MARQUES, 2009; PAIM ET AL., 2011). O percentual mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social destinado para o SUS, constante nas disposições transitórias da CF 88, foi desconsiderado.

Em 1989, observam-se os mais baixos índices de gastos com saúde e o mais alto grau de deterioração e desprestígio do sistema de saúde. O Plano Quinquenal de Saúde do governo Collor inspirava-se na focalização no atendimento aos 'descamisados', um modelo de atenção voltado às periferias urbanas marginais e à pobreza rural por meio de uma rede extensiva de serviços de baixo custo, ferindo os princípios fundamentais do SUS (CEBES, 1992).

Em 1993, a crise foi agravada, pois além de não se cumprir os 30% do OSS para a Saúde,

disposto na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), o Ministério da Previdência suspendeu o repasse dos valores arrecadados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e previstos, orçamentariamente, para a saúde. Foi decretado, pelo governo federal, Estado de Calamidade Pública, e, novamente, recorreu-se ao empréstimo financeiro no Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Ainda nesse ano, demonstrando a prioridade das medidas de ajuste fiscal, o governo criou o Fundo Social de Emergência, hoje denominado Desvinculação de Receitas da União (DRU), que passou a retirar parte das receitas destinadas à seguridade social e às receitas dos Fundos de Participação dos Estados e dos Municípios (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012).

Em 1996, para superação da crise do financiamento da saúde, houve a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), cujo produto da arrecadação deveria ser destinado ao Fundo Nacional de Saúde (FNS). Em média, no período entre 1997 e 2007, quando foi extinta, a CPMF respondeu por um terço dos recursos destinados ao MS, e sua contribuição foi mais efetiva para a estabilidade do financiamento do que para a ampliação de recursos, visto que seu impacto foi amortecido pela retirada de outras fontes.

A Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 169, apresentada em 1993, propunha destinar à saúde 10% da receita de impostos da União, DF, estados e municípios e 30% do Orçamento da Seguridade Social. No Conselho Nacional de Saúde, foram aprovadas Resoluções (67 e 68) no mesmo sentido, propondo a vinculação constitucional de recursos. Outras PECs foram apresentadas, e várias tentativas de negociação foram frustradas até o ano 2000, quando foi promulgada a EC-29, que teve como objetivo comprometer as três esferas de governo com o financiamento da saúde, definir o que seriam Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e estabelecer fontes estáveis de financiamento, prevenindo crises ou situações

de insolvência (BRASIL, 2000). Estados ficaram obrigados a aplicar em saúde, no mínimo, 12% de sua receita bruta, municípios, 15% da receita de impostos municipais e a União, o montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB. A regulamentação por lei complementar só aconteceu em 2012, por meio da Lei Complementar nº 141.

A EC-29 levou a um crescimento dos recursos aplicados em ASPs de 2,9% em 2000 para 4,7% do PIB em 2013 (OECD, 2013). Em 2014, os estados aplicaram em ASPs R\$ 57,4 bilhões (27%), os municípios, R\$ 65,3 bilhões (30%) e a União, R\$ 92,6 bilhões (43%). Entre 2003 e 2015, o gasto federal em ASPs evoluiu de R\$ 27,2 bilhões para R\$ 99,2 bilhões, mais do que triplicando em termos nominais.

Em 2012, diversas entidades da sociedade civil lançaram o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública (Movimento Saúde+10), propondo um Projeto de Lei (PL) de iniciativa popular com o objetivo de alterar o valor mínimo a ser aplicado pela União. O Saúde+10 entregou ao Congresso o projeto de iniciativa popular com mais de 1,9 milhão de assinaturas pedindo a destinação de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde pública. No entanto, foi aprovada a EC nº 86/2015, tornando obrigatória a execução das emendas parlamentares individuais e alterando a regra de vinculação dos recursos federais para a saúde (BRASIL, 2015A). O piso deixa de ser calculado com base na variação nominal do PIB e passa a ter como base a receita corrente líquida (RCL) da União, da seguinte forma: 13,2% da RCL no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação da EC; 13,7% no segundo; 14,1% no terceiro; 14,5% da RCL no quarto e, 15% da RCL em 2020.

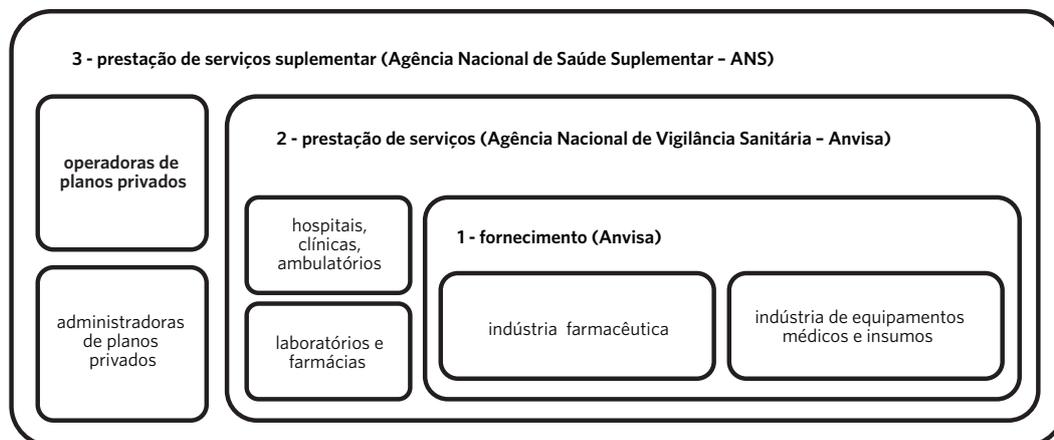
O subfinanciamento pautou a XV Conferência Nacional de Saúde. O Conselho Nacional de Saúde lançou a Frente em Defesa do SUS e apoia a aprovação da PEC 01/2015 que, entretanto, foi engavetada. Em agosto deste ano, o governo federal, ainda de transição, encaminhou a PEC 241/2016 que limita os gastos públicos federais, questão que será abordada mais adiante.

Relação público e privado

O desenvolvimento do setor privado na saúde no Brasil está profundamente ligado à opção modernizante implementada pelo regime militar. Ao desintegrar os esquemas associativos que davam voz aos pleitos sociais, impôs uma política de racionalidade privatizante, que, embora tecnicamente justificada, desencadeou e exacerbou traços perversos (ALMEIDA, 1998). Foi ainda na ditadura que se erigiu o complexo industrial na saúde, formado para suprir uma necessidade de consumo de produtos de saúde em nosso país.

Para Gadelha *et al.* (2009), o complexo da saúde pode ser dividido em três subsistemas: um que congrega indústrias de base química e biotecnológica (farmacêutica, vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnóstico); o das indústrias de base mecânica, eletrônica e de materiais (equipamentos e materiais médico-hospitalares e odontológicos); e, por fim, o de serviços de saúde (produção hospitalar, laboratorial e de serviços de diagnóstico e tratamento). Deve-se acrescentar a esse modelo um quarto subsistema, o da saúde suplementar. A regulação do MS sobre o setor privado se dá em torno dos três setores descritos na *figura 1*:

Figura 1. Regulação estatal e provimento de serviços privados no Brasil



Fonte: Elaboração própria.

Segundo Pereira (2009), as agências reguladoras da saúde foram criadas para que o Estado moderno pudesse regular o setor privado de uma forma mais organizada, trazendo homogeneidade, estabilidade e competitividade para esses setores. Os três segmentos privados se instituíram e cresceram de formas e com objetivos diferentes. Enquanto o setor de fornecimento e de prestação de serviços cresceu para atender toda a população brasileira, usuária ou não do SUS, o de prestação de serviço suplementar se instalou como prestador de assistência médica previdenciária, a quem deve parte significativa do seu crescimento.

Os setores de fornecimento e de prestação de serviços conseguiram se organizar e dependem, de certa forma, do SUS. Quanto mais recursos e acesso a compras públicas, maior o faturamento, levando-os a pressionar por preços e incorporação de suas tecnologias e produtos. Essa disputa estimulou a competição na indústria de medicamentos e insumos. Assim, o complexo produtivo em saúde conseguiu produzir uma pauta comum para o setor, com ênfase na incorporação, desburocratização, aumento de recursos financeiros e compras públicas, compreendendo o poder

do SUS como alavancador e garantidor de um ambiente de negócios favoráveis aos seus interesses. A prestação de serviços suplementares cresceu muito nos últimos anos, passando de 30.909.969 beneficiários em 2000, para 48.487.129 em 2016. O aumento da taxa de cobertura da população brasileira com saúde suplementar no período, de 18,2% para 25,0% (ANS, 2016), pode ser atribuído à própria atuação da agência com regras claras, trazendo mais segurança ao consumidor, e ao aquecimento do mercado de trabalho, com aumento dos empregos formais, possibilitando, por meio dos contratos coletivos, a aquisição de planos de saúde. Esse setor, entretanto, foi incapaz de dialogar entre si e produzir uma pauta centrada em interesses comuns. Reagir e resistir à regulação governamental imposta a partir de 1998 foi a única agenda que os uniu, ainda que com divergências, já que alguns setores, como operadoras em franco crescimento na região nordeste e as administradoras de benefícios, consolidaram-se, em virtude, também, das regras regulatórias.

Três questões merecem ser destacadas na relação público e privado: a judicialização, o lobby e pressão da indústria da saúde e a

competição do setor suplementar com o SUS.

A judicialização da saúde por incorporação ou fornecimento de medicamentos e procedimentos ainda não disponibilizados pelo sistema público e suplementar tem se tornado um dos difíceis desafios da saúde brasileira e, grosso modo, dá-se pelo conflito que se instala entre os diversos atores e interesses envolvidos, gerado pela ideia de que a efetivação do direito à saúde deve dar-se independentemente da política pública, da cobertura contratada na saúde suplementar e da análise das evidências de segurança, eficácia e efetividade disponíveis. Entre 2010 e 2014, o MS gastou mais de R\$ 2,1 bilhões com ações judiciais para aquisição de medicamentos, equipamentos, insumos, realização de cirurgias e depósitos judiciais. Não se pode negar aos cidadãos o direito de utilizar a justiça para alcançarem seus direitos. O equilíbrio entre o direito individual, o coletivo e a responsabilidade dos órgãos sanitários em evitar o risco que os pacientes correm ao utilizar medicamentos e procedimentos não avaliados deve ser discutido sem paixões e com a responsabilidade que o tema merece. Até o poder legislativo, nos últimos anos, vem se arvorando a incorporar medicamentos e procedimentos em legislações específicas, na maioria das vezes, sem as comprovações e trâmites científicos que comprovem a eficácia e segurança deles.

Outro grave problema é a pressão da indústria e de fornecedores de órteses e próteses, que atuam como verdadeiras máfias, corrompendo profissionais, pressionando o sistema público e privado para utilização de produtos de seu interesse, por meio judicial, lobby, vantagens e ilícitudes. Um mercado muito pouco regulado, que atua como *lhe convém*, prejudicando os cidadãos e a organização dos sistemas público e privado de saúde e impactando nos gastos em saúde. Há necessidade que sejam implantadas, imediatamente, regulações de ordem sanitária, econômica, de uso, penalidades e proibições, ações apontadas no Relatório Final do Grupo

de Trabalho Interinstitucional sobre órteses, próteses e materiais especiais (BRASIL, 2015B).

Por último, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (OECD, 2008), em seu *peer review*, apontou que o Sistema de Saúde Brasileiro é duplicado na assistência. Assim, o sistema suplementar, de forma geral, compete com o SUS para ter os mesmos usuários e para contratar a mesma rede prestadora. Há, ainda, a utilização da rede do SUS sem o adequado ou devido ressarcimento. Desde que a regulação começou a ser implantada, as operadoras, de forma geral, reagem a oferecer a atenção integral à saúde. Tensionam o Estado para que autorize a operação de planos de saúde subsegmentados, isto é, com coberturas menores e diversas, sob o argumento de que isso produzirá expansão da oferta e desafogará o SUS, sem obter guarida governamental até agora, o que gera, por parte das operadoras, inúmeras críticas à atuação do MS e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O que será da saúde a partir do governo Temer?

Em maio de 2016, com o afastamento da presidenta Dilma Rousseff pela Câmara dos Deputados, iniciou-se a última fase de um golpe que se consumou em 31 de agosto, com o impedimento definitivo da presidenta pelo Senado Federal. Milhões de pessoas que estavam nas ruas dizendo não ao golpe continuam mobilizadas, no País e no exterior, denunciando o caráter golpista do governo Temer e pedindo eleições livres e democráticas. Com o despudor e a pressa características de quem não tem compromisso com o voto popular, Temer escancara o projeto neoliberal, sem apreço pelos direitos sociais inscritos na CF 88.

Com a Medida Provisória (MP) 727, reinstituí o processo de desestatização da economia, visando entregar as empresas estatais

que interessam ao capital privado. Medidas emblemáticas de um governo sem compromisso social: Estado mínimo submetido aos interesses de mercado, utilizando-se da crise econômica para justificar o desmonte do Estado social, por programas de austeridade para solução da crise, reduzindo os direitos sociais conquistados na Constituição democrática, como aponta Mazza (2016).

Somos surpreendidos por propostas que reduzem a responsabilidade e a participação do Estado na condução das políticas sociais e que desmantelam direitos. Políticas de caráter universal são apontadas como inviáveis e responsáveis pela crise. Floresce o debate sobre a focalização de diversas políticas sociais.

Nesse contexto, o governo Temer impõe novos e graves contornos à dinâmica da crônica crise vivida pela saúde e produz a mais grave ameaça ao SUS em três décadas. A indicação de um engenheiro e deputado federal do Partido Progressista para o comando do MS, em um movimento de recomposição da base de apoio do executivo no Congresso Nacional, embora seja prática já utilizada em governos anteriores, revestiu-se de fundamental importância para a aprovação do *impeachment* de Dilma Rousseff e sustentação do projeto liberal e conservador das forças políticas e empresariais que se apoderaram do governo federal por meio de um golpe jurídico-parlamentar. Reflete a utilização do órgão responsável pelo comando nacional do SUS – e que detém o maior orçamento da União – para a produção de governabilidade, prática que está na raiz de parte dos problemas enfrentados na consolidação do SUS como política de Estado.

A composição do MS com quadros sem trajetória no SUS e na reforma sanitária potencializa a utilização intensiva da máquina pública de maneira clientelista, arregimentação de apoio político e atendimento de interesses privados, indo além da paralisação ou desmonte das políticas de saúde em curso. Ao longo dos primeiros seis meses

de gestão, observam-se declarações polêmicas que apenas contribuem para o folclore anedótico da política nacional. Outras, mais graves, ferem de morte o SUS: a defesa explícita da revisão do seu tamanho; ou que o problema do SUS não é a falta de recursos e seu crônico subfinanciamento, mas a ‘falta de gestão’; que os direitos sociais previstos na CF 88 não cabem no orçamento público e que, portanto, devem ser revistos. São posicionamentos que respaldam teses de economistas liberais – que atuam dentro e fora do governo – e de setores políticos e empresariais que apostam no desmonte do Estado Democrático de Direito, dos quais o SUS é uma das mais importantes expressões.

Entretanto, para os que têm se dedicado à luta pela construção do SUS em diversos sítios de atuação, independentemente de espectro político-partidário, tais manifestações afrontam os princípios constitucionais e trazem enorme preocupação diante da possibilidade concreta de produzirem um desmonte sem limites do SUS.

O MS passa a defender que não é sua atribuição (e nem de sua agência reguladora, a ANS) fiscalizar a qualidade dos planos de saúde, papel que deve ser desempenhado pelos próprios ‘consumidores’ e seus órgãos de defesa, expressando uma visão em que a saúde deixa de ser um direito social para se constituir objetivamente em mercadoria. A saída para a crise seriam os planos de saúde ‘acessíveis’, que desonerariam o Estado da necessidade de prover saúde para uma parcela de população, expandindo a oferta pelo mercado por meio de ‘planos populares de saúde’. Tal proposta, embora, ainda não explicitada, pode ir ao encontro dos interesses e do pleito de setores do mercado que propõe, há muito tempo, a oferta de rol restrito de procedimentos e a utilização, sem ressarcimento, da rede pública ou privada contratada pelo SUS para a oferta de procedimentos de maior custo. Já é possível observar uma aliança ao projeto de setores importante do mercado de saúde

suplementar, à revelia da legislação em vigor.

Há uma equação, entretanto, que precisa ser considerada. Quem pagará a conta da suposta expansão de ‘planos populares’ sem o aumento de gastos públicos por 20 anos? Sem subsídio governamental, parece não haver viabilidade para a expansão do mercado privado para setores da sociedade que não conseguem acessá-lo por desembolso direto ou por cobertura de seus empregadores, mesmo com as estratégias vigentes de renúncia fiscal e benefícios tributários (BAHIA, 2005). Países que ampliaram cobertura por mercado, como é o caso mais recente dos EUA (ObamaCare), subsidiaram fortemente a operação com recurso público.

O gasto direto individual (*out of pocket*) dos brasileiros sobre o gasto total com saúde, que era de cerca de 50% em 1996, desde 2008, tem se mantido em 30%, delimitando um teto possível que não tenderá a crescer em cenário de crise econômica e de empregabilidade. Além disso, os gastos com planos privados de saúde variaram em torno de 20,5%, em média, em relação aos gastos totais de 1995 a 2012, o que sugere um limite para expansão desses mercados, conforme já indicado por Ribeiro (2009). Não parece haver, portanto, perspectiva de prosperar iniciativas desta natureza.

Outra grave ameaça ao SUS – e que também se articula à lógica de sua privatização – é a PEC 451/14, de autoria do ex-deputado Eduardo Cunha, que propõe a alteração no parágrafo único do art. 7º da CF 88, obrigando todos os empregadores brasileiros a garantirem aos seus empregados serviços de assistência à saúde (suplementar), excetuados os trabalhadores domésticos. Um retorno deplorável à situação existente antes da criação do SUS, quando tínhamos os chamados ‘indigentes’, brasileiros que não possuíam cobertura previdenciária e dependiam apenas da filantropia (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 2001). Outra proposta legislativa, sempre presente em proposições de congressistas, é a da anistia às multas e do passivo do

ressarcimento dos planos privados de saúde ao SUS. Além de abrir mão dos recursos devidos, demonstra enorme liberalidade em relação ao capital privado.

A ameaça mais grave, e que terá impacto devastador para o SUS e para as demais políticas públicas, é a PEC 241/2016, de autoria do Poder Executivo, que altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, limitando os gastos públicos – aí inseridos os gastos com saúde – por 20 anos. Dessa forma, o orçamento do MS, por duas décadas, será reajustado apenas pela apuração da inflação (medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA). A PEC desconsidera as necessidades de saúde da população, o impacto do crescimento populacional, da transição demográfica e do envelhecimento populacional (em 2030, mais de 30% da população terá mais do que 65 anos), da necessária expansão da rede pública para cobrir vazios assistenciais, o impacto da incorporação tecnológica (crescente e cumulativa na área da saúde) e dos custos associados à mudança do perfil assistencial determinado pela prevalência das doenças não transmissíveis e das causas externas, e da própria inflação setorial, superior aos demais setores da economia em âmbito internacional. Pior, desvincula os gastos sociais de qualquer possível crescimento de receitas nos próximos 20 anos. Assim, mesmo que aumente a arrecadação federal, não haverá investimentos nas áreas sociais.

O princípio básico da PEC é evitar que ganhos reais oriundos do crescimento econômico sejam automaticamente transferidos às despesas primárias e, portanto, aos gastos em ASPs. No que se refere à aplicação mínima, o problema se aprofunda na medida em que opta por uma base de partida deprimida pelo fraco desempenho da economia e da receita em 2016. Com isso, caso aprovada a PEC, o piso da saúde retrocederia em valores nominais, em relação ao valor orçamentário disponível em 2016. Apenas em

2018, o piso alcançaria os valores que devem ser empenhados no exercício atual.

Na prática, o aprofundamento da redução da parcela federal aplicada em saúde (em termos relativos e absolutos) imporá um encargo aos estados e municípios, que já se encontram em situação fiscal delicada e vêm ampliando seu percentual de participação no total da despesa de saúde desde os anos 2000, em decorrência da EC 29.

As despesas da União com saúde cairiam de 43% para 30% do total entre 2015 e 2022. Estados e municípios, que, em 2015, representaram 57% das despesas de saúde, passariam a ser responsáveis por 70% dos gastos

em 2022. A União, portanto, responderia por menos de um terço das despesas totais em ASPS em 2022 (SÓTER; MORETTI, 2016). Como os outros entes federativos não terão capacidade de financiar mais de 70% dos recursos do SUS, diante da regra proposta para o piso da saúde, é forte a probabilidade de um cenário de caos para os próximos anos, apontando para o risco de redução da oferta de serviços e o encolhimento ou inviabilização total do SUS.

Um exercício hipotético apoia estas afirmações, mostrando os efeitos da regra do piso federal de saúde, caso ela tivesse sido utilizada entre 2003 e 2015 (tabela 2).

Tabela 2. Despesas efetivas ASPS x PEC 241 (R\$ mil), atualizado pelo IPCA, a preços 12/2015

Ano	Despesas ASPS*	PEC 241**	Tx variação
2003	59.874.923	61.318.421	2%
2004	65.909.993	61.318.421	-7%
2005	69.574.757	61.318.419	-12%
2006	72.216.875	61.318.417	-15%
2007	76.122.462	61.318.414	-19%
2008	80.056.934	61.318.415	-23%
2009	90.506.007	61.318.412	-32%
2010	92.266.471	61.318.414	-34%
2011	101.693.947	61.318.415	-40%
2012	104.392.049	60.565.463	-42%
2013	103.588.929	61.318.416	-41%
2014	109.036.112	61.318.416	-44%
2015	111.182.971	61.318.420	-45%
TOTAL	1.136.422.429	796.386.464	-30%

Fonte: Elaboração própria. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) (valores nominais 2003-2015).

* Valores efetivamente aplicados em ações e serviços públicos de saúde (ASPS).

** Valores correspondentes ao aplicado no exercício anterior, acrescidos do IPCA do ano anterior.

A perda acumulada no período teria sido de 30% relativamente aos valores executados e à redução em relação ao efetivamente aplicado de quase um terço das despesas federais em ASPS. Se observados apenas os valores executados em 2015, pode-se constatar que o piso da

saúde seria quase a metade do valor aplicado. A redução real dos valores tornaria inviáveis os programas criados ou ampliados no período, como o Mais Médicos, UPA, Samu, Farmácia Popular, Saúde da Família, Programa Nacional de Imunização, entre outros.

O financiamento de um sistema que atende a 206 milhões de pessoas requer ampliação em termos reais do valor aplicado em suas ações, sobretudo no contexto de crescimento das demandas por saúde. Mantido o SUS em seus preceitos constitucionais, a regra de financiamento em saúde não pode ser guiada apenas pela perspectiva fiscalista, sobretudo se observado que a proposta é que a PEC tenha vigência por pelo menos dez anos. É preciso observar as necessidades de saúde, inclusive, no médio e no longo prazo, considerando-se que o País deverá estar preparado para atender às demandas crescentes da população, em meio a transição demográfica, nutricional e epidemiológica já referida.

Conclusão

As mudanças conservadoras que apontam para o fim do SUS são fomentadas e produzem base simbólica no constructo societário a partir da insidiosa e permanente destruição da sua imagem produzida pelos meios de comunicação de massa, que expõem, de maneira desonesta e perversa, diariamente as mazelas do sistema, explorando seus problemas, sem jamais analisar ou indicar seus determinantes e sem considerar os êxitos do SUS na produção de acesso a saúde, melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida para milhões de brasileiros.

Nunca estivemos tão perto da implosão do SUS. De política de Estado, em construção e mundialmente referenciada, com suas contradições, desafios e complexidades, corremos o risco de vê-lo transformado em uma política de governo, amesquinhada e restritiva para os brasileiros excluídos do mercado de trabalho formal, em detrimento de um sistema que garanta acesso universal.

Uma lógica contra a qual tanto lutamos na década de 1990, mas que, desafortunadamente, ressurgiu nas propostas de golpistas e usurpadores do poder. Não contam com legitimidade social, mas se aproveitam da crise

política e econômica que o País atravessa para impor uma agenda que nem os ícones mundiais da reforma liberal dos anos 1990 – como M. Thatcher e R. Reagan – e, no Brasil, Collor e FHC, ousaram implementar, derrotando o sonho de oferecer o SUS previsto na Constituição Federal, capaz de garantir acesso universal, integral e equânime para a população brasileira.

O SUS, nos últimos anos, foi perdendo legitimidade social. Pesquisas demonstram aprovação entre os usuários do SUS (BOLZAN ET AL., 2012; COSEMS-SP, 2012), mas paradoxalmente apontam os planos de saúde como objeto de desejo dos trabalhadores que ascenderam economicamente no governo Lula (IESS, 2011). A inclusão social pelo acesso ao consumo, e não pela ampliação e fortalecimento das políticas públicas, diminuiu o engajamento dos trabalhadores nas lutas sociais.

O governo Temer, até o momento, não anunciou ou ofereceu uma única contribuição para o aperfeiçoamento do SUS. Apenas a perspectiva de restrição de gastos de um sistema já asfocado pelo subfinanciamento e a privatização, alargando-a definitivamente na perspectiva da provisão e da ampliação do gasto privado em saúde, segundo as tipologias propostas por Maarse e Scatena (2006) para a privatização.

Como reagir aos retrocessos e ameaças à democracia, aos direitos sociais e humanos e defender políticas públicas como o SUS? Esta pergunta tem alimentado o debate e ocupará as reflexões dos militantes que atuam em defesa do SUS e da democracia nos próximos tempos. É preciso enfrentar essa agenda, aprofundar a relação com os movimentos sociais e com os novos coletivos que se colocam na cena política e reencantá-los para a defesa de um sistema público, universal, integral e equânime. Precisamos superar uma máxima que tem confundido e despolitizado o movimento de defesa do SUS: não defendemos todos o mesmo SUS. Em seu bojo, são travadas disputas sobre o jeito de cuidar e de produzir saúde.

Disputamos o SUS que queremos quando enfrentamos com vigor, por exemplo, a epidemia de cesarianas, construímos uma política de alimentação segura e saudável, desconstruímos a excessiva medicalização da vida como caminho terapêutico adequado, investimos na qualificação das tecnologias leves para a produção de um cuidado de qualidade (MERHY, 1998), construímos estratégias para acolher na diferença a população trans, negra, as mulheres vítimas de violência, pessoas em situação de rua, os povos indígenas. É preciso engravidar nossos coletivos com os sonhos que constroem esse projeto de SUS, explicitar as disputas, tomar posição, fazer o debate político, ocupar os vários espaços. Encantar de novo a população e os

trabalhadores. A luta de agora pede aprofundamento, sair das bandeiras genéricas e qualificar o debate. Todavia, para tanto, será necessário avançar na perspectiva de fortalecer o processo democrático e barrar o Estado golpista na sua sanha de diminuir os direitos e o próprio SUS.

Colaboração

AACR, APPS, LACF e SSSP contribuíram na concepção e planejamento do estudo, na elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

AAGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Dados e Indicadores do Setor. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor#>>. Acesso em: 28 jul. 2016.

ALMEIDA, C. *O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar*. 1998. (Texto para Discussão no 599). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0599.pdf>. Acesso em: 27 set. 2016.

ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. (Org.). *Gestão de Serviços de Saúde*. São Paulo: Edusp, 2001. p. 13-50.

BAHIA, L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. *Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 2, p. 9-30, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000200003>. Acesso em: 9 nov. 2016.

BOLZAN, L. C. *et al.* Ouvidoria Ativa: A Inovação das Pesquisas de Satisfação na Ouvidoria-Geral do SUS. 2009. Disponível em: <<http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2013-03/ouvidoria-ativa-a-inovacao-das-pesquisas-de-satisfacao-na-ouvidoria-geral-do-sus.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2016.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Título VIII, cap. I e II, Seção II. Da Saúde. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. p. 133-4.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 13 set. 2000. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 21 jul. 2016.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõem sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 23 dez. 2016.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre os mecanismos de participação popular de financiamento para o setor saúde. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 23 dez. 2016.

_____. Presidência da República. Lei nº 9656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 03 jul. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em: 23 dez. 2016.

_____. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 17 mar. 2015a. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 21 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório Final do Grupo de Trabalho Interinstitucional sobre órteses, próteses e materiais especiais (GTI-OPME)*. 2015b. Disponível em: <https://www.editorarocarati.com.br/v2/phocadownload/relatorio_final_gti_opme.pdf>. Acesso em: 28 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde*. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/0-ministerio/principal/siops>>. Acesso em: 17 jul. 2016.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). Saúde é qualidade de vida. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 35, p. 7-18, out. 1992.

CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO (COSEMS-SP). *Ministério da Saúde divulga pesquisa da Ouvidoria sobre grau de satisfação dos usuários do SUS*. São Paulo: COSEMS-SP, 2012. Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/noticias/93/ministerio-da-saude-divulga-pesquisa-da-ouvidoria-sobre-grau-de-satisfacao-dos-usuarios-do-sus.html>>. Acesso em: 27 set. 2016.

GADELHA, C. A. G. *et al.* O Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil: dinâmica de inovação e implicações para o Sistema Nacional de Inovação em saúde. *Revista Brasileira de Inovação*. Campinas, v. 12, n. 2, p. 251-282, jul./dez. 2013.

GRAMSCI, A. *O Conceito de Hegemonia em Gramsci*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). Pesquisa IESS/Datafolha aponta que o plano de saúde é uma necessidade e desejo do brasileiro. *Saúde Suplementar em Foco*, São Paulo, n. 14, 2 maio 2011. Disponível em: <http://www.iess.org.br/?p=publicacoes&id=672&id_tipo=6>. Acesso em: 28 ago. 2016.

MAARSE, H.; SCATENA, J. H. G. The privatization of health care in Europe: an eight-country analysis. *J Health Polit Policy Law*, Durham, n. 31, p. 981-1014, 2006.

MAZZA, W. P. *O desmonte do Estado Social não é solução para a crise financeira e política*. 2016. Disponível em: <<http://www.emporiiodireito.com.br/?s=O+desmonte+do+Estado+Social+n%C3%A3o+%C3%A9+solu%C3%A7%C3%A3o+para+a+crise+financeira+e+pol%C3%ADtica>>. Acesso em: 26 set. 2016.

- MEDICI, A. Breves considerações sobre a relação entre direito sanitário e financiamento à saúde no Brasil. In: SANTOS, L. (Org.). *Direito da saúde no Brasil*. Campinas: Saberes, 2010. p. 243-78.
- MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 841-50, 2009.
- MERHY, E. E. *et al.* A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A. T. *et al.* (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *Brasil: fortalecendo a governança para o crescimento. Relatório sobre a reforma regulatória*. OECD, 2008. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/lula/oecd-reviews-of-regulatory-reform-brazil-2008/@download/file/oecd%20reviews%20of%20regulatory%20reform%20brazil%202008.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2016.
- _____. *Health expenditure, public (% of GDP)*. World Bank, 2013. Disponível em: <<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL.ZS>>. Acesso em: 12 set. 2016.
- PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. 2011. *Lancet*. [Internet]. 2011. p. 11-31. (Série Brasil). Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2016
- PEREIRA, S. S. S. As inovações na regulação: o caso da saúde suplementar no Brasil. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL) (Org.). *Atenção à saúde no setor suplementar: evolução do processo regulatório*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Livro_Manual_AtencaoSaude.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2016.
- RIBEIRO, J. M. UHS development and hospital services rationing. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 771-782, 2009.
- SÓTER, A. P.; MORETTI, B. Análise preliminar dos efeitos da vedação do crescimento real das despesas federais e o comprometimento da universalidade do SUS. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE, 12., 2016. *Anais...* Salvador: Associação Brasileira de Economia de Saúde. Disponível em: <<http://abresbrasil.org.br>>. Acesso em: 29 set. 2016.
- UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M.; PIOLA, S. F. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. *et al.* *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 395-425.

Recebido para publicação em setembro de 2016
Versão final em novembro de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Crise, refundação do Cebes e reafirmação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira

Crisis, refoundation Cebes and restatement of the project of Brazilian Health Reform

Jamilli Silva Santos¹, Carmen Fontes Teixeira²

RESUMO O objetivo deste trabalho é analisar o processo de ‘refundação’ do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e o seu posicionamento político no período 2005-2014. As fontes são 40 editoriais da revista ‘Saúde em Debate’ e 11 *position papers* da entidade. Os resultados descrevem a crise no Cebes em 2005, o processo de refundação e a atuação da entidade em defesa da Reforma Sanitária Brasileira, do direito universal à saúde, da consolidação do Sistema Único de Saúde e da radicalização da democracia. Conclui-se que o Cebes é um sujeito político coletivo cujo posicionamento se contrapõe aos projetos mercantilista e racionalizador que disputaram a direcionalidade da política de saúde implementada pelo governo federal nesse período.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde. Reforma dos serviços de saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *This study that aims to analyze the process of re-foundation of the Brazilian Center for Health Studies (Cebes) and its political position in the period 2005-2014. The sources are 40 editorials from the periodic ‘Saúde em Debate’ and 11 position papers of the entity. The results describe the crisis in Cebes and the process of refunding the entity’s activities in defense of the Brazilian Health Reform, the universal right to health, the consolidation of the Unified Health System, and the radicalization of democracy. We conclude that Cebes it is a collective political subject whose position is opposed to the mercantilist and rationalizing projects that competed in the directionality of the health policy implemented by the federal government in that period.*

KEYWORDS *Health policy. Health care reform. Unified Health System.*

¹ Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Salvador (BA), Brasil.
jamillyss@hotmail.com

² Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Salvador (BA), Brasil.
carmen@ufba.br

Introdução

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) tem sido estudada por vários autores (ESCOREL, 2008; FLEURY, 1989; 1994; PAIM, 2008) que descrevem sua emergência enquanto ‘movimento sanitário’ nos anos 1970, cenário de elaboração da proposta de mudança na política e na organização do sistema de saúde. Analisam ainda sua transformação em projeto político nos anos 1980, quando suas propostas foram incorporadas à Constituição Federal de 1988, e os diversos momentos do processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos 28 anos (1988-2016).

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), criado em 1976, atuou como protagonista nesse processo (ESCOREL, 1999), constituindo-se no espaço em que foi formulada a proposta original de ‘democratização da saúde’ (CEBES, 1979) e em um dos principais articuladores do projeto institucionalizado a partir da aprovação do capítulo saúde da Constituição Federal de 1988, da legislação básica do SUS e da implementação das estratégias de construção desse sistema (FLEURY, 1994; PAIM, 2008; 2013A).

A atuação dessa entidade nos seus dez primeiros anos de existência foi objeto de estudo pioneiro de Sophia (2015), que retraxou o contexto político e sanitário no qual foi criado o Centro, enfocando os determinantes sociais e políticos de sua criação e seu posicionamento político no período 1976-1986, basicamente a partir da análise do conteúdo da revista ‘Saúde em Debate’ (RSD), órgão veiculador do pensamento cebiano, em torno do qual se articulou o trabalho político e cultural da entidade.

Uma revisão da literatura científica da área de política de saúde no Brasil, realizada na base bibliográfica Scientific Electronic Library Online (SciELO) (SANTOS; TEIXEIRA, 2016), não revelou artigos que tratassem especificamente da trajetória e atuação do Cebes no período posterior à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, porém

cabe registrar a publicação do livro ‘Saúde e democracia: a luta do Cebes’ (FLEURY, 1997), por ocasião da comemoração dos 20 anos de existência do Centro, que sistematizou o conjunto de temas que constituem seus principais objetos de reflexão e atuação política.

Nos últimos 20 anos, o Cebes atravessou diversas crises (CEBES, 2005C), tendo passado mais recentemente por um processo denominado ‘refundação’ (CEBES, 2005E). Esse processo constitui o tema do presente estudo, cujo objetivo é analisar a atuação do Cebes no período 2003-2014, em que ocorre a crise que conduziu à refundação da entidade em 2006, tratando, especificamente de identificar seu posicionamento com relação à RSB.

Aspectos teórico-metodológicos

O estudo do ‘processo político em saúde’ compreende a análise da atuação das organizações governamentais formalmente incumbidas da formulação e implementação de políticas e da gestão do sistema de saúde, bem como a análise da atuação de outros sujeitos ou organizações, que, como assinala Testa (2007), têm capacidade de introduzir temas de discussão na agenda do Estado e, portanto, interferem na tomada de decisões acerca da seleção e enfrentamento dos problemas nesta área.

O Estado constitui uma arena de conflitos, ‘espaço social’, físico ou virtual, em que se encontram múltiplos atores, isto é, representantes de grupos, instituições, partidos políticos, envolvidos em processos de mobilização, participação e tomada de decisões que comportam negociações e acordos com relação à política e organização do sistema de saúde. Os diversos ‘sujeitos’ se inter-relacionam, influenciando as ações uns dos outros, sendo que a atuação de cada um deles pode apresentar período de maior ou menor intensidade em determinadas conjunturas, de acordo com sua capacidade de

organização e vocalização de suas demandas e propostas (TESTA, 2007).

O Cebes, entidade criada em 1976 com o objetivo de veicular um pensamento crítico e articular ações políticas em prol da democratização da saúde e da sociedade brasileira (FLEURY, 1997), pode ser entendido com um sujeito político coletivo (TESTA, 1995), que representa indivíduos e grupos sociais que se identificaram com um projeto político de mudança da política de saúde vigente no período autoritário (PAIM, 2008), atuando em um cenário, no caso, o ‘setor saúde’, entendido como um espaço social em que transcorrem os processos (discussão, conflitos, decisões, ação) relativos à formulação, implementação e avaliação da política de saúde.

Desse modo, o Cebes tem participado, ao longo dos últimos 40 anos, da disputa em torno da concepção política mais ampla em relação à saúde como direito universal ou como mercadoria, bem como das disputas em torno das propostas de mudança e/ou conservação referentes ao financiamento, organização e gestão do sistema público de saúde e de sua relação com o setor privado, tanto as empresas e o financiamento de produção de serviços quanto a indústria de produção de insumos e tecnologias utilizadas no sistema de saúde. Tal disputa se encontra na base do confronto entre o projeto da RSB (PAIM, 2008) e os demais projetos que se apresentam no cenário político brasileiro (PAIM, 2013A), quais sejam: o mercantilista, que reflete os interesses do capital na área de saúde, e o projeto racionalizador, resultante das negociações e articulações que se passam ao interior das instituições estatais na área de saúde, onde se disputa o poder cotidiano e o poder societal (TESTA, 1995).

O presente trabalho insere-se em uma investigação mais ampla acerca do processo de Reforma Sanitária no período 2007-2016 (PAIM, S.D.) e constitui um estudo de caso, de caráter exploratório e descritivo, baseado na análise de documentos elaborados e divulgados pela direção nacional do Cebes

no período 2003-2014. Foram analisados 11 documentos e 40 editoriais da RSD disponibilizados no site da entidade (<http://cebes.org.br/>). Construiu-se uma ‘linha do tempo’ que incluiu a periodização dos governos que se sucederam no período estudado, os principais fatos e acontecimentos que marcaram a trajetória da política de saúde, as diretorias do Cebes eleitas ao longo do período e os documentos citados anteriormente. Com base nessa linha do tempo, foram estabelecidos os diversos ‘momentos’ da história recente do Cebes, distinguindo-se: a) ‘crise e refundação (2005-2006)’, momento em que se evidenciou uma crise interna que gerou um debate sobre a viabilidade de sua permanência, o qual confluiu para a chamada ‘refundação do Cebes’; b) reativação do Cebes (2007-2014), período em que a entidade atuou continuamente no cenário político em saúde, posicionando-se, por meio de documentos, editoriais e números especiais da RSD.

Crise e refundação do Cebes (2005-2006)

A trajetória do Cebes foi marcada por momentos de crise, relacionados com a atualização do debate interno sobre o papel a ser desempenhado pela entidade, bem como com a garantia de sua sustentação financeira, inclusive pelo fato desta contar quase exclusivamente com recursos provenientes das anuidades pagas por seus associados, complementados por convênios/auxílios destinados à edição de suas revistas (CEBES, 2005B).

A maior dessas crises aconteceu no final do período em que Sarah Escorel esteve à frente da entidade (2000-2005), quando ocorreu uma profunda reflexão sobre o futuro do Cebes, seu papel na conjuntura e como mantê-lo funcionando, cogitando-se até mesmo a sua dissolução ou fusão com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) (CEBES, 2005B). Tal crise eclodiu

inicialmente por razões financeiras, mas se desdobrou na reflexão acerca do posicionamento do Centro com relação à política de saúde adotada no primeiro governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva (CEBES, 2005c).

A conjuntura política inaugurada com a mudança de governo em 2003 e as ações desenvolvidas na área de saúde pelo Governo Lula (leia-se, Ministério da Saúde – MS), sob a gestão de Humberto Costa, foram analisadas pelo Cebes evidenciando o descontentamento com a gestão financeira do SUS nesse período, chamando-se a atenção para que

[...] voltamos a enfrentar situações frequentes de quando éramos governados pelos representantes da elite: a proposta orçamentária de 2004 para a saúde desrespeita a EC 29. (CEBES, 2003, p. 91).

Apesar de o Cebes reconhecer a pertinência de algumas ações desenvolvidas no primeiro ano do governo petista a exemplo da qualificação da gestão do SUS, “implantação/reestruturação de unidades de saúde” e “elaboração do Plano Nacional de Saúde” (CEBES, 2004, p. 89), tais ações foram consideradas insuficientes para a efetivação do direito à saúde (CEBES, 2004).

Ao longo do ano de 2005, o Cebes concentrou o foco de seus editoriais na reflexão sobre a crise interna e as possibilidades de superação. Nesse contexto, os associados foram chamados pela Diretoria Nacional a debater a situação e o futuro do Centro, tendo, nessa ocasião, sido apresentadas as seguintes opções: 1) manutenção do Cebes, com aprimoramento de suas atividades editoriais; 2) dissolução da entidade; e 3) fusão total ou parcial à Abrasco, processo cujos termos e significado deveriam ser discutidos, não só internamente ao Cebes, mas também com os próprios associados e com a diretoria da Abrasco (CEBES, 2005B).

Diante das referidas alternativas e considerando o lugar de destaque do Cebes na história da RSB e a importância da

manutenção dos periódicos por ele editados (RSD e *Divulgação em Saúde para Debate*), enquanto publicações “[...] daqueles que atuam e militam no Sistema Único de Saúde” (CEBES, 2005c, p. 107), os associados decidiram, em Assembleia Geral, que seria importante a manutenção e aprimoramento da entidade.

Uma vez tomada essa decisão, algumas iniciativas foram desencadeadas tendo em vista a reestruturação da entidade. Entre elas, a reorganização financeira para garantir sua sustentação e, inclusive, a permanência da linha editorial (RSD e *Divulgação em Saúde para Debate*) que constitui a espinha dorsal da entidade. A importância da manutenção desses periódicos foi enfatizada pelo fato de que eles “[...] abrem espaço para autores oriundos dos serviços de saúde, assim como para acadêmicos fora do eixo Sul-Sudeste” (CEBES, 2005c, p. 107), além de que os documentos e artigos publicados em seus diversos números constituem um “[...] registro histórico [...] sobre a Política Nacional de Saúde”, permitindo a difusão de experiências locais, estaduais e nacionais da área da Saúde, constituindo-se, portanto, em importantes veículos de divulgação dos debates da RSB (CEBES, 2005c, p. 107).

O processo de reorganização financeira da entidade, por sua vez, foi realizado a partir da progressiva regularização do pagamento da anuidade pelos associados, estimulada pelos diversos apelos do Centro em seus editoriais, e de inúmeros apoios recebidos por meio da compra de parte do estoque de revistas e livros, do recebimento de doação de recursos e da realização de convênios para publicação das revistas. Tal apoio contou com a participação de diversas entidades e instituições, como: Abrasco, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Rede Unida (CEBES, 2005B).

Nessa reestruturação, o retorno às atividades propriamente políticas se deu com a participação do Centro no VIII Simpósio sobre

Política de Saúde da Câmara dos Deputados, ocorrido em junho de 2005 (CEBES, 2005B), que resultou na ‘Carta de Brasília’, divulgada na RSD. Nessa Carta, são defendidos, entre outros pontos: redistribuição de renda de cunho social; reafirmação da seguridade social; defesa dos princípios e diretrizes do SUS; revisão dos subsídios e isenções fiscais para operadores e prestadores privados de planos e seguros de saúde; e manifestação contrária à terceirização da gerência e gestão de serviços e de pessoal da saúde (CEBES, 2005A).

Ainda nesse ano, uma nova diretoria foi eleita, sob presidência de Sonia Fleury, para a gestão 2006-2009, com o compromisso de dirigir a refundação do Centro e revitalizar seus instrumentos de comunicação (CEBES, 2005C). Para isso, a nova diretoria desencadeou um processo de reagrupamento dos ‘cebianos’, intelectuais e representantes de movimentos sociais organizados, por meio da realização de uma série de seminários nos quais foram abordados os seguintes temas: participação social e democracia, seguridade social e determinação social da saúde, os quais geraram, posteriormente, a publicação de uma coleção intitulada ‘Pensar em saúde’ (FLEURY; LOBATO, 2009). O processo de refundação foi, portanto, um reencontro do Centro com as pautas que mobilizaram sua criação nos anos 1970 e 1980, ao mesmo tempo que sinalizou a necessidade de atualização dessa agenda em virtude de demandas e temas que não estavam presentes naquela ocasião.

O trabalho da referida gestão iniciou-se com a publicação de dois documentos, a ‘Plataforma de refundação’ (CEBES, 2005E) da entidade e ‘A identidade política do Cebes’ (CEBES, 2005D), os quais visavam nortear o processo de revitalização e consolidação do Cebes (CEBES, 2005C). Em ambos os documentos, a entidade assumiu e reafirmou as principais características que a definem, as bandeiras que defende e as estratégias que desenvolve, sendo que o primeiro enfatiza a atuação política setorial e o segundo aponta para uma ação política e social mais ampla.

A Plataforma de refundação enfatiza que “O Cebes é um espaço plural e não partidário, comprometido com a construção da Democracia e Saúde” (CEBES, 2005E, P. 227), explicitando que

[...] a democracia vai além da institucionalidade e da representação, passando pela construção de uma esfera pública plural e inclusiva, na qual os cidadãos se reconheçam como iguais e sujeitos de direitos. (CEBES, 2005E, P. 227).

Nesse sentido, a entidade chama a atenção para que

Mais do que atuar na trincheira do aparato estatal, o Cebes tem como missão a luta pela hegemonia, participando na construção e ampliação da consciência sanitária e na constituição de sujeitos políticos emancipados. (CEBES, 2005E, P. 227).

Ao refletir sobre o processo de RSB, a entidade destaca os avanços conquistados, sobretudo quanto à institucionalização do direito à saúde, porém reconhece a “[...] redução do poder de transformação do movimento sanitário” (CEBES, 2005E, P. 227-228). Nesse sentido, reafirma sua atuação conforme as duas naturezas que a compõem: movimento social, “capaz de empolgar pelo vigor de sua proposta”, e organização social, “capaz de incidir na realidade com a clareza de suas propostas e sua capacidade de articulação política” (CEBES, 2005E, P. 228). Quanto à efetivação do direito à saúde no cotidiano da população, a entidade destaca os caminhos a serem percorridos, por meio de uma

ação política contundente e não conivente com o clientelismo e a corrupção [...] a fim de demonstrar que um sistema público universal, de qualidade e humanizado é viável, hoje. (CEBES, 2005E, P. 228).

Diante dessas reflexões, a entidade aponta como estratégia de atuação a “[...]”

construção e ampliação da consciência sanitária e a constituição de sujeitos políticos emancipados” (CEBES, 2005E, P. 227), bem como a articulação com os movimentos nacionais e internacionais com fins semelhantes e com demais atores políticos da sociedade civil organizada (CEBES, 2005E, P. 228); pois acredita que apenas com uma organização forte da sociedade civil se poderá alcançar a radicalização da democracia (CEBES, 2005E).

Essa ideia-proposta reaparece no documento que apresenta a reflexão sobre a identidade política do Cebes no qual se afirma que “[...] a identidade coletiva que nos agrega é a de uma instituição comprometida com o socialismo, e [...] com a radicalização da democracia” (CEBES, 2005D, P. 397), o que torna necessária “uma verdadeira transformação nas relações de poder, o que não ocorreu com a mudança de regime político” (CEBES, 2005D, P. 397).

Ao entender a peculiaridade de sua composição e direcionamento político, a entidade caracteriza-se, portanto, como parte das organizações e movimentos da sociedade civil que buscam a transformação social, por meio do uso dos

[...] conhecimentos e saberes para demarcar este lugar de um pensamento de esquerda, que tensione o espectro político mais tradicional e cobre mudanças institucionais e societárias. (CEBES, 2005D, P. 397).

Sobre a missão da entidade, ultrapassando o limite setorial, o documento defende medidas de amplo espectro condizentes com os ideais da RSB, ao propor

[...] cobrar a universalidade, reivindicando um projeto coletivo de Reforma Sanitária que transcenda interesses [...] particularistas, exigindo a transformação da democracia atual em uma democracia substantiva. (CEBES, 2005D, P. 397).

Destaca ainda o desafio e importância da manutenção da autonomia diante do

Estado, uma vez que a entidade deve manter uma postura crítica necessária para fazer a reforma avançar, e, sobretudo, cobrar posições governamentais em relação a pontos polêmicos (CEBES, 2005E). Nessa perspectiva, o Centro problematiza o desafio atual

[...] de manter-se como uma organização autônoma, desvinculada do Estado e ao mesmo tempo em que buscamos inserir nossas bandeiras na arena política, conquistando aliados dentro e fora do Estado. (CEBES, 2005D, P. 397).

Tal reflexão torna-se relevante também diante da inserção de alguns dos militantes do Centro, chamados carinhosamente de “companheiros” (CEBES, 2005D, P. 398) nos núcleos decisórios do Estado, o que, para a direção nacional, reforça a necessidade de manutenção de tal princípio. Nesse particular, o documento destaca pontos polêmicos que provavelmente representariam possíveis embates dos militantes dos diversos núcleos com o governo, tanto no âmbito federal quanto estadual e municipal, como, por exemplo: ameaça à universalização da saúde por medidas econômicas; “[...] redução de benefícios para a população mais pobre; [...] ausência de uma proposta coerente de reforma do Estado” (CEBES, 2005D, P. 398).

Definidas a essência e a linha de atuação política, a entidade dedicou-se também, nesse documento, a sistematizar as estratégias de atuação para o alcance de objetivos traçados, quais sejam: a articulação com organizações, movimentos e partidos políticos em torno das questões sanitárias, o que depende da construção de um SUS de qualidade, que estimule o apoio da população, e ainda, da manutenção permanente da análise de conjuntura política (CEBES, 2005D). Além disso, o Cebes defende também a realização de ações pontuais, como a participação em espaços de discussão política em saúde que aconteceriam no período (Congressos da Abrasco – 2006, da Associação Latino-Americana de Medicina Social e Saúde

Coletiva – 2007 e XIII Conferência Nacional de Saúde – 2007), bem como o fortalecimento de canais de veiculação de informação por meio da retomada da periodicidade da RSD e da coleção de livros, do fortalecimento do boletim e do desenvolvimento de uma página eletrônica para interação com os associados e simpatizantes (CEBES, 2005D).

Paralelamente à análise crítica e posicionamento político da entidade diante dos fatos da conjuntura, a diretoria nacional desencadeou algumas ações direcionadas ao fortalecimento do Centro, como os projetos: Formação em Cidadania para a Saúde, o Memória e História do Cebes e Reforma Sanitária em Debate. O primeiro consistiu em cursos presenciais realizados pelos núcleos da entidade nos estados e de fóruns com especialistas, objetivando o debate de temas estratégicos para a RSB (CEBES, 2011B). O segundo, financiado pela Fiocruz, visava resgatar a história da entidade, tornando público seu acervo, contemplando a realização de uma série de entrevistas com ex-presidentes da entidade, como José Ruben de Alcântara Bonfim, Paulo Amarante, Volnei Garrafa, Sarah Escorel, José Gomes Temporão, entre outros, cujo conteúdo gravado foi disponibilizado no portal da entidade (CEBES, 2008A). Esse *site*, inclusive, foi dinamizado, sendo lançada sua nova versão em março de 2013 (<http://cebes.org.br/>). O projeto Reforma Sanitária em Debate, desenvolvido em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), contemplou a realização de fóruns virtuais e presenciais, que abordaram os rumos da reforma sanitária naquele momento, gerando farto material que foi utilizado na editoração de revistas e da coleção de livros ‘Pensar em saúde’, assim nomeada em homenagem ao pensador latino-americano Mario Testa (FLEURY; LOBATO, 2009), cujo trabalho, ao longo dos últimos 50 anos, tem sido uma referência para os militantes da RSB.

Enquanto sujeito político coletivo que tem se colocado como defensor histórico do projeto e do processo da RSB, o Cebes

abordou de forma recorrente nas publicações analisadas, de modo transversal, todas as temáticas desenvolvidas ao longo do período, sobretudo no que se refere a sua retomada e revitalização em cada contexto, denotando o seu compromisso já reconhecido na história da RSB (CEBES, 2005C; CEBES, 1979). Tal compromisso foi reafirmado durante o processo de ‘refundação’ do Cebes, a partir do qual a entidade voltou-se para a retomada do espírito crítico e do debate propositivo que deu origem ao projeto da RSB (CEBES, 2008B).

Esse processo contribuiu para a ‘retomada do movimento sanitário’, reconhecido pela própria entidade a partir de 2006. Essa retomada do projeto da RSB representa para o Cebes a tentativa de superar a

[...] dissociação entre Estado e sociedade, entre governo e forças sociais organizadas, entre as políticas e o sistema público e as necessidades e aspirações da população. (CEBES, 2006, P. 3).

Com esse objetivo, a entidade estimulou a análise sobre a configuração da RSB naquele momento e a reflexão se

[...] a institucionalidade que foi criada tem sido capaz de dar conta do projeto da Reforma Sanitária, adaptando-o às novas conjunturas e demandas que se apresentam na sociedade brasileira. (CEBES, 2006, P. 3).

Nesse movimento de atualização, o Cebes abordou, nos editoriais da RSD, uma diversidade de temáticas, como gênero, desenvolvimento sustentável, saúde para os grupos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transgêneros e população negra, os quais refletiram as relações entre as novas demandas sociais e o aprofundamento da Reforma Sanitária, e até mesmo a reflexão e tomada de posicionamento político perante questões até então não abordadas pelo movimento sanitário, como a questão ambiental (CEBES, 2010D).

Essa atualização da agenda é uma ação destacada pelo Cebes ao defender que “[...] a

Reforma Sanitária deve acompanhar o ‘bonde da história’, atualizar-se para corresponder à complexidade dos temas e demandas em saúde hoje”, inclusive porque agrega novos atores (CEBES, 2007, P. 3) “[...] hoje fundamentais no movimento da saúde” (CEBES, 2007, P. 3).

Além da atualização de sua agenda, o Cebes reafirma continuamente seu antigo compromisso com o debate sobre a relação entre saúde e sociedade, ultrapassando a busca de solução dos problemas setoriais, destacando a diferença entre a importância/profundidade do que se defendia nos anos 1980 (“levar a questão da democracia ao centro do debate e das decisões nacionais”) e hoje (o movimento subdividiu-se em pautas talvez de menor envergadura) (CEBES, 2011A, P. 4).

A entidade reconhece, assim, a necessidade de renovação do movimento sanitário, por uma força jovem influenciada pelo uso das novas tecnologias da informação, mas destaca que se deu um “[...] afunilamento das energias políticas do movimento” (CEBES, 2011A, P. 4) em torno de dois tipos de problemas que são de natureza inteiramente setorial: a defesa do SUS e a defesa do modelo público da gerência dos hospitais do SUS. Tal subdivisão de pautas foi criticada porque descola a saúde do conjunto da sociedade e estreita o horizonte do debate desviando o foco das questões centrais (CEBES, 2011A, P. 4).

Nesse particular, o Cebes destaca duas temáticas centrais na agenda de debate: o futuro da gestão do SUS e o futuro do modelo de desenvolvimento, defendendo que o que deve ser rechaçado em definitivo é a ideia de que tanto o SUS quanto o processo de desenvolvimento estejam voltados para consagrar somente os interesses do capital (CEBES, 2011A). Nesse sentido, chama a atenção para que, na última década, o movimento sanitário brasileiro tem “[...] retomado o papel de articulação dos movimentos em defesa do SUS e de crítica às políticas que impedem maiores avanços do sistema”, como o baixo financiamento do setor, com destaque à luta pela ampliação do orçamento federal para a

saúde (Saúde + 10) (CEBES, 2014C, P. 6). Reafirma, portanto, que o movimento sanitário tem se apresentado como porta-voz das demandas dos trabalhadores e usuários, apresentando propostas nas quais a saúde tenha papel central na melhoria das condições de vida de todos os brasileiros, recolocando-a, assim, na agenda nacional (CEBES, 2014A, P. 3).

Nessa discussão da relação entre sociedade e saúde tendo como perspectiva um novo processo de desenvolvimento centrado nos direitos e políticas sociais (CEBES, 2013), a entidade defende que “Os rumos e métodos do desenvolvimento não podem ser arbitrados nos gabinetes oficiais mediante um conluio com as grandes empresas” (CEBES, 2011A, P. 5) e, além disso, que é preciso garantir que

[...] os frutos do desenvolvimento possam ser revertidos para objetivos sociais de relevância nacional e que favoreçam a maturação progressiva de um Estado de Bem-Estar. (CEBES, 2011A, P. 5).

Diante desse desafio, o Cebes reconhece que seu sucesso só poderá ser alcançado mediante o fortalecimento do movimento sanitário pela sua “[...] aliança com os demais movimentos da sociedade civil” (CEBES, 2011A, P. 5), bem como por meio do fim dos subsídios ao setor privado e de sua efetiva regulação pelo Estado (CEBES, 2013). Nesse sentido, destaca a importância da análise da conjuntura política e econômico-social e a compreensão da globalização para a definição dos rumos do projeto da RSB (CEBES, 2011A). Esse processo de globalização é regido

[...] pelo capital e pelo mercado, [...] produzindo desigualdades e assimetrias [...] impondo um modelo de revolução tecnológica que acirra a condição de dependência e de atraso entre países, com repercussões para a saúde. (CEBES, 2012, P. 152-153).

Nesse particular, ampliando a ótica para o horizonte internacional, a entidade destaca

a importância da articulação com os movimentos sociais dos demais países da América Latina, que constituem nichos de resistência aos ditames das agências internacionais, também fiéis à luta pelo direito à saúde e à construção de um mundo justo e igualitário (CEBES, 2009; 2014B; 2014C).

Retomar e atualizar a agenda política da RSB, conforme já foi dito, implica repensar seus objetivos e estratégias para construir novos arranjos sociais e políticos que garantam sua sustentação (CEBES, 2012). Nessa perspectiva, a entidade tem lutado continuamente pela revitalização do movimento sanitário e tem buscado construir uma reflexão crítica sobre as relações entre o Estado e a sociedade brasileira “[...] sob o prisma da economia política” (CEBES, 2012, p. 151), a fim de que surjam alternativas de transformação da economia e da política que contemplem mudanças nas atuais relações de poder da sociedade.

Discussão e conclusões

O processo de crise e refundação do Cebes marcou importante momento de inflexão na trajetória da entidade e implicou a reafirmação de sua identidade política e reorganização administrativa e financeira, os quais permitiram sua efetiva reativação, marcada nos anos seguintes pela sua atuação na arena política em saúde no Brasil, sempre pautada pela defesa da radicalização da democracia e dos princípios da RSB.

De fato, a refundação do Cebes desencadeou uma reflexão em torno das estratégias para a retomada e avanço do processo de RSB em uma conjuntura marcada pelo ‘desencanto’ com o rumo das políticas econômicas e sociais adotadas pelos sucessivos governos federais eleitos democraticamente no período pós-1988. Vários autores apontam que tais governos implementaram políticas econômicas e sociais francamente marcadas pelo ideal neoliberal e, portanto, distantes da efetivação

do SUS constitucional e do projeto da RSB (NORONHA; SOARES, 2001; COSTA, 2013; PAIM, 2013B).

Ultrapassada a crise, as diretorias nacionais que se sucederam no período estudado desenvolveram projetos direcionados à consolidação do Centro, os quais, de fato, marcaram a reativação dele, que retomou a publicação regular de sua revista e de outros documentos que contemplam a análise de temas relevantes no processo de luta política em saúde os quais subsidiaram a tomada de posição diante das medidas adotadas pelos governos no cenário político configurado ao longo do período estudado (TESTA, 2007). Nesse sentido, o Cebes, enquanto ator social, tem tido no setor saúde e no espaço social mais amplo um papel privilegiado na acumulação de poder técnico e político (TESTA, 1995) utilizado cotidianamente em função da difusão de conhecimentos científicos sobre a problemática de saúde e de valores democráticos que inspiram a defesa do direito à saúde enquanto direito de cidadania e o processo de construção do SUS.

O processo de refundação implicou, portanto, a retomada dos princípios e diretrizes que nortearam a criação da entidade nos anos 70 do século passado, que implicaram a atualização das suas estratégias diante do novo cenário político que se configurava na saúde e na sociedade brasileira. A ênfase concedida inicialmente à democratização da saúde e da sociedade permanece como eixo estruturante da atuação do Cebes, bem como a defesa do direito à saúde como direito de cidadania e do processo de implementação da RSB. Nessa perspectiva, a retomada da proposta original do Centro e do projeto histórico da RSB e sua atualização na conjuntura mais recente evidenciam a consciência histórica e política dos seus militantes e do seu corpo dirigente com relação ao que Paim (2008, p. 296) chamou de “promessas não cumpridas” da Reforma Sanitária, bem como da necessidade de reafirmar os princípios e diretrizes desse projeto. Em consonância com o referido autor, o Cebes defende que a RSB

se desenvolveu com avanços e retrocessos, porém não se esgotou.

De fato, o debate mais recente acerca da vitalidade do processo de RSB aponta que não há consenso entre os estudiosos. Hochman (2013) argumenta que a RSB se findou como conjunto de ideias e práticas políticas, resultado de seu próprio êxito na proposição de uma agenda política e criação de um sistema de saúde reconhecido mundialmente, bem como da conquista da democracia em 1985. Contrariamente, Paim (2013B) defende que a RSB enquanto processo não terminou nem tem prazo de validade, o que pode ser evidenciado pela construção da Agenda Estratégica para a Saúde, pelas centenas de cidadãos formados pelo Cebes nos últimos anos e pela movimentação de milhares de participantes dos congressos da

Abrasco e das Conferências de Saúde.

Nesse sentido, contrariamente a alguns autores que têm considerado a RSB como ‘coisa do passado’ identificando o SUS como sua realização maior, o Cebes soma-se àqueles que chamam atenção para que a implantação tortuosa do SUS não encerra em si o projeto mais amplo de reforma social proposto pelo movimento sanitário da década de 1970 (PAIM ET AL., 2011; PAIM, 2013B), cabendo novos esforços para a sua concretização. Em última instância, a entidade aposta na importância de ampliar a rearticulação dos movimentos sociais e identificação dos novos sujeitos políticos capazes de manter e ampliar a luta pela RSB, sobretudo na conjuntura política atual, marcada por ameaças cada vez maiores aos direitos constitucionais conquistados. ■

Referências

- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). Carta de Brasília [editorial]. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 70, p. 221-223, maio/ago. 2005a.
- _____. Carta do Brasil. 2014a. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/11/Carta.pdf>>. Acesso em: 8 maio 2015.
- _____. A crise do Cebes [editorial]. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 69, p. 3, jan./abr. 2005b.
- _____. Desenvolvimento e saúde [editorial]. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 151-153, abr./jun. 2012.
- _____. Direito à Saúde: 25 anos [editorial]. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 4-5, jan./mar. 2013.
- _____. Editorial. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 91-92, maio/ago., 2003.
- _____. Editorial. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 67, p. 89, maio/ago., 2004.
- _____. Editorial. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 72, p. 3-4, jan./abr. 2006.
- _____. Editorial. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75-77, p. 3, jan./dez. 2007.

- _____. Editorial. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78-80, p. 3, jan./dez. 2008a.
- _____. O futuro do Cebes [editorial]. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 70, p. 107, maio/ago., 2005c.
- _____. A identidade do Cebes. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 397-399, set./dez. 2005d.
- _____. Partidos, governo e os equívocos sobre o SUS [editorial]. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 3-5, jan./abr. 2009.
- _____. A questão democrática na área da saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, n. 9, p. 11-13, 1980.
- _____. Refundação do Cebes [editorial]. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 227-228, set./dez. 2005e.
- _____. Linha do tempo: 2008. 2008b. Disponível em: <<http://cebes.org.br/linha-do-tempo/ano-2008/>>. Acesso em: 24 nov. 2016.
- _____. Editorial. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 88, p. 4-5, jan./mar, 2011a.
- _____. Editorial. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 90, p. 346-348, jul./set. 2011b.
- _____. Editorial. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 675-676, out./dez. 2014b.
- _____. Editorial. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 5-6, out. 2014c.
- COSTA, A. M. Saúde e desenvolvimento. In: SADER, E. (Org.). *10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil: Lula e Dilma*. São Paulo: Biotempo; Rio de Janeiro: Flacso Brasil, 2013. p. 239-252.
- SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 385-434.
- _____. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- _____. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.
- HOCHMAN, G. Saudades do futuro ou um sistema de saúde em tempos democráticos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, out. 2013.
- NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.
- PAIM, J. S. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013a.
- _____. *Análise do processo da Reforma Sanitária Brasileira no período de 2007 a 2016*. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/eixos/apresentacao/?idx=9cfa9668242186748ea6acb23f5c4c5c>>. Acesso em: 25 nov. 2016.
- _____. Reforma Sanitária Brasileira: eppur sinuove. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, out, 2013.
- _____. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008
- PAIM, J. S. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, London, 377, p. 1778-1797, 2011.
- SANTOS, J. S.; TEIXEIRA, C. F. *Política de saúde no Brasil: produção científica 1988-2014*. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 219-230, jan./mar. 2016.

SOPHIA, D. C. *Saúde e Utopia: o Cebes e a Reforma Sanitária Brasileira*. São Paulo: Hucitec; Sobravime, 2015.

TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez; Abrasco, 1989.

TESTA, M. Decidir en Salud: ¿Quién?, ¿Cómo? Y ¿Porqué? *Salud Colectiva*. Lanús, v. 3, n. 3, p. 247-257, set./dez., 2007.

_____. *Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

Recebido para publicação em agosto de 2016

Versão final em novembro de 2016

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

A relação do Cebes com o PCB na emergência do movimento sanitário

The Cebes relationship with the PCB in the emergency of the sanitary movement

André Teixeira Jacobina¹

RESUMO Este artigo é o desdobramento de uma pesquisa cujo objetivo foi analisar a relação entre o movimento sanitário e os partidos políticos de matriz marxista no período correspondente à emergência do espaço social da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (1974-85). Este artigo se apoia nessa pesquisa e analisa a relação entre o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e o Partido Comunista Brasileiro (PCB). Recorre a artigos, documentos e entrevistas com lideranças da RSB, utilizando o referencial da sociologia reflexiva. Os resultados apontam a relação entre o Cebes e o PCB na formação de lideranças do movimento, entretanto, essa influência não significou a perda da autonomia da entidade no processo de luta pela RSB.

PALAVRAS-CHAVE Reforma dos serviços de saúde. Política de saúde. Sistemas políticos.

ABSTRACT *This article is the unfoldment of a research whose objective was to analyze the relation between the sanitary movement and the political parties of Marxist matrix in the period corresponding to the emergence of the social space of the Brazilian Sanitary Reform (RSB) (1974-85). This article is based on this research and analyzes the relationship between the Brazilian Center for Health Studies (Cebes) and the Brazilian Communist Party (PCB). It uses articles, documents and interviews with leaders of the RSB, using the referential of reflexive sociology. The results point to the relationship between the Cebes and the PCB in the formation of leaders of the movement, however, this influence did not mean the loss of autonomy of the entity in the process of fight for the RSB.*

KEYWORDS *Health care reform. Health policy. Political systems.*

¹Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil. andretj@terra.com.br

Introdução

Os estudos sobre a emergência do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) geralmente destacam o papel que o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) desempenhou enquanto espaço que aglutinou as principais lideranças responsáveis pela formulação das propostas e estratégias que marcaram o movimento em seus primórdios. Tais estudos, entretanto, não destacam a relação entre esta organização e os partidos políticos em atividade – legal ou clandestina – no momento em que o movimento surgiu e, paulatinamente, ampliou-se, a ponto de desencadear mudanças no arcabouço jurídico e na configuração institucional do sistema público de saúde no País.

Escorel (2005), por exemplo, analisa a conjuntura em que emergiu o movimento sanitário e sua origem institucional, chamando a atenção para a importância dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social (DMPs), lócus onde se desenvolveu um pensamento crítico sobre a situação de saúde da população, bem como sobre a política e a organização dos serviços de saúde vigentes no período autoritário, fundamentais para a ação política em defesa da democratização da sociedade brasileira, que contemplou a articulação de um conjunto de entidades.

A autora destaca a atuação do Cebes como uma “pedra fundamental, embora não a única, do movimento sanitário como movimento social organizado” (ESCOREL, 1998, p. 76), apontando, também, o movimento estudantil e o movimento de Renovação Médica (Reme) como vertentes estruturantes desse movimento (ESCOREL, 1998, p. 87). Seu trabalho, porém, não discute a relação entre o movimento sanitário e os partidos políticos, embora destaque o crescimento do Movimento Democrático Brasileiro (MDB) e a atuação dos partidos clandestinos, esses últimos, essencialmente, de matriz marxista, durante a ditadura

militar, particularmente, na década de 1970 (ESCOREL, 1998).

Paim (2008), por sua vez, analisa a RSB como um fenômeno sócio-histórico que contempla diferentes momentos enquanto “ideia - proposta - projeto - movimento - processo” (PAIM, 2008, p. 36), indicando como a ideia da RSB surge no movimento sanitário, vai ganhando forma e se inserindo na luta pela democratização do País. No que se refere à relação entre partidos e entidades desse movimento, o autor destaca, citando Rodrigues Neto, que apesar

de inicialmente contar com a influência de militantes do antigo Partido Comunista Brasileiro (PCB) e de reunir profissionais de saúde, o Cebes caracterizava-se pelo suprapartidarismo e pelo não corporativismo. (RODRIGUEZ NETO, 2003 APUD PAIM, 2008, p. 79),

característica que Paim atribui ao movimento sanitário como um todo.

A filiação de lideranças do movimento pela RSB a partidos políticos de esquerda, entretanto, é reconhecida em trabalhos recentes, como o de Vieira da Silva e Pinell (2013), que estudaram a gênese do espaço da saúde coletiva no Brasil e identificaram a vinculação dos seus fundadores a um amplo espectro político, com predomínio de partidos de esquerda, clandestinos no período autoritário, como o PCB, o Partido Comunista do Brasil (PCdoB) e a Ação Popular (AP), apontando, inclusive, a presença de militantes desses partidos na direção de entidades da sociedade civil, como o Cebes e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) (VIEIRA-DA-SILVA; PINELL ET AL., 2013).

Nesse trabalho, os autores registram que existiram lideranças filiadas a partidos de esquerda e existiam integrantes do movimento, médicos e sociólogos de esquerda, que não estavam filiados a partidos, indicando a heterogeneidade de posições que foram aglutinadas em torno da luta pela

RSB. Embora o objeto deste trabalho não tenha sido as relações entre os partidos políticos e o movimento da RSB, esse estudo assinala que a relação existia, sem analisar suas características, e foi justamente buscando detalhar a análise dessa relação que foi desenvolvida a pesquisa intitulada ‘O movimento da Reforma Sanitária Brasileira e sua relação com os partidos políticos de matriz marxista’ (JACOBINA, 2016).

Este trabalho apresenta uma parte dos resultados dessa investigação, contemplando, especificamente, a pergunta acerca da relação do Cebes com o PCB no momento de sua emergência como organização. A escolha desse partido derivou da sinalização apontada no trabalho de Vieira da Silva e Pinell (2013), embora, como o próprio trabalho indique, outros partidos e tendências de matriz marxista tenham tido algum tipo de relação com o movimento sanitário, a exemplo do PCdoB e da Ação Popular, já citados.

A metodologia utilizada implicou revisão documental, especialmente dos editoriais das primeiras edições da revista ‘Saúde em Debate’ (RSD), bem como transcrições de entrevistas com lideranças do movimento sanitário que atuaram em sua gênese, tomando como base teórica uma revisão bibliográfica sobre a relação entre partidos e movimentos sociais que remontou ao debate entre Lenin e Rosa Luxemburgo (JACOBINA, 2016), bem como alguns conceitos extraídos da sociologia reflexiva de Bourdieu (1996B), que permitiram caracterizar as posições e os pontos de vista dos entrevistados. A análise das fontes orais beneficiou-se da revisão do trabalho de Alessandro Portelli (1981) acerca do uso de fontes orais em pesquisa histórica, especialmente a noção de ‘memória dividida’, que indica que a memória é mediada pelo tempo, pela ideologia e, como utiliza-se a sociologia reflexiva, pelas posições ocupadas pelos agentes ao longo do tempo.

Foram realizadas nove entrevistas. Os critérios de seleção dos agentes foram

aqueles que ou militaram em movimentos sociais em saúde que estavam lutando pela RSB ou políticos que pudessem ter informações acerca da relação entre partidos e movimentos sociais em saúde. Além disso, foram utilizadas vinte e uma entrevistas entre aquelas realizadas por Vieira-da-Silva, entre 2008 e 2011, com fundadores do Espaço da Saúde Coletiva, sendo que muitos deles participaram diretamente das articulações do movimento da RSB (VIEIRA-DA-SILVA, 2015). Cabe registrar que os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a utilização de suas falas, porém, foi preservado o sigilo com relação à identidade de alguns deles, sendo identificados no texto apenas pelo número da entrevista.

Conceitos básicos

Considerando o papel do Cebes na articulação do movimento sanitário, busca-se revisar a literatura sobre movimentos sociais, sendo adotada a definição proposta por Charles Tilly, para quem:

Um movimento social consiste em um desafio sustentado aos detentores do poder em nome da população vivendo sob a jurisdição desses detentores do poder através de repetidas demonstrações públicas [...] incorpora interação contenciosa e envolve reivindicação mútua de demandas entre os desafiantes e os detentores de poder. (TILLY, 1993, P. 7).

Segundo este autor, esse conceito exclui outras formas de luta, como guerra civil, competição eleitoral e insurreições. Embora ativistas, às vezes, realizem ações diretas contra as autoridades, em geral, a ação dos movimentos sociais centra-se em formas indiretas de ação, pressionando os detentores do poder a realizar ações que respondam às suas demandas. Esse conceito é não apenas coerente com a sociologia de Bourdieu, que

faz parte da tradição que entende o conflito como central nas relações humanas, mas se adequa bem ao movimento sanitário, já que esse tinha um conjunto de demandas que desafiavam os detentores do poder em uma conjuntura ditatorial, especialmente a demanda central por democratização da saúde, do Estado e da sociedade brasileira.

Já o conceito de partido político é encontrado em Weber, para quem:

A ação social típica dos ‘partidos’, em oposição àquela das ‘classes’ e dos ‘estamentos’ que não apresentam necessariamente este aspecto, implica sempre a existência de uma relação associativa, pois pretende alcançar, de maneira planejada, determinado fim seja este de natureza ‘objetiva’: imposição de um programa por motivos ideais ou materiais, seja de natureza ‘pessoal’: prebendas, poder e, como consequência deste, honra para seus líderes e partidários, ou, o que é o normal, pretende conseguir tudo isto em conjunto. (WEBER, 1999, P. 185).

Vale a ressalva de que mesmo entendendo que a organização dos partidos implica uma relação associativa para alcançar um objetivo de maneira planejada, como Weber (1999) aponta, isso não significa que os agentes que integram o partido realizem todas as suas ações de maneira consciente e planejada. Ao contrário, muitas das suas ações são guiadas pelos *habitus*, como indica Bourdieu, como um processo de incorporação não consciente das estruturas, o que não implica, porém, uma postura passiva dos agentes. De fato, Bourdieu aponta que “queria colocar em evidência as capacidades ativas, inventivas, ‘criadoras’, do *habitus* e do agente (que o termo hábito não exprime)”. Com efeito, o processo de incorporação não consciente, que é seu caminho para sair da filosofia da consciência, não pode “anular o agente em sua verdade de operador prático de construções do real” (BOURDIEU, 1996A, P. 205-206). Dito de outra forma, o partido tem uma agenda,

objetivos, que busca atingir de forma planejada, mas o partido é constituído de indivíduos, sendo que a ação desses nem sempre é inteiramente consciente. Com essa ressalva é que o conceito de Weber de partido se adequa ao trabalho.

Além de resgatar os conceitos de movimentos sociais e partidos políticos, trata-se de situar a emergência da reflexão acerca da relação entre esses agentes, recuperando o debate entre Rosa Luxemburgo e Lenin acerca da espontaneidade do movimento e da direção consciente do partido a propósito da criação de condições históricas para o desencadeamento de greve de massas. O argumento central de Rosa Luxemburgo é o de que esta é uma forma da luta de classes, que nasce a partir das relações sociais existentes na sociedade (JINKINGS-SADER, 2012), e, portanto, não pode ser decidida artificialmente, enquanto Lênin destacava que a deflagração de uma greve dependia de condições objetivas (as condições históricas) e das condições subjetivas – a propaganda e o trabalho ativo do partido. Luxemburgo enfatizava as condições objetivas, e Lenin enfatizava o papel educador do partido. Rosa Luxemburgo expressa que:

No que se refere à aplicação prática da greve de massas na Alemanha, sobre isso a história decidirá, assim como decidiu sobre ela na Rússia, história na qual a social-democracia, com suas decisões, sem dúvida, é um fator importante, mas apenas um fator, entre muitos. (JINKINGS-SADER, 2012, P. 222).

Logo, não é que ela descartava a importância do partido, mas que esse era um fator importante. Já para Lenin, mais do que um fator, o partido tinha um papel educador, quando expressou

Recordemos ao leitor esta verdade por todos conhecida, mas constantemente esquecida, e comparemos o partido social-democrata com uma grande escola, ao mesmo tempo

elementar, secundária e superior. Nunca, em circunstância alguma, esta grande escola poderia esquecer a necessidade de ensinar o a-bê-cê, de transmitir os rudimentos do conhecimento e de criar o hábito de pensar por conta própria. (LENIN, 1979, P. 36).

Esse debate é visto em mais detalhes em Jacobina (2016). Além desses conceitos, foi importante no desenvolvimento do trabalho a incorporação da noção de “memória dividida” (PORTELLI, 1996, P. 105), discutida por Alessandro Portelli no texto ‘O massacre de Civitella Val di Chiana (Toscana, 29 de junho de 1944): mito e política, luto e senso comum’. Portelli cita Giovanni Contini, que descreveu a ideia de ‘memória dividida’, evidenciando como uma série de acontecimentos pode ter diferentes interpretações ou valorização pelos que dela participaram. A memória construída por cada grupo também difere, não apenas entre grupos, mas ao longo do tempo, no mesmo grupo de indivíduos ou na mesma comunidade, tendo o próprio tempo um efeito mediador sobre a memória.

A criação do Cebes e o papel da revista ‘Saúde em Debate’ na RSB

A criação do Cebes ocorreu em julho de 1976, durante a XXXII Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), realizada na Universidade de Brasília (UnB), em uma conjuntura marcada pelo esgotamento do ‘milagre econômico’ e pelo enfraquecimento do regime militar, processo que se dava pela via eleitoral, com o crescimento do MDB. O resgate da memória de militantes históricos da entidade registra a seguinte apreciação da conjuntura da época e destaca o significado da criação do Cebes e da publicação da RSD, veículo difusor das ideias do movimento sanitário:

Em meados de 1970 já se faziam anunciar os primeiros sinais de esgotamento do regime militar com o fim do chamado milagre brasileiro e as consequências da crise do petróleo de 1973, que elevou a inflação a níveis muito altos comparados ao período anterior: de 2,4% na década de 1960 passou para 7,1% nos anos de 1970. A insatisfação no campo econômico e a ressaca dos ‘anos de chumbo’ da ditadura, com vítimas em quase todos os setores da sociedade, constituiu o substrato para a emergência de movimentos contestatórios e culturais transgressores nas artes e na ciência. É nesse caldo que nasce, em 1976, a revista Saúde em Debate, com o propósito de ser um meio para divulgar o pensamento crítico sobre a evolução histórica e a forma institucional da saúde; interpretar a íntima relação existente entre a saúde, a lógica social de poder e os movimentos de resistência e ser um espaço democrático para divulgar novos ideais sobre saúde, originadas desse emergente pensamento no Brasil e no continente latino-americano. (AMARANTE; RIZZOTO; COSTA, 2015, P. 2024).

Além da editoração da RSD, o Cebes promoveu encontros e seminários, publicou vários livros, funcionando como um centro aglutinador do pensamento crítico que se gestava no espaço acadêmico, com funções intelectuais e também políticas. A caracterização do Cebes como um espaço de resistência e difusão de um pensamento emergente, não somente brasileiro como latino-americano, que relaciona saúde e poder, é aspecto importante para entender o papel da revista, que, ao mesmo tempo que divulgava um pensamento crítico referente às questões de saúde, assumia um papel crítico com relação à ditadura.

O trabalho de Sophia (2015), dedicado à análise da atuação da entidade nesse período, registra que a criação do Cebes contou com participação de militantes do PCB que atuavam profissionalmente em instituições acadêmicas, como docentes ou

alunos de cursos de graduação e pós-graduação na área de saúde. Uma entrevista concedida pela médica Rosa Barros ao Projeto Memória e a História da Atenção Básica em São Paulo (PAULA ET AL., 2009), em abril de 2007, permite que se identifiquem alguns desses militantes:

No início dos anos 1970 havia discussão sobre a saúde no Partido Comunista Brasileiro, já um tanto amadurecida, exigindo das lideranças partidárias uma posição incisiva sobre a atenção à saúde da população. Vindo do Rio de Janeiro, David Capistrano da Costa Filho [1948-2000], um jovem pediatra, procurou formação na especialidade sanitária com Sergio Arouca, então professor de Medicina Preventiva e Social na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (Unicamp) e coordenador de um Projeto docente-assistencial, no município de Paulínia, base de apoio aos residentes da cadeira de medicina preventiva. David Capistrano, José Ruben de Alcântara Bonfim, José Augusto Cabral de Barros, Roseli Ziller de Araújo (residentes em 1974) e Francisco Campos (residente em 1975) e outros residentes com os quais fiz amizade, levaram-me, como sextanista de medicina, a participar de inúmeras rodas de discussões, na Unicamp, tendo o próprio Arouca como um dos grandes problematizadores do debate sobre saúde no Brasil. (PAULA ET AL., 2009, P. 150).

O grupo que viria formar o Cebes se encontrou na reunião da SBPC em Brasília, atraindo pessoas de São Paulo e do Rio de Janeiro. Como destaca Escorel, “muitas delas vinculadas ao Partido Comunista Brasileiro (PCB)” (ESCOREL, 1998, P. 75). De fato, alguns dos militantes mais importantes – como David Capistrano, cujo pai era dirigente do PCB – tinham filiação ao PCB (SOPHIA, 2015). Arouca, um dos sanitários mais respeitados, “[...] construiu sua identidade política com base na experiência que teve como militante do Partido

Comunista Brasileiro (PCB)” (SOPHIA, 2015, P. 96). Este último, em entrevista concedida a Escorel, indica que a articulação começou com o grupo de São Paulo, sinalizando a importância da criação de uma entidade nova:

Para trabalhar esse novo momento político que estava começando para a sociedade brasileira, era fundamental ter uma instituição que começasse de uma forma ampliada um debate das questões políticas de área da saúde [...]. Já na assembleia final da SBPC começamos a colocar a questão da política da saúde. É a partir disso que, principalmente, o grupo de São Paulo, faz a proposta de criação do Cebes. (AROUCA, 1986 APUD ESCOREL, 1998, P. 75).

A leitura dos depoimentos selecionados indica que a criação do Cebes se confunde com a ideia de se fundar a RSD, sendo a entidade e a revista duas partes de um mesmo projeto. Conforme Rosa Barros,

[...] assistimos à articulação dos colegas, liderados por David Capistrano da Costa Filho, em torno da ideia de criar uma revista que discutisse a temática Saúde e Democracia, traçando um caminho para novas conquistas sociais. (BARROS, 2007 APUD PAULA ET AL., 2009, P. 152).

Como assinala Paulo Amarante, em depoimento concedido ao Projeto Memória...

[...] os jovens profissionais da saúde que formularam a ideia da revista pensavam num instrumento de debate, de reflexão e de construção de um pensamento original em saúde que viesse a questionar a política nacional do neodesenvolvimentismo liberal, própria da elite militar. Não se tratava apenas de questionar a política de saúde, na medida em que, em última instância, esse campo era entendido como um dos mais expressivos indicadores da forma como o Estado lidava com a vida das pessoas. Era o modelo de Estado burocrático autoritário que estava em questão.

[entretanto], [...] para circular, a revista necessitava de uma entidade jurídica que lhe desse respaldo legal. Assim nasceu o Cebes, um sujeito coletivo que, desde então, responde pela sua direção política e intelectual. Um caso original na história, no qual não foi a entidade que criou um veículo de divulgação, mas a revista que deu origem ao movimento social. [...] na práxis não se observou uma distinção entre a revista e o Cebes, mas uma complementariedade (sic) de estratégias e metas. (AMARANTE; RIZZOTO; COSTA, 2015, P. 2024).

A criação da entidade propiciou, assim, o espaço necessário para a articulação de um conjunto de ações políticas, que passaram a ser desenvolvidas junto a outras organizações, como associações e sindicatos da área de saúde, problematizando-se a relação da saúde com a luta pela democracia. O depoimento de Rosa Barros elucidada como se dava a atuação do Cebes, nesse momento, marcado, fundamentalmente, pelo esforço de mobilização:

O Cebes na verdade era a parte visível, era a parte que podia ser mostrada, mas por trás existiam as reuniões, as discussões dos sanitaristas para conquistar os sindicatos, existiam reuniões, e tinha esse grupo de sanitaristas que regularmente se encontrava num bar-restaurant [quase toda noite; também todas as sextas-feiras esse grupo de sanitaristas se reunia para discutir quais deveriam ser os encaminhamentos para assegurar essa reforma sanitária. (BARROS, 2007 APUD PAULA ET AL., 2009, P. 152).

Durante os primeiros anos de atuação, o Cebes promoveu a discussão das políticas de saúde e divulgava a ideia de que uma reforma sanitária não deveria ficar restrita apenas à reforma de serviços, à reorganização administrativa do setor, mas implicava a ampliação do conceito de saúde, a noção de saúde como direito, a defesa da participação social e a conquista da democracia. O

editorial da primeira revista do Cebes, publicada no final de 1976, reconhece a existência de outras revistas da área da saúde, porém, entende que existe uma lacuna a ser preenchida pela RSD, que é o debate em torno dos determinantes sociais do processo saúde-doença, que atribui não apenas a fatores biológicos as causas do adoecimento, mas inclui fatores sociais, econômicos e culturais, assim como determina as possibilidades de acesso a serviços de saúde pelos diversos segmentos da população (CEBES, 1976). Além disso, o editorial defende a pluralidade de posicionamentos e propostas de intervenção sobre a realidade de saúde, enfatizando a perspectiva apresentada no discurso da oradora do primeiro curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP (CEBES, 1976). A fala referida é de Sandra Roncali Mafezolli, que fez parte do conselho editorial da RSD em 1976-1977, que questiona a eficácia de ações isoladas, concentradas no setor saúde, e afirma:

Modificações profundas na saúde do nosso povo estão na dependência de alterações significativas no modelo de desenvolvimento econômico e social em vigor, que permitam a maior parte dos brasileiros o acesso aos frutos do crescimento da produção. Tais alterações incluem necessariamente condições favoráveis à ampla participação popular na definição dos rumos do país. (CEBES, 1976, P. 8).

Conectar a saúde à questão do modelo de desenvolvimento, apresentando uma crítica ao capitalismo, e defendendo a ampla participação popular no processo de redemocratização é algo que supera uma visão meramente instrumental da democracia. Nessa perspectiva, a noção de direito à saúde aparece como contraponto à mercantilização, à subordinação da produção de serviços de saúde às leis de mercado, inspirando-se nas democracias ocidentais que universalizaram o acesso a ações e serviços de saúde. Diz a oradora

A intervenção governamental no campo da saúde, nos países ocidentais, tem um forte conteúdo social, na medida em que trata de enfraquecer ou mesmo suprimir, para os contingentes populacionais menos favorecidos, as frias relações de mercado que determinam a possibilidade de compra de todos os bens e serviços, inclusive os de saúde, considerados eticamente como um direito de todos e não um privilégio de alguns. (CEBES, 1976, P. 8).

O que mais nos chama a atenção é a noção de ‘combate à mercantilização da medicina’. Fica evidente que a crítica à penetração da lógica da produção capitalista na saúde, especialmente à transformação dos serviços em mercadoria, termina por ser um veículo à crítica ao capitalismo nacional, ou ao ‘modelo de desenvolvimento vigente’. O fato de que, naquele período, a censura e a repressão ainda estavam presentes, mesmo que em menor intensidade do que nos ‘anos de chumbo’, provavelmente, contribuía para que determinadas palavras fossem evitadas, utilizando-se de subterfúgios para a expressão das ideias. Porém, nessa fala de Sandra Roncali, que a RSD destacou, percebe-se um esforço para deixar clara a posição do grupo do qual ela, naquele momento, era porta-voz.

O editorial da segunda publicação da RSD critica as novas modalidades de prática médica, especialmente as empresas médicas, “cujo produto a vender é assistência médica”, enfatizando que estas estariam impondo sua visão ao conjunto dos profissionais. O trecho a seguir evidencia este ponto de vista:

O grupo ligado aos interesses das empresas médicas, fortemente organizado e influente, apesar de minoritário entre os profissionais, obtém apreciáveis recursos, advindos de descontos na remuneração de milhões de assalariados, por meio do INPS, para manter em funcionamento, hospitais e clínicas privados, ‘empresas de medicina de grupo’,

pseudocooperativas, responsáveis por práticas condenáveis, como decorrência da sede de lucros. Assalariou milhares de médicos, de fato, negando-lhes, entretanto, os direitos que os demais assalariados já conquistaram no país. (CEBES, 1977, P. 3).

Depois de caracterizar outras posições, o editorial se posiciona no que tange ao assalariamento, porém, e aí nos interessa especialmente, já anuncia a defesa de um sistema nacional de saúde que fosse público e universal, materializando o direito à saúde de todos os brasileiros.

Em vez do apego a práticas médicas, provindas de outra época histórica, adotamos o novo modo de ser, o assalariamento, propondo uma luta para torná-lo honrado, digno e útil à população. Assalariados, mas com direitos trabalhistas atendidos, com salário condigno, com a consciência de que a medicina de lucro impede a organização de uma assistência médica racionalizada e adequada à população. Assalariados com disposição de lutar por um Sistema Nacional de Saúde, público, institucional, sem fins lucrativos, cuja definição e rumos sejam dados pelas entidades legitimamente representativas dos usuários. Esta é a única posição que, como escreveu respeitada socióloga ‘implica na recomposição, em outro nível, da identidade entre profissional e trabalhador’. Ou seja, que é capaz de conciliar as exigências éticas fundamentais da profissão com a elevação do nível de saúde da população, e com o preceito, também ético, e com o qual nos identificamos, de que a saúde é um direito de cada um e de todos os brasileiros. (CEBES, 1977, P. 3-4).

Pelo exposto, entende-se que a RSB, em sua concepção original, tinha como eixo central a luta pela democracia, ao qual se articulava a crítica à política de saúde implementada pelo Estado autoritário, que privilegiava o processo de privatização dos serviços e reproduzia um modelo de

atenção que excluía grande parte da população do acesso às ações e aos serviços necessários à promoção e à recuperação da saúde. Tais ideias amadureceram ao longo da segunda metade dos anos 1970 e aparecem claramente explicitadas no documento ‘A questão democrática na área da saúde’ (FLEURY; BAHIA; AMARANTE, 2007, P. 149-151), redigido por Hésio Cordeiro, José Luís Fiori e Reinaldo Guimarães (Guimarães, entrevista 2010), cuja apresentação no Simpósio sobre Política de Saúde, realizado na Câmara dos Deputados, em 1979, marca o momento em que a proposta de RSB começa a extrapolar o espaço da saúde no âmbito da sociedade civil e insere-se no espaço político do Estado.

Segundo entrevista concedida à nossa pesquisa, pelo menos dois dos três redatores desse documento histórico eram vinculados ao PCB, o que levou à análise se a noção de ‘saúde como democracia’ traduzia a tática do PCB para aquela conjuntura ou era a forma com que militantes da RSB, que eram do PCB, colocavam essa questão do partido para a luta no movimento. Cabe acrescentar que a ênfase na democracia era uma palavra de ordem e opção tática do PCB, sendo compartilhada por outros partidos de esquerda e diversos segmentos liberais que compunham a frente contra a ditadura. Isso pode, entretanto, ter ocorrido de forma não consciente e não ditada pela direção dos partidos.

Um dos nossos entrevistados reforçou a perspectiva de que essa ideia não partiu da direção do partido e que sua participação se dava através daqueles que tinham dupla militância, isto é, eram filiados ao partido e, simultaneamente, ao movimento sanitário:

[...] o PCB não tinha uma posição orgânica sobre a RSB. Sua participação no processo derivava da participação de seus militantes no campo da saúde. O documento foi solicitado a nós por Sérgio Arouca para servir de âncora político-documental no seminário sobre a reforma sanitária

realizado na Câmara dos Deputados. (Reinaldo Guimarães, contato posterior à entrevista em 2016)¹.

Buscando investigar mais a fundo os diversos pontos de vista acerca da relação entre o Cebes e os partidos de matriz marxista, especialmente o PCB, partido apontado como aquele ao qual eram filiados vários dos fundadores da entidade, foram procurados nas entrevistas já publicadas e nas realizadas com ex-presidentes do Cebes trechos que elucidassem essa relação.

Antônio Sérgio Arouca, uma das maiores lideranças da RSB e militante do PCB, ao caracterizar o movimento sanitário, destaca o papel do PCB:

[Era] um movimento social de luta contra a ditadura [...] um movimento social muito amplo. ‘Ele envolvia o Partido Comunista, que tinha um papel central. Era o partido que mais tinha organização e pessoas na área de saúde, a Igreja, os movimentos de base da Igreja, os movimentos sociais comunitários, os movimentos de renovação do sindicalismo na área profissional de saúde. Começaram a tirar pelegos, começaram a discutir uma nova forma de sindicalismo’. (ALVES ET AL., 2002, P. 7-8).

Outra liderança histórica do movimento, Francisco de Assis Machado, que exerceu a presidência do Cebes, discorre, como segue, sobre sua participação como militante no PCB:

Minha experiência como membro oficial do PCB marcou profundamente minha vida e, de certa forma, a de toda minha família. Reencontrei no convívio com camaradas ‘calejados’ e orgulhosos de seus passados, bem como naquele com os jovens recém-organizados, o “eu” coletivo que passou a ajudar-me nas reflexões e preparações para práticas mais coerentes e consequentes na construção de uma sociedade mais justa. Ali, consegui compreender melhor o sentido do agir de grandes companheiros e lideranças do

¹ A entrevista com Reinaldo Guimarães, originalmente, foi feita por Lígia Vieira da Silva, porém, entramos em contato com o entrevistado para conseguir informações adicionais via e-mail. Esse trecho corresponde, justamente, a parte das informações adicionais passadas para mim em contato via e-mail com o entrevistado, que autorizou seu uso em publicação.

Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, que procuravam estabelecer a unidade de seus objetivos como profissional e como sujeitos políticos: a inclusão ou, talvez melhor, a substituição do grande Objetivo que até então perseguia, o construção de um Sistema de Saúde eficiente, democrático e justo, por um outro que era condição para seu alcance e que teria de ser atingido com urgência: o estabelecimento da democracia política no País. (MACHADO, 2014, p. 316).

Outra entrevistada, cientista social de grande relevância para a RSB e para o Cebes, que era filiada ao PCB, traz diversos elementos que apontam a relação entre o movimento e o partido, enfatizando a contribuição que este teria, segundo seu ponto de vista, para a organização do movimento. A pergunta que gerou a reflexão da entrevistada sobre essa questão era relativa a gostos culturais comuns entre os militantes da RSB, interrogando-se até que ponto isso contribuía para reuni-los, em termos de convivência, ou se era a própria questão política da RSB que preponderava como ‘elo de ligação’ entre eles. Ao que a entrevistada explicitou:

Eu penso que era política, a grande coisa que nos unia era a política. A gente saía do Cebes – a reunião do Cebes era no centro da cidade, no sindicato dos médicos – e, depois disso, a gente ia, todo mundo, para o ‘Amarelinho’². Então, todas as reuniões terminavam com grande confraternização, era uma coisa muito legal isso. [...]. Era, assim, muito forte, essa ligação que nós tínhamos. As pessoas se namoravam umas às outras, tinha grandes identidades ali. O grupo era muito próximo, muito afetivo, havia muita solidariedade entre essas pessoas também. Eu acho que a experiência, a ligação dessa reforma com o partido comunista, eu faço muita questão de ressaltar, porque acho que é pouco ressaltada, e eu penso que a experiência de solidariedade, de organicidade do partido, foi fundamental. Sem isso, esse negócio não tinha dado certo, porque tinha que

saber fazer política, e o partido sabia fazer’. Então, acho que foi fundamental, por exemplo, o papel de liderança do Arouca para nos congregar e a experiência do partido para dar organicidade’ a tudo isso. (E8).

Um ex-presidente do Cebes, que militou não apenas no PCB, mas, antes disso, na Ação Popular, apresenta, como segue, seu ponto de vista sobre essa relação:

Não era formalmente militante do PCB entre 1976 a 1979, só ingressando nele depois, mas não havia subserviência do Cebes em relação ao PCB, uma vez que a entidade sempre foi independente, e entre seus integrantes existiam militantes de diferentes correntes da esquerda. Creio que houve uma intensa troca de ideias, mas, em muitos momentos dos primeiros tempos do Cebes, houve certa predominância de dirigentes da entidade que eram membros do PCB. A partir de 1982, com a reorganização partidária legal, houve plena liberdade de escolha de filiações, que, no entanto, não prejudicaram a continuidade do Cebes. (E27).

Outra entrevistada, também ex-presidente do Cebes, comenta acerca da relação da entidade com o PCB, destacando a contribuição da experiência partidária das lideranças para a organização das ações do movimento:

Na medida em que essa indignação, esse sentimento passa a se configurar como uma bandeira e ser instrumentado por uma luta como movimento da Reforma Sanitária, é que o partidão, que o partido comunista passa a ter protagonismo. Que mobilizavam mais e que tiveram a inteligência estratégica conformando e organizando, sistematizando esses pensamentos, eram do partidão, não só o Arouca, o Eleutério, mas, também, a própria Cecília Donnangelo, aqui, o ‘Chico Gordo’, Francisco Campos, então [...], já existia uma forte presença do partidão. [...] é uma pena que, naquele momento, havia uma tensão entre os demais grupos do campo de esquerda e o partidão.

² Bar situado no centro do Rio de Janeiro, ponto de encontro de intelectuais, artistas e pessoas ligadas aos movimentos de oposição à ditadura militar.

Essa tensão existia [...] na 8ª Conferência Nacional de Saúde, por exemplo, houve um confronto real em relação a estatiza tudo agora ou estatiza depois... (Entrevistada 7).

Essa entrevista é particularmente importante, pois aponta, além do significado atribuído pela entrevistada à participação de militantes filiados ao PCB na organização do movimento, a constatação das tensões que prevaleciam no ‘campo da esquerda’, ou seja, das opções políticas e estratégicas adotadas pelas lideranças do movimento sanitário, que priorizavam a luta pela democracia e pelo Estado de direito, com outras correntes de esquerda que também atuavam no campo político nos anos 1970-80. Essa análise, entretanto, extrapola os limites deste trabalho, demandando pesquisa em fontes adicionais que deem conta da complexidade das relações entre o movimento sanitário e outras organizações e partidos políticos.

Por fim, uma das poucas evidências de influência mais direta é o episódio do ‘racha’ no Cebes de São Paulo, narrado por Paulo Elias, médico, professor universitário e militante da RSB, a propósito da criação da Abrasco, que revela como o envolvimento dos militantes da RSB com os partidos afetava as disputas relacionadas com as entidades que se propunham a ser suprapartidárias:

Então, tinha duas concepções básicas que eu me recordo muito bem. Uma era uma Associação de Militantes, que era uma ampliação dos [...], o Cebes, que tinha sido concebido e criado como... uma coisa assim numa certa época ele foi isso, ele teve um racha muito intenso. Em São Paulo, por exemplo, ‘quem não era do Partido Comunista foi expulso [...]. Ali, teve um racha que teve até briga física entre o David Capistrano e o Eduardo Jorge numa assembleia no Cebes’. Toda essa ala saiu, toda uma ala saiu. Eu estava na revista Saúde em Debate, tinha Cecília Sucupira, todo mundo foi excluído - aquela coisa como lá na

União Soviética. Excluídos do Cebes e esse pessoal, grande parte dele se encontrou depois no PT. (Paulo Elias, em entrevista, 2010).

E, mais adiante, quando indagado por qual razão, respondeu:

Na época, tentaram baixar um centralismo no Cebes. A briga era isso... Eram anos [...] setenta e sete, setenta e oito. A briga em relação ao que é reformismo... A briga começou por aí [...] Eu sempre falo isso, ‘que o agente oculto do movimento da Reforma Sanitária no Brasil foi o Partido Comunista’. Então, [...] a briga foi um pouco por aí, quer dizer, quem não era, dançou, porque tinham essas visões. Foi um racha, e que pegou, em São Paulo, e dizimou, no Rio de Janeiro. Isso não aconteceu muito porque ele era muito hegemônico pelo PC, depois o PT deslocou o PC da área da saúde, mas, nessa época, o PC era hegemônico na área da saúde. ‘O PT começou a deslocar o PC da área de saúde na década de oitenta, mas antes não tinha nem o que acontecer, então, isso aconteceu mesmo, rachou, na época da Abrasco’³. O que eu me lembro é o seguinte: tinham duas concepções, ou fazer uma Abrasco que seria um Cebes revigorado com uma espécie de um grande, não vou dizer um sindicato, mas uma Associação de militantes da área da saúde, e uma visão que era acadêmica, ‘que a Abrasco deveria ser uma instituição de pesquisa, de desenvolvimento, implantação da área’⁴. Isso confrontou pesadamente, só que venceu esta, tanto é que a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, os outros queriam Associação Brasileira de Saúde Coletiva, onde caberiam todos. Caberia à Universidade, sem dúvida, mas a grande massa seriam os funcionários públicos, vamos dizer assim, que era a grande plateia, como é até hoje a da Abrasco. Seriam funcionários dos três níveis de governo, e eu me lembro que um defensor intransigente dessa primeira visão da Associação Brasileira de Saúde Coletiva era o Chico Gordo. Contra ele se opunha muita gente: Professor Guilherme, por exemplo. Tinham outros que ficavam meio em cima do muro. (Paulo Elias, em entrevista, 2010).

³ Anos 1980, o Partido dos Trabalhadores (PT) desloca o Partido Comunista (PC) na área da saúde, reforça a tese de que militantes do PCB que não se identificavam com as mudanças migraram, por exemplo, para o PT.

⁴ Duas visões sobre a Abrasco: uma que pensa em uma associação de militantes da área da saúde; e outra em uma instituição de pesquisa. A proposta dos militantes, derrotada, o possível morto, era Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

Já na percepção de Gastão Wagner, não teria havido expurgo, e, sim, disputa pelo controle da direção do Cebes entre o PCB e a Ação Popular Marxista Leninista (APML):

Recentemente, Emerson Merhy escreveu uma carta – e-mail – para José Ruben narrando esse racha no Cebes São Paulo, em finais dos anos setenta e começo dos oitenta. Não houve expurgo nem expulsões. Isso foi exagero do Paulo Elias. Houve uma divisão, e concorreram duas chapas, uma organizada por David Capistrano e o pessoal do PCB, mais aliados; e outra pelo pessoal pertencente à então APML, liderados pelo Emerson. A chapa do David ganhou por pequena diferença, e o grupo dissidente se afastou do Cebes. Foi uma luta por controle de aparelho, no caso, o Cebes. Não havia grandes diferenças de projetos. (Gastão Wagner, entrevista em 2014)⁵.

Novamente, mesmo que se aceite o ponto de vista de Gastão Wagner, que indica não ter havido uma expulsão, e, sim, uma saída motivada pela derrota sofrida por um determinado grupo na disputa pelo poder, pela direção do Cebes, a disputa está evidente. Trata-se de uma disputa político-partidária entre o grupo que militava na APML e os agentes vinculados ao PCB, ambos disputando a direção do Cebes.

Considerações finais

As informações apresentadas e analisadas neste trabalho, colhidas de diversas fontes, principalmente entrevistas com militantes do Cebes, ex-dirigentes da entidade, revelam a importância da experiência adquirida através da filiação ao PCB, ou ‘partidão’, no momento de emergência do movimento pela RSB. Quer pelo fato da inserção nas fileiras do partido ter sido o acontecimento que proporcionou o questionamento e a problematização da realidade brasileira na época da ditadura militar, quer pelo fato da militância no partido ter propiciado o aprendizado

do ‘fazer política’, vários dos entrevistados que admitiram essa dupla militância enfatizaram a importância do *habitus* adquirido no campo ‘político-partidário’. Era o ‘saber fazer política’ essa habilidade, disposição adquirida no partido, que foi aplicada na militância do movimento sanitário.

Por outro lado, vários dos entrevistados apontam que o PCB e outros partidos de matriz marxista não chegaram a exercer uma ingerência sobre o movimento sanitário. Ou seja, não provinham da direção do partido as orientações políticas e estratégicas para a organização e a atuação do movimento, podendo-se constatar a existência de certa autonomia das lideranças que atuavam no movimento sanitário com relação à direção do partido. O PCB e os demais partidos e tendências de matriz marxista foram importantes na formação das lideranças, porém, a dimensão suprapartidária do movimento parece ser verdadeira, pois a RSB também congregou pessoas sem filiação e de diferentes filiações. Isso não significa, entretanto, que os partidos tiveram uma importância desprezível, apenas confirma a complexidade do processo da RSB, enquanto um movimento, simultaneamente, de composição e de ideais suprapartidários, que teve, especialmente em seu início, grande presença de lideranças ligadas a partidos de matriz marxista, em especial, o PCB. Essa ligação, longe de gerar um direcionamento do partido ou uma cooptação do movimento pelo partido, gerou, de forma predominante, uma contribuição do partido, através das lideranças da Reforma Sanitária, que aplicaram os conhecimentos adquiridos na militância partidária na luta por uma sociedade mais democrática e mais igualitária.

Para finalizar, cabe registrar que este trabalho representa uma pequena contribuição ao debate, que remonta à polêmica entre Lênin e Rosa Luxemburgo (JACOBINA, 2016), sendo que a questão central é a dicotomia ‘direção consciente’ x ‘espontaneismo’

⁵Embora a entrevista tenha ocorrido em 2014, as informações sobre essa questão foram prestadas em 2015, em um contato subsequente especificamente sobre o racha.

da ação das massas. Essa dicotomia, longe de ficar restrita à análise do processo que conduziu à revolução russa de 1917, permeia os trabalhos que analisam a relação entre partidos e movimento. Em nosso estudo, a relação entre o Cebes e o PCB nem se apresenta como ‘direção consciente’ do partido sobre a entidade, nem evidencia uma ‘autonomia’ plena da entidade com relação ao partido, na medida em que a presença do partido na vida e na ação política de várias das lideranças históricas do movimento sanitário foi um elemento objetivo que influenciou a subjetividade dos agentes que se engajaram na luta pela democracia e pela RSB. Com isso, é possível compreender a diversidade de pontos de vista presente nas fontes acerca da emergência do movimento sanitário e, particularmente, sobre os elementos que influenciaram a ação política do Cebes, configurando um espaço de pontos de vista que valorizam, de um lado, a influência do PCB e de outros partidos de matriz marxista e, de outro, o ponto de vista de agentes que consideram que a atuação da entidade foi suprapartidária, minimizando, portanto, a influência dos partidos.

O nosso ponto de vista, baseado nas evidências analisadas na tese (JACOBINA, 2016), das quais uma pequena parte é apresentada neste artigo, é o de que se trata de uma dupla verdade (BOURDIEU, 1996B, p. 85). Os partidos de matriz marxista, por serem um espaço de aprendizado do “saber fazer” política, tiveram um papel central na trajetória de muitas das lideranças da RSB e, assim, tiveram influência indireta sobre o Cebes,

já que aqueles que tinham dupla militância (PCB e Cebes) levaram essas experiências para sua prática.

Simultaneamente, a atribuição de uma dimensão suprapartidária à atuação do Cebes é verdadeira, não apenas como um ideal de autonomia, que estava profundamente presente na fala dos militantes da RSB, mas como uma realidade, pelo fato do movimento e do Cebes, enquanto entidade orgânica à RSB, congregarem pessoas de múltiplas filiações e sem filiação partidária. Nesse sentido, a autonomia se refere ao fato de, aparentemente, os partidos terem tido pouca ingerência no dia a dia das entidades e na prática da militância, na medida em que, embora haja algumas evidências de que, em determinadas circunstâncias, houve influência mais direta, destaca-se aqui o episódio do ‘racha’ em São Paulo. Essas que foram examinadas na tese (JACOBINA, 2016) nos pareceram insuficientes para afirmar uma direção consciente, embora essa hipótese não possa ser afastada, necessitando de mais estudos.

A importância da experiência nos partidos marxistas para a vida de grande parte dos militantes, para sua experiência política, é algo perceptível e relevante na história do Cebes, e ficou evidente no exame das entrevistas, a partir do momento em que essa experiência partidária se tornou um saber que contribuiu, especialmente, na emergência do movimento sanitário para a definição das estratégias de luta pela RSB. Ela é parte da História dessa luta, e, por isso, deve ser lembrada. ■

Referências

- AMARANTE, P.; RIZZOTTO, M. L. F.; COSTA, A. M. Memória de um movimento: a revista Saúde em Debate e a reforma sanitária brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2023-2029, jul. 2015.
- ALVES, Z. et al. Doutor democracia: entrevista com Sergio Arouca. *O pasquim 21*. Rio de Janeiro, n. 27, ago. 2002.
- BOURDIEU, P. *As regras da arte*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996a.
- _____. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papyrus, 1996b.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). O cenário depois do golpe. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, n. 1, p. 5-8, 1976.
- _____. Editorial. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, n. 2, p. 3-4, 1977.
- _____. Prev-saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, n. 12, p. 21-25, 1981.
- _____. A questão democrática na área da saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, n. 9, p. 11-13, 1980.
- _____. A saúde em debate nas eleições presidenciais: memória e perspectivas. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. esp., set. 2010.
- _____. Editorial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, n. 2, p. 3-4, 1977.
- ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 59-81.
- FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. *Saúde em debate: fundamentos da Reforma Sanitária*. Cebes: Rio de Janeiro, 2007.
- JACOBINA, A. T. *O movimento da Reforma Sanitária brasileira e sua relação com os partidos políticos de matriz marxista*. 217 p. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.
- JINKINGS, I.; SADER, E. (Org.). *As armas da crítica*. São Paulo: Boitempo. 2012.
- LENIN, V. I. Confusão entre política e pedagogia. In: *Obras escolhidas em 3 tomos*. São Paulo: Ciências humanas, 1979, p. 26-36.
- MACHADO, F. A. *O SUS que eu vivi*. Rio de Janeiro: Cebes, 2014.
- PAIM, J. S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- PAULA, S. H. B. et al. A criação de Saúde em Debate, revista do Cebes: narrando a própria história. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 148-155, jan. /abr. 2009.
- PORTELLI, A. O massacre de CivitellaVal di Chiana (Toscana, 29 de junho de 1944): mito e política, luto e senso comum. In: FERREIRA, M. M.; AMADO, J. (Org.). *Usos e abusos da História Oral*. Rio de Janeiro: FGV, 1996, p. 103-130.
- PORTELLI, A. The peculiarities of oral history. *History workshop journal*, Oxford, v. 12, n.1, 1981.
- SOPHIA, D. C. *Saúde e utopia: o Cebes e a Reforma Sanitária Brasileira (1976-1986)*. São Paulo: Hucitec; Sobravime, 2015.
- TILLY, C. Social movements as historically specific

clusters of political performances. *Berkeley Journal of Sociology*, California, v. 38, p. 1-30, 1993.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PINELL, P. The genesis of collective health in Brazil. *Sociology of Health & Illness*, Boston, v. 36, n. 3, p. 423-446, set. 2013.

_____. Gênese Sócio Histórica da Saúde Coletiva no Brasil. In: LIMA, N. T.; SANTANA, J. P.; PAIVA, C. H. A. (Org.). *Saúde Coletiva: a Abrasco em 35 anos*

de história. Rio de Janeiro: Fiocruz; Abrasco, 2015, p. 25-45.

WEBER, M. *Economia e Sociedade Fundamentos de uma Sociologia Compreensiva*. Brasília, DF: UnB, 1999

Recebido para publicação em novembro de 2016

Versão final em novembro de 2016

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Agendas democráticas para o século XXI: percepções dos(as) brasileiros(as) sobre descriminalização e legalização da maconha

Democratic agendas for the 21st century: Brazilian's perceptions about marijuana decriminalization and legalization

Marcelo Rasga Moreira¹, Antônio Ivo de Carvalho², José Mendes Ribeiro³, Fernando Manuel Bessa Fernandes⁴

RESUMO O objetivo do presente trabalho é contribuir para uma melhor compreensão das percepções sobre descriminalização e legalização da maconha. Para isso, foi realizada pesquisa de opinião nacional, entre 07 de outubro e 26 de novembro de 2014, mediante 3.007 entrevistas telefônicas. Os resultados apontam que o debate sobre o tema não é bem feito no Brasil; os entrevistados consideram-se mal informados e parte significativa deles não quer informação; TV e internet são as principais fontes de informação; serviços de educação e saúde não são vistos como fonte de informação; mulheres acima de 45 anos com baixa escolaridade e renda têm percepções mais negativas em relação à descriminalização e à legalização, se comparadas a homens jovens com maior escolaridade e renda.

PALAVRAS-CHAVE Democracia. Crime. *Cannabis*.

ABSTRACT *The objective of the present work is to contribute to a better understanding of perceptions about marijuana decriminalization and legalization. For this, a national opinion survey was conducted, between October 07 and November 26, 2014, by means of 3.007 telephone interviews. The results point that the debate on the subject is not well done in Brazil; the interviewees consider themselves poorly informed and a significant part of them does not want information; TV and the internet are the main sources of information; education and health services are not seen as a source of information; women over 45 with low schooling and income have more negative perceptions regarding decriminalization and legalization, if compared to young men with higher schooling and income.*

KEYWORDS *Democracy. Crime. Cannabis.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. rasgamoreira@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos (CEE) e Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. aivo@ensp.fiocruz.br

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. ribeiro@ensp.fiocruz.br

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. fernando.bessa@ensp.fiocruz.br

Introdução

A crise política que o Brasil atravessa desde 2013 traz ameaças concretas à sua já incipiente democracia. O conflito aberto entre os poderes da república neste final de 2016, corolário do golpe que destituiu a Presidenta Dilma Roussef, ilustra a radicalização da polarização política que se instaurou na sociedade.

Desde as chamadas ‘manifestações de junho de 2013’, ações de intolerância, violência, preconceito, racismo e fascismo têm disputado o espaço público com aquelas que buscam promover a liberdade, a convivência entre os diferentes, o avanço dos direitos individuais e sociais, e a intensificação da democratização.

Esse conflito tende a acompanhar o espectro político contemporâneo dos alinhamentos à direita e à esquerda. Cabe àqueles que se alinham à esquerda, em suas diferentes maneiras e concepções, construir novas agendas democráticas capazes, por um lado, de impedir o desmonte das políticas sociais e de proteção construídas no País desde 2003, e, por outro, avançar nas lutas identitárias.

Nesse contexto, a questão das drogas assume destaque, pois envolve tanto a necessidade de políticas de proteção social quanto do respeito às identidades. Constitui-se, portanto, em uma agenda fundamental na busca pela radicalização democrática, nesta segunda década do século XXI.

A agenda até aqui hegemônica, nesse campo, tem sido a da ‘guerra às drogas’, que, pertencente ao universo político de coalizões de direita, comumente acompanha proposições contra o aborto, a imigração e políticas de discriminação positiva. É contra ela que o presente artigo se manifesta.

A ‘guerra às drogas’ fracassou. Sob qualquer ponto de vista que leve em conta a paz, a justiça social, a saúde pública e até mesmo a eficiência do enfrentamento, seus executores não são capazes de apontar nenhum ganho significativo, que possa ser utilizado como argumento a seu favor.

Ao contrário, seus principais resultados articulam fortes impactos negativos, tanto no âmbito do indivíduo quanto no da sociedade. De tão deletérios, conseguiram transformar os danos causados pelas tentativas de acesso e compra das drogas – pela maneira como estas são utilizadas e pela repressão social e política aos consumidores – em danos muito mais pesados do que os causados pelo efeito das drogas propriamente dito (TRANSFORM DRUG POLICY FOUNDATION, 2009).

Se o objetivo é produzir um cenário social em que a repressão iniba o consumo, está longe de lograr êxito, e convive diariamente com a dor e o sofrimento. No Brasil, os danos manifestam-se mais incisivamente na morbimortalidade das populações mais vulneráveis, notadamente jovens pobres, do sexo masculino, negros e mulatos, moradores de favelas e periferias (NEVES; GARCIA, 2015; ASSIS; DESLADES; SANTOS, 2005); na superlotação dos sistemas carcerários e socioeducativos, que produzem condições de vida absolutamente degradantes (FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA, 2015; SCISLESKI ET AL., 2014; FERNANDES ET AL., 2014); no reforço da repressão e da corrupção policial (MUNIZ; PROENÇA JR., 2007); na multiplicação desenfreada da demanda por serviços de saúde mental (RIBEIRO ET AL., 2016; SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015); e na organização do tráfico de drogas em uma dinâmica econômica que integra mercado legal, informal e ilegal, tornando-se uma atividade extremamente rendosa, que procura se infiltrar na política partidária e eleitoral (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2001).

Diante desses resultados, o debate sobre a legalização e a descriminalização das drogas tem crescido em vários países e despertado o interesse de diferentes segmentos organizados da sociedade, desde grupos militantes de usuários de drogas até a mídia, passando por *think tanks*, partidos políticos e franjas dos poderes judiciários.

Como qualquer debate social importante, esse também possui um amplo espectro de posições, das mais radicais, que, compreendendo o consumo de qualquer droga – até

das mais moderadas – como modelo de negócios, defendem a legalização, focam sua atuação em drogas de maior aceitação social e advogam o aperfeiçoamento incremental do aparato legal voltado para as socialmente mais aceitas.

É nesse contexto que o debate sobre a legalização e a descriminalização da maconha tornou-se o mais ativo em diferentes sociedades, em um movimento que foi reforçado pela descoberta de suas propriedades terapêuticas e possibilidades de uso médico. Nos últimos anos, vários países fizeram alterações importantes em suas legislações sobre a maconha. Merecem destaque determinados estados dos EUA, que fizeram a opção pelo livre mercado; e o Uruguai, que, seguindo caminho contrário, estatizou o processo de produção e distribuição.

No Brasil, foi intensa a repercussão dessas medidas nos setores organizados da sociedade. Organizações Não Governamentais (ONGs) e instituições civis ganharam novo alento e mais espaço para avançarem no tema; projetos de lei foram apresentados ao congresso nacional; criou-se a Comissão Brasileira sobre Drogas e Democracia (CBDD), com ampla representação social; e, como tem se tornado cada vez mais comum no processo político brasileiro, o Judiciário entrou no debate, que hoje está em suspenso, aguardando o Supremo Tribunal Federal (STF) julgar uma ação cujo resultado pode produzir uma evidente mudança legal, abrir precedentes e tornar o mais alto tribunal do País a principal arena desse debate, em nível nacional.

A despeito da importância da mobilização dos setores organizados e do valor da causa, há uma incógnita: E os brasileiros, o que pensam? Este é o objetivo do artigo: contribuir para a compreensão sobre o que pensam brasileiros e brasileiras acerca da descriminalização e da legalização da maconha, apoiando caminhos para uma mudança social que, caso haja, seja fruto de um processo que incorpore a participação

dos cidadãos, e não só de um pacto entre elites mais ativas e organizadas.

Aspectos metodológicos

O presente artigo é fruto do estudo ‘A percepção dos brasileiros sobre temas relacionados à descriminalização da maconha’, desenvolvido pelo Centro de Estudos Estratégicos da Fundação Oswaldo Cruz (CEE-Fiocruz), que, entre 07 de outubro e 26 de novembro de 2014, realizou uma pesquisa de opinião de caráter nacional, mediante 3.007 entrevistas telefônicas com pessoas acima dos 18 anos, em todos os estados do País. A margem de erro é de mais ou menos 1,4%, com intervalo de confiança de 95%.

Buscando levantar informações e percepções dos entrevistados sobre o tema, em si, e suas relações com saúde, violência e segurança pública, esta pesquisa contou com um instrumento composto por 32 questões – 3 abertas, 26 fechadas (13 com escalas de concordância/discordância) e 3 mistas.

Por seu caráter telefônico, pela abrangência nacional e pelo tamanho da amostra, os pesquisadores que realizaram as entrevistas telefônicas contaram com um roteiro que se iniciava com a seguinte fala:

Bom dia/boa tarde, meu nome é [...] e no momento estamos fazendo uma pesquisa para a Fiocruz sobre a opinião das pessoas acerca de temas de saúde pública, em especial, a questão das drogas. O(a) Sr.(a) poderia participar?

A fim de garantir os princípios da bioética na pesquisa, os entrevistadores foram treinados para esclarecer dúvidas quanto ao instrumento e, acima de tudo, aceitar imediatamente, sem negociar, uma negativa de participação. As pessoas que aceitavam eram informadas de que seus nomes, endereços e quaisquer possíveis dados que pudessem identificá-las seriam mantidos sob sigilo. Foi-lhes reforçada, ainda, a ideia de

que suas respostas seriam utilizadas exclusivamente no âmbito da pesquisa, que envolveria a publicação de relatórios, artigos e livros. Além disso, foi-lhes garantido que, mesmo nessas publicações, os dados jamais seriam divulgados de maneira individual, reforçando-lhes o sigilo e o anonimato prometidos, e preservando-lhes o princípio da não maleficência.

Os dados desta pesquisa mostraram-se extremamente ricos e abrangentes. Para o presente artigo, adotou-se como recorte o foco na percepção dos entrevistados sobre o 'grau de informação' acerca do debate sobre descriminalização/legalização da maconha; as 'repercussões na saúde' e a 'violência' advindas de uma possível descriminalização/legalização da maconha; e as 'expectativas' em relação ao uso/consumo, caso a maconha fosse descriminalizada/legalizada.

Os resultados foram trabalhados, como se verá a partir do próximo tópico, por meio de uma estratégia que privilegiou a apresentação percentual do resultado geral e o distribuiu, também percentualmente, nos seguintes estratos populacionais: região de moradia, gênero, faixa etária, renda mensal e grau de escolaridade. Para que a leitura ficasse fluida e compreensível, optou-se por apresentar as distribuições percentuais por estrato, nas situações em que elas apresentassem contrastes com o resultado geral ou entre si, permitindo, assim, um melhor conhecimento das convergências e divergências encontradas.

Diante disso, como consequência do trabalho desenvolvido, entende-se que a divulgação do conhecimento construído com os entrevistados em torno do tema melhora as possibilidades explicativas dos pesquisadores e contribui para a superação do

senso comum, promovendo o princípio da beneficência.

Resultados e discussões: o que pensam os brasileiros sobre a descriminalização e a legalização da maconha?

Para uma melhor compreensão dos resultados da pesquisa, optou-se por dividir esta seção nos seguintes tópicos: 'grau de informação', 'percepção sobre uso/consumo de maconha e suas repercussões na saúde', 'percepção sobre a descriminalização/legalização da maconha e suas repercussões na violência', e 'expectativas e experiências com relação ao uso/consumo de maconha'. Desta forma, torna-se mais fácil fazer tanto uma leitura de cada tópico como uma articulação entre eles.

Percepções sobre o 'grau de informação da sociedade' e o 'grau de informação do próprio indivíduo' acerca do debate sobre descriminalização e legalização da maconha

Conforme ilustra a *tabela 1*, para 74% dos entrevistados, o debate sobre a descriminalização da maconha não está sendo bem feito no Brasil. Distribuindo-se as respostas pelos estratos populacionais trabalhados na pesquisa, aqueles que consideram mais incisivamente que esse debate não está sendo bem feito são: (i) pessoas do sexo masculino; (ii) jovens entre 18 e 24 anos; (iii) moradores da Região Sudeste; (iv) pessoas com renda acima de dez salários mínimos; e (v) pessoas que têm ensino superior completo ou grau de instrução ainda maior.

Tabela 1. O debate sobre a maconha está sendo bem feito no País? Distribuição por região, sexo, faixa etária, renda e escolaridade. Brasil, 2014

	Base	Sim	Não	Não sabe	Nr	Total
Total	3007	11,4%	74,7%	13,8%	0,0%	100,0%
Regiões do País						
Centro-Oeste	205	10,2%	77,1%	12,7%		100,0%
Nordeste	794	15,0%	71,9%	13,1%		100,0%
Norte	198	15,2%	70,7%	14,1%		100,0%
Sudeste	1349	8,5%	77,7%	13,7%	0,1%	100,0%
Sul	461	12,8%	71,6%	16,6%		100,0%
Sexo						
Masculino	1460	12,0%	77,4%	10,6%		100,0%
Feminino	1547	10,9%	72,2%	16,8%	0,1%	100,0%
Faixa etária						
18 a 24 anos	607	12,4%	79,6%	8,1%		100,0%
25 a 34 anos	727	11,4%	78,1%	10,3%	0,1%	100,0%
35 a 44 anos	655	10,7%	75,4%	13,9%		100,0%
45 a 59 anos	605	11,4%	71,6%	17,0%		100,0%
60 anos ou mais	413	11,4%	65,1%	23,5%		100,0%
Renda						
até 1 salário mínimo	316	18,0%	63,6%	18,4%		100,0%
1 a 2 salários mínimos	773	14,0%	69,6%	16,4%		100,0%
2 a 5 salários mínimos	1077	8,4%	80,2%	11,4%		100,0%
5 a 10 salários mínimos	379	10,0%	81,0%	9,0%		100,0%
Mais de 10 salários mínimos	135	8,1%	81,5%	10,4%		100,0%
Escolaridade						
Até ensino fundamental incompleto	363	14,6%	58,1%	27,3%		100,0%
Fundamental completo/ médio incompleto	456	18,2%	63,2%	18,6%		100,0%
Médio completo/ superior incompleto	1534	10,4%	78,6%	11,0%	0,1%	100,0%
Superior completo ou mais	654	7,3%	83,0%	9,6%		100,0%

Fonte: CEE/Fiocruz, 2015.

Referindo-se a si mesma, a maioria absoluta dos entrevistados, 57,8%, não se considera bem informada para participar do debate, sendo que 46,6% deles disseram estar ‘mal informados’ e 11,2%, ‘muito mal informados’. Por outro lado, 37,9% declararam-se, de alguma maneira, informados, sendo 2,9% ‘muito bem informados’ e 33% ‘bem informados’.

Entre os que se declaram desinformados, destacam-se: pessoas do sexo feminino (65,1%); aqueles que têm 60 anos ou mais (63,2%); os que possuem renda de até um salário mínimo (65%); os que não chegaram a completar o ensino fundamental (77%); e os residentes na Região Centro-Oeste (62,5%).

É interessante apontar que 53% dos entrevistados responderam que sabem que

“descriminalizar a maconha significa uma mudança na lei, pela qual quem fuma maconha deixa de cometer um crime”, enquanto 67,8% sabem que

legalizar a maconha significa que a compra e a venda de maconha em estabelecimentos oficiais passam a ser legais, e que as bocas de fumo continuam sendo crime.

Isso parece indicar que o grau de desinformação relatado pelos entrevistados está mais relacionado às repercussões que a descriminalização/legalização podem trazer para a sociedade e para o indivíduo, do que ao conhecimento de seu significado.

Nos tópicos seguintes, há dados que reforçam essa hipótese. Por enquanto, tal cenário de desinformação pode ser mais compreensível na medida em que são conhecidas as principais fontes de informação dos entrevistados: 22,5% declaram que não consultam nenhuma fonte de informação, percentual que se eleva na Região Sudeste (24,6%), entre pessoas do sexo feminino (25%), os que têm 60 anos ou mais (28,1%), os que ganham até um salário mínimo (32,3%) e os que não chegaram a completar o ensino fundamental (35,3%).

Entre as fontes de informação (questão de respostas múltiplas), as mais citadas foram a TV (37,9%), a internet (31,5%), os jornais (14,1%) e as revistas (4,7%). Somando-se a estes os que citaram rádio (1,7%) e ‘mídia em geral’ (0,9%), constata-se que, entre aqueles que procuram informação, as mídias são sua grande fonte.

Há uma inversão desse quadro entre os jovens de 18 a 24 anos: a internet torna-se a fonte mais procurada para 50,9% deles, seguida pela TV, com 25,7%. A mesma situação, embora em menores proporções, desponta para aqueles que têm entre 25 e 34 anos: 41,5%, internet e 34,4%, TV.

Já nas faixas etárias acima dos 34 anos, a TV reassume a posição de fonte mais procurada, seguida pela internet, com exceção dada na faixa de 60 anos ou mais, na qual as revistas assumem a segunda posição

(18,2%), tornando-se a internet a terceira fonte (8,2%). É importante destacar que esta última também é a faixa etária em que a TV tem sua maior percentagem, 47,7%.

Enfocando-se a renda dos entrevistados, a TV é a fonte mais importante para os que recebem até cinco salários mínimos. Nas faixas entre ‘5 a 10’ e ‘mais de 10’ salários mínimos, a internet assume a primeira posição, sendo que, nesta segunda faixa, as revistas superam a TV na segunda posição.

As redes familiares e de amigos surgem como as instituições tradicionais mais utilizadas como fontes de informação pelos entrevistados, mas em uma proporção bem inferior às já referidas: 5,4%.

O apoio religioso parece também não ser uma fonte de informação procurada, no que se refere ao debate sobre a descriminalização da maconha, visto que apenas 0,4% citou ‘igreja’.

As políticas públicas e suas instituições são vistas como fontes de informação para poucos entrevistados: enquanto a escola/universidade foi citada por 4,1% (pode-se acrescentar 0,3% que citou professor/educador), os serviços de saúde tiveram uma participação pífia, com irrisório 0,3%. Mesmo que a ele se acrescentasse o 0,4% que citou ‘médico’, o setor saúde sequer chegaria a 1%.

Conclui esse cenário um dado impactante: 45,8% dos entrevistados, quando perguntados sobre que informações gostariam de ter a respeito do tema, responderam *“nenhuma/não quer informação”*, item que foi o mais citado.

Percepções sobre o uso/consumo da maconha e suas repercussões na saúde

Quando apresentados à frase *“Se as pessoas têm o direito à bebida alcoólica, também devem ter o direito de usar maconha”*, 46,9% dos entrevistados dela discordaram totalmente. Acrescentando-se a estes os que ‘mais discordam do que concordam’ (15,3%), tem-se que 62,2% revelaram algum nível de discordância da frase.

Esses níveis de discordância permanecem nas estratificações trabalhadas pela pesquisa, porém com nítidas diferenças, havendo mais intensidade (i) entre as mulheres (67,7%, sendo 51,6% com discordância total e 16,1%, parcial) do que entre os homens (56,4%, dos quais 41,9% discordam totalmente e 14,5%, parcialmente); (ii) entre as pessoas de 60 anos ou mais (72,1% com discordância total, 58,1% mais discordam do que concordam e 14% com discordância parcial) e na faixa entre 45 e 59 anos (65,8%, 51,4% e 14,4%, respectivamente) do que entre os jovens de 18 a 24 anos (52,3%, 37,1% e 15,2%); (iii) entre as pessoas com renda de até 1 salário mínimo (78,5%, 63,9%, 14,6%) do que nas com renda acima de 10 salários mínimos (50,4%, 41,5%, 8,9%); e (iv) entre as pessoas com ensino fundamental incompleto (73,8%, 63,9%, 14,6%) do que entre as que possuem superior completo ou grau de instrução ainda maior (57,2%, 43,6% e 13,6%).

Indagados sobre o grau de concordância/discordância acerca da frase “*Bebida alcoólica faz mais mal à saúde do que maconha*”, 44,1% apresentaram algum nível de concordância (24,7% concordaram totalmente, enquanto 19,4% mais concordaram do que discordaram). Acrescentando-se a estes os 27,3% que ‘não concordam nem discordam’, constata-se que 27,7% apresentaram discordância da frase, sendo que apenas 16,1% discordam totalmente.

Abriando uma sequência de percepções negativas acerca do uso/consumo da maconha, 71% apresentaram algum nível de concordância com a frase “*A maconha acaba com a vida das pessoas*”. A tabela 2 ilustra estas repostas, indicando divergências importantes nas estratificações dos entrevistados, que apontam, sobretudo, para percepções mais negativas entre mulheres, pessoas que têm mais de 60 anos, que recebem até 1 salário mínimo e que não chegaram a completar o ensino fundamental.

Tabela 2. Grau de concordância/discordância com a frase “*A maconha acaba com a vida das pessoas*”: distribuição por região, sexo, faixa etária, nível de escolaridade e renda. Brasil, 2014

	Base	concorda totalmente	mais concorda que discorda	mais discorda que concorda	discorda totalmente	não concorda nem discorda	nr/ns	Total
Total	3007	54,6%	16,4%	12,3%	11,9%	4,4%	0,4%	100,0%
Regiões do País								
Centro-Oeste	205	47,8%	22,4%	16,6%	7,8%	5,4%		100,0%
Nordeste	794	63,0%	13,5%	7,8%	11,8%	3,5%	0,4%	100,0%
Norte	198	54,0%	20,7%	9,6%	8,6%	7,1%		100,0%
Sudeste	1349	51,1%	17,3%	15,1%	11,3%	4,6%	0,4%	100,0%
Sul	461	53,4%	14,3%	11,1%	17,1%	3,5%	0,7%	100,0%
Sexo								
Masculino	1460	46,1%	18,2%	16,7%	14,9%	4,9%	0,2%	100,0%
Feminino	1547	62,6%	14,7%	9,1%	9,2%	3,8%	0,6%	100,0%
Faixa etária								
18 a 24 anos	607	41,8%	16,0%	19,9%	18,6%	3,3%	0,3%	100,0%
25 a 34 anos	727	46,5%	16,8%	15,3%	15,7%	5,5%	0,3%	100,0%
35 a 44 anos	655	55,7%	18,2%	11,9%	10,8%	2,9%	0,5%	100,0%
45 a 59 anos	605	64,1%	14,9%	7,9%	7,4%	5,3%	0,3%	100,0%
60 anos ou mais	413	71,7%	16,0%	2,9%	3,9%	4,8%	0,7%	100,0%

Tabela 2. (cont.)

Renda								
até 1 salário mínimo	316	78,2%	6,0%	2,8%	8,2%	4,1%	0,6%	100,0%
1 a 2 salários mínimos	773	60,7%	18,1%	10,3%	7,4%	2,8%	0,6%	100,0%
2 a 5 salários mínimos	1077	48,6%	17,8%	15,9%	13,0%	4,6%	0,1%	100,0%
5 a 10 salários mínimos	379	42,0%	16,9%	15,6%	20,8%	4,5%	0,3%	100,0%
Mais de 10 salários mínimos	135	39,3%	18,5%	11,1%	20,0%	9,6%	1,5%	100,0%
Escolaridade								
Até ensino fundamental incompleto	363	77,1%	12,7%	4,4%	2,5%	3,0%	0,3%	100,0%
Fundamental completo/ médio incompleto	456	68,2%	15,4%	5,5%	7,7%	2,9%	0,4%	100,0%
Médio completo/ superior incompleto	1534	49,0%	17,8%	15,0%	13,3%	5,5%	0,4%	100,0%
Superior completo ou mais	654	45,6%	16,1%	15,1%	17,0%	5,8%	0,5%	100,0%

Fonte: CEE/Fiocruz, 2015.

Diante da frase “A maconha é a porta de entrada para outras drogas”, 86,5% apresentaram algum nível de concordância com ela, sendo que 74,4% concordaram totalmente e 12,1% concordaram parcialmente. As distribuições entre os estratos populacionais estudados seguem perfis semelhantes às já referidas.

Finalizando este tópico, a *tabela 3*, que enfoca a concordância dos entrevistados

(somatório das respostas ‘concorda totalmente’ e ‘mais concorda do que discorda’) com as frases acima apresentadas, distribui as respostas pela variável na qual as pessoas consideraram-se ‘bem informadas’ ou não, ilustrando que as percepções negativas são sempre e consideravelmente mais intensas entre os que se consideraram ‘mal’ ou ‘muito mal’ informados.

Tabela 3. Percepção dos entrevistados sobre perguntas referentes às repercussões da descriminalização da maconha na saúde dos indivíduos. Distribuição das respostas concordantes por grau de informação sobre o debate. Brasil, 2014

	% de entrevistados que se consideram ‘bem’ ou ‘muito bem informados’, e que concordam com a frase	% de entrevistados que se consideram ‘mais ou menos informados’, e que concordam com a frase	% de entrevistados que se consideram ‘mal’ ou ‘muito mal informados’, e que concordam com a frase
Se as pessoas têm o direito à bebida alcoólica, também devem ter o direito de usar maconha	39,2%	29,2%	27,5%
Bebida alcoólica faz mais mal à saúde do que maconha	51,6%	36,9%	40,3%
A maconha acaba com a vida das pessoas	62,4%	73,3%	76,0%
A maconha é a porta de entrada para outras drogas	79,2%	84,1%	91,3%

Fonte: CEE/Fiocruz, 2015.

Percepções sobre descriminalização/ legalização da maconha e suas repercussões sobre a violência

A maioria absoluta dos entrevistados (55,6%) considerou que “*não comete crime quem apenas usa maconha, e não é traficante*”. Esse percentual ultrapassa os 60% nos estratos, nas faixas etárias entre ‘18 e 24 anos’ (67,4%) e ‘25 a 34 anos’ (60,4%); entre os que recebem de ‘5 a 10’ salários mínimos e acima de 10 (61,7% e 60,7%, respectivamente); e os que têm ensino superior completo ou grau de instrução ainda maior (62,5%).

Em relação à ideia de que “*Descriminalizar a maconha reduziria o tráfico de drogas*”, 39% dos entrevistados apontaram algum nível de concordância, sendo que 20,5% concordam totalmente e 18,5% mais concordam do que discordam. E há diferenças importantes nesses percentuais, quando se enfocam os estratos populacionais investigados: 42,9% dos homens têm alguma concordância, o que se reduz para 35,1% das mulheres; 51% dos jovens entre 18 e 24 anos, contra 31,5% dos que têm mais de 60 anos. Contudo, a concordância pouco oscila entre os estratos de renda (39,8% dos que recebem entre ‘5 e 10’

salários mínimos, enquanto 34,5% dos que obtêm menos de um salário mínimo) e a escolaridade, variando entre 35,5% e 41%.

Já em relação à frase “*Descriminalizar a maconha reduziria a violência*”, 28,9% dos entrevistados apresentaram alguma concordância com ela, sendo que 14,5% concordaram totalmente e 14,4% tiveram somente alguma concordância. Especialmente em relação a esta frase, os índices de variação foram de baixa amplitude, mantendo as correlações já descritas neste artigo, mas com percentuais próximos ao total.

Também evocando percepções sobre a relação entre a descriminalização da maconha e a violência, a frase “*Descriminalizar a maconha vai diminuir a violência policial*” obteve a concordância de 27,8% dos entrevistados.

A *tabela 4*, que enfoca a concordância dos entrevistados (somatório das respostas ‘concorda totalmente’ e ‘mais concorda do que discorda’) com as frases acima apresentadas, distribui as respostas pela variável na qual as pessoas consideraram-se ‘bem informadas’ ou não, ilustrando que o grau de concordância varia entre 1/4 e 1/3 dos entrevistados, sendo sempre menor entre os que se consideraram ‘mal’ ou ‘muito mal’ informados.

Tabela 4. Percepção dos entrevistados sobre perguntas referentes às repercussões da descriminalização da maconha no cenário de violência. Distribuição das respostas concordantes por grau de informação sobre o debate. Brasil, 2014

	% de entrevistados que se consideram ‘bem’ ou ‘muito bem informados’, e que concordam com a frase	% de entrevistados que se consideram ‘mais ou menos informados’, e que concordam com a frase	% de entrevistados que se consideram ‘mal’ ou ‘muito mal informados’, e que concordam com a frase
Descriminalizar a maconha reduziria o tráfico de drogas	44,7%	41,1%	35,2%
Descriminalizar a maconha reduziria a violência	34%	30,8%	25,7%
Descriminalizar a maconha vai diminuir a violência policial	31,8%	27,7%	26,0%

Fonte: CEE/Fiocruz, 2015.

Expectativas e experiências com relação ao uso da maconha

Em relação à pergunta “*Se comprar maconha no Brasil fosse legal, você compraria?*”, 91,4% dos entrevistados responderam que não. Embora existam as diferenças dos estratos populacionais, a proporção de ‘não’ é inferior a 90% entre os homens (85%); jovens entre 18 e 24 anos (85%) e 25 a 34 anos (89,1%); com renda de 5 a 10 salários mínimos (87,6%) e de mais de 10 salários mínimos (88,1%).

Curiosamente, diante da frase “*Se a maconha for descriminalizada, seu uso vai aumentar?*”, 70,9% apresentaram níveis de

concordância, sendo que 54,8% concordaram totalmente e 16,1% mais concordaram do que discordaram.

Conforme ilustra a *tabela 5*, esse nível de concordância acima dos 70% mantém-se em quase todas as estratificações, sendo que as que ficam abaixo deste patamar não apresentam menos de 60%. As mais elevadas percentagens de concordância ocorrem na Região Centro-Oeste (77,5%), entre as mulheres (71,7%), as pessoas acima de 60 anos (74,1%), entre os que têm renda de 1 a 2 salários mínimos (74,1%) e os com ensino fundamental completo e médio incompleto (72,3%).

Tabela 5. Grau de concordância/discordância com a frase “*Se a maconha for descriminalizada, seu uso vai aumentar?*”: distribuição por região, sexo, faixa etária, nível de escolaridade e renda. Brasil, 2014

	Base	concorda totalmente	mais concorda que discorda	mais discorda que concorda	discorda totalmente	não concorda nem discorda	nr/ns	Total
Total	3007	54,8%	16,14%	11,2%	14,9%	2,9%	0,1%	100,0%
Regiões do País								
Centro-Oeste	205	46,3%	31,2%	12,7%	4,9%	4,9%		100,0%
Nordeste	794	57,1%	13,5%	10,2%	17,0%	2,3%		100,0%
Norte	198	52,0%	22,2%	8,6%	13,6%	3,5%		100,0%
Sudeste	1349	55,3%	15,6%	11,2%	14,5%	3,3%	0,2%	100,0%
Sul	461	54,2%	13,0%	13,2%	17,6%	1,7%	0,2%	100,0%
Sexo								
Masculino	1460	54,2%	15,9%	12,2%	15,1%	2,5%	0,1%	100,0%
Feminino	1547	55,3,6%	16,4%	10,2%	14,7%	3,2%	0,2%	100,0%
Faixa etária								
18 a 24 anos	607	50,7%	17,3%	13,8%	16,8%	1,3%		100,0%
25 a 34 anos	727	53,2%	17,7%	11,4%	14,4%	3,2%		100,0%
35 a 44 anos	655	55,9%	16,2%	11,5%	14,2%	2,3%		100,0%
45 a 59 anos	605	56,0%	14,2%	10,7%	14,9%	3,8%	0,3%	100,0%
60 anos ou mais	413	59,8%	14,3%	7,0%	14,0%	4,4%	0,5%	100,0%
Renda								
até 1 salário mínimo	316	61,4%	9,2%	7,3%	18,0%	3,8%	0,3%	100,0%
1 a 2 salários mínimos	773	58,6%	15,5%	9,3%	13,3%	3,2%		100,0%
2 a 5 salários mínimos	1077	53,9%	18,8%	12,3%	13,0%	2,0%	0,1%	100,0%
5 a 10 salários mínimos	379	47,2%	18,2%	14,0%	18,5%	2,1%		100,0%
Mais de 10 salários mínimos	135	51,1%	11,1%	11,9%	22,2%	3,7%		100,0%

Tabela 5. (cont.)

Escolaridade								
Até ensino fundamental incompleto	363	55,6%	18,7%	8,8%	12,4%	4,1%	0,3%	100,0%
Fundamental completo/ médio incompleto	456	60,7%	11,6%	9,0%	15,4%	2,9%	0,4%	100,0%
Médio completo/ superior incompleto	1534	54,9%	17,1%	11,3%	1,0%	2,6%	0,1%	100,0%
Superior completo ou mais	654	49,8%	15,4%	13,8%	18,0%	2,9%		100,0%

Fonte: CEE/Fiocruz, 2015.

Considerações finais

Os resultados da pesquisa permitem delinear rumos e ações para a construção de uma agenda democratizante, no que se refere à descriminalização e à legalização da maconha.

O primeiro e mais relevante diz respeito à necessidade de se desenvolverem diálogos diretos com a população, que admite estar mal informada. Logicamente, isto tem relação direta com o fato de os serviços públicos de educação e saúde não representarem, nem de longe, o papel de fonte de informação. Se a TV e as redes sociais continuarem a ocupar esse papel, dificilmente será superada uma série de percepções negativas, que, como foi visto, prevalecem entre os que se declaram mal informados.

Ora, se o século XXI é o da ‘sociedade da informação’; se as tecnologias de informação e comunicação permitem o desenvolvimento de redes sociais que, em torno do mundo, têm produzido mobilizações sociais poderosas; e se, em alguns países – como a Finlândia, por exemplo –, o processo constituinte foi conduzido via web, parece ser claro que, para que as novas agendas democratizantes obtenham sucesso, elas devem ser capazes de valorizar e qualificar a participação e a deliberação social, por meio de uma política de comunicação.

Esta pesquisa fornece pistas, também, para os segmentos que precisam ser focalizados por essa política de comunicação: mulheres, acima de 45 anos, com baixa escolaridade e renda. Perceba-se que, nesse grupo, estão as mães que sofrem com a violência que envolve o tráfico de drogas e atinge seus filhos. Nesta pesquisa, não se buscou identificar a etnia dos entrevistados (outras devem fazê-lo), mas alguns estudos mostram que essas mães são, em sua grande maioria, negras e mulatas.

Aqui, ficam nítidas outras duas necessidades das agendas democratizantes: a de ouvir e de dar voz às mulheres, em geral, já tão agredidas pelo machismo que domina a sociedade brasileira: e às negras e mulatas, especialmente, violentadas pelo racismo que teima em se manter no País. Ser mulher, mãe e negra é ter um acúmulo de características extremamente bonitas e importantes para o indivíduo e para a construção de uma sociedade mais justa. Uma agenda democratizante tem de incorporar estas pessoas como protagonistas.

Ter o foco nesses segmentos não significa descuidar dos outros, mas, sobretudo, é também saber trazer a força dos jovens para o processo de construção das agendas. Foram eles que apresentaram as respostas mais sensíveis à descriminalização e à legalização da maconha, e são eles que facilmente

serão vistos pelos defensores da ‘guerra às drogas’ como alvos da repressão.

Outro ponto essencial a ser destacado é que o debate deve ser ambientado no campo da saúde pública e no da superação da violência que envolve o tráfico de drogas, este que todos os dias deixa vítimas nas grandes cidades do País. Fortalecer as políticas de saúde e superar a violência demandam agendas articuladas, capazes de trazer melhorias vigorosas às condições de vida da população.

Por fim, ressalta-se que esta pesquisa não se preocupou em perguntar se os entrevistados são ‘contra ou a favor’ da descriminalização e da legalização das drogas. O que se queria efetivamente compreender era, e é, o que pensam as pessoas sobre os fatores e as relações que fazem parte desse processo, e que tornam-se completamente obscurecidos quando se faz uma pergunta do tipo ‘contra ou a favor’.

O paradoxo entre as respostas que refletem o fato de que a quase totalidade

dos entrevistados diz que não consumiria maconha, caso ela fosse legalizada no Brasil, e as respostas que revelam que um percentual também muito grande considera que o consumo de maconha vai aumentar, demonstram que, para identificar e compreender o que as pessoas pensam sobre um assunto complexo e melindroso como este, os pesquisadores devem percorrer caminhos conturbados de esquinas, cruzamentos, bifurcações e atalhos, antes de chegarem a um local onde possivelmente uma resposta direta e objetiva represente uma tradução do que o entrevistado pense sobre o tema.

Esta foi uma opção da presente pesquisa, tendo como intenção contribuir para a construção de agendas democratizantes para o século XXI: oportunizar um primeiro contato direto com determinados sujeitos e suas percepções. Tal opção pode, logicamente, também ser encarada como uma limitação da pesquisa, que, desejamos, seja suprida por mais e melhores estudos. ■

Referências

ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F.; SANTOS, N. C.

Violência na adolescência: sementes e frutos de uma sociedade desigual. In: BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Violência na adolescência: sementes e frutos de uma sociedade desigual*. Brasília, DF, 2005. p. 79-115.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M.

Nem Soldados Nem Inocentes: juventude e tráfico de drogas no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA,

M. R. A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 120-131, dez. 2015.

FERNANDES, L. H. *et al.* Necessidade de

aprimoramento do atendimento à saúde no sistema carcerário. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 275-283, 2014.

MUNIZ, J. O.; PROENÇA JR., D. Muita politicagem, pouca política os problemas da polícia são. *Estud. Av.*, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 159-172, 2007.

NEVES, A. C. M.; GARCIA, L. P. Mortalidade de jovens brasileiros: perfil e tendências no período 2000-2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, DF, v. 24, n. 4, p. 595-606, out./dez. 2015.

RIBEIRO, J. M. *et al.* Acesso aos serviços de atenção em álcool, crack e outras drogas – o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 71-81, 2016.

SCISLESKI, A. C. C. *et al.* Medida Socioeducativa de Internação: dos Corpos Dóceis às Vidas Nuas. *Psicol. Ciênc. Prof.*, Brasília, DF, v. 34, n. 3, p. 660-675, 2014.

SILVA, C. C.; CRUZ, M. M.; VARGAS, E. P. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 246-256. dez. 2015.

TRANSFORM DRUG POLICY FOUNDATION. *After the War on Drugs: Blueprint for Regulation*. Transform Drug Policy Foundation. 2009. Disponível em: <<http://www.tdpf.org.uk>>. Acesso em: 1 dez. 2016.

Recebido para publicação em dezembro de 2016

Versão final em dezembro de 2016

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

O terceiro turno de Dilma Rousseff

Dilma Rousseff's Third Round

João Feres Júnior¹, Luna de Oliveira Sassara²

RESUMO Neste artigo, testamos a hipótese de que a cobertura recebida pela presidente Dilma Rousseff nos jornais 'Folha de São Paulo', 'O Globo' e 'O Estado de São Paulo' tornou-se ainda mais negativa após sua vitória eleitoral em outubro de 2014. Também comparamos a cobertura de Dilma àquela dedicada a Aécio Neves, seu principal adversário e líder da oposição, alvo de inúmeras denúncias de corrupção no período pós-eleitoral. O teste não deixa dúvidas acerca do caráter altamente politizado da mídia brasileira. Concluímos refletindo sobre a importância da mídia para o futuro da democracia no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE Democracia. Imprensa. Brasil. Política.

ABSTRACT *In this paper, we test the hypothesis that the news media coverage of President Dilma Rousseff in the newspapers 'Folha de São Paulo', 'O Globo' and 'O Estado de São Paulo' became increasingly negative after her victory in the 2014 elections. We also compare her coverage with that of senator Aécio Neves, her main opponent in the last election, president of PSDB and leader of the opposition, who has been accused of corruption several times after the election. The test clearly shows that the Brazilian media is highly politicized. We conclude the article by discussing the importance of the media for the future of democracy in Brazil.*

KEYWORDS *Democracy. Press. Brazil. Politics.*

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Estudos Sociais e Políticos (IESP) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
jferes@iesp.uerj.br

²Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
lunasassara@gmail.com

Art. 77. A eleição do Presidente e do Vice-Presidente da República realizar-se-á, simultaneamente, no primeiro domingo de outubro, em primeiro turno, e no último domingo de outubro, em segundo turno, se houver, do ano anterior ao do término do mandato presidencial vigente.
Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

Introdução

Estudos sobre mídia e eleições no Brasil têm identificado uma disposição reiterada dos principais veículos de comunicação para cobrir negativamente candidatos do campo da esquerda durante eleições presidenciais (ARRUDA, 1995; FIGUEIREDO, 1996; GONÇALVES, 1996; KUCINSKI, 1998; MIGUEL, 1999; AZEVEDO, 2000; COLLING, 2000; MIGUEL, 2002). Os veículos frequentemente tentam se defender de acusações de viés político argumentando que tal comportamento é simplesmente fruto do exercício de vigilância sobre o poder político em favor dos interesses da sociedade, papel esse que em democracias modernas deve ser desempenhado pela imprensa e ao qual se dá o nome de ‘cão de guarda’. Já demonstramos em trabalho anterior que, ao contrário do que diz, a grande mídia nacional não atua como cão de guarda perante os candidatos de centro-direita (FERES JÚNIOR; SASSARA, 2016).

Há, portanto, uma função muito importante cumprida pelos estudiosos da comunicação política que é vigiar o suposto cão de guarda, isto é, observar criticamente o trabalho executado pela mídia. Por isso, durante o período eleitoral de 2014, nós do Laboratório de Estudos de Mídia e Esfera Pública (Lemep), localizado no Instituto de Estudos Sociais e Políticos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Iesp-Uerj), lançamos o *site* Manchetômetro (<http://manchetometro.com.br>), que funcionou como um observatório da cobertura diária dos principais candidatos e partidos envolvidos

na disputa pela Presidência da República realizada pelos maiores veículos de comunicação brasileiros – os jornais impressos ‘Folha de São Paulo’, ‘O Globo’ e ‘O Estado de São Paulo’ (‘Estadão’), além do programa televisivo *Jornal Nacional*¹.

Grande parte dos estudos sobre mídia e política realizados na academia brasileira concentra-se em períodos eleitorais. Isso é também verdade para o *Manchetômetro* em seu estágio inicial, pois foi criado para produzir análises em ‘tempo real’ da cobertura eleitoral. Neste artigo, procuramos ampliar o escopo da análise para o período posterior à eleição, na tentativa de desvelar o papel da mídia na crise política que se agravou após a reeleição de Dilma Rousseff, a qual aqui chamamos de terceiro turno, e que culminou na perda do mandato da presidente. A hipótese que ora examinamos é que nos meses subsequentes à eleição, ao contrário do que prevê a literatura, os principais jornais brasileiros, na esteira dos acontecimentos políticos liderados pela oposição, promoveram uma campanha extremamente contrária à presidente Dilma Rousseff.

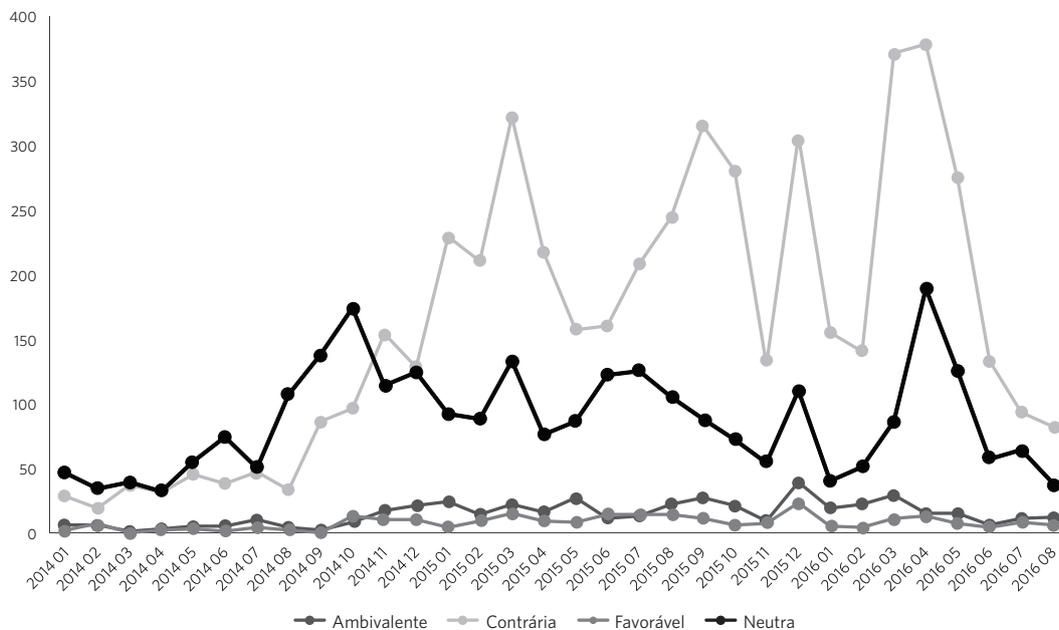
As análises deste artigo foram todas feitas a partir dos dados do *Manchetômetro*, cuja base se estende desde o início de 2014 até o presente². Até 27 de agosto de 2016, dia escolhido por nós para fechar a base de dados, tivemos um total de 35.049 matérias codificadas, referentes aos jornais ‘Folha de São Paulo’, ‘Estadão’, ‘O Globo’ e ‘Estado de Minas’. No caso dos jornais impressos, levamos em conta o que vai publicado nas capas e nas páginas de opinião. Já no caso do *Jornal Nacional*, analisamos o programa todo. No presente trabalho, levamos em conta somente os textos publicados nas capas dos jornais impressos ‘Folha de São Paulo’, ‘Estadão’ e ‘O Globo’.

No *gráfico 1* abaixo, mostramos a contagem de matérias sobre a presidente Dilma Rousseff publicadas nos meios pesquisados ao longo de todo o período de nossa base, separadas por suas valências.

¹ Dados sobre a cobertura do *Jornal Nacional* não serão expostos neste artigo, mas já foram apresentados em trabalhos anteriores (ver FERES JÚNIOR; SASSARA, 2014, 2016; FERES JÚNIOR *et al.*, 2016). Os dados também se encontram disponíveis em nosso site.

² Na verdade, o *site* também contém dados sobre as eleições de 1998 e 2010. Atualmente estamos ampliando a base para incluir também a análise dos grandes jornais para o ano de 2013, no bojo de um projeto de estudo das manifestações de 2013.

Gráfico 1. Dilma: valências (2014 - presente)



Fonte: Manchetômetro (Lemep).

A interpretação do *gráfico 1* acima não é simples e direta. Primeiramente, constatamos ser fato que as matérias favoráveis e ambivalentes são raras na cobertura, não sendo sequer dignas de análise perante a exuberância do número de contrárias e de neutras. Voltando assim a atenção para as neutras e contrárias, o dado mais relevante a se notar é o ponto de cruzamento, em outubro de 2014, quando as contrárias passam a ser mais numerosas que as neutras. Na verdade, gostaríamos de chamar atenção para alguns outros detalhes que caracterizam a cobertura antes desse ponto de virada. É importante ressaltar que o tom da cobertura por todo o período é fortemente negativo para Dilma. Isto é, nos períodos de menor intensidade, como nos meses de janeiro e julho de 2014, o número de textos negativos para a presidente era similar ao de neutros. Com o começo da campanha legal, em julho, a cobertura de Dilma cresce em volume, mas os neutros mantêm

uma dianteira em relação aos negativos até o final do segundo turno. No mês seguinte ao segundo turno, novembro de 2014, as curvas começam a tomar destinos divergentes, com as matérias negativas crescendo consistentemente, enquanto as neutras apresentavam tendência de declínio.

O fato de as neutras superarem as negativas durante o período eleitoral não significa que Dilma teve uma cobertura balanceada. Como já mostramos no gráfico anterior e em outros textos já publicados, a cobertura de Dilma durante a campanha foi extremamente negativa se comparada a de outros candidatos. O que queremos ressaltar aqui é o fato de que a partir do resultado final da eleição presidencial de 2014, em novembro, as coisas pioraram bastante, ou seja, a cobertura se tornou ainda mais negativa. Se antes da campanha a proporção de negativas e neutras era de aproximadamente uma para uma, e durante a campanha as neutras

ultrapassaram as negativas, depois da vitória de Dilma, as negativas subiram para patamares três vezes mais elevados que o de neutras, e se mantiveram consistentemente nessa proporção até o *impeachment*. Assistimos verdadeiramente a um massacre midiático.

Ou seja, o que estamos mostrando com outras palavras aqui é que não houve qualquer ‘Lua de Mel’ com a grande mídia brasileira. Muito pelo contrário. Dezembro de 2014 foi o último mês da série em que o número de negativas encontrou o número de neutras. A partir daí, as negativas saltaram já em janeiro, primeiro mês do novo governo, para uma proporção de mais de duas vezes o número de neutras (229 a 92 respectivamente). No mês de março, a proporção foi quase de três vezes mais negativas do que neutras, com a tendência de aumento relativo das negativas aumentando até o final da série.

Os picos de negatividade da cobertura de Dilma coincidem com eventos significativos do processo político que culminou com sua deposição. Em março de 2015, quando as primeiras manifestações massivas pró-*impeachment* ocorriam, a cobertura de Dilma alcançava recordes de negatividade. Em dezembro, quando Eduardo Cunha aceitou o processo de *impeachment* na Câmara, mais um pico de negatividade. Finalmente, o mais alto patamar de negatividade acontece nos meses de março e abril de 2016, coincidindo com todos os eventos: condução coercitiva de Lula, manifestações massivas pró-*impeachment*, nomeação e cassação de Lula para o ministério, vazamento do grampo de conversa entre Dilma e Lula. A aceitação do processo no Senado, que levou ao afastamento de Dilma, também pode ser considerada como parte dos eventos aqui, pois ocorreu no começo de maio e, portanto, no limite da cobertura de abril, a mais negativa de toda a série temporal.

O leitor cético pode estar pensando: mas não seria natural que em períodos de tensão política, como estes que temos passado no Brasil, a cobertura se tornasse mais negativa?

A resposta na verdade deve ser negativa. Cada um dos fatos citados acima são objeto de profundo desacordo moral e prático. Só para citar um exemplo, de acordo com alguns analistas, o vazamento de escuta da conversa entre Lula e Dilma foi um ato triplamente ilegal, perpetrado pelo juiz Sergio Moro: o grampo foi feito fora do período para o qual ele estava autorizado pelo próprio Moro, a presidente da República foi grampeada sem prévia autorização do Supremo Tribunal Federal e o grampo foi divulgado para a imprensa. No entanto, a cobertura somente mostrou versões que criminalizaram os atos de Dilma sem proporcionar àqueles que tinham interpretações diversas dos fatos espaço suficiente para o contraditório.

Parâmetros de comparação

Continuando a conversa com nosso leitor cético imaginário, ele poderia também nos inquirir se o viés negativo que verificamos na cobertura de Dilma não seria somente produto exatamente da atitude de cão de guarda da grande mídia perante o poder instituído, que no caso seriam a presidenta e seu partido, o Partido dos Trabalhadores (PT). Claro que poderíamos dizer já haveremos demonstrado, apoiados nos dados da cobertura durante a última eleição, que os meios em questão não se comportaram como cães de guarda; pelo contrário, confirmaram um viés pronunciado contra candidatos de esquerda, mormente do PT, que já havia sido verificado por uma extensa lista de analistas do comportamento eleitoral da mídia nos pleitos presidenciais anteriores, ao longo da curta história da Nova República. Contudo o leitor cético ainda poderia insistir e redarguir que o comportamento passado não pode ser usado para explicar o presente, isto é, que a verificação de viés histórico não prova que houve viés no período pós-eleitoral. Sim, pois, pelo menos no campo hipotético, é possível que a grande mídia tenha resolvido

mudar de postura e assumir de fato o papel de cão de guarda do interesse público.

O forte viés anti-Dilma no contexto pós-eleitoral, mostrado na seção anterior, é evidência de que essa hipótese é falsa. Por uma lógica de comparação interna, a intensidade da negatividade da cobertura não é plenamente justificável uma vez que os fatos e opiniões acerca das ações de grande parte dos atores desse drama, Dilma, Moro, Lula, Eduardo Cunha, Michel Temer, Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), PT etc., são objeto de grande controvérsia. Em outras palavras, as interpretações são várias, mas a grande mídia privilegiou fortemente as que foram contrárias a Dilma. Todavia, cabe ainda um teste de verificação externa. E isso faremos comparando a cobertura de Dilma àquela dedicada a Aécio Neves (PSDB), presidente do PSDB, senador e candidato à Presidência da República no último pleito.

Aécio Neves possui longa carreira política: ex-deputado federal por Minas Gerais, eleito em 1987; presidente da Câmara dos Deputados, eleito em 2001; governador de Minas Gerais por dois mandatos; senador pelo mesmo estado a partir de 2011, candidato derrotado à Presidência da República em 2014 por estreita margem e, desde maio de 2013, presidente nacional do PSDB. Além de sua óbvia notoriedade política como campeão da oposição, Aécio também fornece um bom parâmetro de comparação por ter sido objeto de várias denúncias de corrupção e de outras práticas ilícitas no período recente. Uma breve pesquisa somente da cobertura jornalística de 2016 exhibe os seguintes resultados, abaixo listados em ordem cronológica:

15/03 – O ex-senador Delcídio Amaral acusou Aécio Neves de receber propina de Furnas, estatal do setor elétrico (TALENTO, 2016).

15/03 – Delcídio Amaral também acusou Aécio de ter maquiado dados do Banco Rural obtidos pela Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos Correios (CANES; PEDUZZI, 2016).

03/05 – O Procurador-Geral da República (PGR) Rodrigo Janot enviou ao Supremo

Tribunal Federal (STF) pedidos para investigar Aécio baseado na delação do ex-senador Delcídio Amaral que disse ter tido que ‘segurar a barra’ quando presidiu a CPI dos Correios para que não viesse à tona movimentação de empresas de Marcos Valério, condenado no mensalão, que ‘atingiria em cheio’ o presidente do PSDB (MACEDO, 2016).

10/06 – Uma estatal do governo de Minas Gerais fechou termo de parceria com o pai do senador Aécio Neves (PSDB), Aécio Ferreira da Cunha (1927-2010), quando seu filho ainda era governador. O termo previa pagamento de R\$ 250 mil para a produção de feijão na fazenda de Cunha em Montezuma (norte de Minas Gerais). Foram desembolsados R\$ 150 mil em dezembro do mesmo ano. Após a morte do pai de Aécio naquele ano, a empresa foi herdada pelo atual senador e por sua irmã, Andrea Neves (MARQUES, 2016).

15/06 – O ex-presidente da Transpetro Sérgio Machado relatou, em sua delação premiada na Operação Lava Jato, ter repassado propina a mais de 20 políticos de diferentes partidos, entre eles Aécio Neves (FALCÃO ET AL., 2016B).

15/06 – Sérgio Machado também relatou que participou da captação de recursos ilícitos para bancar a eleição do hoje senador Aécio Neves (PSDB-MG) à presidência da Câmara dos Deputados, no ano de 2001 (FALCÃO ET AL., 2016A).

18/06 – O ex-deputado federal Pedro Corrêa afirmou que Aécio foi responsável pela indicação do antecessor de Renato Duque na Diretoria de Serviços da Petrobras, Irary Varella, e que Varella arrecadava propina durante o governo Fernando Henrique Cardoso (CASTRO; ROCHA, 2016).

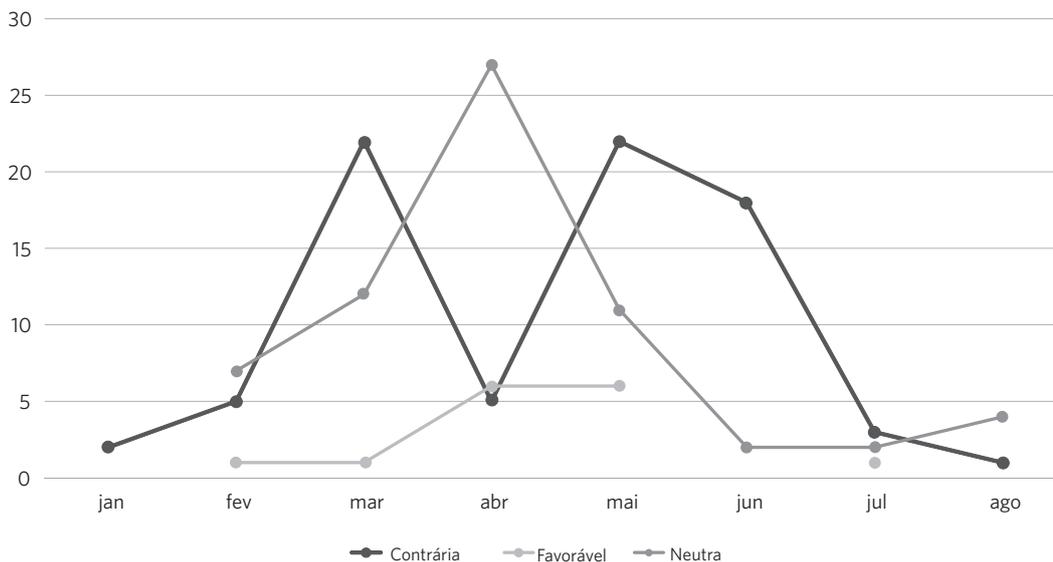
25/06 – O empreiteiro Léo Pinheiro, sócio e ex-presidente da OAS, relatou, com base em documentos, que pagou suborno a auxiliares do então governador de Minas Gerais, Aécio Neves, durante a construção da Cidade Administrativa, obra comissionada pelo tucano cujo gasto total alcança R\$ 2,1 bilhões (CARVALHO; MAGALE, 2016).

13/07 – A PF vaza informações da quebra de sigilo do celular de Otávio Marques de Azevedo, ex-presidente da empreiteira Andrade Gutierrez, e relata ter descoberto uma negociação de doação para a campanha de Aécio Neves à Presidência feita por intermédio de Oswaldo Borges da Costa Filho, ex-presidente da estatal mineira Codemig

e conhecido como tesoureiro informal do PSDB-MG (BACHTOLD, 2016).

É interessante notar que todas essas denúncias de corrupção contra Aécio foram noticiadas nos mesmos meios que estamos analisando neste artigo. Contudo, vejamos abaixo as curvas de valência do tucano para o ano de 2016:

Gráfico 2. Cobertura de Aécio Neves (2016)

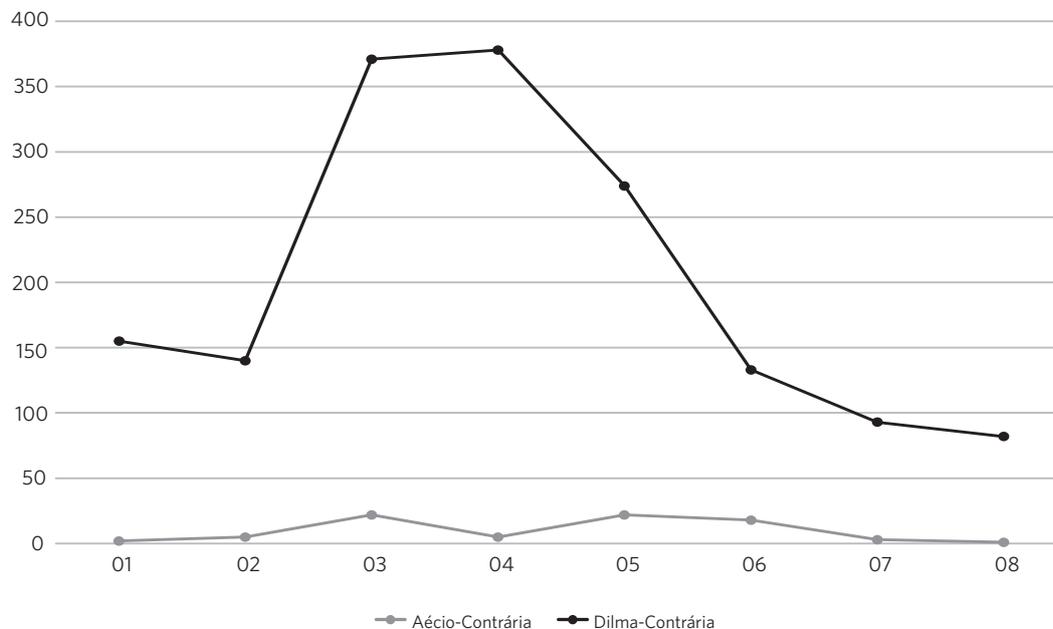


Fonte: Manchetômetro (Lemep).

De fato, a despeito de terem sido noticiadas na mídia, as denúncias contra Aécio parecem não ter repercutido. Notamos um padrão de curvas no qual as neutras são quase tão numerosas ou às vezes ultrapassam as negativas, e isso em um período em

que o político foi objeto de várias denúncias de corrupção. O gráfico 3 abaixo, comparando as negativas de Dilma e de Aécio para o ano de 2016, mostra claramente a desproporção da cobertura:

Gráfico 3. Matérias contrárias para Dilma e Aécio (2016)



Fonte: Manchetômetro (Lemep).

A razão entre o número de contrárias de Dilma sobre as de Aécio varia no período de 7, em junho, para 82, em agosto, mês em que Dilma era removida da presidência e em que o tucano recebeu somente uma matéria negativa. A discrepância visual entre as curvas é suficiente para provar o ponto, de qualquer modo.

Conclusão

Nossa exposição sobre o comportamento da mídia brasileira no contexto pós-eleitoral é suficiente para mostrar que Dilma não gozou de qualquer ‘Lua de Mel’ – conceito criado por acadêmicos de língua inglesa para descrever períodos pós-eleitorais nos quais o político eleito goza do arrefecimento das tensões que caracterizam o período eleitoral (JOHNSON, 1983; NORPOTH, 1984). Muito pelo contrário, seu mandato passou a ser ameaçado

pela oposição mesmo antes da posse, seu governo encontrou enormes dificuldades no parlamento desde o início, e a grande imprensa assumiu uma postura ainda mais contrária à presidente do que havia tido durante a eleição.

A mudança da proporção de contrárias já em novembro, mês subsequente ao segundo turno, mostra que a mídia não teve qualquer disposição de esperar a organização do novo governo de Dilma. A cobertura salta de 96 contrárias nas capas dos três jornais no mês de outubro, último do período eleitoral, para 229 contrárias em janeiro, primeiro mês do segundo governo, para logo em março subir para 322. Isto é, em relação a outubro, o número de contrárias triplicou.

Para nos certificarmos que nossa estimativa do viés midiático é consistente, submetemos os números da cobertura de Dilma a uma comparação com a cobertura jornalística recebida por Aécio Neves, seu principal

contendor, líder da oposição no contexto pós-eleitoral e objeto de inúmeras denúncias de corrupção. O teste não deixa dúvida de que a ‘Lua de Mel’ foi inexistente. A discrepância é tamanha que aponta para um nível de politização e militância midiática em tudo incompatível com o funcionamento de uma democracia moderna. Entretanto, esse é assunto que não nos cabe tratar diretamente aqui.

O *impeachment* de Dilma foi produto de vários fatores, alguns de ordem pessoal, como a falta de virtude política da própria mandataria, o excesso de rapacidade de alguns de seus principais contendores, como Eduardo Cunha, e o oportunismo de políticos como Renan Calheiros, Michel Temer entre tantos outros. Outros fatores são de ordem sistêmica, como o funcionamento altamente politizado e enviesado do judiciário, de Moro ao Supremo, do Ministério Público (MP) e da Polícia Federal, órgãos de Estado que em muitos momentos se mostraram fora de controle, seja porque esses mecanismos de controle constitucional não existem, como no caso do MP, seja porque eles não funcionam, como no caso do judiciário. Todavia é difícil imaginar como todos esses elementos entraram em sinergia sem a ativa colaboração da mídia, promovendo Moro e os promotores de Curitiba à condição de heróis nacionais, pressionando ministros do Supremo à ação e à inação, conclamando às ruas massas de classe média das grandes cidades – entre eles vários grupos de direita, fascistas e golpistas – e perseguindo seletivamente Dilma, Lula,

o PT e inúmeros personagens a eles ligados, com uma enxurrada de ilações e denúncias muitas vezes infundadas.

O Brasil pós-*impeachment* tem um governo com baixíssima legitimidade, implementando um programa de reversão sistemática dos ganhos sociais e de direitos das últimas décadas; um sistema de justiça em frangalhos, nas mãos de pessoas que se portam como justiceiros, mas que mal conseguem disfarçar seus interesses políticos; e uma sociedade ainda terrivelmente desigual e cada vez mais desiludida com a representação política democrática. Já passamos por muitas crises em nossa história, e certamente essa que aí está um dia vai se dissipar. Contudo, o retorno do País ao caminho virtuoso do alargamento das instituições e práticas democráticas não vai se dar enquanto a comunicação for dominada pelo mesmo grupo exíguo de famílias proprietárias das grandes empresas de mídia. A informação de qualidade e o acesso à pluralidade de opiniões são o alimento e o ar da vida democrática. Sem elas, ou fenecemos, ou permanecemos democraticamente enfermos.

Colaboradores

João Feres Júnior e Luna de Oliveira Sassara foram igualmente responsáveis pela concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, bem como pela elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final deste manuscrito. ■

Referências

- ARRUDA, L. R. *O vôo das notícias: o Jornal Nacional e as eleições 94*. 1995. 170 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Ciências Sociais Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.
- AZEVEDO, F. Imprensa, campanha presidencial e agenda da mídia. In: RUBIM, A. A. C. (Org.). *Mídia e eleições de 98*. João Pessoa: Editora UFPB, 2000. p. 31-56.
- BACHTOLD, F. Mensagens mostram assédio de políticos a executivo da Andrade. *Folha de São Paulo*, 13 jul. 2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/poder/2016/07/1791086-mensagens-mostram-assedio-de-politicos-a-executivo-da-andrade.shtml>>. Acesso em: 30 nov. 2016.
- CANES, M.; PEDUZZI, P. Delcídio diz que Aécio e Paes agiram em favor do Banco Rural na CPI dos correios. *EBC Agência Brasil*, Brasília, DF, 15 mar. 2016. Disponível em: <<http://agenciabrasil.etc.com.br/politica/noticia/2016-03/delcidio-diz-que-paes-e-aecio-agiram-favor-do-banco-rural-na-cpmi-dos>>. Acesso em: 30 nov. 2016.
- CARVALHO, M. C.; MAGALE, B. Sócio e ex-presidente da OAS relatará propina para assessor de Aécio Neves. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 25 jun. 2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/poder/2016/06/1785714-socio-e-ex-presidente-da-oas-relatara-propina-em-obra-de-aecio-neves.shtml>>. Acesso em: 30 nov. 2016.
- CASTRO, F.; ROCHA, M. Pedro Corrêa diz que Aécio indicou antecessor de Duque na Petrobras. *GI*, Rio de Janeiro, 18 jun. 2016. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pr/parana/noticia/2016/06/pedro-correa-diz-que-aecio-indicou-antecessor-de-duque-na-petrobras.html>>. Acesso em: 30 nov. 2016.
- COLLING, L. *Agendamento, enquadramento e silêncio no Jornal Nacional nas eleições presidenciais de 1998*. 2000. 133 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Cultura Contemporânea) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.
- FALCÃO, M. *et al.* Aécio repassou propinas em troca de apoio na Câmara, diz Machado. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 15 jun. 2016a. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/poder/2016/06/1781941-propinas-bancaram-eleicao-de-aecio-a-presidencia-da-camara-diz-machado.shtml>>. Acesso em: 30 nov. 2016.
- FALCÃO, M. *et al.* Machado relata propina a mais de 20 políticos de PMDB, PT, DEM e PSDB. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 15 jun. 2016b. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/poder/2016/06/1781908-machado-diz-ter-repassado-propina-a-18-politicos-de-pmdb-pt-dem-e-psdb.shtml>>. Acesso em: 30 nov. 2016.
- FERES JÚNIOR, J.; SASSARA, L. O. O cão que nem sempre late: o Grupo Globo e a cobertura das eleições presidenciais de 2014 e 1998. *Compólitica*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 30-63, 2016. Disponível em: <<http://compolitica.org/revista/index.php/revista/article/view/232/167>>. Acesso em: 29 nov. 2016.
- FIGUEIREDO, R. R. *Mídia e eleições: cobertura jornalística da campanha presidenciais de 1994*. *Opinião Pública*, Campinas, v. 5, n. 1, p.72-89, nov.1998.
- GONÇALVES, E. M. A autonomia dos sentidos como conflito ético na comunicação política. In: NETO, A. F.; PINTO, M. J. (Org.). *O indivíduo e suas mídias*. Rio de Janeiro: Diadorim, 1996. p. 47-64.
- JOHNSON, K. S. The Honeymoon Period: Fact or Fiction? *Journalism & Mass Communication Quarterly*, Columbia, v. 60, n. 3, p. 869-876, 1983.
- KUCINSKI, B. O ataque articulado dos barões da imprensa: A mídia na campanha presidencial de 1989. In: KUCINSKI, B. (Org.). *A síndrome da antena parabólica: ética no jornalismo brasileiro*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo 1998. p. 105-114.
- MACEDO, F. Janot pede investigação contra Aécio, Eduardo Cunha, Edinho, Marco Maia e Vital do Rêgo. *Estadão*. São Paulo, 02 maio 2016. Disponível em:

<<http://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/janot-pede-investigacao-contr-aecio-marco-maia-e-vital-do-rego/>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

MARQUES, J. Estatal do governo de Minas fez parceria com firma de pai de Aécio. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 10 jun. 2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/poder/2016/06/1780157-estatal-do-governo-de-minas-fez-parceria-com-firma-de-pai-de-aecio.shtml>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

MIGUEL, L. F. Mídia e manipulação política no Brasil: a Rede Globo e as eleições presidenciais de 1989 a 1998. *Comunicação & Política*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2-3, p. 119-138, 1999.

_____. O Jornal Nacional e a reeleição. In: _____. (Org.). *Política e Mídia no Brasil: episódios da história*

recente. Brasília, DF: Plano Editorial, 2002. p. 61-86.

NORPOTH, H. Economics, Politics, and the Cycle of Presidential Popularity. *Political Behavior*, Nova York, v. 6, n. 3, p. 253-273, 1984

TALENTO, M. F. A. Aécio recebeu propina de Furnas, diz Delcídio em delação. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 15 mar. 2016. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/poder/2016/03/1750108-aecio-recebeu-propina-de-furnas-diz-delcidio-em-delacao.shtml>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

Recebido para publicação em outubro de 2016
Versão final em novembro de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Democratização e educação permanente: percepção de egressos do QualiConselhos sobre contribuições aos conselhos de saúde

Democratization and continuing education: perception of former QualiConselhos students about its contribution to the improvement of health councils

Assis Mafort Ouverney¹, Marcelo Rasga Moreira², José Mendes Ribeiro³

RESUMO O presente artigo analisa em que medida o processo de educação permanente de- flagrado no Programa de Apoio à Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – QualiConselhos (Qualificação de Conselhos de Saúde) contribuiu para o aperfeiçoamento da participação nos conselhos de saúde. Foram estudados o perfil, o contexto dos conselhos, o domínio de conhecimentos e a prática cotidiana de 1.859 conselheiros(as) em 26 Unidades de Federação. A coleta dos dados foi realizada por meio de um questionário respondido na plataforma on-line do curso. Concluímos que processos de qualificação são fundamentais para que conselheiros compreendam melhor e aperfeiçoem o exercício de seu papel no processo decisório das políticas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Conselhos de saúde. Participação cidadã. Educação continuada. Democracia. Reforma de serviços de saúde.

ABSTRACT *This article examines the extent to which the process of continuing education initiated by the Support Program for the National Policy of Continuing Education for Social Control in the Brazilian Unified Health System – QualiConselhos (Health Council Qualification) has contributed to the improvement of participation in health councils. The research focused on the profile and the context of the health councils, as well as on the knowledge and the daily practice of 1,859 advisors in 26 states. The data was collected through an on-line survey on the course's website. We have concluded that qualification processes are essential for health advisors to better comprehend and improve their performance in health policy decision-making.*

KEYWORDS *Health councils. Citizen participation. Education, continuing. Democracy. Health care reform.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. assismafort@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. rasgamoreira@gmail.com

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. ribeiro@ensp.fiocruz.br

Introdução

A criação dos conselhos de saúde em todos os estados e municípios do País representa a mais ousada inovação institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), capaz de promover a democratização das políticas de saúde, em especial por conta do potencial de fomento à participação de representantes da sociedade civil organizada no processo decisório.

Moreira e Escorel (2009), na mais recente pesquisa nacional e censitária sobre conselhos municipais e estaduais de saúde, demonstraram que, em 2007, havia mais de 72 mil conselheiros de saúde no País, sendo que cerca de 50,8% representavam o segmento dos usuários do SUS. Esses são oriundos de 27.669 entidades da sociedade organizada que, por sua vez, representam uma miríade de atores políticos locais que, historicamente, tiveram pouca ou nenhuma oportunidade de participar dos processos decisórios das políticas públicas.

Portanto, ao promoverem esse incremento na participação social, os conselhos de saúde inserem no processo decisório atores que não têm uma trajetória histórica de debate político institucionalizado, o que lhes reduz os repertórios e recursos culturais, técnicos, retóricos, processuais, legislativos, associativos e de vocalização de interesses que os atores tradicionais construíram ao longo dos anos e décadas.

Por conta dessa necessidade dos novos atores inseridos no processo decisório, o debate setorial tem conferido expressiva ênfase à qualificação das práticas de atuação dos(as) conselheiros(as) como fator de extrema relevância para ampliar não apenas seu potencial participativo, mas também sua efetividade. Em 2007, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) aprovaram a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS (PNEPSUS) (BRASIL,

2007), buscando fomentar a ampliação de iniciativas já existentes das instituições formadoras e estimular estados e municípios a buscarem a qualificação de seus conselheiros.

Recente, esse processo ainda não se consolidou, havendo, pois, poucos estudos sobre seus processos, resultados e impactos (ALENCAR, 2012). O presente artigo busca contribuir com o preenchimento dessa lacuna ao refletir sobre os resultados do QualiConselhos (Qualificação de Conselhos de Saúde) – Programa de Apoio à Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, a partir de uma pesquisa avaliativa realizada com 1.859 conselheiros(as) de saúde egressos do Curso Nacional de Ativação para o Desenvolvimento da Prática do Controle Social no SUS, a primeira oferta formativa do referido Programa.

O objetivo dessa pesquisa avaliativa é analisar em que medida o processo de educação permanente deflagrado no QualiConselhos contribuiu para o aperfeiçoamento da participação e do funcionamento dos conselhos de saúde que participaram do Curso Nacional. Seus resultados, portanto, constituem-se na base empírica que estrutura o presente artigo. Antes de discuti-los, apresenta-se, na próxima seção, o referencial teórico que norteará sua análise.

Democratização, participação social, conselhos de saúde e o papel da educação permanente

A participação da sociedade organizada na definição dos rumos das políticas públicas é um fenômeno recente na trajetória de formação dos regimes democráticos e representa um esforço de superação das limitações dos esquemas representativos clássicos. Santos e

Avritzer (2002) argumentam que a emergência das ideias e das propostas de participação da comunidade nas decisões do Estado ocorreu como resultado da crise do debate democrático tradicional do pós-guerra, caracterizada por três tendências: (a) a superação das teorias de matriz estruturalista voltadas para explicar as possibilidades de emergência da democracia em cada contexto nacional, (b) a desatualização dos marcos que buscavam a universalização dos modelos tradicionais de democracia liberal em face das novas experiências do Leste Europeu e América Latina (c) e a tendência à valorização das práticas locais e das variações existentes no âmbito dos estados nacionais.

Nas últimas décadas do século XX, o núcleo do debate deslocou-se dos embates entre a ênfase nos direitos individuais do cidadão (democracia liberal) ou na soberania da vontade popular (democracia popular) para a questão relacionada com a qualidade das democracias, na medida em que, com a queda da União Soviética, a expansão de instituições típicas da democracia ocidental para um conjunto maior de países, abrangendo escalas populacionais mais amplas, produziu o paradoxo das democracias de baixa intensidade: extensão dos mecanismos e das estruturas de representação acompanhada da redução dos níveis de mobilização dos cidadãos e da perda de legitimidade dos representantes (DALLMAYR, 2001).

Assim sendo, a valorização de práticas e instâncias participativas difundiu-se como parte de um conjunto de processos de redefinição das relações Estado/Sociedade ocorridos nas três últimas décadas do século XX, impulsionados tanto pela luta de novos atores sociais por reconhecimento, espaço político e direitos no âmbito de movimentos de abertura democrática quanto pelas mudanças na estrutura e no funcionamento da administração pública introduzidas por estratégias de Reforma do Estado.

Em ambos os movimentos, havia o reconhecimento de que apenas a recuperação

dos mecanismos de representação ou sua reestruturação e aperfeiçoamento não seriam suficientes para conferir qualidade e vivacidade política às democracias nacionais e que seria necessário introduzir formas mais diretas que possibilitassem aos diversos atores sociais influenciar de maneira mais direta as decisões do Estado. Nesse sentido, a participação social da sociedade nas políticas públicas emerge como uma prática complementar ao formato clássico de democracia representativa, buscando aumentar a responsividade do Estado, combater práticas clientelistas e patrimonialistas, diversificar as possibilidades de inclusão de novos atores políticos e identidades culturais e garantir direitos (BOBBIO, 2004).

No caso brasileiro, as reivindicações por maior participação da sociedade nas decisões governamentais foram parte intrínseca da luta contra o regime autoritário instaurado com o Golpe Militar de 1964 (FEDOZZI, 2009). Ao longo do processo de redemocratização, os diferentes atores políticos da resistência, aos poucos, com a 'liberalização', começaram a se articular em associações de organização de natureza civil que pressionavam por maior possibilidade de interferir nas decisões governamentais, tais como os movimentos populares dos pobres urbanos, o movimento pela reforma urbana nacional, as associações profissionais e de classe (advogados, engenheiros, professores universitários, médicos etc.), os movimentos de organização camponesa (por exemplo, o MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra), os sindicatos de trabalhadores da indústria e do comércio, o movimento negro, entre outros. Tais movimentos, embora adotassem um posicionamento de autonomia em relação aos partidos políticos e ao Estado autoritário, chegando a propor formas de organização de políticas públicas independentes do Estado, tinham como uma de suas principais bandeiras o rompimento do modelo burocrático autoritário instaurado pelos

governos militares que insulava as decisões governamentais na tecnocracia dos ministérios (AVRITZER, 2012).

No campo da saúde, o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) aglutinou as diversas forças setoriais em torno da bandeira da garantia do direito à saúde pelo Estado, articulando movimentos populares, burocracias dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, gestores estaduais e municipais, setores do Partido Comunista (PCB) e trabalhadores da saúde. O MRS adquiriu expressão já na segunda metade da década de 1970, articulando a mobilização da sociedade civil organizada, reunida em instituições como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a infiltração de quadros na administração pública do setor saúde nas três esferas da federação e a realização de eventos de participação social visando a construção de propostas para subsidiar as reformas pretendidas no sistema de saúde, considerando excludente e centralizado (FALLETI, 2010).

Por conseguinte, havia na base das concepções e estratégias de ação política do MRS uma visão de mudança das relações Estado/Sociedade, expresso no lema 'Saúde é Democracia', que passava pela combinação de adensamento da sociedade civil setorial organizada, da articulação com lideranças políticas da redemocratização, da abertura das instâncias e processos decisórios da administração pública e da política de saúde e da descentralização das redes de ações e serviços de saúde (FLEURY, 1997). Essa visão do MRS centrada na democratização do Estado orientou todo o processo de institucionalização das reformas setoriais, que vai desde a realização do I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Câmara de Deputados, em 1979, até a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde, em 1990, passando por momentos políticos fundamentais com a implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS) (1982), a VIII Conferência

Nacional de Saúde (1986), momento definidor dos rumos e teses que levaram ao SUS, e a atuação na Assembleia Nacional Constituinte (1986-1988) (ESCOREL, 2008).

A participação social nas políticas de saúde é resultado, pois, de um projeto ousado de reforma democratizante da administração pública setorial, sendo as conferências e os conselhos de saúde uma expressão material desse ideário da reforma sanitária.

Contudo, a concepção de conselhos de saúde expressa no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, é consideravelmente diferente da que hoje vigora no País, estruturada pela Lei nº 8.142/90. No primeiro, os conselhos de saúde, sobretudo municipais e estaduais, seriam externos ao poder público, formados apenas por representantes dos cidadãos e dos trabalhadores da saúde. Por conta disso, teriam como função exercer o controle da sociedade sobre o Estado. Essa é uma das poucas, senão a única, ideias-força da VIII Conferência que não se mantiveram no arcabouço legal do SUS. Neste, os conselhos passaram a ser um órgão vinculado ao executivo municipal, que conta com a participação dos representantes do governo e até mesmo dos prestadores privados de serviço. Isso significa que, de órgão externo controlador, os conselhos passaram a ser instituições do processo decisório da política de saúde. É por isso que se pode afirmar que os conselhos de saúde institucionalizaram a participação social (MOREIRA, 2009).

A implantação e o aperfeiçoamento dos conselhos de saúde na defesa do SUS ao longo nos anos 1990 também exigiram a utilização do capital político acumulado pela reforma sanitária, na medida em que a criação de um conselho em cada município brasileiro demandou a mobilização de milhares de cidadãos, gestores e trabalhadores de saúde (CARVALHO, 1995). Esse movimento não foi automático e foi conduzido de forma concomitante ao próprio processo de implementação e de descentralização do SUS,

sendo marcado por constantes embates políticos em âmbito nacional.

No plano nacional, em um contexto marcado por reformas de mercado, crises econômicas e restrições ao financiamento da área social, a mobilização da sociedade civil organizada em espaços como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e as conferências nacionais de saúde foram fundamentais para a defesa do direito à saúde e para a garantia da implantação do SUS, como ilustram alguns momentos da década de 1990.

Na segunda metade da década de 1990, o papel dos fóruns nacionais de participação foi essencial na construção de um discurso na denúncia dos entraves impostos pela política econômica e pela estratégia de reforma do Estado do governo FHC (Fernando Henrique Cardoso) e no monitoramento das questões consideradas estratégicas para o processo de implantação do SUS. Grande parte do trabalho de mobilização e articulação dos atores e entidades atuantes no CNS foi concentrada em ações para proteger e impulsionar os avanços obtidos com a municipalização no período de 1993-1994 (OUVERNEY, 2015).

Essa forma de atuação abrangeu, por um lado, a criação de comissões temáticas para acompanhar e se posicionar sobre as questões relevantes da implementação do SUS (financiamento e transferências financeiras intergovernamentais, recursos humanos, política de medicamentos, saúde do trabalhador, PSF – Programa Saúde da Família, DST-Aids – Doenças Sexualmente Transmissíveis-Síndrome da Imunodeficiência Adquirida etc.), buscando regular e direcionar a atuação do Ministério da Saúde e munir os conselhos estaduais e municipais com informações e posicionamentos para que fizessem o mesmo em relação às secretarias estaduais e municipais de saúde.

Além disso, por outro lado, a atuação das entidades da sociedade civil organizada no SUS envolveu a articulação política para influenciar decisões importantes e fazer

oposição a propostas do governo consideradas contrárias às conquistas da Constituição de 1988 e à implantação do SUS, tais como a possibilidade de não convocação do CNS no início do primeiro mandato de FHC, a Proposta de Emenda à Constituição (PEC) que mudava o Art. 196 da CFB (Constituição Federal Brasileira), a Reforma do Estado do Ministro Bresser Pereira, o adiamento da implantação da Norma Operacional Básica – NOB 96, a crise do financiamento do SUS e aprovação da CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira) e da EC 29/00, entre outros. Nesse período, a Plenária Nacional de Saúde, no início, e a Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde, mais à frente, foram espaços essenciais de articulação e mobilização dos conselhos com capilaridade regional e local (FALEIROS, 2006).

Esse contexto de ampliação do papel dos conselhos e demais instâncias de participação social, em virtude das demandas provenientes do processo de implantação do SUS, conduziu à necessidade de que os conselheiros tivessem maior domínio sobre áreas de conhecimento e os diversos temas relacionados com a política de saúde. O desempenho das funções de conselheiro passava, cada vez mais, a exigir níveis mínimos de qualificação para acompanhar e poder influenciar adequadamente o processo decisório da política de saúde nas três esferas de governo.

Já ao final da década de 1990, são observadas iniciativas de qualificação desenvolvidas por centros formadores (departamentos de saúde coletiva, escolas de saúde públicas etc.). O tema assumiu espaço na agenda oficial das instâncias nacionais, uma vez que não só a escala e extensão dos programas, mas também a natureza do processo de qualificação passam a ser alvo dos debates. Reconhecendo a relevância do tema, o CNS ampliou as discussões que já vinham ocorrendo e, em 1999, editou as Diretrizes Nacionais para a Capacitação de Conselheiros de Saúde, definindo um referencial para orientar as iniciativas de

qualificação dos conselheiros em todo o território nacional.

Esse processo adquiriu impulso adicional com a criação da Secretaria de Gestão Participativa, em 2003, e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGETS), no primeiro mandato do Presidente Lula. Essa iniciativa representou uma mudança qualitativa nas políticas voltadas para a democratização da administração pública no setor saúde, uma vez que se passou a ter um espaço exclusivo no âmbito do Ministério da Saúde com orçamento e estrutura gerencial própria voltada para a promoção das políticas de participação e de equidade (BRASIL, 2013). A formação de conselheiros passou, nesse momento, a ser uma das principais iniciativas das novas secretarias, no âmbito da expansão nacional da política de educação continuada no SUS (CECCIM, 2005).

A expansão e transformação em Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) fomentaram a edição da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS (PNEPSUS), resultado dos debates realizados no âmbito do CNS e das iniciativas de qualificação desenvolvidas por diversas instituições acadêmicas e centros formadores desde o I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde.

Seguindo as Diretrizes Nacionais de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde, constantes da Resolução CNS nº 354/2005 (BRASIL, 2005), a PNEPSUS definiu como objetivo a construção de estratégias e ações para promover a democratização do Estado, a garantia de direitos sociais e a participação cidadã na política de saúde.

A institucionalização da PNEPSUS deslanchou o aporte governamental a um conjunto amplo de iniciativas de extensão nacional no campo da qualificação dos conselheiros de saúde, ampliando o volume de recursos investidos em programas de

formação e fomentando a emergência de inovações didáticas e institucionais. Nesse contexto, o QualiConselhos – Programa de Apoio à Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS – foi uma das iniciativas que implementaram a PNEPSUS, constituindo-se em experiência pioneira de qualificação em escala nacional que, até 2016, havia qualificado mais de 8 mil conselheiros de saúde (MAFORT; MOREIRA, 2014).

Elaborado nos anos de 2011 e 2012, o QualiConselhos é fruto de uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), o Canal Saúde da Fiocruz, a Rede de Escolas e Centros Formadores do SUS, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, o Fórum Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS e o CNS. Sua primeira oferta pedagógica, encerrada em 2013, foi o Curso Nacional de Ativação para o Desenvolvimento da Prática do Controle Social no SUS, implementado em todas as unidades da federação, exceto o Rio Grande do Sul.

Para avaliar os resultados e impactos do Curso Nacional de Ativação e, com isso, produzir subsídios não apenas para seu aperfeiçoamento, mas também para a continuidade do processo de educação permanente, foi realizada uma pesquisa avaliativa com egressos. São os dados de pesquisa que se constituem na base empírica do presente artigo. A seguir, apresentam-se os aspectos metodológicos dessa pesquisa avaliativa.

Metodologia da pesquisa avaliativa

As características dos conselhos e a dinâmica de atuação dos conselheiros foram estudadas a partir de uma pesquisa avaliativa que analisou o perfil de composição e o contexto da atuação dos conselhos, assim como

o domínio de conhecimentos fundamentais sobre a participação social e a prática cotidiana dos conselheiros na relação com os segmentos que representam e no debate de

temas considerados nacionalmente relevantes para o avanço do SUS. O *quadro 1* apresenta as dimensões e respectivas variáveis empregadas no estudo.

Quadro 1. Dimensões e variáveis de análise da pesquisa avaliativa do QualiConselhos

Dimensões de Análise	Variáveis
Perfil do conselheiro	Segmento que representa no conselho Tempo de atuação no conselho (mandatos) Participação em elaboração de plano municipal de saúde Função que exerce no conselho
Contexto de prática	Percepção sobre o nível de influência do conselho na política de saúde Participação do conselho na última conferência municipal de saúde Frequência de discussão do plano municipal de saúde pelo conselho Forma de utilização do plano municipal de saúde pelo conselho
Conhecimento objetivo sobre o plano e a conferência de saúde	Função do plano municipal de saúde Conteúdo do plano municipal de saúde Função da conferência municipal de saúde Papel do conselho em relação ao plano municipal de saúde Avaliação do plano municipal de saúde pelo conselho
Prática do conselho e do conselheiro	Ativação para debate sobre o plano municipal de saúde com seu segmento Ativação para discussão das pautas do Conselho Municipal de Saúde (CMS) com o segmento que representa Ativação para debate sobre a regionalização (Decreto nº 7.508/11) Ativação para uso do Sistema de Orçamento Público em Saúde (Siops) como instrumento de controle social Ativação para pautar o debate no CMS sobre intersetorialidade Ativação para pautar o debate no CMS sobre a articulação em rede com os demais conselhos

Fonte: Elaboração própria.

A coleta dos dados foi realizada por meio de um questionário elaborado pela coordenação do QualiConselhos, composto por 20 questões fechadas, sendo que 4 permitiam múltiplas respostas, e 16, uma única resposta. O questionário foi transformado em um formulário eletrônico e inserido no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), plataforma on-line empregada para a gestão acadêmica do QualiConselhos, e os(as) conselheiros(as), ao concluírem o curso, foram convidados(as) a responder ao questionário. Desse modo, a técnica de levantamento de informações

trabalhada na pesquisa avaliativa foi a de ‘investigação a distância’. Esta técnica é indicada para pesquisas que, como a aqui apresentada, têm muitos respondentes distribuídos por extensa dimensão territorial, tornando a gestão operacional e os custos financeiros muito elevados quando se emprega técnicas como grupos focais ou entrevistas abertas.

Os dados foram coletados no período de julho a novembro de 2013. Responderam ao questionário 1.859 conselheiros (as), o equivalente a 64,8% do total de concluintes do

curso. O conjunto dos respondentes está distribuído pelas 26 unidades da federação onde o curso foi realizado, abarcando 908 municípios, sendo que a taxa média de retorno por Unidade de Federação foi de 57,3%. Os dados foram automaticamente exportados do AVA para uma planilha em formato Excel e inseridos no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para a geração de tabelações. Os resultados obtidos são apresentados e discutidos a seguir.

Percepções dos egressos do Curso Nacional de Ativação para o Desenvolvimento da Prática do Controle Social no SUS acerca dos conselhos de saúde em que atuam e das contribuições

do QualiConselhos para o seu funcionamento

Conforme apresentado na *tabela 1*, a maioria dos conselheiros respondentes era formada por trabalhadores e usuários (66%), que estavam no primeiro ou segundo mandato (64,5%) e que haviam participado no máximo uma vez de processos de elaboração de um plano municipal de saúde (71,3%).

Esses dados podem indicar um movimento de renovação na composição dos conselhos de saúde. Caso isso seja verificado, pode representar uma ampliação do interesse pela participação social, o que seria extremamente saudável, ao mesmo tempo que amplificaria o desafio da Política de Educação Permanente para o Controle Social no SUS. Faz-se necessário, portanto, que se invista em estudos sobre a composição dos conselhos a fim de se verificar o real significado desse processo.

Tabela 1. Distribuição dos conselheiros por segmento que representa, número de mandatos, participação na elaboração de Plano Municipal de Saúde (PMS) e função que exerce no Conselho Municipal de Saúde (CMS)

Segmento que Representa	%	Elaboração de PMS	%
Trabalhadores	35,4	Não havia participado	40,5
Usuários	30,6	Uma vez	30,8
Não era mais conselheiro	15,9	Dois vezes	12,4
Gestores	13,4	Mais de duas vezes	16,3
Prestadores de serviços	4,8		
TOTAL	100,0	TOTAL	100,0
Número de Mandatos	%	Função que Exerce no CMS	%
Primeiro	39,1	Não tinha função específica	25,3
Segundo	25,4	Participava de comissão	26,4
Terceiro	6,5	Não era mais conselheiro/outros	18,0
Mais de 3 mandatos	9,6	Presidente	11,8
Não respondeu	3,5	Secretário Executivo	8,8
Não era mais conselheiro	15,9	Vice-Presidente	4,4
		Coordena/dirige comissão	5,3
TOTAL	100,0	TOTAL	100,0

Fonte: Elaboração própria.

A percepção de que o conselho possui capacidade de influenciar as decisões da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é um indicador de consolidação dos conselhos como espaço de participação social e reflete a capacidade de mobilização dos atores setoriais. Em geral, como pode ser visto na *tabela 2*, parte desses novos conselheiros (41,4%) tem a percepção de que o conselho possui influência mediana sobre a política de saúde de seu município, embora seja importante ressaltar que é proporcionalmente maior o contingente dos que atribuem baixa ou nenhuma

influência (24%) do que o grupo que atribui alta influência (17,1%).

Já em relação ao planejamento participativo, a maior parte dos conselheiros apontou que seus conselhos possuem baixa iniciativa formuladora e pouca capacidade de associação com a sociedade civil organizada. Mais da metade (52,4%) apontou que o conselho não participou da organização da conferência municipal de saúde, tendo apenas realizado parceria com a SMS ou elaborando teses. A construção de parcerias com movimentos sociais para a realização da conferência foi citada por somente 17,8%.

Tabela 2. Percepção dos conselheiros sobre a influência do conselho e sua atuação em atividades de formulação e planejamento

Influência do CMS	%	Inclusão do PMS na pauta das reuniões	%
Alta	17,1	Ao menos uma vez	26,3
Baixa	21,4	Duas vezes	12,8
Média	41,4	Mais de duas vezes	27,4
Nenhuma	17,5	Nunca	8,6
Não é mais conselheiro/não respondeu	2,6	Não é mais conselheiro/não soube responder/outro	24,9
TOTAL	100,0	TOTAL	100,0
Participação CMS na última conferência	%	Utilização do PMS pelo conselho	%
Organizou em parceria c/ SMS	44,3	Orienta a atuação do CMS	8,2
Organizou em parceria c/ SMS e movimentos sociais	12,8	Na fiscalização da SMS	9,3
Elaborou teses/organizou sozinho	3	Articulado com relatórios de gestão	18,3
Organizou em parceria c/ movimentos sociais	5	As três formas anteriores juntas	8,3
Não participou	4,4	Não é levado em conta	15
Não é mais conselheiro/não soube responder/outro	30,5	Não é mais conselheiro/não soube responder/outro	40,9
TOTAL	100,0	TOTAL	100,0

Fonte: Elaboração própria.

Para os respondentes, os conselhos também discutem pouco os processos de elaboração do plano municipal de saúde: quase metade (47,7%) o incluiu menos de duas vezes na pauta de reuniões do primeiro semestre de 2013 (o semestre anterior à realização da pesquisa), sendo que apenas 27,4% dos conselhos o incluíram mais de duas vezes.

Os conselhos, na percepção dos respondentes, possuem razoável capacidade de mobilização para monitorar a execução da política municipal de saúde: 44,1% utilizam o plano municipal de saúde de forma articulada com relatório de gestão, na fiscalização da SMS ou para orientar os conselheiros. Entretanto, um grupo pequeno, mas significativo (15,9%), de conselhos de saúde não leva em conta o plano municipal de saúde.

As contradições existentes na percepção dos conselheiros sobre a razoável capacidade de influência do conselho e seu baixo envolvimento nas atividades de formulação e planejamento podem estar relacionadas com um comportamento de adaptação estratégica à dinâmica da gestão pública setorial, caracterizada pelo formalismo do planejamento cartorial. Dessa forma, a ação do conselho seria mais efetiva se direcionada para a etapa de implementação, buscando influenciar o processo decisório e a dinâmica de alocação de recursos diretamente nas atividades de contratação de serviços profissionais, construção de unidades, compra de materiais etc.

Isso explicaria a ênfase no monitoramento e na fiscalização das atividades do executivo em detrimento dos processos e momentos de discussão do plano municipal de saúde. Assim sendo, esse comportamento adaptativo permite construir uma estratégia de participação que leva o conselho a desenvolver

competências fiscalizadoras e um posicionamento mais reativo e denunciatório, confundindo seu papel, inclusive, com órgãos de controle externo como os tribunais de contas. Em consequência, os conselhos passaram a exercer menos suas prerrogativas de formulação de políticas e de articulação e representação das entidades e atores da sociedade organizada, o que pode levar à redução de seu potencial de mobilização política e de democratização do setor saúde.

A pouca atenção conferida pelos conselhos às atividades de formulação parece não estar relacionada diretamente com o conhecimento básico dos conselheiros em relação aos fundamentos relacionados com o tema. Apesar de trajetória setorial recente e pouca experiência, os respondentes conhecem bem os fundamentos do ciclo de planejamento setorial e de monitoramento da execução da política de saúde. De acordo com a *tabela 3*, a grande maioria (70,9%) respondeu que o objetivo dos planos de saúde é nortear a definição da programação anual das ações e serviços de saúde prestados em seu município, reconhecendo, adequadamente, o papel essencial desse instrumento no sistema de planejamento setorial.

Mais de dois terços dos conselheiros apontaram que o papel do conselho é monitorar a execução do plano pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) (86,4%), utilizando o relatório anual de gestão para avaliar os resultados obtidos ao final de cada exercício financeiro (70,7%). Finalmente, apenas em relação à base de formulação do plano, observou-se um índice menor de conselheiros (57,2%) que apontou a análise de situação de saúde da população como o ponto de partida para se projetar um futuro sistema de saúde mais eficaz e efetivo.

Tabela 3. Domínio dos conselheiros sobre os conceitos e fundamentos relacionados com o Plano Municipal de Saúde

Objetivo do Plano Municipal de Saúde	%	Papel do CMS em relação ao Plano Municipal de Saúde	%
Garante os recursos necessários ao sistema de saúde	10,6	Financiá-lo	0,8
Norteia a programação anual de ações e serviços de saúde	70,9	Regulamentá-lo	4,8
Estabelece regras para a atuação do conselho	3,1	Acompanhá-lo e monitorá-lo	86,4
Apresenta os resultados alcançados	7,5	Executá-lo	3,2
Não soube responder	7,9	Não soube responder	4,8
TOTAL	100	TOTAL	100
Base do Plano Municipal de Saúde	%	Instrumento de Avaliação do Plano Municipal de Saúde	%
Plano Plurianual (PPA)	22,8	Relatório Anual de Gestão	70,7
Atas das reuniões do conselho	4,9	Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)	6,4
Análise da situação de saúde	57,2	Plano Plurianual (PPA)	8,1
Lei Orçamentária Anual (LOA)	7,9	Conferência Municipal de Saúde	8,5
Não soube responder	7,2	Não soube responder	6,3
TOTAL	100,0	TOTAL	100,0

Fonte: Elaboração própria.

Essa tendência de bom domínio dos fundamentos relacionados com o ciclo de planejamento setorial pode ser algo mais específico dos conselheiros que haviam acabado de passar por um processo de qualificação ou mesmo se restringir a um conjunto de conhecimentos básicos. A elaboração de um bom plano municipal de saúde requer o domínio de conhecimentos de epidemiologia, demografia, economia, orçamento, entre outros, sendo necessário pesquisas mais aprofundadas e extensas para concluir que a maioria dos conselheiros possui esses fundamentos.

Obviamente que os conselhos podem contratar especialistas e consultorias para aportar esses conhecimentos na etapa de formulação dos planos, porém são conhecidas as limitações operacionais que são impostas aos conselhos pelas secretarias municipais de saúde, em especial as relacionadas com a autonomia orçamentária e financeira. Essas limitações também contribuem para que

os conselhos busquem focar sua atenção na etapa de execução em detrimento do planejamento.

Finalmente, a principal limitação observada nos resultados da pesquisa consiste na ativação dos conselheiros para exercer as atividades de representação no seu segmento e para pautar e discutir concretamente temas relevantes no seu conselho. Os respondentes apresentaram expressiva sensibilização/conscientização para as questões abordadas nas Unidades de Aprendizagem, porém demonstraram ainda dificuldades para produzir ações concretas em sua prática cotidiana do controle social. Aspecto fundamental para que a participação dos conselhos contribua para a democratização, o exercício da representação exige não só identificação conselheiro com as demandas daqueles que representa, mas também a capacidade de pronunciar e decidir sobre temas diversos relacionados com a gestão, com a organização e com o financiamento da política de saúde.

Como pode ser visto na *tabela 4*, a maioria dos respondentes (74,2%) declarou reconhecer como legítima a necessidade de se reunir com sua base de representação para discutir

o plano municipal de saúde no primeiro semestre de 2013, porém apenas um pequeno grupo (13,8%) já havia marcado reuniões com seus representados.

Tabela 4. Ativação dos conselheiros para debater com o segmento que representa e para pautar temas relevantes no CMS

Debate sobre PMS com seu segmento	%	Debate das pautas do CMS com seu segmento	%
Não é mais conselheiro	15,9	Não é mais conselheiro	15,9
Não precisa	0,7	Não precisa	1,2
Não, porque este tema não está na pauta do CMS	5,8	Não, porque ninguém vai a essas reuniões	4,1
Outro	3,4	Outro	3,6
Sim e já marquei a(s) reunião(ões)	13,4	Sim e já marquei a(s) reunião(ões)	19,5
Sim, mas ainda vou marcar as reuniões	30,2	Sim, mas ainda vou marcar as reuniões	31,8
Sim, mas não tenho previsão para as reuniões	30,6	Sim, mas não tenho previsão para as reuniões	23,9
TOTAL	100,0	TOTAL	100,0
Debate sobre a regionalização (Decreto nº 7.508/11)	%	Uso do Siops como instrumento de controle social	%
Não	24,4	Não é mais conselheiro	15,9
Não é mais conselheiro	15,9	Não sei o que é o Siops	5,8
Não sei responder	7,7	Não, porque é muito difícil utilizar	3,4
Outro	2,4	Não, porque não precisa	1,1
Sim, em duas reuniões	7,3	Outro	3,3
Sim, em mais de duas reuniões	20,1	Sim, já utilizo	28,2
Sim, em uma reunião	22,2	Sim, mas não sei utilizar	42,3
Total	100,0	Total	100,0
Debate no CMS sobre intersetorialidade	%	Debate no CMS sobre a articulação com outros conselhos	%
Não é mais conselheiro	15,9	Não é mais conselheiro	15,9
Não precisa	1,2	Não precisa	4,2
Não, o CMS já tentou e não deu certo	3,2	Não precisa porque o CMS já tem articulação com esses CMS	11,7
Não, porque o CMS já tem articulação	19,8	Não, porque o CMS já tentou essa articulação e não deu certo	4,7
Outro	4,1	Outro	4,2
Sim, e já pautei	13,9	Sim, e já pautei	7,7
Sim, mas ainda vou pautar	41,8	Sim, mas ainda vou pautar	51,6
Total	100,0	Total	100,0

Fonte: Elaboração própria.

Da mesma forma, o percentual de respondentes que declarou intenção de se reunir, no primeiro semestre de 2013, com a entidade que representa a fim de discutir as pautas do conselho é extremamente expressivo (75,2%). Entretanto, a parcela dos que efetivamente se articulou para produzir debates sobre o Plano Municipal de Saúde (PMS) é bem menor (19,5%).

Esse padrão também pode ser encontrado na disposição dos respondentes em discutir temas de grande relevância que compõem a agenda estratégica do SUS. Na mesma *tabela 4*, nota-se que mais da metade (53,9%) pertence a conselhos que discutiram, no máximo duas vezes, o Decreto nº 7.508/11 entre o ano de sua publicação e a realização da pesquisa. Apenas 20,1% dos respondentes já participaram de mais de duas reuniões em que se discutiu o referido decreto.

Os respondentes também demonstraram dificuldades na utilização de ferramentas gerenciais do SUS, apesar de reconhecerem a relevância destas e manifestarem intenção em delas se apropriar. Pouco mais de 42,0% afirmaram que têm a intenção de utilizar o Sistema de Orçamento Público em Saúde (Siops), porém não dominam os conhecimentos necessários para tal. Em contraposição, apenas 28,2% declararam que já utilizam o Siops.

As dificuldades para fornecer concretude à ação dos conselhos de saúde estendem-se também à articulação intersetorial no âmbito das políticas sociais, conforme se depreende também da *tabela 4*. Uma quantidade expressiva de respondentes (41,8%) afirmou que pretendia pautar nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS) a relação com os demais setores das políticas sociais ao longo do segundo semestre de 2013, mas ainda iriam marcar reuniões para tal. Em contraposição, somente 13,9% já haviam marcado reuniões para discutir a articulação com outros setores da seguridade social.

A diferença entre intenção e ação também pode ser observada na articulação com

outros conselhos de saúde. Mais da metade dos respondentes (51,6%) manifestou intenção de debater com seus pares a relação com os conselhos municipais vizinhos no segundo semestre de 2013, porém ainda não tinham feito nenhuma ação concreta nesse sentido. Por outro lado, apenas 7,7% já haviam pautado o tema nas reuniões do CMS.

Considerações finais

Os resultados da pesquisa avaliativa apoiam a reflexão de que processos formativos e de qualificação são estratégias fundamentais para que conselheiros compreendam melhor e aperfeiçoem o exercício de seu papel no processo decisório das políticas de saúde, construindo recursos políticos que os permitam debater com os demais atores políticos em patamares de igualdade institucional.

As perspectivas de que representantes de usuários e trabalhadores da saúde busquem seus representados para discutir pautas e resultados das reuniões em que participam no conselho, bem como a busca por articulação com conselhos de municípios vizinhos, apontam para a possibilidade concreta de desenvolvimento da ação política dos conselheiros, processo vital para o incremento institucional dos conselhos de saúde.

Justamente por isso, os dados também evidenciam que a prática da educação permanente é fundamental para que essas possibilidades sejam efetivadas. A realização de um Curso sempre é importante, mas se este for isolado e não estiver inserido em uma estratégia político-pedagógica que encadeie sua melhoria e continuidade, que compreenda as demandas dos conselheiros e as utilize como elemento formador, dificilmente conseguirá sucesso maior que o pontual.

As respostas dos egressos apontaram que sua percepção sobre o processo político foi estimulada quando participaram de um curso, mas também expuseram que, para que haja uma mudança definitiva de sua prática,

os processos educativos precisam ser realmente permanentes.

Estas respostas autorizam, portanto, a afirmação de que o investimento na Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS é essencial para que os conselhos de saúde se consolidem como instâncias do processo decisório da política de saúde, o que ainda não conseguiram, correndo o risco de terem seus esforços deslegitimados.

Diante disso, a PEC 241/16, que institui limites para a expansão dos investimentos em saúde e educação vinculados à atualização inflacionária dos montantes atuais, representa real ameaça tanto para o funcionamento dos serviços prestados pelo SUS quanto para o desenvolvimento da PNEPSUS.

Ao considerar que os atuais níveis de

investimentos públicos em saúde são insuficientes para construir um sistema universal em uma situação nacional marcada por expressivas desigualdades regionais, o insulamento do processo decisório e a redução dos investimentos podem levar à deslegitimação das políticas e instâncias que as promovem, com expressivos impactos no plano federativo. Da mesma forma, políticas de austeridade tendem a acirrar a recessão econômica, repetindo a experiência europeia recente, levando à intensificação da crise fiscal de estados e municípios. Esses, diante de menor arrecadação, tenderão a reduzir os recursos para o financiamento das políticas de qualificação dos conselheiros e zerar os investimentos em infraestrutura dos conselhos, deslegitimando o papel dos conselhos e conselheiros no âmbito do SUS e a democratização das políticas de saúde. ■

Referências

ALENCAR, H. H. R. Educação Permanente no âmbito do Controle Social no SUS: a experiência de Porto Alegre – RS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 223-233, maio 2012.

AVRITZER, L. Sociedade Civil e Estado no Brasil: da autonomia à interdependência política. *Opinião Pública*, Campinas, v. 8, n. 2, p. 383-398, nov. 2012.

BOBBIO, N. Democracia Representativa e Democracia Direta. In: BOBBIO, N. *O Futuro da Democracia*. São Paulo: Paz e Terra, 2004, p. 53-76.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente para*

o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS N.º 354. *Diretrizes Nacionais de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEp. *Relatório de Gestão do Exercício de 2012*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação

da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 12 set. 2016.

CARVALHO, A. I. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Fase Ibm, 1995.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, out./dez.2005.

DALLMAYR, F. Para além da democracia fugidia: algumas reflexões modernas e pós-modernas. In: SOUZA, G. (Org.). *Democracia Hoje: novos desafios para a teoria democrática contemporânea*. Brasília, DF: UnB, 2001, p.11-38.

SCOREL, S. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEBES, 2008, p. 323-364.

SCOREL, S.; BLOCK, R. A. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: LIMA, N. T. *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 83-119.

FALEIROS, V. P. et al. *A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

FALLETI, T. Infiltrando o Estado: a evolução da reforma da saúde no Brasil, 1964-1988. *Estudos de Sociologia*, Araraquara, v. 15, n. 29, p. 345-368, dez. 2010.

FEDOZZI, L. Democracia participativa, lutas por igualdade iniquidades da participação. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V. C. (Org.). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009, p. 24-49.

FLEURY, S. A Questão Democrática na Saúde. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e Democracia: A Luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 25-44.

MAFORT, A.; MOREIRA, M. R. *Pesquisa Avaliativa do Qualiconselhos: Relatório Nacional*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 2014.

MOREIRA, M. R. *Democratização da Política de Saúde: avanços, limites e possibilidades dos Conselhos Municipais de Saúde*. 2009. 155 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

MOREIRA, M. R.; SCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n. 33, p. 795-805, maio/jun. 2009.

OUVERNEY, A. L. M. *Federalismo e Descentralização do SUS: A Formação de um Regime Polarizado de Relações Intergovernamentais na Década de 1990*. 2009. 445 f. Tese (Doutorado em Administração) – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/13713/Tese%20de%20Doutorado%20-%20Assis%20Mafort.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

SANTOS, B. S.; AVRITTEZ, L. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. S. (Org.). *Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002, p. 39-82.

VIEIRA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S. *Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil*. Brasília, DF: IPEA, 2016.

Recebido para publicação em outubro de 2016
Versão final em outubro de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Análise da atuação das ouvidorias estaduais do Sistema Único de Saúde como instâncias participativas

Survey on health ombudsman offices in the Brazilian Unified Health System

Fernando Manuel Bessa Fernandes¹, Marcelo Rasga Moreira², José Mendes Ribeiro³

RESUMO O objetivo do artigo é traçar um panorama das 27 ouvidorias estaduais de saúde do Brasil cadastradas pelo Departamento de Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde, detectando o quanto estavam alinhadas aos princípios por ele defendidos. Desenhou-se uma pesquisa qualitativa e aplicou-se um questionário aos ouvidores, elaborado a partir de uma Ideia-Força de Ouvidoria, orientadora da atuação e estruturação do departamento. Encontraram-se informações subsidiadoras para políticas públicas voltadas para o controle social e a participação em saúde. Debateram-se as ouvidorias, vistas como nós fundamentais na tessitura da participação sociopolítica.

PALAVRAS-CHAVE Defesa do paciente. Participação social. Controles formais da sociedade.

ABSTRACT *The objective of this article is to present a panorama of the health ombudsman offices in the 27 Brazilian states – registered at the General Ombudsman Department of the Unified Health System of the Ministry of Health – detecting the alignment of principles. A qualitative study was designed and a questionnaire was administered to the ombudsmen, drawing on an Ombudsman Strength-Idea that guides the department's structure and performance. The findings provide information to subsidize public policies directed to social control and participation. The ombudsman's performance is discussed considering its key-role in the construction of socio-political participation.*

KEYWORDS *Patient advocacy. Social participation. Social control, formal.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. fernando.bessa@ensp.fiocruz.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. rasga@ensp.fiocruz.br

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. ribeiro@ensp.fiocruz.br

Introdução

Ouvir é um sentido e também uma das ações humanas mais básicas e elementares na comunicação. Essa ação se reveste de grande importância e relevância quando se pensa em termos de responsividade e *accountability* no âmbito da gestão pública. Irmã siamesa e contraparte da vocalização, componente do empoderamento da população, a escuta por parte do poder público dos anseios e demandas do cidadão é atividade fundamental na busca por constante qualificação dos serviços oferecidos e aperfeiçoamento do funcionamento da máquina administrativa, assim como assume caráter estratégico na formulação, implementação e execução de políticas.

Para tal fim, ao longo do tempo, no mundo e no Brasil, têm sido instituídas estruturas chamadas ‘ouvidorias’, tanto no setor privado quanto no setor público e estatal, em vários níveis administrativos, consistindo nas instâncias responsáveis por receber reclamações, denúncias, elogios, críticas e sugestões dos cidadãos – denominadas ‘manifestações’ – quanto aos produtos, serviços e atendimentos prestados por determinado órgão ou por funcionários ou servidores (BRASIL, 2014A).

No Brasil, são conhecidas as necessidades de controle, regulação, análise, avaliação e de aperfeiçoamento e inovação contínuas e constantes de políticas públicas e das ações da gestão na área da saúde (BOLZAN ET AL., 2012; NONATO, 2016; PIRES; VAZ, 2012; FERNANDES ET AL., 2016; PEIXOTO ET AL., 2013; SILVA ET AL., 2014). Como desafio operacional, gerencial, administrativo e executivo, impõe-se a premência de caráter político e democrático do atendimento às demandas expressas pelos cidadãos, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

As demandas feitas pelos cidadãos na forma de manifestações se constituem em indicadores de que algo pode e/ou deve ser adotado, mantido, modificado, melhorado e/ou abolido nos sistemas e serviços de saúde. Experiências recentes de captação das manifestações têm sido implementadas e expandidas, atingindo

variáveis graus de expectativa satisfeita em sua efetividade (BRASIL, 2010).

As funções de ouvidoria no âmbito o SUS foram institucionalizadas nacionalmente em 2003 por meio da criação do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (Doges/SGEP/MS), por meio do Decreto nº 4.726/03 (BRASIL, 2003). Esta legislação lhe definiu uma série de atribuições, tais como: (a) propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde, no âmbito do SUS, buscando integrar e estimular práticas que ampliem o acesso dos usuários ao processo de avaliação do SUS; (b) estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de ouvidoria da saúde; (c) implementar políticas de estímulo à participação de usuários e entidades da sociedade no processo de avaliação dos serviços prestados pelo SUS; entre outras.

Em virtude dessas responsabilidades, ao oferecer aos usuários do SUS vários meios de comunicação, segundo o que expressa em sua página na internet (<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/872-sgep-raiz/doges-raiz/ouvidoria-geral-do-sus/11-ouvidoria-g-sus/12221-conheca-a-ouvidoria-geral-do-sus>), o Doges atua no recolhimento das demandas encaminhadas pelos usuários do SUS, na sistematização e análise dessas manifestações, na difusão de informações relacionadas com os serviços oferecidos à população e no encaminhamento das propostas para as áreas competentes de gestão do SUS.

O Doges posiciona-se como um canal institucional estratégico de comunicação entre os usuários e a política de saúde, tendo recebido 1.048.575 contatos no banco de dados do serviço 136 Disque-Saúde, no período de 2002 até 2013, ano com informações completas imediatamente anterior ao ano da pesquisa que ensejou o presente artigo. Isso mostra o potencial de contribuição dessa iniciativa governamental para ampliar a eficiência da gestão do SUS.

Nesse sentido, o aprofundamento da descentralização das funções de ouvidoria representa uma ação essencial para ampliar os canais de participação da sociedade civil no processo de gestão compartilhada do SUS, o que fortalece a diretriz constitucional de democratização da política de saúde nos municípios e estados brasileiros. O estabelecimento de estruturas descentralizadas de ouvidoria configura, dessa forma, um mecanismo essencial para potencializar as características federativas do SUS, conforme se vê na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS – ParticipaSUS (BRASIL, 2007).

Por intermédio do Decreto nº 8.065/13 (BRASIL, 2013), estabeleceu-se para o Doges a responsabilidade de realizar pesquisas solicitadas pelo gabinete do Ministro de Estado da Saúde, pelas Secretarias do Ministério da Saúde e ainda aquelas fomentadas pela própria Ouvidoria-Geral, em parceria ou não com outros órgãos. Ainda, o Doges tem como missão ampliar e consolidar o Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS (SNO), ou seja, a formação de uma rede de ouvidorias que compartilhe a mesma concepção de trabalho eficaz, eficiente, efetivo e humanizado, contribuindo para a melhoria do SUS (BRASIL, 2014A).

Consciente da importância de promover um debate qualificador de suas ações e, com isso, incrementar sua atuação no fornecimento de subsídios para a gestão do SUS, o Doges estabeleceu, no final de 2013, uma parceria com uma equipe de pesquisadores do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (DCS/Ensp/Fiocruz).

A parceria foi consubstanciada com a instituição de uma rotina de trabalho em um Grupo de Trabalho Reflexivo (GTR), para produzir estudos sobre o tema da participação social do cidadão por intermédio das ouvidorias de saúde e para desenvolver possibilidades de acompanhamento, monitoramento, avaliação e qualificação da atuação das ouvidorias constitutivas do SNO.

O presente artigo tem por objetivo apresentar os resultados de um dos produtos da citada parceria, que foi a elaboração e aplicação de um instrumento nas ouvidorias estaduais de saúde do Brasil componentes do Sistema, tomando por esteio o debate acerca do papel, finalidade, estrutura e funcionamento das ouvidorias, suas potencialidades, limites e desafios, no subsídio à gestão do SUS, assim como a sua atuação como instâncias participativas.

Com a instituição do GTR, pretendeu-se realizar o debate sobre os conceitos de ‘Ouvidoria’, ‘Governabilidade’, ‘Autonomia’, ‘Responsividade’, ‘Resolutividade’, ‘Gestão da Informação’, ‘Inovação’ e ‘Trabalho em Rede’, entre outros, de modo a oferecer subsídios teórico-práticos para o fortalecimento do Sistema. Esses conceitos foram trabalhados tomando por base a literatura concernente, gerando outros produtos – com foco na atuação das ouvidorias municipais de saúde, na gestão da informação e na inovação em ouvidorias de saúde – que fogem ao escopo do presente texto e que serão desenvolvidos. Um artigo específico sobre o tema da Inovação relacionada ao trabalho das ouvidorias do SUS já está publicado (FERNANDES ET AL., 2016).

A partir da evolução dos debates realizados pelo GTR, constatou-se que havia duas necessidades estratégicas prioritárias: 1) Firmar uma concepção de ouvidoria que orientasse o Doges no entendimento de suas atribuições e possibilidades de aperfeiçoamento e 2) Traçar um panorama das ouvidorias municipais e estaduais de saúde do Brasil cadastradas pelo Doges, detectando o quanto estavam alinhadas aos princípios por ele defendidos.

O desdobramento das atividades de debate teórico-conceitual do GTR produziu uma Matriz Tipológica de Ouvidoria a partir de Quadros Histórico-Conceituais, elaborados pela equipe de pesquisa por meio de levantamento bibliográfico. Do refinamento das discussões sobre esta matriz, chegou-se a uma Ideia-Força de ouvidoria, inédita em estudos no País, enunciada da seguinte forma:

Ouvidoria como ‘instância de processamento’ de manifestação individual ou coletiva sobre um serviço, processo ou produto de uma determinada instituição pública ou privada. É, portanto, uma ‘instância de mediação’ com objetivo de produzir respostas adequadas às manifestações. (MOREIRA; FERNANDES, 2015. P. 7, grifo nosso).

Essa Ideia-Força foi sugerida pelo GTR ao Doges a fim de que pudesse ser verificado o estado da arte e o grau de convergência/divergência das ouvidorias de saúde componentes do Sistema no que tange aos conceitos com os quais o Grupo trabalhou na Matriz Tipológica.

Dessa forma, construir-se-ia uma linha de base que, em médio e longo prazo, possibilitasse a utilização da Ideia-Força como balizamento da concepção de ouvidoria enquanto instância participativa a ser emplacada no Sistema, sempre se considerando as necessidades de ajustes que indicassem os resultados da coleta de dados que se fazia fundamental.

Baseado na Ideia-Força, portanto, elaborou-se um instrumento de pesquisa, com o propósito de coletar informações de modo a fornecer subsídios para a formulação, a implementação e o incremento de políticas públicas voltadas para o controle social e para a participação social no âmbito da atuação das ouvidorias do SUS.

Considerações metodológicas

A Ideia-Força construída pelo grupo de pesquisa foi empregada para analisar as ouvidorias como instâncias participativas. Logo, quanto mais convergentes com a Ideia-Força fossem as ouvidorias, assumia-se que mais participativas seriam.

O instrumento de pesquisa foi composto por dezoito questões fechadas, oferecendo duas opções de resposta, regidas pela lógica da convergência ou divergência com

a Ideia-Força. Cinco das questões do instrumento admitiam múltiplas respostas. Entre essas questões, três foram formuladas de modo a ser considerada como resposta convergente aquela que satisfizesse exclusivamente uma ou duas das opções, e duas, por conta de sua natureza múltipla (meio de contato disponibilizado ao usuário e tipo de manifestação recebida pela ouvidoria).

As questões do instrumento de pesquisa foram distribuídas por quatro blocos, precedidos por uma seção Identificação da Ouvidoria, com informações de praxe. Cada bloco representava um agrupamento de conceitos trabalhados em ‘dimensões’, diretamente correlacionadas à Ideia-Força.

No primeiro bloco, contemplavam-se questões relacionadas com a dimensão ‘Instâncias – Ouvidorias’; no bloco II, questões relacionadas com a dimensão ‘Processamento – Acolhimento’, ‘Tratamento’, ‘Retorno’ e ‘Avaliação’; no bloco III, questões relacionadas com a dimensão ‘Manifestação – Demanda’; e, finalmente, no bloco IV, questões que diziam respeito à dimensão ‘Mediação – Atuação’.

A equipe de pesquisadores aplicou o instrumento por via telefônica aos ouvidores integrantes do SNO, no período de agosto a novembro de 2014. Todas as ouvidorias estaduais de saúde das 27 unidades da Federação responderam ao instrumento de pesquisa, incluindo a ouvidoria de saúde do Distrito Federal.

Resultados e discussão

De início, tanto para o trabalho do grupo na elaboração do instrumento de pesquisa quanto para o trabalho da equipe de pesquisa na análise das informações por ele coletadas, foi necessário estabelecer o que define a natureza e as competências das instâncias em questão – ou seja, definir qual a função das ouvidorias de saúde, no caso, as que estão alocadas na estrutura das secretarias estaduais de saúde.

Segundo a Portaria nº 2.416/14 (BRASIL, 2014A), em seu Art. 5º, compete aos serviços de ouvidoria do SUS no âmbito de cada ente federativo, incluídos aí os estados-membros da Federação:

I - analisar, de forma permanente, as necessidades e os interesses dos usuários do SUS, recebidos por meio de sugestões, denúncias, elogios e reclamações relativas às ações e serviços de saúde prestados pelo SUS;

II - detectar, mediante procedimentos de ouvidoria, as reclamações, sugestões, elogios e denúncias, para subsidiar a avaliação das ações e serviços de saúde pelos órgãos competentes;

III - encaminhar as denúncias aos órgãos e unidades da Secretaria de Saúde ou congêneres para as providências necessárias;

IV - realizar a mediação administrativa junto às unidades administrativas do órgão com vistas à correta, objetiva e ágil instrução das demandas apresentadas pelos cidadãos, bem como a sua conclusão dentro do prazo estabelecido para resposta ao demandante;

V - informar, sensibilizar e orientar o cidadão para a participação e o controle social dos serviços públicos de saúde;

VI - informar os direitos e deveres dos usuários do SUS; e

VII - elaborar relatórios contendo subsídios que contribuam para os gestores do SUS solucionarem, minimizarem e equacionarem as deficiências do SUS identificadas e apontadas pelo cidadão. (BRASIL, 2014A, P. 1).

No 'Guia de orientação básica para implantação de ouvidorias do SUS' elaborado pelo Doges (BRASIL, 2014B, P. 8-9), lê-se:

Em tal contexto, as ouvidorias do SUS são ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em saúde, organizando e interpretando as informações que recebe da sociedade por meio de condutas que inspirem a credibilidade, a ética e o respeito ao cidadão [...] O processo de escuta do cidadão dá-se individualmente, porém, a Ouvidoria tem como atribuição sistematizar as demandas que recebe, de forma a possibilitar a elaboração de indicadores abrangentes que podem servir de suporte estratégico à tomada de decisão no campo da gestão da Saúde.

Seriam essas, portanto, as atribuições e competências de ouvidorias estaduais de saúde. Todavia, quando se levanta a bibliografia referente a ouvidorias, estudos e análises mais aprofundados sobre as especificidades dessas instâncias em nível estadual são escassos.

Segundo levantamento na plataforma Scientific Electronic Library Online (SciELO) para o trabalho no grupo e posteriormente atualizado para a confecção deste artigo, verifica-se que, nos últimos anos no País, a quantidade de trabalhos publicados envolvendo o tema das ouvidorias tem apresentado ainda tímido crescimento. Têm sido explorados temas tais como as relações entre ouvidoria e governança democrática, entre ouvidorias e monitoramento, controle e *accountability*, e entre ouvidorias reativas e proativas (BOLZAN ET AL., 2012; NONATO, 2016; PIRES; VAZ, 2012; RITO CARDOSO ET AL., 2011; PÓ; ABRUCIO, 2006).

Na literatura internacional, encontram-se textos analisando temas ligados às instâncias de interface socioestatal latino-americanas homólogas e análogas às ouvidorias brasileiras para além da área da saúde, com destaque para os temas comuns tais como o papel do ouvidor ou responsável pela instância de escuta das demandas dos cidadãos, os sistemas de proteção de direitos e a autorregulação de instituições. Dentre estas, destacam-se as mídias corporativas, corporações e serviços públicos e privados, principalmente na área da saúde (PEIXOTO ET

AL., 2013; CARVALHO ET AL., 2009; MACIA-BARBER, 2009; SAGASTEGUIM, 2010; GONZALEZ PEREZ, 2011; PEREZ ORTIZ; POLO ROSERO, 2012; SPADONI, 2013; MELO, 2014).

Por sua vez, muito embora alguma produção sobre as ouvidorias municipais de saúde esteja sendo efetuada (FERNANDES ET AL., 2016; SILVA ET AL., 2014; GUIMARÃES ET AL., 2011; VASQUEZ ET AL., 2005; DE MARIO, 2006), também não parecem ser objeto de preocupação de autores com maior frequência e volume de publicação em periódicos nacionais.

Essa situação encontrada pelo GTR, na qual ainda não se tinha uma produção

bibliográfica acadêmica de grande vulto sobre ouvidorias de saúde, sejam estaduais ou municipais, além de representar um desafio para a construção da Ideia-Força, também serviu como elemento corroborador da importância de fazer o levantamento de informações por intermédio do instrumento de pesquisa.

Tendo sido feitas essas considerações, a seguir, no *quadro 1*, apresenta-se o panorama dos resultados da aplicação do Instrumento referente às ouvidorias estaduais de saúde:

Quadro 1. Blocos/dimensões, questões do Instrumento e respostas divergentes e convergentes à Ideia-Força de ouvidoria - ouvidorias estaduais do SUS - distribuição por números absolutos e percentuais. Brasil, 2014

BLOCO / DIMENSÃO	QUESTÃO DO INSTRUMENTO	RESPOSTA DIVERGENTE		RESPOSTA CONVERGENTE	
		N	%	N	%
Instâncias - Ouvidorias	A Ouvidoria atua institucionalmente em rede articulada com outras instâncias	1*	3,71	26	96,29
	O Ouvidor exerce mandato com duração fixa preestabelecida	16	59,26	11	40,74
	A Ouvidoria possui autonomia orçamentária	18	66,67	9	33,33
Processamento - Acolhimento, Tratamento, Retorno e Avaliação	A Ouvidoria relaciona-se ativamente com o Manifestante	10	37,04	17	62,96
	A Ouvidoria permite acesso irrestrito ao Manifestante	0	0,00	27	100
	A Ouvidoria garante anonimato ao Manifestante	2	7,41	25	92,59
	Meios de contato que a Ouvidoria oferece ao Manifestante**	21	77,78	6	22,22
	A Ouvidoria pratica sempre triagem em relação à Manifestação	3	11,11	24	88,89
	A Ouvidoria tem acesso direto ou indireto à informação demandada pela Manifestação***	6	22,22	21	77,78
	A Ouvidoria possui equipe de trabalho própria	2	7,41	25	92,59
	A Ouvidoria possui equipe de trabalho com vínculo empregatício caracterizado como funcionário ou terceirizado***	3	11,11	24	88,89
	A Ouvidoria oferece resposta de caráter solucionador à Manifestação	5	18,52	22	81,48
	A Ouvidoria obedece ao prazo de resposta à Manifestação submetido à regulamentação	9	33,33	18	66,67
Manifestação - Demanda	A Ouvidoria faz uso analítico da informação componente da resposta à Manifestação	2	7,41	25	92,59
	Tipo de Manifestação que a Ouvidoria recebe**	11	40,74	16	59,26
Mediação - Atuação	A Ouvidoria recebe Manifestação de origem individual ou coletiva	6	22,22	21	77,78
	A Ouvidoria controla e se responsabiliza pelo processo de mediação da resposta	10	37,04	17	62,96
	A Ouvidoria participa ou é responsável pelo processo de regulação sobre as informações que compõem as respostas à Manifestação	17	62,96	10	37,04

Fonte: Elaboração própria.

* A única ouvidoria que declarou não atuar em rede foi a da Secretaria Estadual de Saúde de Roraima.

** Para estas questões, considerou-se a marcação da totalidade das seis opções de resposta como convergente.

*** Para estas questões, considerou-se também a marcação de ambas as opções de resposta como convergente.

Os resultados permitem afirmar que as ouvidorias estaduais apresentam alta convergência com a Ideia-Força que presidiu o instrumento de pesquisa. Das 18 questões, em 14 delas a convergência atingiu mais de 59%, sendo que em 4 delas a convergência foi maior que 90%. A única questão em que a convergência foi total versava sobre a permissão de acesso irrestrito ao manifestante. As 4 questões com convergência abaixo de 50% ficaram na faixa entre 22% e 41%.

As questões que admitiam múltiplas respostas ensejaram observações interessantes. Na questão referente a meios de comunicação, a expectativa era de que a totalidade das ouvidorias estaduais oferecesse todas as possibilidades imaginadas – a saber: telefone, *e-mail*, postal, presencial, formulário na internet e caixa de sugestões. No entanto, apenas as ouvidorias de saúde de seis estados (MT, PE, PI, RJ, RN e RO) foram consideradas convergentes, como se vê no *quadro 2*, a seguir:

Quadro 2. Questões do Instrumento e respostas divergentes e convergentes à Ideia-Força de ouvidoria - ouvidorias estaduais do SUS - distribuição por meios de contato. Brasil, 2104.

UF	TELEFONE	E-MAIL	POSTAL	PRESENCIAL	FORM INTERNET	CAIXA SUGESTÕES	TOTAL DE RESPOSTAS CONVERGENTES
PE	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	6
PI	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	6
MT	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	6
RO	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	6
RN	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	6
RJ	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	6
RS	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	5
MG	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	5
PR	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	5
PB	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	5
BA	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	5
ES	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	5
TO	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	5
CE	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	5
PA	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	5
SE	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	5
SP	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	5
MA	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	5
GO	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	5
RR	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	5
SC	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	5
DF	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	4
AC	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	4
AL	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	4
MS	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	4
AM	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	3
AP	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	3

Fonte: Elaboração própria.

Por certo, há que se relativizar a importância de uma ouvidoria estadual ou mesmo municipal apresentar a totalidade dos meios de comunicação oferecidos ao cidadão. Não necessariamente, meios mais tecnológicos ou modernos, tais como e-mail e internet, por exemplo, são mais eficazes, eficientes e efetivos que outros, considerados mais 'tradicionais'. A relativização contida nesse raciocínio se torna clara quando se observam municípios de pequeno porte populacional, com escassez de recursos, nos quais a população tem presença e contato bem próximos das autoridades e instituições, podendo fazer suas reivindicações chegarem com possibilidade de sucesso aos responsáveis – pelo menos em teoria. Esse é o núcleo da ideia de municipalização.

Por outro lado, quando se trata de ouvidorias estaduais, pelo fato de teoricamente abrangerem uma quantidade de

equipamentos e uma área geográfica maior do que as ouvidorias municipais, os meios de comunicação a distância tendem a se tornar mais utilizáveis.

A ouvidoria estadual do Amapá foi a única que declarou não oferecer telefone para os cidadãos fazerem suas manifestações. Já a ouvidoria estadual do Paraná foi a única que não disponibilizava *e-mail* para demandas dos cidadãos. Ademais, a ouvidoria estadual de Santa Catarina destacou-se por ter sido a única que declarou que o meio de comunicação presencial não era disponibilizado para a população.

Na outra questão com múltiplas respostas, referente a tipos de manifestação, esperava-se que todas as ouvidorias estaduais aceitassem os seis tipos estabelecidos: reclamação, sugestão, elogio, solicitação, denúncia e Lei de Acesso à Informação (LAI). O *quadro 3* a seguir ilustra:

Quadro 3. Questões do Instrumento e respostas divergentes e convergentes à Ideia-Força de ouvidoria – ouvidorias estaduais do SUS – distribuição por tipos de manifestação. Brasil, 2014

UF	RECLAMAÇÃO	SUGESTÃO	ELOGIO	SOLICITAÇÃO	DENÚNCIA	LAI	TOTAL
PE	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	6
PI	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	6
MT	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	6
RO	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	6
RN	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	6
RJ	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	6
RS	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	6
MG	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	6
PR	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	6
PB	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	6
BA	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	6
ES	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	6
TO	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	6
CE	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	6
PA	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	6
SE	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	6
SP	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	5
MA	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	5
GO	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	5

Quadro 3. (cont.)

RR	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	5
SC	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	5
DF	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	5
AC	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	5
AL	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	5
MS	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	5
AM	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	5
AP	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	5

Fonte: Elaboração própria.

As ouvidorias de saúde de 11 estados (CE, DF, ES, GO, MA, MG, MT, PA, PB, PE, PI, PR, RO, RR, RS e SC) foram consideradas convergentes, e as restantes não, por não terem respondido a opção referente à LAI. Isso pode ser entendido como indicador de uma baixa capilaridade da legislação, representando um desafio para a consolidação de uma cultura participativa e de asseguramento da cidadania dos usuários do SUS. Torna-se ainda mais interessante a questão quando se observa que se incluem nesse grupo as ouvidorias estaduais de estados muito populosos e de grande expressão econômica e política como São Paulo e Rio de Janeiro.

Conclusões

O trabalho do Doges pela ampliação da eficiência, eficácia e efetividade do SUS se reveste de significados diversificados que podem, por vezes, ser conflitantes à primeira vista. Por um lado, vai no sentido de descentralizar as ações das ouvidorias, a fim de fortalecer o processo de implantação dos seus serviços no território nacional.

Esse processo visa consolidar a difusão das vias, meios, canais e sistemas de comunicação entre o cidadão e o poder público nos estados e municípios, para apurar de forma permanente as necessidades e interesses dos usuários, bem como a sua avaliação das

ações e serviços de saúde. Também visa fomentar o trabalho em rede, concretizando a integralidade de um sistema nacional de ouvidorias do SUS, articulando bancos de dados para conferir maior agilidade (i) na resolução de questões administrativas e de gestão de análise; (ii) no intercâmbio de informações para o embasamento de estudos e (iii) na afirmação de possibilidades reais de participação da população na formulação de políticas públicas de saúde.

Evidentemente, o caminho não está livre de percalços. Para que se configure realmente um sistema nacional de ouvidorias, urge a dinamização da implantação dessas instâncias de participação, que, apesar de existirem em todos os estados do País, atualmente se encontram em 582 municípios, segundo dados mais recentes disponíveis à equipe de pesquisa pelo Doges por ocasião da aplicação do Instrumento. Também se torna estratégica a utilização de tecnologias de informática que façam com que as ouvidorias municipais e estaduais tenham expandida a sua capacidade comunicativa tanto com o Doges quanto com os usuários, de modo a reforçar a cidadania.

Por certo, é fundamental nesse processo a atenção e o cuidado redobrado com as diferenças e assimetrias locais regionais que os municípios, as regiões e os estados de um país continental como o Brasil apresentam. Surgem como fatores importantes e dignos de consideração o histórico sociopolítico e

sociocultural de cada localidade, as flutuações político-partidárias das orientações que regem as políticas públicas, as capacidades institucionais de atuação, as conjunturas e as estruturas de desenvolvimento socioeconômico e, especificamente no caso da saúde, a capacidade e cobertura instalada de ações e serviços.

O esforço pela constante busca de aperfeiçoamento das ações das ouvidorias como instâncias participativas passa, igualmente, pela consciência de que é fundamental o entrelaçamento e estreitamento de ações coordenadas tanto intraministerialmente quanto extraministerialmente, envolvendo órgãos das outras duas esferas da administração pública e também de outros âmbitos. No âmbito acadêmico, especificamente, as possibilidades de enriquecimento do saber sobre a gestão e de produção de conhecimento sobre o tema da participação no recorte das ouvidorias são amplas, assim como para a compreensão dos processos de descentralização, regionalização e permanente defesa crítica e (re)construção do SUS.

Nesse processo, as ouvidorias estaduais de saúde podem – e, por que não dizer, devem – ser encaradas como nós importantes na tessitura dessa rede de participação sociopolítica que o congraçamento e a interlocução promovida e estimulada pelas

ouvidorias significam. Como parceiras subnacionais do Doges, o trabalho das ouvidorias estaduais de saúde é basilar para que se organizem e sistematizem os trabalhos das ouvidorias municipais. O nível e o alcance dessa rede serão tão eficientes, eficazes e efetivos quanto forem os esforços de concatenação e concertação de ações que as instâncias envolvidas puderem protagonizar, na medida das potencialidades consumadas dos arranjos feitos em direção à salvaguarda da democracia.

Por fim, convém recordar que o levantamento de informações efetuado pela pesquisa e que está apresentado neste artigo ocorreu no segundo semestre do ano de 2014, em período prévio de mudança de mandato dos governadores e suas estruturas administrativas. Portanto, não se pode afirmar que os dados aqui apresentados refletem o estado da arte das ouvidorias estaduais simultaneamente ao período em que este artigo foi para publicação, o que abre condições para que atualizações sejam feitas.

Espera-se que, não apenas com atualizações, mas, também, com aprofundamentos dos estudos realizados, possam ser feitas cada vez maiores contribuições para o aperfeiçoamento das ações e a tomada de decisões das instâncias responsáveis pelas ouvidorias em todas as esferas da administração pública. ■

Referências

- BOLZAN, L. C. *et al.* Ouvidoria Ativa: A inovação das pesquisas de satisfação na ouvidoria-geral do SUS. In: CONGRESSO CONSAD de Gestão Pública, 5., 2012, Brasília, DF. *Anais...* Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2013-03/ouvidoria-ativa-a-inovacao-das-pesquisas-de-satisfacao-na-ouvidoria-geral-do-sus.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2016.
- BRASIL. Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 09 de jun. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4726.htm>. Acesso em: 24 nov. 2016. Acesso em: 24 nov. 2016.
- _____. Decreto nº 8.065, de 07 de agosto de 2013. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 7 ago. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8065.htm>. Acesso em: 24 nov. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007. Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS, que vislumbra a implantação de ouvidorias como uma das formas de fortalecer a gestão estratégica e participativa no SUS. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 26 nov. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3027_26_11_2007.html>. Acesso em: 24 nov. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.416, de 07 de novembro de 2014. Estabelece diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas atribuições. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 07 nov. 2014b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2416_07_11_2014.html>. Acesso em: 24 nov. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. *Falando de Ouvidoria: experiências e reflexões*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. *Guia de orientações básicas para implantação de ouvidorias do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Ouvidoria Ativa do SUS: ampliando a escuta e o acesso à informação do cidadão*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2014b.
- CARVALHO, D. B. *et al.* Humanização e controle social: o psicólogo como ouvidor hospitalar. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, DF, 29, n. 1, p. 172-183, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n1/v29n1a14.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2016.
- DE MARIO, C. G. Ouvidorias públicas municipais no Brasil. 2006. 141 f. Dissertação (Mestrado em Urbanismo) – Pontifícia Universidade Católica, Campinas. 2006. Disponível em: <<http://tede.biblioteca digital.puccampinas.edu.br:8080/jspui/bitstream/tede/28/1/Camila%20G%20de%20Mario.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2016.
- FERNANDES, F. M. B. *et al.* Inovação em ouvidorias do SUS – reflexões e potencialidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 8, p. 2547-2554, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2547.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2016.
- GONZALEZ PEREZ, L. R. El sistema no-jurisdiccional de protección de los derechos humanos en México. *Rev. IUS*, Puebla, v. 5, n. 28, 99-122, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org.mx/pdf/rius/v5n28/v5n28a6.pdf>>. Acesso em: 8 dez. 2016.
- GUIMARÃES, M. B. L. *et al.* Os impasses da pobreza absoluta: a experiência da Ouvidoria Coletiva na região

da Leopoldina, Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p. 291-300, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n1/v16n1a31.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

MACIA-BARBER, C. La autorregulación extrínseca en la empresa periodística: La experiencia del Grupo 16. *Palabra Clave*, Madri, v.12, n. 2, p. 269-286, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/pacla/v12n2/v12n2a07.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

MELO, M. P. P. Governo da população: relação médico-paciente na perícia médica da previdência social. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 23-36, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0023.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

MOREIRA, M. R.; FERNANDES, F. M. B. Análise da Implantação Descentralizada do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS – Uma Tipologia para as Ouvidorias. *Relatório de Pesquisa*. 2015. Mimeo.

NONATO, R. *A Ouvidoria Reativa em face da ouvidoria proativa: transparência na gestão pública*. Disponível em: <<http://www.justicaeleitoral.jus.br/arquivos/tre-df-juiz-raimundo-nonato-a-ouvidoria-reativa-em-face-da-ouvidoria-proativa-transparencia-na-gestao-publica>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

PEIXOTO, S. F. *et al.* Atribuições de uma ouvidoria: opinião de usuários e funcionários. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 785-794, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/12.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

PEREZ ORTIZ, V.; POLO ROSERO, M. El Defensor del Pueblo y su intervención en los juicios de constitucionalidade concentrados em Colombia: ¿Planteamiento de um debate? *Vniversitas*, Bogotá, n. 125, p. 257-286 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/vniv/n125/n125a09.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

PIRES, R.; VAZ, A. *Participação Social como método de governo? Um mapeamento das “Interfaces Socioestatais” nos programas federais: Efetividade das instituições participativas no Brasil*. Brasília, DF: Ipea, 2012. (Texto para Discussão 1707). Disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/td_1707.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2016.

PÓ, M. V.; ABRUCIO, F. L. Desenho e funcionamento dos mecanismos de controle e accountability das agências reguladoras brasileiras: semelhanças e diferenças. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, 679-698, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n4/31601.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

RITO CARDOSO, A. S. *et al.* Introdução: ouvidoria pública e governança democrática. In: INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Boletim de Análise Político-Institucional*. Brasília, DF: Ipea, 2011. p. 51-57. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ouvidoria/images/stories/2013/PDF/12-04-2013boletim_analisepolitico.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2016.

SAGASTEGUIM, F. Supervisando la seguridad vial en el Perú. *Rev. peru. med. exp. salud pública (Impr)*, Lima v. 27, n. 2, p. 255-259, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n2/a15v27n2.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

SILVA, R. C. C. *et al.* Ouvidorias públicas de saúde: estudo de caso em ouvidoria municipal de saúde. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 134-141, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0134.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

SPADONI, E. The role of the ombudsman in environmental conflicts: the case of the Matanza Riachuelo Basin. *Ambiente e Sociedade*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 47-62, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/asoc/v16n2/en_04.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2016.

VAZQUEZ, M. L. *et al.* Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. supl., 141-155, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a17v10s0.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

Recebido para publicação em outubro de 2016
Versão final em novembro de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Porque não instituir copagamento no Sistema Único de Saúde: efeitos nocivos para o acesso a serviços e a saúde dos cidadãos

Why it is a bad idea to implement copayments in the Unified Health System: harmful effects on access to care and people's health

Jens Holst¹, Ligia Giovanella², Gabriella Carrilho Lins de Andrade³

RESUMO Em tempos de recessão econômica, copagamento é medida aventada para controlar a demanda e reduzir gastos em saúde. O artigo sintetiza pesquisas sobre os efeitos do copagamento. Os resultados evidenciam efeitos deletérios importantes: redução do acesso a medidas de promoção e prevenção, piora na adesão ao tratamento, renúncia ou postergação do uso de serviços, em especial por idosos, doentes crônicos e pessoas de baixa renda, gastos administrativos adicionais, e aumento das desigualdades sociais. Os supostos resultados de eficiência não são comprovados, pelo contrário, os pacientes abdicam de serviços necessários e renunciam à atenção em tempo oportuno, elevando custos assistenciais.

PALAVRAS-CHAVE Financiamento da assistência à saúde. Acesso aos serviços de saúde. Reforma dos serviços de saúde.

ABSTRACT *In times of economic recession, copayments are one measure put forward to control demand and reducing public expenditures. The article aims to review the research on the effects of copayments. The results show prominent adverse effects: reduced access to health promotion and prevention services, impaired medication adherence, waiving or postponing health services utilization, particularly reducing access for elderly and chronically ill, additional administrative expenditures and increasing social inequalities in financing and access. Evidence of the assumed efficiency gains is lacking; increasing healthcare costs rather tend to prevent patients from taking out needed services at all or in time.*

KEYWORDS *Healthcare financing. Health services accessibility. Health care reform.*

¹Universidade de Ciências Aplicadas de Fulda (Hochschule Fulda) – Fulda, Alemanha. drjensholst@web.de

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. giovanel@ensp.fiocruz.br

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. andrade.gabriella@gmail.com

Introdução

Em tempos de recessão e supremacia política conservadora em que as despesas governamentais são consideradas o único vilão e o corte de gastos em políticas sociais, a solução para todos os males, o acesso e a qualidade da atenção à saúde são seriamente ameaçados. A redução de gastos públicos impõe maior participação direta das famílias no custeio de sua atenção, ao mesmo tempo em que a ideia de introduzir copagamento como complemento ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), com cobrança de serviços do paciente, volta a rondar os debates nos bastidores dos círculos políticos conservadores.

Com a implementação de copagamentos no SUS, o Brasil correria o risco de cair na esparrela de um dos mitos mais difundidos nas reformas conservadoras de políticas de saúde e repetir os mesmos erros de outros países, tanto industrializados como em vias de desenvolvimento, com consequências nefastas para a equidade no acesso e para o estado de saúde dos brasileiros.

Este artigo tem por objetivo resumir resultados de pesquisas internacionais que analisaram efeitos da introdução ou da ampliação de copagamentos nos sistemas de serviços de saúde. Inicia com a descrição das modalidades de copagamento e os objetivos declarados para sua introdução. Em seguida, sintetiza as principais consequências do copagamento para o acesso aos serviços de saúde e efeitos sobre a saúde da população. Dentre esses, destaca: a redução do acesso a medidas de promoção e prevenção, a piora na adesão aos tratamentos medicamentosos, a renúncia ou postergação do uso de serviços de saúde, a maior redução do acesso para pessoas idosas e portadores de doenças crônicas, com prejuízos para a saúde e elevação de gastos com esses pacientes, o aumento das desigualdades sociais no acesso e os gastos administrativos adicionais.

Copagamento: definições e objetivos

Mecanismos de copagamento, em termos gerais, podem ser definidos como a obrigatoriedade do paciente/segurado/usuário arcar com parte dos custos dos serviços de saúde no ato da utilização. Tal mecanismo de obrigatoriedade de participação direta nos custos apresenta diferentes denominações, além de copagamento, como taxa moderadora, participação no custeio (*cost-sharing*), coparticipação ou, ainda, contrapartida do usuário.

A ideia de fazer o usuário participar diretamente no financiamento dos serviços de saúde é antiga. Adquiriu diferentes ênfases e formas ao longo do tempo, principalmente em períodos de recessão econômica ou de domínio de governos conservadores e neoliberais, e pode estar presente de uma ou outra forma em distintos sistemas de proteção social à saúde. A existência de copagamento é uma característica dos sistemas de saúde com base no mercado e dos seguros privados de saúde, mas pode também ser observada em sistemas de saúde fundados na universalidade de direitos, para acesso a alguns insumos ou serviços, principalmente medicamentos (SILIANSKY DE ANDREAZZI ET AL., 2011). Além disso, nas décadas de 1980 e 1990, o Banco Mundial costumava impor recomendações específicas para implementar copagamentos na atenção à saúde nos países em desenvolvimento com a suposta finalidade de controlar a demanda e aprimorar a eficiência dos sistemas de saúde (UGÁ, 1997). Diga-se de passagem, que tais recomendações hoje foram relegadas a segundo plano devido a seus efeitos nefastos.

O copagamento pode ser aplicado de diferentes formas, como, por exemplo, imposição de taxa fixa para cada serviço médico ou prescrição dispensada; introdução de taxa variável que represente porcentagem do custo total de um serviço; combinações de quantias fixas e taxas percentuais; e sistema

de ‘franquia anual’, ou seja, a fixação de nível mínimo anual para as despesas de medicamentos ou de serviços por paciente, abaixo do qual nenhum reembolso é concedido, sistema utilizado principalmente em seguros privados (RIETVELD; HAAIJER-HUSKAMP, 2003). Alguns autores classificam também como copagamento a exclusão de certos serviços do pacote coberto pelo sistema público de saúde ou pelo seguro social (BUSSE; SCHREYÖGG; HENKE, 2005). No sentido lato, de participação privada nos gastos em saúde, existem copagamentos em quase todos os sistemas de saúde, incluídos os países com sistemas nacionais ou seguros sociais universais de saúde, embora o nível da participação no custeio varie muito de um país a outro e seja menor naqueles com sistemas mais universalizados (GÖTTRET; SCHIEBER, 2006).

A tendência de implementar ou aumentar a participação dos pacientes no custeio direto em sistemas públicos de saúde é, em geral, expressão de políticas de cunho neoliberal que invocam a responsabilidade própria do paciente como alternativa ou delimitação frente à suposta tutela do Estado. Nesse sentido amplo, no caso do Brasil, não se pode dizer que o copagamento na saúde seja uma prática completamente desconhecida, dada a importante participação privada nos gastos totais em saúde. A participação dos gastos públicos no total de gastos em saúde no Brasil é muito baixa. Enquanto em países como Alemanha, Canadá, Espanha, França, Itália, Reino Unido, Suécia, mais de 70% dos gastos totais em saúde são públicos – 77,0%, 70,9%, 70,9%, 78,2%, 75,6%, 83,1% e 84,0%, respectivamente (WHO, 2016) –, no Brasil, mais de 50% dos gastos em saúde são privados, indicando importante participação dos indivíduos e famílias no custeio. Dentre os gastos privados, cerca de metade refere-se a pagamentos diretos no ato da utilização (*out of pocket*), especialmente para medicamentos. O modelo de subsídio de medicamentos em

farmácias privadas no Programa Farmácia Popular também pode ser considerado copagamento. Entretanto, não há copagamento formalizado no SUS para atenção ambulatorial e hospitalar.

Objetivos do copagamento

Os partidários do custeio direto dos pacientes no ato da utilização destacam, principalmente, dois objetivos do copagamento: por um lado, a recuperação de custos da atenção médica e o alívio financeiro do sistema ocasionado pelo aporte monetário adicional e, por outro lado, a condução da demanda pretensamente exagerada por serviços médicos, visando a limitar o uso desnecessário, supérfluo ou fútil, e, com isso, controlar o ‘risco moral’ dos usuários do sistema de saúde. Em nível internacional e, sobretudo, nos países industrializados, o segundo argumento desempenha papel prioritário no debate de reformas para a contenção de gastos públicos em saúde. Na economia da saúde, campo em que se cria a maior parte dos argumentos e com maior quantidade de seus defensores, há importantes correntes que desenvolveram teorias e modelos a favor dos copagamentos com base no denominado risco moral (*moral hazard*). Conforme esse conceito econômico, o acesso à atenção médica gratuita provocaria uma excessiva utilização dos serviços de saúde, o que, ao final, levaria à redução do bem-estar social geral (PAULY, 1968). O mercado de seguros de saúde falharia em transmitir eficientes sinais de preços para os consumidores. O acesso gratuito levaria a mudanças no comportamento do consumidor, que estaria disposto a consumir serviços de saúde ao máximo (PAULY, 1968; 1983). Segundo essa teoria, a contrapartida financeira do paciente induziria um uso mais racional dos serviços médicos e contribuiria para reduzir os gastos de saúde.

Em países do sul global, predomina o objetivo de gerar recursos adicionais por meio da contrapartida dos usuários de serviços de

saúde. Cobrar do paciente uma parte do custo da sua atenção médica diminuiria a proporção financiada por pagamento antecipado – seja por meio de impostos gerais num sistema público-estatal, de contribuições sociais num sistema de seguro social ou por meio de prêmios no caso dos seguros privados.

Todavia, quanto maior a proporção do gasto total em saúde financiada de forma antecipada e, portanto, independentemente da utilização, tanto maior a eficiência, equidade e o potencial redistributivo do financiamento de saúde (WHO, 2010). Por conseguinte, todo copagamento não só tem um efeito negativo na justiça social como, acima de tudo, prejudica a saúde das pessoas, pois, em geral, induz à postergação da atenção necessária. Em muitos países, a participação financeira do usuário é acompanhada de sistemas de isenção para proteger os pacientes de menor renda, embora sejam difíceis de implementar e só consigam corrigir parcialmente os efeitos indesejados dos copagamentos (BADASU, 2004; WHO, 2005). Elevados custos administrativos inerentes e dificuldades de execução limitam fundamentalmente a eficácia das medidas de isenção (ROBINSON, 2002).

A avaliação científica crítica das evidências empíricas acumuladas durante as últimas décadas não comprova a hipótese de que os pacientes com proteção financeira de saúde utilizam serviços médicos em demasia por serem gratuitos (HOLST, 2010). Ao contrário e como será demonstrado, os copagamentos tendem a subverter o acesso adequado à atenção à saúde, dado que os pacientes abdicam de serviços necessários e renunciam a recorrer à atenção médica em tempo oportuno.

Bastante conhecido, o filme ‘Sicko’, de Michael Moore, ilustra com maestria os efeitos perversos da cobertura incompleta de seguros de saúde nos Estados Unidos da América (EUA). Recentemente, um de seus colaboradores deu um depoimento contundente ao The Intercept. Afirma que ‘literalmente devo minha vida’ a Michael Moore

pelo seguro de saúde de alta qualidade sem franquia ou copagamento (*zero-deductible*) que garante aos seus empregados (SCHWARZ, 2016). Relata que quando observou uma alteração estranha em sua pele, procurou assistência médica imediatamente, por contar com cobertura de seguro saúde na qual o acesso não exigia a necessidade de qualquer copagamento. Assim, um melanoma precocemente diagnosticado foi extirpado, salvando sua vida.

Evidências empíricas dos efeitos do copagamento

As próximas seções resumem parte das evidências empíricas internacionais sobre os efeitos indesejados e nocivos da participação dos pacientes no custeio, enfocando o impacto do copagamento na promoção e prevenção, no uso de medicamentos e na adesão, na equidade, na atenção médica dos idosos e doentes crônicos.

Redução do acesso a medidas de promoção e prevenção

No contexto atual de empenho para fortalecer a prevenção e promoção à saúde, conhecer os efeitos da participação no custeio da utilização destes serviços certamente adquire especial importância. Estudos realizados nas últimas décadas forneceram amplas evidências comprovando que os copagamentos reduzem o uso de serviços preventivos (CRAWFORD; RAMSEY; SPLINTER, 2004; MANNING ET AL., 1987; SOLANKI; SCHAUFFLER, 1999; TRUDE; GROSSMAN, 2004). Isso é confirmado pela observação que o uso de ações preventivas, como rastreamentos para diagnóstico precoce (*screenings*) e *check-ups*, aumenta depois que tais serviços passam a ser isentos de copagamentos e incluídos no rol de serviços cobertos (WEINICK; BEAUREGARD, 1997).

Em sistemas com copagamento, a própria incerteza em saber se haverá copagamento

e as dúvidas sobre os valores dos encargos financeiros correspondentes reduzem o uso de programas de rastreio tal como mamografias e exames de Papanicolau em grupos socioeconômicos de renda mais baixa (SOMKIN *ET AL.*, 2004).

Certamente, é mais fácil e mais rápido conhecer e avaliar o impacto imediato da contrapartida financeira do usuário no uso de medidas de prevenção do que seus efeitos complexos de longo prazo. Além disso, todas as formas de copagamento de saúde restringem a utilização de serviços de prevenção, porque a participação no custeio para outros serviços afeta o uso de medidas preventivas e promocionais. Um estudo sobre a utilização de quatro medidas preventivas – mamografias, exames de Papanicolau, rastreio da pressão arterial e consultas preventivas –, dentre mais de dez mil empregados de empresas no oeste dos EUA, mostrou que a participação no custeio exerceu efeitos negativos significativos sobre o número de consultas preventivas, realização de Papanicolau e mamografias, enquanto os efeitos sobre o rastreio da pressão arterial foram inconsistentes (SOLANKI; SCHAUFFLER; MILLER, 2000). Solanki, Schauffler e Miller (2000) concluem que eliminar qualquer forma de participação financeira dos pacientes nos custos para serviços de prevenção pode ser um meio relativamente fácil e eficaz de aumentar a utilização de cuidados preventivos clínicos recomendados.

Outra investigação analisou a associação entre o nível de copagamentos e a utilização de terapia ambulatorial para alcoolismo após tratamento de intoxicação por álcool entre cidadãos dos Estados Unidos com seguro privado: o número, duração e intensidade da terapia de seguimento utilizada pelos alcoolistas foram inversamente proporcionais ao nível da contrapartida financeira do usuário. Quanto maior o copagamento, menor uso da terapia (STEIN, 2003).

Redução da adesão ao tratamento medicamentoso

Um dos terrenos típicos da cobrança de copagamentos são as prescrições de medicamentos. Nos sistemas públicos dos países industrializados e recentemente industrializados, os esforços de conduzir ou moderar a demanda por meio de copagamentos se concentram nos medicamentos (GRESS; NIEBUHR; WASEM, 2005). Os produtos farmacêuticos são considerados serviços de saúde de alta elasticidade-preço, cujo uso está fortemente ligado ao nível de copagamentos (CHANDRA; GRUBER; MCKNIGHT, 2007; LEXCHIN; GROOTENDORST, 2002). Revisões sistemáticas demonstram que maiores níveis de participação dos usuários no custeio estão associados a menores taxas de tratamentos com medicamentos, pior adesão ao tratamento e suspensão mais frequente da terapia. Para cada incremento de 10% na contrapartida financeira do usuário, observa-se uma redução de 2% a 6% dos gastos com medicamentos. Ao mesmo tempo, multiplica-se a utilização de outros serviços tais como consultas médicas e hospitalizações (GOLDMAN; JOYCE; ZHENG, 2007).

Recente revisão sistemática mostrou que, para a população coberta por um sistema público de proteção social, mesmo copagamentos baixos aumentam a probabilidade de não adesão ao tratamento medicamentoso em 11% (SINNOTT *ET AL.*, 2013).

Em outro estudo, o aumento concomitante dos copagamentos e dos preços de medicamentos acima da taxa de inflação nos EUA, entre 1998 e 2000, incrementou a taxa de medicações não tomadas de 9,5% para 13,1% entre beneficiários do Medicare, com impactos notórios no tratamento das pessoas de menor renda (WILSON *ET AL.*, 2005). Ainda nos EUA, análise mostrou que duplicar o valor das menores taxas de copagamentos induz a importante redução na ingestão de diversos tipos

de medicamentos, sobretudo nos casos de anti-inflamatórios não esteroides (45%), anti-histamínicos (44%), hipolipemiantes (34%), bloqueadores dos receptores H2 e inibidores da bomba de prótons (33%), anti-hipertensivos (26%) e antidiabéticos orais (25%) (GOLDMAN *ET AL.*, 2004).

Diversas pesquisas evidenciaram elevada taxa de abandono da terapia padrão – ácido acetilsalicílico, beta bloqueadores, estatinas –, decorrente dos copagamentos e depois de alta hospitalar, mesmo dentre pacientes para tratamento de problema tão grave como um ataque cardíaco. Por exemplo, 12% dos pacientes já tinham deixado de tomar todos os medicamentos e 18%, pelo menos um medicamento prescrito durante o primeiro mês depois do tratamento hospitalar (BENNER *ET AL.*, 2002). O achado mais impressionante e consistente é que são particularmente os pacientes pobres, com menor nível de instrução, e idosos que mostram a pior adesão em consequência dos copagamentos (APPLEGATE, 2002; BENNER *ET AL.*, 2002; LEE; GRACE; TAYLOR, 2006; GIBSON *ET AL.*, 2006).

Renúncia ou postergação de consultas médicas

Na Alemanha, depois da introdução de um copagamento de dez Euros trimestrais para a atenção ambulatorial no Seguro Social de Doença, análises mostraram renúncia ou postergação de uso de serviços de saúde, informadas pelos segurados com variação significativa conforme o grupo socioeconômico. No grupo de menor renda, 67,9% dos usuários informaram ter postergado ou não ter procurado consulta ambulatorial devido ao copagamento, e no grupo de maior renda, 42,6%. Tal renúncia ao uso de serviços necessários ocorreu apesar de o Seguro Social de Doença alemão definir um teto máximo de participação financeira dos segurados em 2% de sua renda e em 1% para os doentes crônicos (RÜCKERT; BÖCKEN; MIELCK, 2008).

Redução do acesso para pessoas idosas e portadores de doenças crônicas com consequências para seu estado de saúde e aumento de gastos com outros serviços

São os pacientes de maior idade e de menor renda, sobretudo, que renunciam à tomada de medicamentos prescritos como consequência do copagamento. Nos EUA, quase a quinta parte dos pacientes idosos e até um quarto dos doentes crônicos renunciaram a aviar uma prescrição por causa da participação no custeio: 16% dos idosos e 22% dos doentes crônicos deixaram de tomar diariamente uma parte da dose prescrita, enquanto 12,4% e 18,5%, respectivamente, reduziram a dose diária pela mesma razão (WILSON *ET AL.*, 2007). É particularmente preocupante que a não adesão induzida pelos copagamentos para remédios seja significativamente mais frequente dentre os portadores de condições crônicas, que necessitam de tratamento constante com perdas para sua saúde (SOMERAI *ET AL.*, 2006; TAIRA *ET AL.*, 2006).

Evidências empíricas abundantes do efeito nocivo de copagamentos na adesão aos tratamentos existem em muitos outros países além dos EUA (JACKEVICIUS; MAMDANI; TU, 2002; SCHULTZ *ET AL.*, 2005; SOMERAI *ET AL.*, 2006; WHITE *ET AL.*, 2002). Uma investigação retrospectiva realizada na província canadense de Québec sobre os efeitos da introdução de coparticipação financeira dos usuários para medicamentos produziu resultados impressionantes em pessoas idosas e em pessoas de baixa renda. Depois de um leve aumento dos copagamentos, o consumo de remédios essenciais caiu 9,1% dentre os idosos e 14,4% dentre os beneficiários da assistência social. O consumo dos medicamentos não essenciais reduziu-se em 15,1% dentre idosos, e em 22,4% dentre os beneficiários da assistência social (TAMBLYN *ET AL.*, 2001).

Ao mesmo tempo, a frequência de eventos adversos relacionados à redução do uso de medicamentos – hospitalização, admissão

em casas de repouso e mortalidade – subiu de 5,8% para 12,6% dentre os beneficiários da assistência social e de 14,2% para 27,6% dentre os idosos. A taxa de atendimentos de emergência em decorrência do uso insuficiente de medicamentos imprescindíveis aumentou de 8,5 para 19,9 por 10.000 dentre os idosos e de 69,6 para 123,8 por 10.000 dentre os beneficiários da assistência social (TAMBLYN ET AL., 2001).

É evidente que os gastos relacionados aos tratamentos adicionais decorrentes do não uso facilmente excedem a economia produzida pela participação no custeio daquelas pessoas.

O copagamento afeta particularmente o uso de medicamentos anti-hipertensivos, cardiovasculares e psicotrópicos que os pacientes devem tomar regular e continuamente durante um período longo (REEDER; NELSON, 1985). Isso é especialmente grave no contexto atual de crescente relevância epidemiológica e financeira das doenças crônicas seja em países industrializados ou em países de renda média, emergentes, como o Brasil. Assegurar adequada terapia farmacológica no longo prazo é fundamental para o controle da evolução da doença, medida de prevenção secundária que evita complicações e tem impactos na eficiência, pois previne maiores gastos individuais com serviços de saúde (GAYNOR; LI; VOGT, 2006).

A adesão ao tratamento com cumprimento das prescrições médicas está fortemente associada a resultados mais positivos no estado de saúde com redução de hospitalização e mortalidade (ATELLA ET AL., 2006). Os resultados em saúde melhoram se os pacientes aderem mais ao tratamento. Como mudanças na estrutura e no montante de copagamento têm efeitos na redução da adesão, consequentemente, afetam de maneira negativa o estado de saúde da população. Atella *et al.* (2006) comprovam evidências de causalidade entre aumento de copagamento e redução da adesão e entre melhor adesão e melhores resultados em saúde.

O impacto que até copagamentos insignificantes podem ter ficou muito evidente durante duas reformas na Itália, ocorridas num lapso de pouco mais de um ano. A primeira aboliu o copagamento e a segunda o reintroduziu. Aquele ‘experimento natural’ comprovou que a abolição temporária do copagamento para medicamentos induziu a melhora na adesão ao tratamento, efeito que foi revertido depois da reintrodução de pequena contrapartida financeira dos usuários. Com a abolição do copagamento, notavelmente, a taxa de hospitalização dos pacientes hipertensos diminuiu 11,4% (de 7,9 para 7,0%) e a taxa de mortalidade decresceu 6% (de 3,4% para 3,2%) em somente 14 meses, voltando ao nível de partida após a reintrodução do copagamento (ATELLA ET AL., 2006). Os autores sugerem a abolição de copagamentos e argumentam que os gastos adicionais decorrentes da eliminação do copagamento poderiam ser ao menos parcialmente compensados pela redução de custo associada a menores taxas de hospitalização e de mortalidade.

Estudo mais recente realizado na Finlândia também comprovou que menor participação no custeio na fase inicial do tratamento com hipolipemiantes da classe das estatinas está associada com impacto positivo na adesão (HELIN-SALMIVAARA ET AL., 2011). Outro estudo recente na Suécia comprovou os efeitos da participação financeira do usuário na redução da adesão ao tratamento de pacientes com epilepsia (LESÉN ET AL., 2014).

Assim como os pacientes com doença coronária e hipertensão, os portadores de diabetes também tendem a reduzir a dose ou até interromper sua medicação quando têm de pagar do próprio bolso uma parte do custo dos remédios, pondo em risco os avanços reais na melhoria da atenção aos portadores de diabetes mellitus conseguidos nas últimas décadas (SAADDINE ET AL., 2006). Em acordo com as expectativas de redução da demanda, o copagamento restringe a utilização de tiras de glicose e outros insumos e medicamentos

(ROBLIN *ET AL.*, 2005). O tratamento de diabetes incompleto, insuficiente ou sua interrupção aumenta significativamente o risco de hospitalização e de morte (HO *ET AL.*, 2006).

Ademais, o tratamento insuficiente dos pacientes de doença cardíaca coronariana e de outros problemas vasculares com medicamentos essenciais, como betabloqueadores e hipolipemiantes, produz uma série de resultados indesejados responsáveis por altos custos evitáveis que facilmente superam os gastos relativamente modestos do tratamento farmacológico (SOUMERAI *ET AL.*, 1997, 2006).

Em outras palavras, a economia que se alcança por meio da participação dos pacientes no custeio é muito menor do que os gastos adicionais evitáveis que se incorre para corrigir as consequências indesejadas do copagamento. Estudo com pacientes beneficiários do Medicaid nos Estados Unidos demonstrou, por exemplo, que a restrição da quantidade de prescrições médicas de psicotrópicos reembolsáveis a cada mês para pacientes de menor renda levou à redução entre 15% e 49% do uso de medicamentos antipsicóticos, antidepressivos e ansiolíticos – e, conseqüentemente ao aumento significativo da utilização de serviços psiquiátricos de emergência e clínicas diurnas, o que elevou não só o sofrimento das pessoas afetadas como também os gastos totais desse grupo de pacientes. A despesa per capita para esses pacientes psiquiátricos ambulatoriais ultrapassou a receita conseguida por meio dos copagamentos em mais de 17 vezes, excluída a contabilização de outros custos indiretos (SOUMERAI *ET AL.*, 1994).

Aumento das desigualdades sociais no acesso

A participação do usuário no custeio no ato da utilização implica intrinsecamente prejuízo para os doentes porque somente afeta as pessoas que precisam de atenção médica e poupa os saudáveis de uma parte do pagamento. Reduzir parte do orçamento total de

saúde financiado de forma antecipada, solidariamente, com impostos e contribuições sociais, por meio da introdução de copagamentos afeta a universalidade, pois diminui a profundidade da cobertura, ou seja, o nível em que a atenção é coberta com recursos públicos, com recursos compartilhados.

O copagamento representa uma forma de financiamento regressiva. Ao estabelecer participação em quantidades fixas ou proporcionais ao preço dos serviços produz maior impacto nas pessoas com menor renda, reduzindo, desse modo, os efeitos de redistribuição e aumentando a injustiça social. Revisões sistemáticas mostram que o copagamento em saúde gera importantes efeitos de barreira ao acesso a serviços, particularmente nos grupos de baixa renda e de limitado poder de compra, os quais, em geral, já se destacam por uso menor e insuficiente de serviços de saúde (BECK, 1974; HOLST, 2009; WHITEHEAD *ET AL.*, 2001).

Os efeitos adversos dos pagamentos diretos na equidade são amplamente reconhecidos. Estudos realizados pela Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) em diversos países demonstraram, independentemente das diferentes estruturas institucionais, que o desembolso direto por parte do paciente é a forma de financiamento mais regressiva que existe. Isto é, os mais pobres pagam relativamente mais em comparação à sua renda (RUGER; KIM, 2007). Os próprios defensores da introdução do copagamento reconhecem que a medida afeta diferentemente os grupos de renda, prejudicando aqueles menos favorecidos, tanto que, em geral, são introduzidos escalonamentos que dispensam os grupos de menor renda dos pagamentos.

Argumenta-se que copagamentos escalonados conforme classes de renda incidiriam positivamente na equidade. Teoricamente seria possível introduzir um sistema de copagamentos escalonados conforme a renda das famílias para aliviar a carga financeira

dos grupos socioeconômicos menos favorecidos. Assim, também teoricamente, o escalonamento poderia mitigar a regressividade do financiamento de saúde, embora certamente não permita dirimir as desigualdades, porque sempre afeta os mais doentes, corroendo a solidariedade entre saudáveis e enfermos (RAMSAY, 1998).

Em vez de reduzir a utilização supostamente exagerada de serviços médicos e evitar uma pretensa perda de bem-estar social, os copagamentos minam a confiança dos cidadãos na redistribuição e solidariedade. Apesar de toda a retórica, a contrapartida do usuário favorece aos saudáveis e às pessoas de maior renda à custa dos doentes e dos mais pobres.

Gastos administrativos adicionais

Na prática, a introdução de copagamentos e de um sistema de escalonamento implica procedimentos administrativos complexos de difícil aplicação (WITTER, 2002). Isso é particularmente válido para os sistemas estatais financiados por meio de impostos, como o SUS, que, em geral, carecem de informação confiável sobre a situação de renda dos usuários – a menos que exista um sistema fiscal sofisticado e transparente, o que é pouco frequente.

A participação no custeio dos pacientes é cobrada no momento e local da utilização dos serviços médicos, o que significa que os prestadores têm de dispor de informações realistas sobre a renda dos usuários para poder cobrar o copagamento correspondente. Além disso, um sistema de copagamentos escalonados conforme a renda aumenta ainda mais os custos administrativos incorridos pela cobrança. Com escalonamento, esses custos podem consumir de 40% a 60% da receita gerada pelo copagamento (WITTER, 2002) ou até exceder os benefícios financeiros (FIEDLER; SUAZO, 2002).

Em suma, um mecanismo de isenção que seria indispensável para proteger os pobres

das consequências indesejadas do copagamento aumentaria ainda mais os requisitos burocráticos e a necessidade de controle social sobre a sua aplicação.

Ainda que mesmo pequenas elevações no copagamento reduzam o uso e adesão aos tratamentos, o alívio do financiamento do sistema de saúde por meio da recuperação de custos da atenção médica por gerar novas receitas – o outro objetivo da introdução do copagamento – somente é alcançado com copagamentos altos e substantivos em virtude dos gastos administrativos decorrentes; ademais dos gastos adicionais com uso de outros serviços por postergação da procura.

Para o SUS, a introdução de um sistema escalonado de participação financeira dos pacientes significaria uma enorme carga administrativa adicional desde o nível central até o local, incluindo hospitais e centros de saúde públicos, porque teriam de implementar procedimentos de avaliação da capacidade de pagamento dos pacientes, criar mecanismos de cobrança e controle e organizar os correspondentes fluxos financeiros. Para o SUS, a implementação de um sistema de copagamentos escalonados não somente demandaria desafio administrativo maior como também poderia produzir pontos de corrupção e ampliar o risco de imposição de pagamentos adicionais ‘por debaixo da mesa’.

Considerações finais

Com poucas exceções, a participação no custeio nos países europeus com sistemas universais aplica-se, em geral, somente aos serviços de porta de entrada e menos custosos, como consultas médicas ambulatoriais e medicamentos. Para tratamentos mais complexos, e mais dispendiosos, em geral, não há contrapartida financeira do usuário, ou ela é mínima em relação ao custo total. Nesses países, a imposição aos doentes crônicos e graves de um sistema efetivo de

copagamentos altos é socialmente rejeitada e tem custo político muito elevado.

A instituição do copagamento como medida moderadora da utilização dos serviços de saúde parte do pressuposto que a demanda em saúde é excessiva – ações desnecessárias seriam consumidas por iniciativa do paciente – e é elástica, ou seja, reduz-se com a elevação dos preços. Todavia, a elasticidade-preço da demanda por ações de saúde varia segundo a faixa de renda do usuário. Além disso, a demanda em saúde é predominantemente secundária, ou seja, induzida pelos prestadores e definida pelo médico, não pelo paciente. O nível da elasticidade da demanda de serviços de saúde frente aos preços, guarda correlação com o nível de renda das pessoas (REMLER; ATHERLY, 2003) e, sobretudo, situações de doenças graves demonstram elevado grau de inelasticidade (MANNING ET AL., 1987).

Por se tratar de questão de sobrevivência, a demanda não diminui com o aumento de preços: o demandante aloca o máximo de recursos financeiros que pode disponibilizar. No entanto, quando há insuficiência da renda, a demanda torna-se elástica. E quanto mais baixa a renda, maior a elasticidade da demanda por serviços de saúde, rapidamente atingindo o patamar da impossibilidade absoluta, o que significa dizer que pacientes necessitados ficarão sem a assistência devida (CHANDRA ET AL., 2007).

A introdução do copagamento, em lugar de racionalizar o comportamento dos usuários, é mais provável que contribua para conter a demanda necessária, resultando em subatensão para determinados grupos, do que para conter a demanda supérflua, referente à sobreutilização (OECD, 1995).

A participação no custeio é geralmente considerada uma medida eficiente para baixar os gastos em saúde e reduzir o pretenso ‘risco moral’ dos pacientes. No entanto, como sumarizado neste artigo, cada vez mais evidências empíricas relegam a estratégia de implementar copagamentos ao império dos

mitos e das meias verdades nas políticas de saúde. Apesar da contrapartida do usuário, à primeira vista, mobilizar recursos adicionais para prestação dos serviços, análises mais precisas provam o contrário: existe uma série de efeitos indesejados e nocivos da participação no custeio em saúde sobre o acesso e o estado de saúde da população como consequência da postergação ou renúncia ao uso de serviços com custos adicionais.

Uma ação de saúde não realizada, i.e., ‘poupada’, não se constitui automaticamente em benefício para o financiamento do sistema de saúde. A postergação da utilização de serviços de saúde tende a piorar o estado de saúde dos pacientes e, assim, provocar gastos mais elevados. Este efeito bumerangue é particularmente frequente dentre os doentes crônicos e, sobretudo, nos grupos sociais de menor renda. Sistemas de isenções tendem a falhar e não compensam os efeitos indesejados dos copagamentos, exigem esforços burocráticos adicionais e ocasionam pontos de corrupção.

A cobrança de copagamentos causa gastos administrativos adicionais nos serviços de saúde para instituir guichês de cobrança e medidas de controle da arrecadação de recursos, sobretudo quando se implementa um sistema de isenções que requer a estratificação da população por grupos de renda. Além disso, a cobrança da participação do usuário traz consigo o perigo de estabelecer e capitalizar pontos de corrupção que aumentam ainda mais as desigualdades existentes.

A participação financeira direta no ato da utilização não consegue produzir maior equidade. A equidade no financiamento em saúde resulta da composição das fontes de financiamento. Nos serviços nacionais de saúde de acesso universal com financiamento fiscal, a equidade se alcança por meio de um sistema de tributação progressiva em que os impostos incidentes sobre a renda têm maior peso. Nos seguros sociais de saúde, a equidade resulta da contribuição social proporcional à renda e da paridade na contribuição de

empregadores e trabalhadores. No Brasil, o sistema de tributação é altamente regressivo, com predomínio de receitas provenientes de impostos sobre o consumo, tais como os impostos sobre valor agregado ou sobre circulação de mercadorias, que incidem mais do que proporcionalmente sobre os orçamentos das famílias mais pobres (OECD; ECLAC, 2011).

As tentativas de distinguir entre demandas necessárias e desnecessárias são irreais e estão fadadas ao fracasso, pois não refletem adequadamente a realidade das pessoas que necessitam de atenção médica e serviços de saúde. Assim, a teoria econômica de risco moral dos usuários prescinde de justificativa ou fundamentos empíricos. A participação do usuário no financiamento implica

alto risco para o acesso universal à saúde, a justiça social e, principalmente, para a saúde das pessoas.

Colaboradores

Jens Holst realizou a revisão bibliográfica, concebeu e realizou as análises e interpretação e redigiu a primeira versão do manuscrito; Lígia Giovanella contribuiu para a concepção, planejamento, elaboração do manuscrito e revisão crítica do conteúdo; Gabriella Carrilho Lins de Andrade contribuiu para a revisão e participou da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

APPLEGATE, W. B. Elderly patients' adherence to statin therapy. *JAMA*, Chicago, v. 288, n. 4, p. 495-497, 2002.

ATELLA, V. *et al.* Drug compliance, co-payment and health outcomes: evidence from a panel of Italian patients. *Health Economics*, Nova York, v. 15, n. 9, p. 875-892, 2006.

BECK, R. G. The effects of co-payment on the poor. *The Journal of Human Resources*, Madison, v. 9, n. 1, p. 129-142, 1974.

BENNER, J. S. *et al.* Long-term persistence in use of statin therapy in elderly patients. *JAMA*, Chicago, v. 288, n. 4, p. 455-461, 2002.

BUSSE, R.; SCHREYÖGG, J.; HENKE, K. Regulation of pharmaceutical markets in Germany: improving

efficiency and controlling expenditures? *The International Journal of Health Planning and Management*, Chichester, v. 20, n. 4, p. 329-349, 2005.

CHANDRA, A.; GRUBER, J.; MCKNIGHT, R. *Patient cost-sharing, hospitalization offsets, and the design of optimal health insurance for the elderly*. NBER Working Paper 12972. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 2007. Disponível em: <<http://www.nber.org/papers/w12972.pdf>> Acesso em: 18 out. 2016.

CRAWFORD, S. A.; RAMSEY, C. N.; SPLINTER, G. L. *It's health care, not welfare*. Final Report. Oklahoma City: University of Oklahoma Health Sciences Center, 2004. Disponível em: <<http://www.statecoverage.org/files/Its%20Health%20Care%20Not%20Welfare%20-%20Final%20Report.pdf>> Acesso em: 15 out. 2016.

- FIEDLER, J. L.; SUAZO, J. Ministry of Health user fees, equity and decentralization: lessons from Honduras. *Health Policy and Planning*, Oxford, v. 17, n. 4, p. 362-377, 2002.
- GAYNOR, M.; LI, J.; VOGT, W. *Is drug coverage a free lunch?* Cross-price elasticities and the design of prescription drug benefits. NBER Working Paper 12758. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 2006. Disponível em: <<http://www.nber.org/papers/w12758.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.
- GIBSON, T. B. *et al.* Impact of statin copayments on adherence and medical care utilization and expenditures. *The American Journal of Managed Care*, Old Bridge, v. 12, n. 12, p. 11-19, 2006.
- GOLDMAN, D. P. *et al.* Pharmacy benefits and the use of drugs by the chronically ill. *JAMA*, Chicago, v. 291, n. 19, p. 2344-2350, 2004.
- GOLDMAN, D. P.; JOYCE, G. F.; ZHENG, Y. Prescription drug cost sharing. Associations with medication and medical utilization and spending and health. *JAMA*, Chicago, v. 298, n. 1, p. 61-69, 2007.
- GOTTRET, P.; SCHIEBER, G. *Health Financing Revisited. A Practitioner's Guide*. Washington, DC: The World Bank, 2006.
- GREß, S.; NIEBUHR, D.; WASEM, J. *Marktzugang und Preisbildung auf Arzneimittelmärkten im internationalen Vergleich*. Diskussionsbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement. Essen: Universität Duisburg-Essen, 2005.
- HELIN-SALMIVAARA, A. *et al.* Impact of out-of-pocket expenses on discontinuation of statin therapy: a cohort study in Finland. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, Oxford, v. 37, n.1, p. 58-64, 2011.
- HO, M. P. *et al.* Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. *JAMA*, Chicago, v. 166, n. 17, p. 1836-1841, 2006.
- HOLST, J. Zuzahlungen: Praxisgebühr trifft Arme. *Deutsches Arzteblatt*, Colônia, v. 106, n. 3, p. A-65/B-59/C-59, 2009.
- . *Patient cost sharing: reforms without evidence*. Theoretical considerations and empirical findings from industrialized countries. Discussion Paper SP I 2010-303. FG Public Health. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), 2010. Disponível em: <<https://bibliothek.wzb.eu/pdf/2010/i10-303.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2016.
- JACKEVICIUS, C. A.; MAMDANI, M.; TU, J. V. Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. *JAMA*, Chicago, v. 288, n. 4, p. 462-467, 2002.
- LEE, J. K.; GRACE, K. A.; TAYLOR, A. J. Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial. *JAMA*, Chicago, v. 296, n. 21, p. 2563-2571, Dec. 2006.
- LESÉN, E. *et al.* Is the level of patient co-payment for medicines associated with refill adherence in Sweden? *European Journal of Public Health*, Weinheim, v. 24, n. 1, p. 85-90, Feb. 2014.
- LEXCHIN, J.; GROOTENDORST, P. The effects of prescription drug user fees on drug and health services use and health status: a systematic review of evidence. *International Journal of Health Services*, Thousand Oaks, v. 34, n. 1, p. 101-122, 2004.
- MANNING, W. G. *et al.* Health insurance and the demand for Medical Care: evidence from a randomized experiment. *The American Economic Review*, Nashville, v. 77, n. 3, p. 251-277, 1987.
- NACI, H. Cost-related medication non adherence among elderly and disabled Medicare beneficiaries. A national survey 1 year before the Medicare Drug Benefit. *Archives of Internal Medicine*, Chicago, v. 166, n. 17, p. 1829-1835, 2006.
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). Policies to improve

the performance of health care systems. In: *New Directions in Health Policy*. Health Policy Studies. Paris, 1995. p. 37-67.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD); ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN (ECLAC). *Revenue statistics in Latin America 1990-2010*. Paris: OECD; Santiago: ECLAC, 2011. 202 p.

PAULY, M. V. The economics of moral hazard: comment. *The American Economic Review*, Nashville, v. 58, n. 3, p. 531-537, 1968.

_____. More on moral hazard. *Journal of Health Economics*, Amsterdam, v. 2, n. 1, p. 81-86, 1983.

RAMSAY, C. *Medical savings accounts: universal, accessible, portable, comprehensive health care for Canadians*. Vancouver BC: The Fraser Institute. 1998. 40 p.

REEDER, C. E.; NELSON, A. A. The differential impact of copayment on drug use in a Medicaid population. *Inquiry*, v. 22, n. 4, p. 396-403, Winter 1985.

REMLER, D.; ATHERLY, A. Health status and heterogeneity of cost-sharing responsiveness: how do sick people respond to cost-sharing? *Health Economics*, Chichester, v. 12, n. 4, p. 269-280, Apr. 2003.

RIETVELD, A.; HAAIJER-RUSKAMP, F. Policy options for cost containment of pharmaceuticals. In: DUKES, G. et al. (Org.). *Drugs and money*. Prices, affordability and cost containment. Amsterdam: IOS Press ; Genebra: World Health Organization, 2003. p. 29-54.

ROBINSON, J. C. Renewed emphasis on consumer cost sharing in health insurance benefit design. *Health Affairs Suppl.*, Millwood, v. 21, p. w139-w154, 2002.

ROBLIN, D. W. et al. Effect of increased cost-sharing on oral hypoglycemic use in five managed care organizations: how much is too much? *Medical Care*, Philadelphia, v. 43, n. 10, p. 951-959, 2005.

RÜCKERT, I-M.; BÖCKEN, J.; MIELCK, A. Are German

patients burdened by the practice charge for physician visits ("Praxisgebuehr")? A cross sectional analysis of socio-economic and health related factors. *BMC Health Services Research*, v. 8, n. 232, p. 1-13, Nov. 2008.

RUGER, J. P.; KIM, H. J. Out-of-pocket healthcare spending by the poor and chronically ill in the Republic of Korea. *American Journal of Public Health*, Washington, DC, v. 97, n. 5, p. 804-811, 2007.

SAADDINE, J. B. et al. Improvements in diabetes processes of care and intermediate outcomes: United States, 1988-2002. *Annals of International Medicine*, Philadelphia, v. 144, n. 7, p. 465-474, Apr. 2006.

SCHULTZ, J. S. et al. Determinants of compliance with statin therapy and low-density lipoprotein cholesterol goal attainment in a managed care population. *The American Journal of Managed Care*, Old Bridge, v. 11, n. 5, p. 306-312, 2005.

SCHWARZ, J. "Where to invade next" is the most subversive movie Michael Moore has ever made. *The Intercept*. 2016. Disponível em: <<https://theintercept.com/2016/02/10/where-to-invade-next-is-the-most-subversive-movie-michael-moore-has-ever-made>>. Acesso em: 16 set. 2016.

SILIANSKY DE ANDREAZZI, M. F. et al. Copagamentos no sistema público brasileiro: anomalia ou tendência? *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, v. 105, n. 6, p. 89-109, jan./mar. 2011.

SINNOTT, S. et al. The effect of copayments for prescriptions on adherence to prescription medicines in publicly insured populations; A systematic review and meta-analysis. *PLOS One*, San Francisco, v. 8, n. 5, p. 1-11, 2013.

SOLANKI, G.; SCHAUFFLER, H. H. Cost-sharing and the utilization of clinical preventive services. *American Journal of Preventive Medicine*, Nova York, v. 17, n. 2, p. 127-133, 1999.

SOLANKI, G.; SCHAUFFLER, H. H.; MILLER, L. S. The direct and indirect effects of cost-sharing on the use of preventive services. *Health Services Research*,

- Chicago, v. 34, n. 6, p. 1331-1350, 2000.
- SOMKIN, C. P. *et al.* The effect of access and satisfaction on regular mammogram and papanicolaou test screening in a multiethnic population. *Medical Care*, Philadelphia, v. 42, n. 9, p. 914-926, 2004.
- SOMERAI, S. B. *et al.* Effects of limiting Medicaid drug-reimbursement benefits on the use of psychotropic agents and acute mental health services by patients with schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 331, n. 10, p. 650-655, 1994.
- SOMERAI, S. B. *et al.* Adverse outcomes of underuse of β -blockers in elderly survivors of acute myocardial infarction. *JAMA*, Chicago, v. 277, n. 2, p. 115-121, jan. 1997.
- STEIN, B. D. *Drug and alcohol treatment services among privately insured individuals in managed behavioral health care*. 2003. 82 f. Dissertação (Philosophy in Policy Analysis) – RAND Graduate School, Santa Monica, 2003.
- TAIRA, D. A. *et al.* Copayment level and compliance with antihypertensive medication: analysis and policy implications for managed care. *The American Journal of Managed Care*, Old Bridge, v. 12, n. 11, p. 678-683, 2006.
- TAMBLYN, R. *et al.* Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *JAMA*, Chicago, v. 285, n. 4, p. 421-429, 2001.
- TRUDE, S.; GROSSMAN, J. *Patient cost-sharing innovations: promises and pitfalls*. Issue Brief Report No. 75, Washington, DC: Center for Studying Health System Change, 2004.
- UGÁ, M. A. D. Propostas de reforma do setor saúde nos marcos do ajuste macroeconômico. 1997. 258 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.
- WEINICK, R. M.; BEAUREGARD, K. M. Women's use of preventive screening services: a comparison of HMO versus fee-for-service enrollees. *Medical Care Research and Review*, Thousand Oaks, v. 54, n. 2, p. 176-199, 1997.
- WILSON, I. B. *et al.* Cost-related skipping of medications and other treatments among Medicare beneficiaries between 1998 and 2000. *Journal of General Internal Medicine*, Philadelphia, v. 20, n. 8, p. 715-720, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). *Make every mother and child count*. Genebra: World Health Report, 2005.
- _____. *Global Health Observatory data repository*. Health expenditure ratios, by country, 1995-2014. Genebra, 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.75?lang=en>>. Acesso em: 15 set. 2016.
- _____. *Health systems financing: the path to universal coverage*. World Health Report 2010. Genebra, 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/1/9789241564021_eng.pdf>. Acesso em: 7 out. 2016.
- WHITE, T. J. *et al.* Patient adherence with HMG reductase inhibitor therapy among users of two types of prescription services. *Journal of Managed Care Pharmacy*, Alexandria, v. 8, n. 3, p. 186-191, 2002.
- WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G.; EVANS, T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *The Lancet*, Londres, v. 358, n. 9284, p. 833-836, 2001.
- WILSON, I. B. *et al.* Physician-patient communication about prescription medication. Nonadherence: a 50-state study of America's seniors. *Journal of General Internal Medicine*, Philadelphia, v. 22, n. 1, p. 6-12, jan. 2007.
- WITTER, S. *Health financing in developing and transitional countries*. Briefing paper for Oxfam GB. York: The University of York, 2002.

Recebido para publicação em dezembro de 2016
 Versão final em dezembro de 2016
 Conflito de interesses: inexistente
 Suporte financeiro: não houve

Entrevista com Antônio Ivo de Carvalho

Interview with Antônio Ivo de Carvalho

Marcelo Rasga Moreira¹, José Mendes Ribeiro², Antônio Ivo de Carvalho³

Introdução

O Brasil de 2016 encontra-se, mais uma vez, envolto em uma crise Política na qual os valores democráticos perdem rapidamente seu protagonismo e os partidos políticos não conseguem sustentar relações de representatividade. Nesse contexto, não deveria, mas pode surpreender a alguns, que a Reforma Sanitária tenha sido indelevelmente relacionada com o Partido Comunista Brasileiro; que embora a Reforma não tenha se configurado em um movimento de massas, tenha construído representatividade nos movimentos sociais; e que o Sistema Único de Saúde (SUS) seja, de fato, uma proposta socialista.

Tais surpresas – para muitos, tais resgates –, podem ajudar a explicar os porquês de um dos paradoxos que manietta a não efetivação do direito à saúde no País: enquanto todos os partidos, todos os candidatos a quaisquer cargos eletivos, defendem veementemente em suas campanhas uma ‘saúde de qualidade’, os recursos investidos pelos eleitos nas políticas de saúde dificilmente permitem a efetivação daquelas promessas. Se tal descolamento discurso-prática acontece com os que têm de ser periodicamente submetidos ao escrutínio popular, tende a ser ainda mais intenso em quem deste não precisa, redundando em propostas ainda mais drásticas, como as de limitar o teto do investimento público por 10 ou 20 anos.

O objetivo da presente entrevista é contribuir para o resgate da história recente do SUS e da Reforma Sanitária. Antônio Ivo de Carvalho participou de grande parte dela. Em alguns momentos, como protagonista, em outros, como militante, que nunca deixou de ser. Sua fala esperançosa mostra-nos as dificuldades de fazer política em plena ditadura militar, de pertencer a um partido político posto na ilegalidade, de optar por vias políticas clandestinas e armadas, de ser preso por expressar sua opinião; conta que a Reforma Sanitária teve seus dilemas e percalços e que, acima de tudo, resgata o prazer de fazer Política, de buscar consensos e de fortalecer a democracia.

Marcelo Rasga Moreira: A Reforma Sanitária é, de certa maneira, uma resposta-enfrentamento a um momento de crise econômica e política produzida pela ditadura militar. Como esta crise repercutia no setor saúde?

Antônio Ivo de Carvalho: No final dos anos 1970, havia uma efervescência generalizada, mas não radicalizada, em torno do tema saúde. Era, basicamente, uma luta por acesso aos serviços de saúde, então controlados pelo Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) que, nessa época, já estava muito deteriorado.

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. rasga@ensp.fiocruz.br

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. ribeiro@ensp.fiocruz.br

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos (CEE) e Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Administração e Planejamento em Saúde (Daps) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. aivo@ensp.fiocruz.br

Essa efervescência estava presente ‘na massa’, na população... aqui no Rio de Janeiro, antes mesmo da Famerj (Federação das Associações de Moradores do Rio de Janeiro), já havia essa luta. Em Nova Iguaçu, onde a gente estava, se organizou como movimento pela saúde. Depois, se ampliou como movimento de bairro. Na zona sul e na zona leste de São Paulo também havia um movimento forte, muito apoiado pela esquerda que militava na igreja católica.

Não era uma luta politicamente elaborada, com um ideal de saúde por trás. Era uma luta para ser atendido no serviço de saúde! As pessoas não eram atendidas e reagiam, por vezes, com ‘quebra-quebra’. A igreja teve um papel muito importante na mobilização e organização dessas pessoas. Os movimentos sociais urbanos foram muito mais presentes que os sindicatos nessas lutas. Os sindicatos estavam reivindicando ampliação de direitos via planos de saúde. Os movimentos sociais urbanos pediam acesso a um sistema que não existia.

E foi na relação com esses movimentos sociais urbanos que a Reforma Sanitária foi se construindo. A Reforma Sanitária não foi um movimento de massas, mas se apoiou e se inspirou nessa movimentação espontânea, sobretudo na periferia de São Paulo, em que as pessoas chegavam, não eram atendidas e reagiam, protestavam.

Essa pressão teve impacto no governo militar – que, no fim dos anos 1970, já sentia o déficit da previdência – que começou a fazer concessões. Estas concessões e o excesso de deterioração do Inamps produziram uma autorreforma. O plano do Conasp (Conselho Nacional de Saúde Previdenciária) representou a expressão institucional desse processo, gerando uma ‘universalização branca’.

MRM: Explique o que foi essa ‘universalização branca’.

AIC: Nos serviços do Inamps, você só era atendido se apresentasse carteira de trabalho, mas nos serviços municipais e estaduais,

não. E estes tinham capacidade ociosa, enquanto o Inamps, não, estava assoberbado.

José Mendes Ribeiro: A rede municipal e estadual do Rio de Janeiro era importante, tinha posto de saúde, hospitais municipais... uma rede grande.

AIC: Tinha porque eram heranças dos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), que eram muitos e os melhores, mas foram se deteriorando. Além disso, os serviços municipais e estaduais eram totalmente desconectados dos hospitais e serviços federais. Não havia uma rede!

O plano do Conasp, já nos anos 1980, previa uma integração entre o que se chamava na época de ‘diversos sistemas de saúde’, das diferentes esferas de governo. Era um princípio de rede. Para essa integração, eram realizados convênios, que eram manipulados pelos quadros de esquerda que trabalhavam no Inamps, a fim de assinar convênios com municípios de pensamento mais avançado. Era um processo rápido, que, inclusive, passava por cima do Estado se esse não quisesse fazer o convênio! E aí o Inamps começou a pagar os municípios pelo atendimento. Isso funcionou como uma ‘universalização branca’.

Mais tarde, com as AIS (Ações Integradas de Saúde), a universalização deixou de ser branca e passou a ser aberta. As ações integradas tinham a finalidade de ocupar a capacidade ociosa nos estados e municípios, aumentando o atendimento público. O serviço de saúde federal estava sobrecarregado e gastava muito credenciando e pegando prestadores privados, num processo nefasto que ajudou a proliferar as ‘trambiclinicas’, que recebiam recursos públicos por serviços de baixíssima qualidade ou inexistentes.

Para enfrentar isso, o grupo que a essa altura dirigia o Inamps, do qual faziam parte Aloísio Salles, Temporão, Eleutério, Noronha... já imbuídos do ideário da Reforma Sanitária (em 1979, no simpósio realizado pela Câmara dos Deputados, Saúde

e Democracia, Arouca e toda uma elite da Reforma Sanitária, que era basicamente do partidão, defendia um sistema único, embora não o chamasse assim, baseado numa concepção de saúde inspirada em Alma-Ata e na participação) conceberam as AIS, que foram sucedidas pelo Suds (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) e depois pelo SUS (Sistema Único de Saúde). Isso foi uma autorreforma.

JMR: Iniciada no Inamps?

AIC: Sim. E isto vai ter repercussões para a Reforma Sanitária. Já no governo Sarney, houve disputa significativa dentro do movimento sanitário: qual a estratégia de construção do sistema único? A unificação seria feita pelo Ministério da Saúde ou pelo Inamps?

Isso separou as duas principais lideranças, Arouca e Hésio. Quem estava no Inamps junto com Hésio, Temporão, Noronha, defendia que a descentralização fosse feita por meio da extinção do Inamps para os estados e municípios, num processo incremental em que o Instituto descentralizaria sua rede e seus recursos.

E tinha uma parte da esquerda comunista que estava na Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), no Cebes (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), liderada pelo Arouca, que defendia que a descentralização fosse feita pelo Ministério da Saúde que, nessa época, não tinha poder, mas tinha os programas de saúde e uma concepção sanitária.

Foi uma coisa interna, sem expressão para fora, mas foi pesada. Só que isso foi se resolvendo no processo político. O Inamps perdeu o poder de pagar as AIHs (Autorizações de Internação Hospitalar), ou seja, de ser comprador do prestador privado. Com o SUS, a SAS/MS (Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde) passa a emitir as AIHs, assumindo protagonismo antes mesmo da extinção do Inamps, que ocorreu, até de forma súbita, no governo Itamar Franco. Esse foi um racha importante no bloco comunista.

MRM: E o que foi a ideia de Partido da Reforma Sanitária?

AIC: Isso era uma denominação que, no final dos anos 1970, quando o movimento ainda não era nem chamado de reformista, criticava o sistema protagonizado do Inamps. Nos anos 1970, o que havia eram experiências locais, inclusive da Arena (Aliança Renovadora Nacional): Montes Claros, Niterói, Paulínea... experiências com *campi* de extensão das universidades, medicina preventiva. Nelas utilizavam práticas alternativas principalmente de incorporação da população nos serviços a título de tomar nas mãos a saúde, e de inovação relacionadas à organização de serviços. Não se fazia agendamento com tanto tempo, o pronto atendimento. Isso começou a se associar à ideia de reformas do sistema. Mas sistema de atendimento, que era perdulário, começam a se aprofundar as críticas às trambiclinicas, as maternidades, que em Caxias, por exemplo, eram um absurdo. Em São Paulo, em áreas urbanas.

Isso passou a conformar a ideia de uma reforma. Antes de se pensar uma agenda da Reforma, começou a identificação das pessoas que estavam protagonizando ou desenvolvendo propostas inovadoras. Foi daí que surgiu o nome de partido da reforma, que ajudou a integrar as pessoas. E era suprapartidário, congregou pessoas de diversas matizes, inclusive da direita. Tinha gente da Arena que tinha experiência inovadora, em Santa Catarina, experiências de gestão local inovadoras.

Em 1976, foi criado o Cebes para agregar um pensamento progressista na área da saúde, e em 1978, a Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva). Foram congregados professores, prefeitos, acadêmicos... Arouca talvez tenha sido o formulador dessa ideia de partido da reforma que, mais tarde, contribuiu para o processo Constituinte garantir o SUS.

MRM: Qual foi a importância do PCB (Partido Comunista Brasileiro),

orgulhosamente denominado de ‘Partidão’, na Reforma Sanitária?

AIC: Conceitualmente, a Reforma Sanitária nasce de dentro do partidão. A crítica ao sistema hospitalocêntrico, perdulário, que estava entrando em falência com o Inamps, vem de lá, do contato, de integrantes e simpatizantes do partido com aquelas lutas da população para ter acesso ao sistema.

No final dos anos 1970, o PCB, dentro do MDB (Movimento Democrático Brasileiro), tinha um movimento pela saúde forte, que se alimentou no final dos anos 1960, que se alimentou do processo de medicina comunitária, do pessoal de Montes Claros, Paulínea, Niterói... que tinha como base Alma-Ata e a universalização das ações primárias de saúde. Essa era a chamada esquerda sanitária. Era aí que estava o Arouca, que é um inspirador do processo da Reforma Sanitária e que era do Partidão.

Havia, também, uma outra linha no partido, não diretamente ligada ao setor saúde, que tinha como foco a ‘agitação popular’, a formação de quadros para a luta popular. E eu estava nessa linha. Eu estava, nessa época, na Fase (Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional), em Nova Iguaçu, onde eu no quinto ano da faculdade não queria entrar na estrutura universitária ou sindical, que eram as duas alternativas para seguir na luta. Eu fui para o movimento social pela igreja católica e acabei ficando muito mais perto do movimento associativo no fim dos anos 1970 do que no movimento da saúde. Eu estava me formando e entrando no movimento popular junto com a igreja. Na Uerj (Universidade do Estado do Rio de Janeiro), estavam Hésio, Noronha, Reinaldo... criando a medicina social. Na Ensp (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca), da Fiocruz, tinha o Pesis (Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde), que era onde estava o Davizinho (Davi Capistrano Filho). Fui para Nova Iguaçu associado às comunidades eclesiais de base. D. Adriano Hipólito era o Bispo de lá. Eu dizia para ele

“sou comunista” e ele respondia “tem comunista que é muito mais cristão do que os meus cristãos!” E D. Adriano era um liberal. De esquerda mesmo era D. Valdir Calheiros, da diocese de Volta Redonda.

A gente chamava o movimento popular para pressionar! Eu lembro que, na crise da dengue, a gente articulava com as pessoas para ir para as ruas, fechar a Dutra! Nessa época, escrevi um artigo para o terceiro número da ‘Saúde em Debate’: ‘Saúde como instrumento de agitação de base’, que via a saúde não como um fim em si, mas como um meio de produzir ‘agitação popular’, consciência de classe!

JMR: o partido se reunia formalmente para discutir o setor saúde?

AIC: Não. Não havia uma direção do partido que pegava o pessoal da área de saúde e discutia. O partido tinha sensibilidade para ouvir seus membros e simpatizantes e produzir suas alianças. Todos estes fatos a que me referi – o quebra-quebra em São Paulo para abrir os postos de saúde, a ‘universalização branca’, em 1970 – tiveram a participação, direta ou indireta, de pessoas ou simpatizantes do partido. E o partido soube dar oportunidade para essas pessoas organizarem as lutas sociais de acordo com as possibilidades que tinham. Isso permitiu que quadros do partido entrassem, por exemplo, na gestão do Inamps.

Quando se fala do papel do Partidão, não devemos nos iludir achando que a ‘nomenklatura’ do partido formulou isso. O que aconteceu foi que uma camada organizada do partido, motivada pelos ideais do comunismo, saúde como direito universal, luta pelo acesso às políticas sociais, sempre foi capaz de mobilizar outros atores e ganhar apoios. No caso do SUS, a influência foi em torno do PMDB (Partido do Movimento Democrático Brasileiro), do Ulysses, presidente da Constituinte.

O Partidão participava nas grandes lutas,

das grandes bandeiras. Mas havia um fenômeno que o Partidão inspirava, nas coalisões e instituições em que penetrou, suas ideias de justiça social. Desde a semana de 1922, os intelectuais, Jorge Amado, Portinari... Depois da guerra fria isso começa a se relativizar... os erros, o superestatismo soviético, o stalinismo... tanto que o colapso do PCB não enfraquece a Reforma Sanitária, pois ela prossegue mesmo sem o partido, mas com seus antigos integrantes e simpatizantes.

MRM: Na atuação no Inamps, havia a ideia de tomar o Estado por dentro?

AIC: Não. Era uma coisa muito técnica. Havia quadro de formuladores nas universidades, e esses quadros iam sendo convidados para trabalhar no sistema mais pela competência do que pela vinculação política. Na falta de profissionais competentes, o governo teve de absorver os especialistas que eram quadros do Partidão. Não foi uma orientação do partido que os seus especialistas entrassem no Estado para tomá-lo, mas o partido teve a sensibilidade de viabilizar que a luta fosse feita por dentro do Inamps. Como eu disse antes, no Inamps os convênios feitos com os municípios de acordo com alianças políticas eram operados pelos quadros direta ou indiretamente ligados ao PCB. A universalização branca foi obra do Partidão, de seus membros.

MRM: E a prática gramsciana da associação do intelectual orgânico com os trabalhadores, formando o ‘bloco histórico’? Havia essa penetração gramsciana no Partidão? A fala do Arouca de que os profissionais da saúde têm de ultrapassar os muros para entender os cidadãos e se fazer entender por ele, sugere isto.

AIC: Não era uma linha do partido. Era muito mais uma postura do Arouca. A categoria ‘participação’ é do movimento popular, não é do sindicalismo nem da classe operária. A classe operária tinha os ‘comitês

de fábricas’ como proposta, algo que fazia sentido no ABC paulista, mas nos centros urbanos em geral, não. O que houve foi uma expansão nessa categoria de participação que tinha inspiração em Alma Ata. Os primeiros exemplos de participação, chamado de participação popular, eram de fora do Estado, para fustigar o Estado, depois veio participação comunitária, que era por dentro do serviço de saúde, e mais tarde, surgiu essa ideia de participação social nas estruturas, nos conselhos.

MRM: Fale mais sobre esta trajetória da práxis ‘Participação’

AIC: As AIS, de 1982, no Conasp, preconizavam que a assinatura dos convênios entre União, estados e municípios tinha que ter conselhos de saúde. No Estado, eram as CIS (Comissões Interinstitucionais de Saúde), na assinatura do convênio se construíam essas coisas no interior do aparelho estatal. Aí, foi sendo criada uma cultura de participação, de presença de representantes da população nas estruturas de cogestão do Estado. Aí é que começou a coisa da cogestão. Isso vem na verdade do sistema local de saúde cubano, em que você tem de integrar uma rede, juntando representantes das diversas redes – federal, estadual e municipal – e da população.

Assim se constituiu, em Niterói, com o ‘Projeto Niterói’, que teve Gilson Cantarino como primeiro presidente e Moreira Franco, que era da AP (Ação Popular), como Prefeito. Aqui no Rio de Janeiro, você tinha um colegiado por área programática que era só dos dirigentes e em torno dela, a participação. Já em Nova Iguaçu, o conselho era externo ao poder público. Aqui no Rio foi institucionalizado, o que mostra que foram experimentadas formas diferentes e, para a época, inovadoras no que diz respeito à participação.

MRM: Na Oitava (VIII Conferência

Nacional de Saúde, em 1986), a participação, os conselhos eram externos ao Estado.

AIC: Sim! O Estado era o comitê decisório da burguesia! Isso também corresponde a uma sequência temporal, conjuntural. É típico da década de 1970, quando tudo era muito fechado.

A participação na oitava também era uma forma de traduzir o Estado que vinha da ditadura, que não seria capaz de garantir o SUS como universal. A participação externa é quase uma salvaguarda concebida para trazer a população para a luta política.

Depois disso foi sendo amainado pela redemocratização e pelas ideias de participação comunitária, de que os espaços institucionais deviam ser ocupados também para aumentar a qualidade e democratização do sistema.

JMR: Isto também corresponde a uma transição da esquerda internacional, europeia, para a participação coordenada por uma elite intelectual no aparelho de estado.

AIC: Sim. A esquerda comunista brasileira tinha uma ideia de mudança por cima, que entrou muito na saúde. O próprio Conasp tinha essa ideia de mudar as leis para mudar o sistema por isso.

Até hoje o SUS tem essa marca de uma concepção por parte de uma elite sanitária que tem sua origem na esquerda. Na Assembleia Constituinte, havia uma unidade em torno da ideia de SUS, muito maior do que hoje.

JMR: Fale, então, sobre o SUS.

MRM: Você defende o SUS estatal? Um sistema estatizado, sem setor privado?

AIC: Não. Defendo que o setor privado tenha seu lugar. Isso é uma discussão da Oitava. Havia um segmento que queria o SUS estatal, com desapropriação da oferta privada. Havia outro que defendia a iniciativa privada. Nenhum dos dois ganhou. Ganhou

o que está na Constituição: o caráter complementar do setor privado. Isso, ao mesmo tempo que procurava limitar, legitimava o que vinha antes, os convênios e contratos. Nenhum governo quis mexer nisso.

Eu não sou a favor do SUS estatal, mas imagino que as coisas andariam melhor se o setor privado não contasse com tantos subsídios!

Além disso, não há propostas para uma articulação das ofertas privada e pública! Não há sinergia, um mínimo de articulação, entre as redes privadas e públicas. Isso é uma distorção que cresceu à sombra do dispositivo constitucional e de políticas de governo.

Isso deve ser debitado a uma postura de governos que deixaram frouxas as relações com o setor privado. Talvez isso explique, não sei, o ‘tratamento de reis’ que as operadoras de planos de saúde recebem desde sempre, com subsídio e a construção de uma base política com a adesão da classe média.

Hoje, ninguém tem coragem de propor o fim dos subsídios aos planos, que são escandalosos. São agressivos! Ninguém propõe algo para reduzir essa coisa escandalosa. Os governos do PT (Partido dos Trabalhadores) também não enfrentaram esta questão. Isso também tem uma base histórica, pois o PT é um partido de base sindical operária clássica. Nas greves do ABC de 1979, com o Lula à frente do sindicato, plano de saúde já era pauta de reivindicação sindical. O fortalecimento do Inamps ou de uma rede pública de saúde não era uma demanda. E quando o PT chegou ao poder, essa base histórica se manteve. E a proposta principal dos governos petistas foi a inserção no mercado de trabalho e o aumento do poder aquisitivo do trabalhador. Não sei se é uma coisa deliberada, mas o fato é de que o aumento de renda, o avanço na distribuição de renda, permitiu o consumo de planos de saúde. Mas consumir saúde não é só consumir planos, há outros produtos que as pessoas consomem.

Os planos populares já se multiplicaram no País, com prejuízo para cobertura

no acesso e nos procedimentos. A grande vitória dos planos não é no plano individual, é a introdução disso nas pautas das lutas dos trabalhadores.

O desenho proposto pelo SUS não conseguiu ultrapassar o universo mental dos trabalhadores organizados que, desde o início, têm o plano de saúde como item de pauta. Desde sempre. Esse é um fenômeno generalizado.

Aí está a discussão... porque profissionais de saúde não são aderidos ao SUS? Na verdade, uma certa elite está fora do SUS! Os pobres não vão ao SUS por preferência, vão porque não podem comprar plano, não têm alternativa, e vão porque não têm outra alternativa. E o SUS até hoje tem que disputar esse universo mental. E como ele é constrangido por recursos escassos, não consegue avançar.

MRM: Então temos que, de 1994 a 2014, PSDB (Partido da Social Democracia Brasileira) e PT, as duas maiores forças políticas do País no curto tempo de democracia que se instalou no pós-ditadura militar, assumiram a Presidência da República – sempre ladeados pelo PMDB – e o SUS não se conformou como política-força em nenhum dos governos?

AIC: Sim. O que acontece com o SUS é fenômeno que tem de ser melhor discutido. O que é o SUS como política de Estado? Você não vê uma proposta de acabar com o SUS nesses 20 anos. O Serra foi um ministro do SUS. Ele não se colocava contra o SUS, mesmo sendo membro de destaque do governo tucano, que produziu aquele processo de privatizações. Há uma concordância tácita com o SUS. Ninguém se colocou contra a ideia do SUS.

Veja o processo eleitoral hoje. Ninguém está pedindo para acabar com o SUS. Eu não faço um julgamento moral disso. É um fenômeno. Por um lado, pode ser olhado como um avanço e um certo predomínio dessa visão que fala das insuficiências do SUS, mas

não propõe outra coisa. Mesmo com essa maré montante que fala a favor do mercado, o SUS não aparece.

MRM: E alguém fala a favor do SUS?

AIC: Sim, mas não o suficiente. Foram coisas pontuais. HIV-AIDS (Vírus da Imunodeficiência Humana-Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), Humanização, Saúde da Família, Mais Médicos... O Saúde da Família, que começou com Alcení Guerra, no governo Collor, foi algo que, pelo volume, fez diferença, como uma política própria do SUS. Do mesmo jeito, o Mais Médicos, que fez diferença, ampliando o acesso.

O SUS nunca conseguiu se firmar nos sonhos, no pensamento da população, porque o SUS é ineficiente!

JMR: A Europa resolveu isso, mantendo o seguro social ou inviabilizando o seguro privado, porque não deu subsídios. Estes países não deixam a classe média comprar planos porque tiram os subsídios... Espanha e Inglaterra... não só não subsidiam como penalizam prestadores privados. O Brasil podia ter mantido seu seguro social.

AIC: Isso é o que acho espantoso! A classe trabalhadora quer o acesso ao médico, não ao sistema de saúde.

MRM: então aqueles que defendem a Reforma Sanitária são minoritários no cenário político? Se os dois maiores partidos do País, sempre ancorados pelo PMDB, não implantaram a Reforma Sanitária, a Constituição, os defensores da Reforma não são minoritários no jogo político e, portanto, incapazes de implantar o SUS?

AIC: No plano da formulação, somos majoritários. Mas no plano da política, da implementação, não!

A ideia de SUS, da saúde universal, formou o universo mental das pessoas no País, menos os políticos. São poucos os que

hoje se contrapõem ao SUS falando de outro sistema. Contudo, no interior do Estado e das arenas políticas, sempre houve uma defesa dos interesses do mercado. Por ser muito caro, o financiamento some por dentro do SUS! E não é por corrupção! É por negligência. Essa mistura de interesses privados e vontade da classe média de ter planos é um obstáculo muito poderoso.

JMR: Perdeu a classe média, perdeu o sistema público! Os planos de saúde prestam um tipo de atenção que é muito cara e geram a satisfação da população, que quer isto no SUS. E muitas vezes não é necessário fazer o que o setor privado faz, mas se o setor privado oferta, no imaginário da classe média, o SUS tem que ofertar.

AIC: É a velha medicalização. E o SUS, pela sua natureza, é obrigado a racionalizar recursos! É uma política pública! No plano privado, se a pessoa quiser fazer uma ressonância, ela faz. Como fazer isso no SUS, universal? Só dá para fazer quando for realmente necessário! Então, o SUS tem que racionalizar recursos que os planos não racionalizam. E aqui tem um cruzamento entre o universo mental e o real... as pessoas confiam nos planos – agora começou a cair, mas confiam – confiam por causa da hotelaria, por causa da sensação de tratamento personalizado, um conjunto de medidas.

MRM: Esta confiança no privado e desconfiança do público, é análoga à desconfiança da população na política e nos governos?

AIC: Para quem tem algum dinheiro e

paga o plano, há uma sensação que o SUS é coisa de pobre. E isso é caudatário de um sentimento que acha que o pobre é pior.

MRM: Tem uma dose de preconceito grande?

AIC: Eu acho. O Odorico tinha uma frase interessante: o pobre aspira fortemente, inveja, o acesso de quem tem dinheiro. Introjetar as diferenças de classe é algo disseminado. Isso gera menos revolta contra a classe média.

JMR: E a proposta do governo atual, como você vê?

AIC: Como uma radicalização para o mal. Eu acho que o que está hoje no governo tende a representar um agravamento nos problemas do SUS porque ele se dá sob a égide de uma maré montante do mercado, uma concepção de deixar o mercado regular, privatizar! E o governo que está aí representa explicitamente isto, uma alternativa privatista.

Mas aí tem os mistérios da política. A democracia exige a participação, com consciência ou sem consciência, através do voto. E o ato do voto é rodeado de simbolismos, é uma decisão sofisticada do eleitor. Isso faz com que haja, na democracia, uma refração aos interesses escusos.

MRM: A crise política é reversível?

AIC: Acho que é! Daqui para 2018, há muito chão! ■

Revista Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADA EM SETEMBRO DE 2016

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que apórtam contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente. Em caso de publicação do artigo na revista, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade do Cebes.

O periódico está disponível on-line, de acesso aberto e gratuito, portanto, livre para qualquer pessoa ler, baixar e divulgar os textos com fins educacionais e acadêmicos. É permitida a reprodução total ou parcial dos trabalhos publicados desde que identificada a fonte e a autoria.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para publicação, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa, com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha.

Ao submeter o trabalho, todos os campos obrigatórios da página devem ser preenchidos com conteúdo idêntico ao do arquivo anexado.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e internacional. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

3. Revisão sistemática: revisão crítica da literatura sobre tema atual. Objetiva responder a uma pergunta de relevância para a saúde pública, detalhando a metodologia adotada. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Neste formato não são exigidos resumo e abstract.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com tamanho entre 10 e 12 laudas, que apórtam contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área de políticas públicas de saúde, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 3 laudas.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Em todos os casos, o número máximo de laudas não inclui a folha de apresentação e as referências.

Preparação do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.

Padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O corpo de texto não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrecritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas no corpo do texto se menores que três linhas. Se forem maiores que três linhas, devem ser destacados, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 12.

Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: 'porta de entrada'. Evitar iniciais maiúsculas e negrito.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem ser em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos separadamente do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No escrito, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

O trabalho completo, que corresponde ao arquivo a ser anexado, deve conter:

1. Folha de apresentação contendo:

a) Título, que deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

b) Nome completo do(s) autor(es) alinhado à direita (aceita-se o máximo de cinco autores por artigo). Em nota de rodapé, colocar as informações sobre afiliação institucional e e-mail. Do autor de contato, acrescentar endereço e telefone.

c) No caso de resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e o número do processo.

d) Conflito de interesse. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesse. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*" na folha de apresentação do artigo será suficiente.

e) Resumo em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo, 700 caracteres, incluídos os espaços, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Não são permitidas citações

ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

f) Ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto e vírgula (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos

A revista 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

2. Texto. Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, deve contemplar elementos convencionais, como:

- a) Introdução com definição clara do problema investigado e justificativa;
- b) Métodos descritos de forma objetiva;
- c) Resultados e discussão podem ser apresentados juntos ou em itens separados;
- d) Conclusão.

3. Colaboradores. No final do texto, devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e c) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

4. Agradecimentos. Opcional.

5. Referências. Devem ser de no máximo 25, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Devem constar somente autores citados no texto e seguir as normas da ABNT (NBR 6023).

Exemplos de citações

Todas as citações feitas no texto devem constar das referências apresentadas no final do artigo. Para as citações, utilizar as normas da ABNT (NBR 10520).

Citação direta com até três linhas

Já o grupo focal é uma “técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores de expressão de características psicossociológicas e culturais” (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

Citação direta com mais de três linhas

A Lei 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, iniciou o processo de regulamentação do funcionamento de um modelo público de ações e serviços de saúde, ordenado pelo que viria a ser conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS):

Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde. (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2011, p. 435).

Citação indireta

Segundo Foucault (2008), o neoliberalismo surge como modelo de governo na Alemanha pós-nazismo, em uma radicalização do liberalismo que pretende recuperar o Estado alemão a partir de nova relação Estado-mercado.

Exemplos de referências

As referências deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo as normas da ABNT (NBR 6023). Devem ser de no máximo 20, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

Livro:

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Capítulo de livro:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 24-46.

Artigo de periódico:

ALMEIDA-FILHO, N. A. Problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

Material da internet:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Revista Saúde em Debate*. Disponível em: <<http://cebes.org.br/publicacao-tipo/revista-saude-em-debate/>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

OBS.: Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista ‘Saúde em Debate’ é submetido a análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão. Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por e-mail.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por e-mail, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

OBS.: antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista ‘Saúde em Debate’ passam por um software detector de plágio, Plagiarisma. Assim, é possível que os autores, que devem garantir a originalidade dos manuscritos e referenciar todas as fontes de pesquisa utilizadas, sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta de detecção. Plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, se for comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

Os documentos relacionados a seguir devem ser digitalizados e enviados para o e-mail revista@saudeemdebate.org.br.

1. Cessão de direitos autorais e declaração de autoria e de responsabilidade

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um Comitê de Ética em Pesquisa, deverá ser apresentado o documento do CEP onde ela foi aprovada.

3. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma

lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

4. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de trabalho coletivo e de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar entre no site <http://www.cebes.org.br>.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Revista Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN SEPTEMBER 2016

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

The journal is made freely available, online and open access; thus, any person may freely read, download and disseminate the texts for educational and academic purposes, provided that the author(s) and original source are properly cited.

No fees are charged from the authors for the submission of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (obligatory) and the translation into English, based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted exclusively on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will receive a login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

- 1. Original article:** scientific research outcome that may be generalized or replicated. The text should comprise between 10 and 15 pages.
- 2. Essay:** critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and international topical health policies. The text should comprise between 10 and 15 pages.
- 3. Systematic review:** critical review of literature on topical theme, aiming at answering a relevant question on public health, informing details of the methodology used. The text should comprise between 10 and 15 pages.
- 4. Opinion article:** exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise between 10 and 15 pages.
- 5. Experience report:** description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise between 10 and 12 pages.
- 6. Book review:** review of books on subjects of interest to the field of public health policies, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise up to 3 pages.
- 7. Document and testimony:** works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

For all cases, the maximum number of pages does not include the title page and references.

Text preparation

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format.

Page size standard A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must not contain any information that identifies the author(s) or related institution(s).

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Subjects' testimonies should be italicized and between inverted commas, placed within the text when not exceeding three lines. When longer than three lines, they should have a 4cm indentation, simple line spacing and font in 12pt size.

Highlighted words or text excerpts should be placed between simple inverted commas. Example: 'entrance door'. Capital letters and bold font should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the text (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

The complete work, corresponding to the file to be uploaded, should comprise:

1. Title page comprising:

- a) Title expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.
- b) Full author(s) name(s) aligned on the right (maximum of five authors per article). On footnote(s), place information on institutional affiliation and e-mail. For the contact author add address and telephone number.
- c) In case the research has been funded, inform the funding agency and the number of the process.
- d) Conflict of interest. The works submitted for publication must comprise information on the existence of any type of conflict of interest. Financial conflict of interest, for example, is related not only to the direct research funding, but also to employment link. In case there is no conflict, it will suffice to place on the title page the statement *"I declare that there has been no conflict of interest regarding the conception of this work"*.
- e) Abstract in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 700 characters including spaces, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of

the work. No citations or abbreviations should be used, except for internationally recognized abbreviations.

f) At the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by semicolon (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br

Clinical trial registration

'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

2. Text. The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

- a) Introduction with clear definition of the investigated problem and its rationale;
- b) Methods objectively described;
- c) Outcomes and discussion may be presented together or separately;
- d) Conclusion.

3. Contributors. Individual contributions of each author should be specified at the end of the text. According to the authorship criteria developed by the International Committee of Medical Journal Editors, authorship should be based on the following conditions: a) substantial contribution to the conception and the design of the work, or to the analysis and interpretation of data for the work; b) substantial contribution to drafting the work or critically revising the contents; and c) participation at the final approval of the version to be published.

4. Acknowledgements. Optional.

5. References. Should not exceed 25 references, except in the case of the systematic review type of article. Only authors cited in the text should be listed and it should follow the norm NBR 6023 of the Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) (Brazilian Association of Technical Norms).

Citation examples

All citations made in the text should be listed in the references presented at the end of the article, using the ABNT norm NBR 10520.

Direct citation with up to three lines

The focal group is a “research technique that uses the group sessions as one of the facilitator forums of psycho-sociologic and cultural characteristics expression” (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

Direct citation with more than three lines

The 8.080 Act, known as Health Organic Act, initiated a regulation process for the operation of a public model of health actions and services, ordained by the Unified Health System:

Guided by a set of principles and guidelines valid for the entire national territory, it is based on a wide conception of the right to health and the role of the State on granting this right, incorporating, within its institutional and decision-making structure, spaces and instruments for the democratization and sharing of the health system management. (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2011, p. 435).

Indirect citation

According to Foucault (2008), neoliberalism appears as a governmental model in post-Nazi Germany, in a radicalization of liberalism aiming at the recovery of the German state based on a new state-market relationship.

Reference Examples

Book:

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Book chapter:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 24-46.

Journal article:

ALMEIDA-FILHO, N. A. Problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

Internet material:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Revista Saúde em Debate*. Disponível em: <<http://cebes.org.br/publicacao-tipo/revista-saude-emdebate/>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

Note: Author's middle name and surname should always be abbreviated.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

Note: before being sent to peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo a plagiarism detector software, Plagiarisma. Thus, it is possible that the authors, who must guarantee the originality of the manuscripts and reference all research

sources used, are questioned about information identified by the detection tool. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, that way, if proven its existence, the authors involved will no longer be able to submit new articles to the journal.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER ARTICLE ACCEPTANCE

The documents listed below must be digitalized and sent to the e-mail address revista@saudeemdebate.org.br.

1. Assignment of copyright and Statement of authorship and responsibility

All the authors and co-authors must fill in and sign the statements following the models available at: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a Research Ethics Committee, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded.

3. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

4. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

Correspondence address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Revista Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN SEPTIEMBRE DE 2016

ESCOPO Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Centro Brasileño de Estudios de Salud). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política y el planeamiento, la gestión y la evaluación de la salud. Valorizamos estudios con abordajes diferentes teórico-metodológicos y con la contribución de diferentes ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. A criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de aprobación y evaluación de los regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otro periódico, en la íntegra o parcialmente. En caso de publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referentes pasarán a ser de propiedad de Cebes.

El periódico está disponible en línea, de acceso abierto y gratuito, por lo tanto, libre para que cualquier persona lea, baje o divulgue los textos con fines educacionales y académicos. Se permite la reproducción total o parcial de los trabajos publicados desde que la fuente y la autoría sean indicadas.

'Saúde em Debate' no les cobra tasas a los autores para la evaluación de los trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de los autores la revisión del idioma (obligatorio) y su traducción para la lengua inglesa, con base en una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y EL SOMETIMIENTO DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser sometidos exclusivamente por el sitio: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío recibirá su acceso y señal.

Al enviar el trabajo, deberá completar todos los campos obligatorios de la página con contenido idéntico al del archivo adjunto.

Modalidades de textos aceptados para la publicación

1. Artículo original: resultado de investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener entre 10 y 15 laudas.

2. Ensayo: Análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para la conjetura de las políticas de salud brasileña e internacional. El texto debe contener entre 10 y 15 laudas.

3. Revisión sistemática: Revisión crítica de la literatura de un tema actual. Objetiva responder a una pregunta de relevancia para la salud pública, detallando la metodología adoptada. El texto debe contener entre 10 y 15 laudas.

4. Artículo de opinión: exclusivo para los autores invitados por el Comité Editorial, con tamaño entre 10 y 15 laudas. En este formato no se exigirán resumen ni abstract.

5. Relato de experiencia: descripción de experiencias académicas, asistenciales o de extensión que aporten contribuciones significativas para el área. Tamaño entre 10 y 12 laudas.

6. Reseña: reseña de libros de interés para el área de políticas públicas de salud, a criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirige. Tamaño de hasta 3 laudas.

7. Documento y declaración: trabajos referentes a temas de interés histórico o conjetural, a criterio del Comité Editorial.

En todos los casos, el número máximo de laudas no incluyen la hoja de presentación ni las referencias.

Preparación del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés.

Debe ser digitado en el programa Microsoft®Word o compatible, grabado en formato doc. o docx.

Patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra New Román tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El cuerpo del texto no debe contener ninguna información que posibilite la identificación de los autores o de las instituciones a las que se vinculen.

No debe utilizar notas de pie de texto. Las marcaciones de notas, cuando absolutamente indispensables, deberán ser sobrescritas y secuenciales.

Evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes del texto.

Las declaraciones deberán estar en cursiva y entre comillas en el cuerpo del texto, si son menos de tres líneas. Si son más de tres líneas deben estar destacadas, con retroceso de 4 cm, espacios simples y tamaño 12.

Para las palabras o trechos del texto en destaque, a criterio del autor, utilizar comillas simples. Ejemplo: 'puerta de entrada'. Evitar iniciales mayúsculas y negritas.

Figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o en escala de grises y debe ser enviados separados del texto, uno por uno, siguiendo el orden en el que aparecen en el estudio (deben estar numerados, tener título y fuente). Identificar, en el escrito, el local donde deberán ser inseridos. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas deberá ser, en lo máximo, de cinco por texto. El archivo debe ser editable.

Si usa fotos las personas no podrán ser identificadas, a menos que lo autoricen por escrito, para fines de divulgación científico.

El trabajo completo, que corresponde al archivo a ser anexado, debe contener:

1. Hoja de presentación con:

a) Título, que debe expresar de manera clara y sucinta el contenido del texto, con un máximo de 15 palabras. Debe estar en negrita, iniciales mayúsculas apenas para los nombres propios. Los textos en portugués y español deben tener el título en la lengua original y en inglés. El texto en inglés debe tener el título en inglés y en portugués.

b) Nombre completo del/los autores alineados a la derecha (máximo de cinco autores por artículo). En nota de pie de página, debe colocar las informaciones sobre afiliación institucional y el correo electrónico. Agregar la dirección y el teléfono del autor del contacto.

c) En caso de ser el resultado de investigación con financiación, citar la agencia financiadora y el número del proceso.

d) Conflicto de intereses. Los trabajos encaminados para la publicación deben informar si tienen algún tipo de conflicto de interés. Los conflictos de interés financiero, por ejemplo, no están relacionados apenas con la financiación directa de la investigación, pero también con el propio vínculo de trabajo. Si no hay conflicto, será suficiente la información "Declaro que no hubo conflictos de intereses en la concepción de este trabajo" en la hoja de presentación del artículo.

e) Resumen en portugués e inglés o en español e inglés en el que queden claros los objetivos, el método empleado y las principales conclusiones del trabajo, con un máximo de 700 caracteres, incluidos los espacios. No se permitirán citas o siglas en el resumen, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

f) Al final del resumen, incluir de tres a cinco palabras clave separadas por punto y coma (apenas la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos

La revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones sobre ensayos clínicos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE, cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmie.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

2. Texto. Se respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto, sin embargo, se deben observar elementos convencionales como:

a) Introducción con definición clara del problema investigado y su justificativa;

b) Métodos descritos de forma objetiva;

c) Resultados y discusión pueden ser presentados juntos o en renglones separados;

d) Conclusión.

3. Colaboradores. Al final del texto, deben estar especificadas las contribuciones individuales de cada autor en la elaboración del artículo. Según el criterio de autoría del International Committee of Medical Journal Editors, los autores deben observar las siguientes condiciones: a) contribuir substancialmente para la concepción y la planificación o para el análisis y la interpretación de los datos; b) contribuir significativamente en la elaboración del rascuño o la revisión crítica del contenido; y c) participar de la aprobación de la versión final del manuscrito.

4. Agradecimientos. Opcional.

5. Referencias. Un máximo de 25, pudiendo exceder cuando se trate de una revisión sistemática. Solamente deben constar los autores citados en el texto y seguir las normas de la ABNT (NBR 6023).

Ejemplos de citas de textos

Todas las citas hechas en el texto deben constar de las referencias presentadas al final del artículo. Para las citas, utilizar las normas ABNT (NBR 10520).

Citas directa con hasta tres líneas

El grupo focal es una “técnica de investigación que utiliza las secciones grupales como uno de los foros facilitadores de expresión de características psicosociológicas y culturales” (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

Citas directas con más de tres líneas

La ley 8.080, conocida como Ley Orgánica de la Salud, inicio el proceso de reglamentación del funcionamiento de un modelo público de acciones y servicios de salud, ordenado por lo que vendría a ser conocido como Sistema Único de Salud (SUS):

Orientado por un conjunto de principios y directrices válidos para todo el territorio nacional, parte de una concepción amplia del derecho a la salud y del papel del Estado en la garantía de este derecho, incorporando, en su estructura institucional y decisoria, espacios e instrumentos para la democratización y el compartimiento de la gestión del sistema de salud. (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2011, p. 435).

Citas Indirectas

Según Foucault (2008), el neoliberalismo surge como un modelo de gobierno en Alemania pos naciismo, en una radicalización del liberalismo con intención de recuperar al Estado alemán a partir de la nueva relación Estado-mercado.

Ejemplos de referencias

Libro:

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Capítulo del libro:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 24-46.

Artículo del periódico:

ALMEIDA-FILHO, N. A. Problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

Material de internet:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Revista Saúde em Debate*. Disponível em: <<http://cebes.org.br/publicacao-tipo/revista-saude-em-debate/>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

OBS: Abreviar siempre el nombre y los apellidos del medio de los autores.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista ‘Saúde em Debate’ es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo a las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para adecuación y nueva evaluación. Si son cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán apreciados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y el atendimento a la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos evaluadores indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su expertise, que podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los dos evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. Caso haya divergencia de pareceres, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De esta manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer parecer. Cabe a los evaluadores recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de solicitud de corrección los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en el plazo definido, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial posee plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de la editorial de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de comunicación por e-mail.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada por e-mail, al autor responsable por la correspondencia para la revisión final, que deberá devolver en el plazo estipulado.

Observación: antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista ‘Saúde em Debate’ pasan por un *software* detector de plagio, Plagiarisma. Así es posible que los autores, que deben garantizar la originalidad de los manuscritos y hacer referencia a todas las fuentes de investigación utilizadas, sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta

de detección. Plagio es un comportamiento editorial inaceptable, de esa manera, si es comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADO DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

Los documentos relacionados a seguir deben ser digitalizados y enviados para el correo electrónico revista@saudeemdebate.org.br.

1. Cesión de derechos de autor y declaración de autoría y de responsabilidad

Todos los autores y coautores deben rellenar y firmar las declaraciones de acuerdo con el modelo disponible en: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php>.

2. Parecer de Aprobación del Comité de Ética en Pesquisa (CEP)

En el caso de investigaciones que envuelvan a seres humanos, en los términos de la Resolución nº 466, de 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, enviar documentos de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Pesquisa de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de que las instituciones no dispongan de un Comité de Ética en Pesquisa, deberá ser presentado el documento del CEP de donde fue aprobada.

3. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por profesional cualificado, con base en una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

4. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser traducidos para el inglés a criterio de los autores. En este caso, la traducción debe ser hecha por profesional cualificado, con base en una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado del trabajo colectivo y de apoyos institucionales e individuales. Para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud participe de Cebes. Para asociarse entre en el sitio <http://www.cebes.org.br>.

Endereço para correspondencia

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

Rita Loureiro

ALM Apoio à Cultura - www.apoioacultura.com.br

Design de Capa

Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização, revisão e tradução de texto

Normalization, proofreading and translation

Ana Karina Furginelli (inglês)

Ana Luisa Moreira Nicolino (inglês)

Anna Lú Sales (normalização)

Annabella Blyth (inglês)

Carla de Paula (português)

Marco Alexandre de Oliveira (inglês)

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês)

Lucas Rocha (normalização)

Luiza Nunes (normalização)

Paula Santos Diniz (inglês)

Simone Basílio (português)

Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês)

Tiragem

Number of Copies

500 exemplares/copies

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²

Miolo em papel couché matte LD 90 g/m²

Cover in ensocoat LD 250 g/m²

Core in couché matte LD 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes - n.1 (1976) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2016.

v. 40. n. especial; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br www.saudeemdebate.org.br