

A CONSTRUÇÃO, O ÁPICE E A DECADÊNCIA DE UMA COALIZÃO DE DEFESA DA SAÚDE

SYLVIO AUGUSTO DE MATTOS CRUZ¹

¹Doutor em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro e professor do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro. E-mail: sylvio.cruz@ifrj.edu.br.

RESUMO

Este artigo tem por objetivo compreender como o Movimento Sanitário viabilizou a criação de uma coalizão de defesa para a universalização do acesso à saúde pública. Com este intuito, propomo-nos a analisar as articulações por ele realizadas no compartilhamento de crenças e na realização de um processo de aprendizado contínuo com diferentes atores, em torno da questão da saúde. O processo de aprendizagem política viabilizou a ampliação do número de conexões com variados atores em um processo de intensa negociação de recursos. Ao longo dessas negociações, o Movimento Sanitário foi elaborando alternativas para a formulação de uma nova política pública de saúde. Mesmo diante da permanência do regime autoritário e das características perversas que constituíam o sistema de saúde; o Movimento Sanitário se articulou e possibilitou a abertura de uma janela de oportunidade para a criação de um sistema de acesso universal à saúde. Somente a partir da Constituição de 1988 é que a saúde foi reconhecida como um direito social, ficando a cargo do Estado assegurar o amplo acesso a todos os brasileiros. Até então o Sistema Nacional de Saúde se caracterizava por ser insuficiente no atendimento da população, mal distribuído, com atuação descoordenada, ineficiente quanto à utilização dos recursos, autoritário, fortemente centralizado, corrupto e injusto. Tal alcance se configurou numa das maiores conquistas do Movimento Sanitário. Assim, tal arcabouço teórico vai nos possibilitar a compreensão da capacidade que o Movimento Sanitário teve na construção de uma coalizão de atores que compartilhavam um sistema de crenças sobre a necessidade de democratizar o acesso à saúde.

Palavras-chave: Aprendizado; Coalizões de Defesa; Crenças; Movimento Sanitário; Políticas de Saúde.

THE CONSTRUCTION, CULMINATION AND DECAY OF A HEALTH ADVOCACY COALITION

ABSTRACT

This article aims to understand how the Health Movement made possible the creation of a defence coalition for the universalization of access to public health. To this end, we propose to analyze the articulations that he performs in the sharing of beliefs and in the realization of a continuous learning process with different actors, around the issue of health. The political learning process made it possible to expand the number of connections with various actors in a process of intense resource negotiation. Throughout these negotiations, the Health Movement has been developing alternatives for the formulation of a new public health policy. Even in the face of the permanence of the authoritarian regime and the perverse characteristics that constituted the health system; the Health Movement articulated itself and made possible the opening of a window of opportunity for the creation of a system of universal access to health. Only after the 1988 Constitution was health recognized as a social right, being in charge of the State ensuring wide access to all Brazilians. Until then the National Health System was characterized by being insufficient in the care of the population, poorly distributed, uncoordinated, inefficient in the use of resources, authoritarian, heavily centralized, corrupt and unfair. This scope was one of the greatest achievements of the Health Movement. Thus, such a theoretical

framework will enable us to understand the capacity that the Health Movement had in building a coalition of actors who shared a belief system about the need to democratize access to health care.

Key-words: Advocacy Coalition Framework; Beliefs; Health Policies; Learning; Health Movement.

1 INTRODUÇÃO

Antes da década de 1980, as políticas públicas brasileiras caracterizavam-se por um forte centralismo decisório e financeiro no âmbito da esfera federal, restando aos estados e municípios, quando envolvidos em uma política específica, o papel de meros coadjuvantes na execução da política engendrada na esfera maior. Isso favoreceu o estabelecimento de práticas de favores de cunho clientelista entre o Governo Federal e os outros entes da federação. Os efeitos desagregadores desse arquétipo acabaram obstaculizando a formulação de políticas públicas mais criativas. O aparato estatal apresentava um crescimento assimétrico e desordenado com a superposição de novas agências às preexistentes, sem que se realizasse uma coordenação de esforços e ações entre os diversos órgãos envolvidos (PALERMO, 2000).

Até então, o sistema de saúde se caracterizava por ser insuficiente no atendimento da população, sendo mal distribuído, com uma atuação descoordenada, ineficiente quanto à utilização dos recursos, autoritário e fortemente centralizado, corrupto e injusto. Assim, surgiram vários movimentos sociais, reivindicando direitos de cidadania e assumindo um papel substantivo na arena política nacional. Em tal cenário, surgiram vários movimentos sociais, reivindicando direitos de cidadania e assumindo um papel substantivo na arena política nacional. Esse conjunto de atores possibilitou o estabelecimento de uma das bases do ideário da Reforma Sanitária (RS), instalando as precondições para ampliar a presença da sociedade civil na definição das políticas de saúde, na organização e no funcionamento do sistema de saúde. Diante da permanência do regime autoritário e das características perversas que constituíam o sistema de saúde, o Movimento Sanitário articulou-se e possibilitou a abertura de uma janela de oportunidade para a criação de um sistema de acesso universal.

O resgate do passivo social passou a ser um tema central da agenda da democracia. Movimentos de naturezas diversas passaram a convergir para esse locus. Ao longo da década de 1980, essa dinâmica foi ganhando densidade, através do surgimento de um fecundo tecido social emergente que foi formado a partir da aglutinação de vários movimentos reivindicatórios urbanos, da formação de uma frente partidária de oposição, do novo sindicalismo (CUT) e da organização de movimentos setoriais que propiciaram a formulação de projetos de reorganização institucional, como foi o caso do Movimento Sanitário: “[...] a luta pela universalização da saúde aparece como parte intrínseca à luta pela democracia, assim como a

institucionalização da democracia aparece como condição para garantia da saúde como direito de cidadania” (TEIXEIRA, 2009, p. 157). Tais mudanças culminaram em uma posição privilegiada assumida pelo Movimento Sanitário na Assembleia Nacional Constituinte (ANC), em 1987-1988, que passou a vislumbrá-la como uma arena pública privilegiada para a proposição e a formatação de projetos que resultaram na produção de ações que descentralizaram o poder, as ações e os serviços de saúde pública.

De meados da década de 1970 até a ANC, o Movimento Sanitário soube oportunizar o contexto político, através da formulação de uma retórica que se consubstanciou em uma estratégia que cresceu e formou alianças com gestores de saúde municipais, parlamentares da ala progressista e a liderança de outros movimentos sociais. Essa aliança permitiu modificar as correlações de forças em prol da difusão de uma nova saúde pública e, também, da arquitetura de um novo aparato institucional que assegurasse a saúde como um direito universal e um dever do Estado. Para Teixeira (2009b), o Movimento Sanitário foi bastante hábil na construção de um espaço social para as políticas de saúde pública na ANC. Através de um amplo processo de negociação com políticos, gestores do aparelho governamental e lideranças dos movimentos sociais emergentes, se alcançou uma situação de consenso em torno da proposta de universalização e descentralização dos serviços de saúde (TEIXEIRA, 2007).

Este artigo tem por objetivo entender o papel desempenhado pelo Movimento Sanitário na formulação da agenda que resultou na instituição da saúde como um direito universal. Para tal intento, faz-se necessário identificar as condições políticas que influenciaram a sua atuação no processo de engajamento de outros atores na construção de uma Coalizão de Defesa que viabilizou o processo que inseriu a saúde como um direito de todos os brasileiros e compreender como as articulações produzidas conseguiram influenciar outros atores, em torno da questão sanitária.

Na formulação das hipóteses, destacamos as seguintes: a atuação do Movimento Sanitário foi fundamental para a criação de um espaço de aprendizado, com outros atores, que passa a forjar novas leituras sobre a problemática da saúde pública; a ação do Movimento Sanitário, nesses espaços, viabilizou a formação de uma coalizão de atores em defesa de um sistema de acesso universal à saúde e que essa coalizão foi fundamental para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para tal finalidade nos valeremos de uma revisão bibliográfica dos conceitos de Coalizão de Defesa, aprendizado político, sistema de crenças e, por fim, a criação do SUS. A partir deste referencial, objetiva-se compreender o papel desempenhado pelo Movimento Sanitário para a criação do SUS.

O artigo estruturar-se-á da seguinte forma: na próxima seção é feito um enquadramento teórico do modelo de Coalizão de Defesa; em seguida, é traçado um breve painel histórico da participação social do Movimento Sanitário na ideação de um sistema de acesso universal à saúde; posteriormente, analisaremos as articulações políticas para colocar a defesa da saúde pública na agenda constitucional, a partir do confronto entre as forças políticas conservadoras e os movimentos sociais em torno do acesso universal à saúde; em seguida, examinaremos o declínio da Coalizão de Defesa e do Movimento Sanitário após a criação do SUS; por último, faremos algumas considerações finais.

2 O ENFOQUE DA COALIZÃO DE DEFESA

Concebido por Paul Sabatier (1988) para estudar a formulação e os processos pelas quais as políticas se modificam no longo prazo, o modelo de Coalizão de Defesa (Advocacy Coalition Framework) destaca as crenças, os valores e o papel da aprendizagem política como elementos importantes no processo de produção e de mudanças nas políticas públicas. Para Parsons (2007), o modelo proposto por Sabatier (1988) rompe com a análise das políticas públicas baseadas em marcos teóricos definidos por etapas e ciclos. Sabatier propõe uma alternativa mais desenvolvida a esses enfoques tradicionais, ao destacar o irrealismo de separar a etapa do estabelecimento da agenda do processo de formulação das políticas. A Coalizão de Defesa compreende as mudanças das políticas como uma consequência dos conflitos entre as diferentes coalizões de atores que almejam a manutenção ou a mudança de uma política em um determinado subsistema político assim como ressalta o papel que as ideias desempenham na construção das coalizões, constituindo-se em um elemento capaz de aglutinar ações coordenadas de variados atores, em torno de crenças e valores compartilhados.

O elemento que aglutina os atores em uma Coalizão de Defesa é o compartilhamento de crenças sobre assuntos políticos fundamentais, ou seja, um sistema de crenças que designa a direção que uma coalizão busca dar a uma política. Os membros de uma Coalizão de Defesa podem até discordar em relação a questões menores, mas tais divergências são limitadas e não dominam os cenários de produção das políticas ao longo do tempo. Para Sabatier e Weible (2018), esses pressupostos têm um efeito duradouro sobre os direcionamentos políticos dos membros das coalizões que competem entre si, em um determinado subsistema político, para traduzir as suas crenças em políticas ou programas governamentais, utilizando recursos políticos e participando em um processo de contínua aprendizagem política. Tal aprendizado constitui um elemento essencial para a dinâmica política em um subsistema. Os debates sobre os aspectos críticos das políticas fornecem um rol de informações técnicas que, com o tempo,

alteram as percepções e as crenças dos atores principais na produção das políticas sendo, dessa forma, um elemento endógeno de mudança que “à medida que os atores aprimoram a sua consciência sobre a relação entre a estratégia política que empregam e o seu impacto nas perspectivas políticas de uma determinada proposta, eles se tornam mais sofisticados na defesa das suas políticas” (MAY 1992, p. 339).

Esse aprendizado possibilita, em longo prazo, que novos argumentos sejam incorporados aos debates. Assim, na medida que novas contribuições vão sendo adicionadas, o sistema de crenças dos atores tende a se aperfeiçoar de uma forma evolucionária. Sabatier e Weible (2018) dividem o sistema de crenças em três núcleos hierárquicos. No núcleo de crenças profundas, estão os axiomas normativos fundamentais que envolvem suposições ontológicas e normativas constituídas ao longo do processo de socialização dos indivíduos. Neste, ocorre a concepção de valores fundamentais como a liberdade e a igualdade, quem deve participar no processo decisório do governo, como deve ser a atuação do Estado e a interação do Estado com o mercado. A tradicional escala esquerda-direita opera nesta dimensão de crenças essenciais.

No seguinte, núcleo de crenças políticas, temos a aplicação dos valores do núcleo profundo. Aqui, os atores lidam com alternativas políticas fundamentais acerca das ações que devem ser tomadas em um subsistema. Há nele uma tendência de que estes vinculem as suas crenças construídas no núcleo anterior ao nível das políticas. É nesse nível que encontramos os elementos fundamentais para a criação das coalizões, pois ele representa os compromissos empíricos e normativos essenciais em um domínio de especialização das elites políticas. O nível profundo fornece um rol de princípios gerais para orientar o comportamento político em um contexto de enorme variedade de tópicos, enquanto o nível político se relaciona com as variáveis específicas de um subsistema. Nem sempre ocorre uma relação entre os núcleos. Por exemplo, um ator que tenha preferência pelas práticas de mercado, pode, quando se trata do subsistema de meio ambiente, diante de uma falha da mão invisível do mercado, demandar uma ação intervencionista do Estado nesse subsistema (SABATIER; WEIBLE, 2018).

O último núcleo, crenças secundárias, o mais superficial dos três, trata dos aspectos instrumentais relativos às decisões acerca das políticas públicas em um subsistema. Nesse núcleo, as crenças são de menor importância e amplitude como, por exemplo, a alocação orçamentária e a interpretação de normas. As mudanças nele são de menor relevância, ocorrem mais frequentemente e se relacionam com aspectos operacionais do subsistema. Transformações de grande impacto são aquelas que acontecem no nível político. São mais raras e decorrem de fatores exógenos ao subsistema, como as perturbações macroeconômicas, as

alterações na opinião pública, as crises sociais e as mudanças de governo. Quando ocorrem, podem causar alterações na distribuição de recursos no sistema político que criam janelas de oportunidades para uma determinada Coalizão de Defesa começar uma mudança. Os fatores exógenos são condições necessárias, porém não suficientes, para promover uma mudança política (SABATIER, WEIBLE, 2018).

É no âmbito do subsistema que são gestadas as políticas públicas. Nessa gestação, são incorporados os princípios defendidos por diferentes coalizões. Nesse processo de interação que ocorre no interior do subsistema, o resultado político é a consequência de mudanças nas regras institucionais e da alocação/relocação de recursos imposta pela coalizão dominante. Nesse palco, cada Coalizão de Defesa detentora de determinado acervo de recursos opta por estratégias específicas, influenciada por seus sistemas de crença e valores, para alcançar os seus objetivos políticos. Sabatier e Jenkins-Smith (1993) destacam alguns instrumentos para a atuação das coalizões. Uma Coalizão de Defesa pode tentar influenciar, direta ou indiretamente, o processo decisório das agências governamentais, valendo-se de contatos chave nas esferas do executivo, legislativo, judiciário ou intergovernamental.

São exemplos de influência direta: a substituição de pessoas nas agências e instituições governamentais que afetam os recursos políticos de uma Coalizão de Defesa bem com a sua capacidade de influenciar decisões coletivas relativas aos parâmetros da política; a exposição na mídia dos hiatos de desempenho de agências governamentais; a elaboração de pesquisas sobre determinada questão-objeto; e a oferta de recompensas futuras para a abertura de portas. São exemplos de influência indireta: o estabelecimento de revisões sistemáticas sobre as regras de funcionamento de uma agência governamental; a alteração de indicações políticas; a inquirição da juridicidade das ações de uma agência; a mudança do escopo das políticas pela via eleitoral; a influência sobre a opinião pública e, por decorrência, as tomadas de decisão nas esferas de governo. A utilização desses instrumentos, visando alguma mudança nas políticas, pode desencadear conflitos pela incompatibilidade das ideias e crenças das coalizões concorrentes. A resolução dessas divergências se constitui em um quebra-cabeça, na medida que cada ator interpreta o mundo através de um olhar próprio, o que o leva a ter interpretações diferentes sobre um mesmo assunto. Nesse sentido, a escolha de estratégias conflitantes entre as coalizões contidas em um subsistema produz um cenário de competição. Para reduzir a intensidade dos conflitos entre as coalizões, existe, internamente ao subsistema, a figura dos mediadores, que são agentes políticos que atuam como intermediários nos conflitos.

O modelo Coalizão de Defesa está focado na compreensão dos fatores (endógenos e exógenos) que podem explicar como as mudanças políticas ocorrem no interior de um

subsistema (SABATIER, JENKINS-SMITH, 1993). O quadro analítico construído a partir do conjunto de variáveis e relações estabelecidas no interior de um subsistema político oferece a oportunidade de explicar a evolução da política como o resultado de um processo de aprendizado, isto é, pela análise da importância da busca contínua que atores e coalizões têm por novas evidências, novos argumentos e novas estratégias necessárias para a tradução das suas crenças em novas ações.

2.1 AS PREMISSAS PARA UMA COALIZÃO DE DEFESA

Segundo Sabatier e Jenkins-Smith (1993), a Coalizão de Defesa é balizada por cinco premissas fundamentais para a implementação de políticas públicas em um subsistema político. A primeira premissa é de que o processo de mudança política precisa destacar, com maior relevância, o papel desempenhado pela informação técnica na percepção dos atores e das coalizões sobre a magnitude e a complexidade dos problemas enfrentados, as suas causas e os seus prováveis desdobramentos das várias alternativas de solução. As informações assumem um papel de destaque no processo decisório de muitas agências governamentais e no legislativo, além de influenciar o comportamento de atores não governamentais, o que faz crescer a demanda por análises técnicas.

A segunda entende que o papel da informação técnica no processo de mudança em políticas públicas requer a perspectiva de uma década ou mais. Um horizonte de tempo maior permite apurar se um conjunto de informações teve relevância para o sucesso ou o fracasso na formulação, na implementação e na reformulação das políticas públicas, além de permitir a avaliação da variedade de estratégias que os atores e coalizões utilizaram, ao longo do tempo (SABATIER, JENKINS-SMITH, 1993).

A terceira compreende que a mudança em políticas públicas não ocorre em decorrência de uma organização ou de um programa governamental específico, mas sim de um subsistema de política pública. Tal subsistema envolve um conjunto de atores provenientes de várias organizações públicas e privadas. Estes se adensam em torno de um problema, com a intenção de influenciar as políticas públicas engendradas para a sua resolução. Os processos que ocorrem dentro do subsistema político envolvem uma tamanha complexidade que acabam por conduzir a especialização dos atores para que tenham alguma influência na construção de políticas (SABATIER, JENKINS-SMITH, 1993).

A quarta complementa a anterior ao considerar que, diante da complexidade do subsistema político, novas categorias de atores, que desempenham um papel importante na disseminação de ideias, devem ser incorporadas à avaliação na dinâmica do processo de

produção de uma política pública. Assim, a concepção dos subsistemas de políticas públicas não deve se limitar à tradicional noção do triângulo de ferro (agências administrativas, legislativo e grupos de interesse). Para Sabatier e Jenkins-Smith (1993), o escopo do subsistema político deve ser alargado e envolver não só os tradicionais triângulos de ferro, mas também incluir todos os atores intervenientes no processo de formulação, implementação, independentemente da instituição a que pertençam.

A última premissa concebe o sistema de crenças como um elemento fundamental para que atores e coalizões balizem as suas ações sobre como atingir os seus objetivos políticos. Os sistemas de crenças funcionam como filtros de percepção que incluem escala de valores, noções de relacionamentos causais importantes, intuições sobre a magnitude dos problemas e da eficácia dos instrumentos políticos utilizados para enfrentá-los. As premissas elencadas valorizam a influência das ideias e das relações sociopolíticas no processo de construção das políticas públicas. Essa concepção se opõe tanto às abordagens das políticas públicas por estágios quanto às baseadas em uma racionalidade instrumental dessas políticas. O modelo de Coalizão de Defesa considera as mudanças políticas como um processo dinâmico de transformações dessas políticas motivadas por conflitos sociais e políticos, e, além disso, por mudanças importantes no ambiente externo (SABATIER, JENKINS-SMITH, 1993).

2.2 AS HIPÓTESES PARA UMA COALIZÃO DE DEFESA

Como abordado anteriormente, a concepção da Coalizão de Defesa como um quadro conceitual facilita o entendimento das hipóteses do modelo como uma estratégia heurística para investigar o fenômeno da mudança política. A grande utilidade dessas estratégias heurísticas é sugerir caminhos alternativos de pesquisa coerentes com as premissas fundamentais sobre a implementação de políticas públicas e a importância da informação na sua construção. Weible, Sabatier e McQueen (2009) estabeleceram treze hipóteses para a formação de uma Coalizão de Defesa:

1. A Coalizão de Defesa está fundamentada na premissa de que o elemento aglutinador é o compartilhamento de crenças no nível político. Segundo ela, a conformação entre aliados e oponentes tende a se manter estável, durante muito tempo.
2. Os atores de uma coalizão tendem a mostrar um consenso substancial em relação a temas do nível político e concedem uma importância menor aos aspectos secundários.
3. O ator (ou uma coalizão) abrirá mão em relação aos aspectos secundários do seu subsistema político antes de reconhecer o fracasso de alguma questão no nível político.

4. Em uma coalizão, as agências governamentais tenderão a defender posições mais moderadas que a dos seus aliados.
5. Elites de grupos propositivos são mais criticadas nas suas expressões de crenças e posições políticas do que as de grupos materiais.
6. Atores que compartilham crenças do núcleo político são mais suscetíveis de se engajarem em coalizões de curto prazo se perceberem que os seus oponentes estão mais poderosos e/ou propensos a infligir maiores custos a eles.
7. Uma política tende a permanecer em validade enquanto permanecer no poder a coalizão que a criou, exceto se a mudança for imposta por uma jurisdição hierarquicamente superior.
8. Perturbações exógenas significativas são uma causa necessária, mas não suficiente, para promover mudanças no núcleo político.
9. A existência de um nível de conflito entre coalizões demandará que as estas incorporem novos recursos técnicos para um engajamento no debate, em relação a uma política.
10. Problemas para os quais existem teorias e dados quantitativos aceitos conduzem mais facilmente a esse tipo de aprendizado do que teorias e dados que trazem alguma subjetividade ou incompletude.
11. Problemas que envolvem sistemas naturais são mais propícios ao aprendizado do que aqueles que envolvem puramente sistemas sociais ou políticos, porque muitas das variáveis críticas não são estratégias ativas e a experimentação controlada é mais factível em modelos de variáveis parametrizadas.
12. A aprendizagem é mais provável em espaços onde exista um fórum prestigiado e respeitado que acaba forçando a participação de profissionais de diferentes coalizões.
13. Mesmo quando o aumento do cabedal técnico não altera a perspectiva das coalizões oponentes, ela pode repercutir em impactos sobre a política pela alteração da percepção dos agentes políticos intermediários e/ou de importantes servidores públicos.

2.3 A COALIZÃO DE DEFESA NA SAÚDE E IDEAÇÃO DE UMA REFORMA SANITÁRIA

O Movimento Sanitário gestado no meio acadêmico, ao longo das décadas de 1960 e 1970, teve como objetivo chamar a atenção da sociedade para a necessidade de se criar um sistema público de saúde que rompesse com o modelo meritocrático-particularista de configuração bismarckiana que deixava desatendidos milhões de brasileiros que não tinham trabalho formal. O Movimento Sanitário buscava mobilizar atores da sociedade civil

organizada e o Estado, ao mesmo tempo em que engenhava propostas inovadoras de intervenção na saúde pública (TEIXEIRA, 2009).

A atuação do Movimento Sanitário teve o seu início durante o regime da ditadura militar com sérias restrições aos partidos de esquerda. Nesse período, o embate com um inimigo comum não possibilitava condições para a diferenciação das suas ações políticas. O temor de que as diferenças poderiam colocar o Movimento Sanitário em risco moldou a formulação de uma estratégia consensual que tinha por objetivo a ocupação de espaços institucionais. A partir da conquista desses espaços por pensamentos contra-hegemônicos, estes passariam a ser o palco de luta entre diferentes posições sobre a saúde pública (SCOREL, 1999).

O compartilhamento de crenças sobre a necessidade de criação de um sistema de saúde entendido como um bem público e um direito universal aglutinou atores com diferentes concepções estratégicas em torno da questão sanitária, buscando a construção de arenas capazes de viabilizar mudanças para a democratização da saúde (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1989).

Mesmo no auge da ditadura militar, havia grupos de técnicos nos Ministérios da Saúde e da Previdência Social que defendiam uma ideologia estatizante para a saúde. Para Donnangelo (1975), a ideologia desses grupos se apresentava como inacabada e sem peso institucional para se justapor à que era dominante na saúde. Mesmos desarticulados, os críticos viram no ambiente universitário um espaço para questionar os rumos da adoção do modelo de saúde pública desenvolvimentista e tecnocrática que alardeava, usando um discurso racional, que o crescimento econômico garantiria, no futuro, melhores condições de saúde para a população.

As ideias de Juan César Garcia (1983) começavam a influenciar a consciência dos mestres e alunos nos departamentos de medicina preventiva (DMP) dos cursos de medicina e das principais universidades públicas brasileiras em prol de uma interdisciplinaridade entre as ciências sociais e a medicina. Para ele, não era possível pensar em uma medicina dissociada da realidade social: “não existindo, hoje em dia, nenhuma corrente importante nas ciências sociais que afirme que a medicina tem uma autonomia completa da estrutura social ou das partes, instâncias ou elementos que a integram” (GARCIA, 1983, p. 97).

No interior dos DMPs passaram a ser produzidas várias propostas que enfatizavam os cuidados de atenção básica, a medicina comunitária e a valorização da medicina tradicional. Assim, foi se construindo um discurso contra a elitização das práticas médicas, bem como a

precariedade do acesso à medicina por grande parte da população brasileira. O Estado deveria ter um papel mais atuante como garantidor de um direito inalienável para todos os indivíduos.

No início da década de 1970, vários DMPs desenvolveram programas de medicina comunitária que, vistas pelo governo militar como soluções baratas de atendimento dos desassistidos, eram também um laboratório para novos modelos de atenção básica. Tais experimentos iriam proporcionar formas de melhor entendimento das populações e dos seus problemas. Os profissionais de saúde vinculados a tais programas passaram a promover ações educativas para aumentar a conscientização da realidade social das comunidades atendidas e inculcar nas pessoas a necessidade da promoção da saúde (SCOREL, 2012).

O impacto da problemática social e o diálogo com outros atores que questionavam as condições sociais da massa da população brasileira levaram os DMPs a partir para enfoques que viabilizassem a compreensão da natureza histórico-estrutural das condições de saúde da população. A partir dessas interações, formulou-se um discurso sanitário que passou a entender a comunidade não como um grupo socioeconômico, mas sim como uma unidade econômico-política em um dado nível de desenvolvimento (RAMOS, 1986).

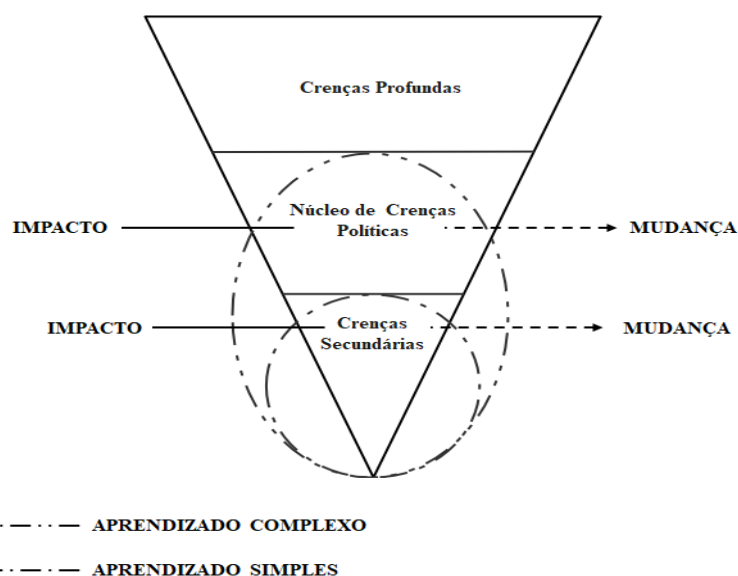
Alguns projetos de medicina comunitária desenvolvidos pelos DMPs já começavam a enfiar forças de diversos atores sociais. Tais experiências serviriam posteriormente de base para o projeto de um serviço de saúde regional e com uma ampla participação social, concebido nas bases da saúde comunitária: o Projeto Montes Claros. O espaço institucional propiciado por ele permitiu um novo arranjo de poder capaz de viabilizar transformações sociais via setor da saúde. Progressivamente, o Movimento Sanitário evoluiu de uma crítica ao modelo preventivista proposto pelo regime militar, passando a se inserir, com atores parceiros, na luta pelo processo de redemocratização (TEIXEIRA, 1997).

O capital social acumulado pelo Movimento Sanitário nesses projetos possibilitou a formação de um sistema de crenças sobre a saúde enquanto um elemento basilar para o estabelecimento de uma cidadania plena. Tais concepções formaram o núcleo profundo como uma crença fundamental que viabilizou, a partir de ações do Movimento Sanitário, o empenho em ações coordenadas com outros atores que compartilhavam as mesmas crenças. O Movimento Sanitário passou a promover um mecanismo de permanente reflexão e de aprendizado complexo, junto aos outros movimentos sociais. Tal processo era apoiado no debate sobre a problemática da saúde e de outras questões de justiça social que possibilitaram revisões dos objetivos das políticas públicas para a área da saúde, proporcionando as análises das alternativas políticas e, posteriormente, as definições estratégicas do núcleo político para as ações que deviam ser tomadas pela coalização de defesa. Cabe salientar que, nesse processo de

estudo das alternativas políticas e da formulação das estratégias políticas, é que se deu a amarração para a criação e a manutenção da coalizão de defesa dentro do subsistema político onde ela atuava, pois nele é que foram criados os compromissos empíricos e normativos entre os atores de uma coalizão (MENICUCCI, 2010).

No núcleo político, foram estabelecidas as crenças para atingir os valores centrais sobre as políticas do subsistema da saúde, incluindo as percepções sobre a gravidade da saúde pública, as causas da deterioração da salubridade da população, o estabelecimento das prioridades de valor, que estava relacionado com o jogo político que ocorria no subsistema saúde, a eficácia das estratégias e a escolha dos recursos a serem utilizados na implementação das ações.

Figura 1: O Núcleo Político e o aprendizado complexo.



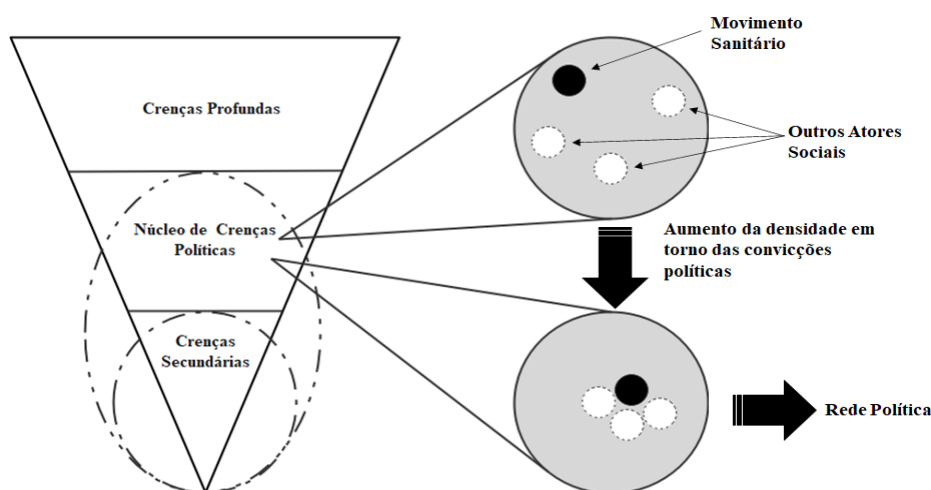
Adaptado: Sabatier, 1988, 1993, 2018.

Os recursos utilizados pelo Movimento Sanitário para fortalecer as crenças dos atores que compunham a coalizão da saúde foram: a) a participação de atores com uma autoridade instituída, como os parlamentares da oposição e os servidores da alta burocracia que aumentaram a densidade em torno da questão sanitária; b) a opinião pública sobre a situação da saúde e de outros direitos sociais que forneceram um suporte para as ações políticas da coalizão da saúde; c) a produção de pesquisas, estatísticas e comparações dos índices sobre a saúde no Brasil que deram suporte para solidificar a atuação da coalizão, além de propiciar um arsenal que desqualificou as alternativas políticas produzidas pelos opositores no subsistema da saúde; d) a partir das experiências comunitárias, o Movimento Sanitário ganhou a capacidade de engajar atores de diversos movimentos sociais, em torno da questão sanitária; e) a atuação de

lideranças científicas, dos movimentos católicos, sindicais e políticas que criaram uma visão atrativa para a coalizão da saúde.

Tais recursos corroboraram para que o Movimento Sanitário fosse consolidando as principais crenças compartilhadas pelos atores envolvidos na coalizão da saúde. Para Henry (2011) e Matti e Sandström (2011), é no núcleo político que se encontra o elemento mais importante para o estabelecimento de uma coalizão política. Gradativamente, esse sistema de crenças foi viabilizando conexões que permitiram a capilaridade necessária para a construção de uma coalizão de atores em torno da questão sanitária.

Figura 2: Núcleo Político e o aumento da probabilidade de formação de Coalizão de Defesa.



Adaptado: Henry, 2011, p. 378-380.

Os sinais do fim do milagre econômico já denotavam, a partir de 1973, que o país não possuía as condições necessárias para o enfrentamento da crise econômica que assolaria o capitalismo mundial, a partir da segunda metade da década de 1970. A piora da economia brasileira acirraria uma série de contestações emanadas de diferentes segmentos da sociedade brasileira. Essas contestações eram manifestadas por diversos movimentos de resistências, formados por vários atores individuais e coletivos da sociedade civil, desde os segmentos menos afortunados da sociedade até as facções da alta burguesia nacional que estavam apreensivas com o quadro econômico. Em função do aprofundamento da crise, a burguesia já não conseguia ser atendida como antes. A solução engendrada pelo regime militar foi visando mitigar as defecções no meio da classe dominante, ampliar o seu espaço de manifestação política – através da reativação da sociedade civil, de forma gradual, para minimizar a transferência de conflitos para o interior do Estado (SADER, 1988).

Essa mudança estratégica do governo propiciou a permeabilidade necessária para a inserção de membros do Movimento Sanitário no interior da burocracia da saúde. As posições assumidas pelos representantes do Movimento Sanitário, a partir da entrada no aparato burocrático, propiciaram a divulgação das suas análises sobre as condições de saúde dos brasileiros. Gradativamente, esses estudos passaram a chamar a atenção de outros atores para a problemática da saúde pública. Para Zahariadis (2018), a partir das novas informações, os atores passaram a discutir diversas definições para a problemática, que, por sua vez, passaram a ocupar uma agenda (atenção) para os atores interessados.

Para Weible (2008), o contato de outros atores com os estudos e as análises produzidos por especialistas desencadeia um processo de aprendizado para uma determinada problemática. A acumulação e a sedimentação de conhecimento possibilitada por tal interação podem afetar os sistemas de crenças, assim como as percepções desses atores sobre as causas do problema. Em uma coalizão de defesa, as atividades de busca e uso dos conhecimentos gerados por especialistas assumem um papel fundamental no processo de aprendizado político. Os conhecimentos obtidos auxiliam os atores a dimensionar as severidades do problema, podendo realizar análises de custo-benefício entre diferentes alternativas para solucionar o mesmo.

A partir dessas brechas, o Movimento Sanitário passou a dialogar com vários atores que demandavam melhores políticas sociais. Exercendo um papel de intermediário multilateral entre eles, o Movimento Sanitário identificou áreas potenciais (demandas e práticas comuns) e necessidades informacionais para a sua coordenação. A estratégia de ocupar espaços nas instituições federais também foi paralelamente utilizada no nível municipal.

“Aparecimento de grupos de pessoas que ocupam espaços institucionais respondendo a transformações na estrutura social, mas sem fazer parte da organicidade de poder hegemônico; esses grupos ocupam vazios de poder e sendo “contra hegemônicos” seu crescimento tem limites. Ocupam espaços, mas não se mantêm, são temporários, em pouco tempo ascendem e caem [...] O que persiste é o modelo ideológico e não a experiência concreta transformadora. É mais percepção do que é possível que a implementação do projeto específico. Da “ascensão e queda” dos projetos regionais, institucionais, parciais nasce a persistência de um projeto nacional”. (AROUCA, 1979 apud ESCOREL, 1999, p. 142).

À medida que o Movimento Sanitário ampliava as suas bases de diálogo, ia atraindo outros atores para o debate sobre a realidade sanitária, envolvendo-os, em seguida, no processo de pensamento da saúde, dentro de uma concepção que se contrapunha à que direcionava hegemonicamente a área da saúde. Gradativamente, se ampliava a densidade de atores em torno de um sistema de crenças sobre a ideia de um novo modelo construído socialmente para a saúde. A ideia é aquela que “projeta uma imagem de como deveria ser o subsistema político,

fornece a visão que guia o comportamento estratégico da coalizão e ajuda a unir aliados e dividir os oponentes” (SABATIER, 2007, p. 195).

A criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979, fortaleceu a necessidade de repensar a saúde pública. As suas produções científicas forneceram uma série de alternativas capazes de elevar o padrão sanitário da população brasileira. Produzindo um pensamento fundamentado nos conceitos de equidade e de universalização do direito à saúde. Tanto a ABRASCO quanto o CEBES exerceram fortes críticas às políticas de saúde que promoviam a exclusão e a desigualdade. Ambos se configuraram em importantes atores no processo de produção de alternativas (ideias) para a questão sanitária. Era preciso se valer de um processo de construção de pontes que viabilizassem a transmutação do trabalho intelectual em bandeiras de luta pelos movimentos organizados.

3 A AGENDA CONSTITUCIONAL E O ÁPICE DA COALIZÃO DE DEFESA DA SAÚDE PÚBLICA

Em 1985, a ditadura negociou uma transição entre os aliados descontentes da antiga base de sustentação e os segmentos oposicionistas emergentes. Construiu-se um pacto pelo alto entre as elites, deixando de fora a participação popular. Nesse desenho político, o governo Sarney expressava um nítido tom conservador, na medida em que incluía diversos personagens do antigo regime no seu Ministério (DREIFUSS, 1989).

Contudo, esse desenho político inclinava-se para a ocorrência de contradições. As diversidades, as oposições e as disputas de poder entre o PFL e o PMDB acirravam o conflito. Para Dreyfus (1989), as articulações com alguns segmentos da classe dominante eram de vital importância para a estabilidade política: “A classe empresarial se preparava para defender não somente a existência do atual regime e sistema, mas a sua adequação, desenvolvimento e estabilidade, assim como a sua reinserção ou reboque na nova configuração transnacional” (DREIFUSS, 1989, p. 45).

Em 28 de junho de 1985, Sarney encaminhou ao Congresso Nacional o seu projeto de convocação da Assembleia Nacional Constituinte (ANC), que transformava a próxima legislatura (as eleições de 1986) em Congresso constituinte, e, dessa forma, conseguiu reduzir a sua base de atrito e mitigar as mobilizações e as reivindicações daqueles que desejavam resolver o passivo proveniente do passado autoritário. O Movimento Sanitário aproveitou-se da situação da descentralização do processo constituinte e das divergências internas da classe dominante para prosseguir no acúmulo de capital social que viabilizou a abertura de uma

agenda constitucional para a inserção da saúde como um direito universal. Ainda em 1985, um *pool* de políticos do PMDB e de outros partidos progressistas expressou o seu apoio à candidatura de Hésio Cordeiro à presidência do INAMPS que, nesse mesmo ano, assumiu o comando deste, constituiu a sua equipe com vários expoentes do Movimento Sanitário, com o objetivo de dar um revestimento técnico e político necessário ao projeto de mudança no Instituto e impulsionou a ampliação das Ações Integradas de Saúde (AIS) de 112 para 2.800 municípios, que representou um aumento de 2.400% (NORONHA, 2021).

A ocupação de espaços institucionais nos Ministérios da Saúde e da Previdência permitiu uma ponta de lança importante para a atuação do Movimento Sanitário na irradiação e no aprendizado das suas ideias para outros atores. O uso da capilaridade institucional dos dois ministérios para exercer uma pressão política constituiu-se em um elemento importante para aumentar a eficácia das estratégias políticas produzidas pela coalizão da saúde.

Apesar das inúmeras cisões que aconteceram no interior do Movimento Sanitário, em torno da orientação estratégica na condução da RS, sempre houve tentativas de refazer o pacto original, impedindo um abandono dos ideários. Assim, uma unidade foi buscada e alcançada pela aceitação destes e pela resignação de que a RS teria uma longa caminhada pela frente. Tal curso foi considerado um teste de sensibilidade e aprendizagem para as propostas do Movimento Sanitário. Isso refletiu em uma dialética do possível na qual a exploração das alternativas possibilitava a diminuição da distância entre a ideia e a ação. A ocupação dos espaços institucionais foi pautada nessa dialética do possível. As contradições que apareceram ao longo do processo de democratização da saúde eram resultantes de uma coalizão de variados atores cuja unidade foi construída em torno de um desejo democrático que fazia parte do núcleo profundo do sistema de crenças (TEIXEIRA, 1988).

Para Escorel (1999), o temor de que o processo de democratização pudesse ser manipulado pela classe conservadora fez com que o Movimento Sanitário empreendesse a participação de amplos segmentos da sociedade na realização da VIII CNS, de modo a fortalecer e acelerar o processo para a condução da RS. O amplo fórum que nela se constituiu reforçou a importância de incorporar as propostas ali produzidas como plataforma para vários políticos de oposição. Assim, o processo de aprendizado entre o Movimento Sanitário e os outros atores propiciou o reconhecimento das propostas mais relevantes, engendradas a partir da condução do Movimento Sanitário, para o direcionamento da RS. Com isso, a VIII CNS assumiu o papel de uma pré-constituente da saúde e o seu relatório final estabeleceu as diretrizes para a implantação de um Sistema Nacional de Saúde, propondo a criação da

Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) com a atribuição de apresentar e defender uma proposta para constitucionalizar os seus objetivos.

Nas fases preliminares da ANC (Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, Comissão de Ordem Social), as conexões do Movimento Sanitário viabilizaram composições que facilitaram a aprovação do projeto, com um grau muito pequeno de conflito. As forças conservadoras perderam espaço por se apresentarem desarticuladas nas suas ações e, fundamentalmente, por não terem um projeto para fazer frente ao do Movimento Sanitário, fruto das práticas sociais que se estabeleceram desde meados da década de 1970. Mesmo com a forte influência do aparato burocrático do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que tencionava a manutenção do seu *status* orçamentário, esta não foi capaz de desviar a tendência de aprovação da proposta sanitaria (NETO, 1997).

Então, a chegada à Subcomissão de uma proposta trabalhada por um grupo de intelectuais de saúde, desde meado da década de 1970 e compartilhada entre vários atores, deu uma textura política que a distanciou das propostas engendradas pelo grupo ligado à medicina privada. Dotada de uma estrutura de competências alinhadas com a questão da saúde e com uma alta densidade comunicativa, ela deu à Coalizão de Defesa da saúde a capacidade de flexibilizar-se e promover negociações que não foram acompanhadas pelos outros grupos de interesses envolvidas na área da saúde. Segundo Neto (1997), as tentativas do MPAS (Ministro Raphael de Almeida Magalhães) em cooptar os governadores eleitos no ano de 1986, em torno da proposta de descentralização dos recursos do MPAS para os estados e municípios, com a possibilidade da extinção do Inamps, configuravam-se em uma tentativa de preservar o controle do caixa do sistema da saúde. Tal possibilidade inviabilizaria a unificação deste sistema sob o comando do Ministério da Saúde, como era a proposta contida no relatório final da VIII CNS.

Para Neto (2003), a articulação em torno da proposta do Movimento Sanitário forneceu os subsídios necessários para os parlamentares aliados se anteciparem às movimentações dos grupos que defendiam a manutenção da estrutura do MPAS, o que favorecia os interesses do que era historicamente privilegiado por esse arcabouço. Uma questão onde o Movimento Sanitário e seus aliados não entraram com uma proposta bem definida foi no financiamento do sistema da saúde. Tal fragilidade levou essa questão a ser discutida, na etapa seguinte, pela Comissão da Ordem Social. Outro ponto que favoreceu a coalizão foi o fato de, nessa fase da ANC, as forças conservadoras centrarem o seu foco nas subcomissões de cunho mais econômico, liberando espaço para a articulação dos parlamentares que compartilhavam valores e crenças em torno da proposta de um sistema unificado de saúde.

Na Comissão da Ordem Social, o financiamento do sistema de saúde, que ficou em um impasse na etapa anterior, passou a ser um elemento que requereu uma reavaliação estratégica por parte da Coalizão de Defesa da saúde. Para Neto (2003), a intelectualidade do Movimento Sanitário teve uma forte presença na tarefa de municiamento dos parlamentares aliados de conhecimentos e análises que deram densidade à proposta de um sistema unificado de saúde. O relator da comissão, Senador Almir Gabriel, resolveu dar mais espaços para o assessoramento técnico do aparelho burocrático e reduziu, comparativamente à etapa da subcomissão, o poder de influência da ABRASCO, do CEBES e de outras instituições que representavam o saber sanitário. Essa situação, aliada à questão do financiamento, fez com que a Coalizão de Defesa da saúde mudasse a sua estratégia de articulação.

Ainda, segundo Neto (2003), a mudança na estratégia foi resultante da competição que se estabeleceu com o Centrão, dentro do subsistema da saúde. O resultado das escolhas feitas por ela foi consequência das mudanças no regimento interno da constituinte. Essas mudanças alteraram as expectativas quanto à aprovação do projeto formulado na VIII CNS e havia o risco desse ser solapado pelas forças conservadoras. Tal temor alterou a percepção, em relação às ações dos opositores ao projeto, dos impactos sobre os objetivos do Movimento Sanitário e das novas informações produzidas pelo novo contexto. Tal conjunto gerou um novo aprendizado para o Movimento Sanitário. O projeto do Centrão atendia basicamente as reivindicações do setor privado da saúde. Diante disso, a Coalizão de Defesa da saúde envolveu os constituintes favoráveis ao seu projeto e engendrou articulações para repolarizar as discussões.

Diferentemente da Coalizão de Defesa da saúde, composta por vários parlamentares que comungavam crenças profundas sobre a saúde e a democracia, o Centrão tinha como liga aspectos fisiológicos que geraram pontos de vista diferentes sobre algumas questões. Aproveitando-se de suas fragilidades quanto ao estabelecimento de um consenso, o Movimento Sanitário aproveitou o seu capital social para, em uma ação empreendedora, engendrar ações, com o intuito de aproveitar a falta de unidade do Centrão para assumir um papel de influência na condução da agenda da Comissão de Sistematização. O Movimento Sanitário soube usar a capilaridade para trazer pressões de fora da ANC para sensibilizar os políticos daquele grupo (NETO, 2003).

A ANC foi uma oportunidade política para o Movimento Sanitário, na medida que viabilizou a possibilidade de constitucionalizar os seus objetivos de colocar a RS em ação. A ANC moveu a arena de formulação das políticas de saúde do Executivo nas três esferas para a arena da ANC. O papel de condutor nessa arena garantiu ao Movimento Sanitário, através da sua alta capilaridade, um considerável índice de aprovação para as suas propostas. Através do

sistema de crenças, o movimento conseguiu estabelecer que a saúde seria gratuita e universal para qualquer nível de atendimento, com a responsabilidade do Estado no provimento de todos os recursos necessários, substituindo o modelo anterior baseado na seguridade social. Estabeleceu ainda a unificação da política de saúde, antes extremamente fragmentada e ineficiente, em qualquer nível de governo, assim como a transferência da direção desta política para o Ministério da Saúde.

Para Rosas e Bernardes (1988), a estratégia do Movimento Sanitário, estabelecida na VIII CNS, pretendia minar a burocracia do INAMPS, detentora de grandes recursos e de baixa eficiência. Isso seria alcançado em duas etapas. Na primeira, o INAMPS seria transferido para o Ministério da Saúde e, na etapa seguinte, extinto. Com isso, cessaria a utilização do instituto como um mecanismo de alavancagem para os grupos de medicina privada que se locupletavam dessa relação parasitária e desvirtuavam as políticas de saúde. Todavia, a proposta de estatização gradual da saúde encontrou um cenário político adverso no qual o poder econômico obstaculizou qualquer possibilidade de articulação nesse sentido. Foi evidente que, em comparação com as propostas contidas na VIII CNS, houve recuos concretos. A pressão dos *lobbies* empresariais e privatistas implicou em reposicionamentos para o Movimento Sanitário. O que foi conquistado e materializado em texto constitucional representou um avanço para a realização de uma RS. O Movimento Sanitário ajustou-se ao jogo das negociações com as forças conservadoras. Ante ao risco de ver derrotada a proposta como um todo, optou-se por reformulá-la, deixando algumas de suas partes para serem negociadas na fase da Lei Ordinária da Saúde.

A aprovação do texto da saúde não só representou uma batalha ganha pelo Movimento Sanitário, como também implicou um novo esforço de articulação dos atores que compunham a Coalizão de Defesa da saúde para a redefinição das suas estratégias políticas, redefinindo-as em um novo processo de aprendizado para enfrentar o setor médico privado, que demonstrou a sua capacidade de vetar as medidas da RS que afetassem o seu papel de provedor de serviços de saúde. Para Paim (2008), a aprovação da saúde como um direito universal e do projeto do SUS davam uma vantagem de elevar o custo de reversão da reforma, mas não inibia a possibilidade de o setor conservador paralisar os desdobramentos necessários para a RS.

4 A CRIAÇÃO DO SUS E O DECLÍNIO DA COALIZÃO DE DEFESA DA SAÚDE

A rearticulação das forças conservadoras, após a promulgação da Constituição e a eleição de Fernando Collor, colocou novas dificuldades para o Movimento Sanitário. O momento favorecia um discurso revisionista das políticas sociais. A estratégia articulada pelas

forças conservadoras objetivava a criação de uma agenda política para a antecipação da revisão do texto constitucional programado para 1993. Diante desse cenário, houve um enfraquecimento das conexões com os movimentos sociais e sindicais que foram importantes para o Movimento Sanitário, até a ANC. A ausência de cargos ocupados por sanitaristas no aparato burocrático do Estado diminuía significativamente a capacidade de realizar as práticas de aprendizagem orientada para a política e, com isso, reforçar o sistema de crenças políticas da coalizão da saúde. Sem o apoio dos movimentos sociais, o Movimento Sanitário intensificou os seus recursos na atuação dos atores institucionais da coalizão. Para Neto (2003), o processo de regulamentação do SUS fortaleceu as ações dos secretários municipais e estaduais de saúde. Através do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), a coalizão da saúde manteve o mecanismo de pressão sobre os parlamentares para o cumprimento das diretrizes constitucionais que eles ajudaram a edificar. Após os vetos que inviabilizariam o SUS, o CONASEMS se destacou pela pressão política sobre os parlamentares e o Ministro da Saúde, de modo a reverter os vetos e garantir a exequibilidade do SUS.

Com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, a coalizão e o Movimento Sanitário se viram diante da pauperização dos seus recursos políticos e a articulação dos setores conservadores, em torno da minimização do Estado e do arrefecimento das atuações reivindicatórias dos movimentos sociais. Gradativamente, o processo de aprendizado político perdeu a capacidade de manter os atores unidos diante de um cenário de dúvidas. A predominância dos atores institucionais também contribuiu para a intensificação de práticas corporativistas que mitigaram a atuação social do Movimento Sanitário. Para Gallo e Nascimento (1991), apesar da regulamentação do SUS, o governo continuou o processo de obstaculização do seu funcionamento. Através do uso de portarias, o Ministério da Saúde estabeleceu um retrocesso em relação ao que foi constitucionalizado, voltando a realizar práticas centralizadoras e discricionárias, em relação aos recursos repassados para os estados e os municípios.

Os movimentos sociais, inclusive o Movimento Sanitário, tiveram a sua capacidade de articulação enfraquecida, devido à cooptação dos seus membros como parte da estratégia de fragmentação dos movimentos sociais. Para Nitão (1989), o Movimento Sanitário já se encontrava exaurido no processo da aprovação da Lei Orgânica da Saúde. As suas ações diminuíram em intensidade e, com isso, a sua capacidade de influência perdeu força. O Movimento Sanitário perdeu a sua capacidade de utilizar a propagação das suas ideias como um elemento de articulação dos atores, antes parceiros da coalizão. Paulatinamente, os sujeitos

coletivos foram organizados em uma miríade de diversos e minúsculos interesses. Essa situação dificultou a hegemonia em torno dos projetos sociais, relacionados a interesses universais.

Segundo Paim (2008), essas estratégias utilizadas pela classe conservadora reduziram o espaço de cooperação entre os movimentos sociais: “O recuo dos movimentos sociais implicava, além de retrocessos, um espaço de prática política mais fechado no qual encontros de bastidores e negociações pouco transparentes deram as cartas no jogo político de implantação do SUS” (PAIM, 2008, p. 188). Ocorreu também um desinteresse do governo pelo processo de abertura de agendas para as questões sociais que eram uma evidência.

Para Menicucci (2011), o Movimento Sanitário acabou se diluindo entre os vários interesses que entraram em cena, logo após a promulgação da Constituição de 1988. O sistema de crenças que unia os vários membros da coalizão da saúde começou a se liquefazer. Diversas clivagens entre os membros da coalizão da saúde, inclusive no interior do próprio Movimento Sanitário, passaram a separar os seus atores por interesses corporativistas. Assim, a capacidade de interação do Movimento Sanitário com outros atores sociais foi afetada pelo processo de segmentação e de fragmentação dos movimentos sociais e sindicais que foram utilizados como mecanismos ideológicos para a sustentação de relações assimétricas de poder, por parte dos setores conservadores.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o fim do milagre econômico, o regime militar viu-se às voltas com uma escassez de propostas, de fato, racionalizadoras, para fazer face ao crescente nível de descontentamento que colocava em xeque a sua própria legitimidade. Além disso, o colapso do modelo de desenvolvimento já promovia certas dissonâncias na base de apoio ao regime. Tal momento de crise foi a chance que o Movimento Sanitário teve para oportunizar as brechas, visando ocupar espaços importantes e amplificar as suas ideias sobre a indissociabilidade entre a democracia e a saúde. A permeabilidade favoreceu o desenvolvimento de projetos que demonstraram as suas aplicabilidades e racionalidades. Os projetos de medicina comunitária preencheram vazios institucionais históricos. Em muitos municípios, os projetos viabilizaram o atendimento de setores da população que tiveram, pela primeira vez, serviços de atenção básica. A partir desse processo de aprendizagem, foi se consolidando um sistema de valoração que permitiu receptividade às ideias do Movimento Sanitário.

Da segunda metade da década de 1970 em diante, a luta democrática assumiu características estratégicas para diversos atores sociais. A partir das posições ocupadas no aparato burocrático, o Movimento Sanitário intensificou a sua atuação ideológica. O

conhecimento contido no discurso do Movimento Sanitário possibilitou a construção de argumentos capazes de criar novas percepções. Através de um processo de aprendizado, o Movimento Sanitário conseguiu ressignificar a problemática da saúde para vários atores. Entre estes, a presença de parlamentares, prefeitos e servidores da alta da burocracia estatal aumentou a densidade dos debates sobre a questão sanitária. Esse conjunto de atores em processo de ampliação viabilizou o estabelecimento de uma Coalizão de Defesa de grande capilaridade. Esse processo ideológico foi gradativamente despertando novas percepções, estabelecendo um alinhamento de atores que também acreditavam na indissociabilidade entre a saúde e a democracia e criando a base para um sistema de crenças fundamentais para a primeira. O sistema de crenças construído constituiu-se em um elemento referencial para a atuação do Movimento Sanitário. O seu sistema de crenças funcionou como um filtro de percepção que incluía a prioridade de valores, discernimentos de relacionamentos causais importantes para a RS, percepções das magnitudes dos problemas que poderiam obstaculizar o processo e sobre o alcance dos instrumentos e ações políticas desenvolvidas.

No começo da década de 1980, o regime militar não tinha mais a capacidade de dirigir o processo político para garantir a sua própria continuidade. A combinação de dissonâncias entre os grupos que deram apoio ao regime com a crescente expressão dos movimentos sociais e sindicais aumentou a permeabilidade para o Movimento Sanitário aproveitar a oportunidade e estreitar relações com os sindicatos e movimentos sociais.

Com o fim do regime militar, criaram-se as condições para ascensão de uma elite técnica no espaço antes ocupado por uma burocracia extremamente alinhada com os interesses conservadores. A obtenção dessas bases em um momento de crise hegemônica das forças conservadoras permitiu a concertação de alianças que viabilizaram a abertura de uma agenda para a questão sanitária. A capacidade de gerenciar diferentes preferências entre os atores da Coalizão de Defesa da saúde permitiu também uma melhor coordenação de recursos entre os seus atores.

A ANC proporcionou a brecha política para constitucionalizar as propostas de um sistema de saúde democrático. A arena de atuação deslocou-se, então, da influência do executivo para as concertações de estratégias para encontrar melhores posições na ANC. O Movimento Sanitário e a sua coalizão chegaram à ANC com um projeto amadurecido por um processo de intensa discussão. Além disso, a Coalizão de Defesa da saúde passou a usar a sua capacidade de *lobby* parlamentar, tendo por trás diversos representantes de movimentos sociais e organizações da sociedade civil. Através dessa atuação legiferante, a Coalizão de Defesa da

saúde conseguiu obter a aprovação dos principais pontos estabelecidos no relatório final da VIII CNS.

A constitucionalização do SUS não só representou uma vitória para o Movimento Sanitário como também anunciou um novo esforço da Coalizão de Defesa da saúde para a redefinição dos desdobramentos estratégicos, redefinindo-os em novos processos de aprendizado para o enfrentamento das forças conservadoras que demonstraram a sua capacidade de vetar as medidas da RS que pudessem afetar o seu *status quo* na área da saúde.

Após a promulgação da Constituição, houve um interregno para a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, que acabou sendo postergada para o governo seguinte. O Movimento Sanitário viu-se diante de um cenário político marcado pela rearticulação das forças conservadoras e a eleição de um presidente que pregava a redução do Estado como uma condição para o crescimento, a criação de empregos e elevação da renda. Diante desse novo discurso, as forças conservadoras se enfeixaram para influenciar diversas instâncias da sociedade, o que acabou minando o processo de implementação dos direitos sociais estabelecidos no texto constitucional.

As articulações engendradas pelas forças conservadoras mitigaram os efeitos ideológicos do Movimento Sanitário. A estratégia de compartimentação dos diálogos entre o Estado e os movimentos sociais e os sindicatos modificou substancialmente a ordem política, na medida que desarticulou as conexões entre esses atores, enfraquecendo o enfeixamento de forças, que foi um elemento importante, antes e durante o processo constitucional, e desarticulando o combate em relação às desigualdades produzidas por um sistema desenhado para o favorecimento de interesses capitalistas.

6 REFERÊNCIAS

DONNANGELO, M., C. F. **Medicina e Sociedade**. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1975, p. 125-131.

DREIFUSS, R., A. **O jogo da direita**. Petrópolis: Vozes, 1989, p. 44-45, 123-125.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origens e articulação do Movimento Sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p. 189-195.

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; LOBATO, L., V., C.; NORONHA, J., C.; CARVALHO, A., I. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 323-333.

GALLO, E.; NASCIMENTO, P., C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S., F. (Org.) **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 1989. p. 10-15.

GARCIA, J., C. Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, E., D. (Org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983, p. 97.

HENRY, A., D. Ideology, power, and the structure of policy networks. **Policy Studies Journal**, v. 39, n. 3, p. 361-383, 2011. Disponível em: <https://doi-org.ez140.periodicos.capes.gov.br/10.1111/j.1541-0072.2011.00413.x>. Acesso em: 10/01/2020.

MATTI, S.; SANDSTRÖM, A. The rationale determining advocacy coalitions: examining coordination networks and corresponding beliefs. **Policy Studies Journal**, v. 39, n. 3, 2011. Disponível em: <https://doi-org.ez140.periodicos.capes.gov.br/10.1111/j.1541-0072.2011.00414.x>. Acesso em: 18/02/2020.

MAY, P., J. Policy learning and failure. **Journal of Public Policy**, v. 12, n. 4, p. 331-354, 1992. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/4007550>. Acesso em: 18/02/2020.

MENICUCCI, T., M., G.; BRASIL, F., P., D. **Construção de agendas e inovações institucionais: análise comparativa da Reforma Sanitária e da Reforma Urbana**. Revista Estudos de Sociologia, v. 15, n. 29, Universidade Estadual Paulista, 2010, p. 369-396.

MENICUCCI, T., M., G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 199-205.

NETO, R., E. A via do parlamento. In: TEIXEIRA, S., M., F. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 63-73.

NETO, R., E. Saúde: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 51-53, 97-119, 130-143.

NITÃO, S., R., V. Regulação do Sistema Único de Saúde: a próxima batalha. **Revista Saúde em Debate**, n. 24, p. 24-25, 1989.

NORONHA, J., C. Hésio Cordeiro e a construção do Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112900>. Acesso em 21 set. 2021.

PAIM, J., S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, 294-313. Acesso em 18 fev. 2020.

PALERMO, V. Como se governa o Brasil? O debate sobre instituições políticas e gestão de governo. **Dados**, v. 43, n. 3, p. 6-9, 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0011-52582000000300004>. Acesso em 18 fev. 2020.

PARSONS, W. **Políticas públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas**. México: Flacso, 2007, p. 224-227.

RAMOS, C., L. Participação popular nos programas de saúde. In: MINAYO, M., C., S. (Org.). **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro: Espaço & Tempo, 1986, p. 94-95.

ROSAS, E., J.; BERNARDES, D. Lei do Sistema Único de Saúde: contribuição para o debate **Revista Saúde em Debate**, n. 23, p. 17-18, 1988.

SABATIER, P., A. Top-down and bottom-up approaches to implementation research: a critical analysis and suggested synthesis. **Journal of Public Policy**, v. 6, n. 1, 1986, p. 21-48. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3998354>. Acesso em: 15/02/2020.

SABATIER, P., A. An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy oriented learning. **Policy Science**, v. 21, n. 2/3, 1988, p. 129-168. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/4532139>. Acesso em: 15/02/2020.

SABATIER, P., A.; JENKINS-SMITH, C. **Policy change and learning**: an advocacy coalition approach. Boulder: Westview Press, 1993. p. 25-29.

SABATIER, P., A.; WEIBLE, C., M. Advocacy coalition framework. In: SABATIER, P., A. (Org.). **Theories of the policy process**. Boulder: Westview Press, 2018. p. 194-196

SADER, E. Quando novos personagens entram em cena: falas e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo, 1970-1980. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988, p. 310-311.

SOARES, L., T., R. **Ajuste neoliberal e desajuste social**. Rio de Janeiro: Editora Anna Nery – UFRJ, 1998, p. 175-177.

TEIXEIRA, S., F. O dilema da reforma sanitária brasileira. In: BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S., F.; CAMPOS, G., W. S. **Reforma sanitária**: Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec/CEBES, 1988, 195-207.

TEIXEIRA, S., M., F.; MENDONÇA, M., H. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, S., M., F. (Org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez Editora, 1989. p. 193-230.

TEIXEIRA, S., F. A questão democrática na saúde. In: TEIXEIRA, S., F. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p.26-27.

TEIXEIRA, S., M., F. Revisitando a questão democrática na área da saúde: quase 30 anos depois. **Saúde em Debate**, v. 49, n. 4, p. 155-158, jan-abr, 2009. Disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/issue/download/30/v.%2043%2C%20n.%20ESPECIAL%20>. Acesso em: 12/02/2020.

TEIXEIRA, S., M., Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). **Revista de Administração de Empresas**, v. 33, n. 81, p. 472-480, out-dez, 2009b. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/21075/S0034-75902009000400010.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 12/02/2020.

WEIBLE, C., M. Expert-based information and policy subsystems: a review and synthesis. Oxford: **The Policy Studies Journal**, v. 36, n. 4, p. 627-629, 2008. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2043213>.

[//doi-org.ez140.periodicos.capes.gov.br/10.1111/j.1541-0072.2008.00287.x](https://doi-org.ez140.periodicos.capes.gov.br/10.1111/j.1541-0072.2008.00287.x). Acesso em: 15/02/2020.

WEIBLE, C., M., SABATIER, P., A.; McQUEEN, K. Themes and variations: taking stock of the advocacy coalition framework. **The Policy Studies Journal**, v. 37, n. 1, p. 129-130, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1541-0072.2008.00299.x>. Acesso em: 15/02/2020.

ZAHARIADIS, N. The multiple streams framework: structure, limitations, prospects. In: SABATIER, P., A. (Org.). **Theories of the policy process**. Boulder: Westview Press, 2018. p. 79-80.