

O DISCURSO DO MOVIMENTO SANITARISTA E A UNIVERSALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

SYLVIO AUGUSTO DE MATTOS CRUZ¹

¹ Doutor em Ciência Política – IUPERJ, Mestre em Administração – UFPb, Bacharel e Administração – UFRJ. Professor no Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro. E-mail: sylvio.cruz@ifrj.edu.br

RESUMO

Este artigo tem por objetivo compreender como o discurso do movimento sanitaria viabilizou a significação da questão da saúde para outros atores sociais. Nesse intuito, propõe analisar as alterações na ordem do discurso realizadas pelo sanitaria para a desnaturalização do discurso historicamente hegemônico na saúde. Busca entender, ainda, que a hegemonia não é obtida pela imposição de uma estrutura social, mas mediante a construção de alianças, de modo a ganhar a confiança dos indivíduos e convencê-los a se integrarem. As práticas discursivas têm um papel fundamental nesse processo, a partir da constituição de novas ordens discursivas. Através de um processo dialético, o discurso do movimento sanitaria sofreu influência de diversos atores sociais e foi se modificando, de forma a apresentar uma nova significação para a problemática da saúde pública no Brasil, desnaturalizando o discurso historicamente hegemônico na saúde, que atribuía as doenças à vontade divina ou à falta de higiene individual. Os sanitarias demonstraram que as doenças eram, na verdade, causadas por fatores ambientais e sociais. O discurso do movimento sanitaria também foi importante para a construção de alianças com outros atores sociais. Os sanitarias se aliaram a políticos, empresários e intelectuais para promover a agenda sanitária.

Palavras-chave: Análise crítica do discurso. Hegemonia. Movimento Sanitaria. Políticas de saúde.

THE DISCOURSE OF THE HEALTH MOVEMENT AND THE UNIVERSALIZATION OF HEALTH IN BRAZIL

ABSTRACT

This article aims to understand how the discourse of the health movement facilitated the significance of health issues for other social actors. In this regard, it proposes to analyze the alterations in the discourse order made by health advocates to denaturalize the historically hegemonic discourse on health. It also seeks to comprehend that hegemony is not achieved through the imposition of a social structure, but rather through the construction of alliances, in order to gain the trust of individuals and convince them to integrate. Discursive practices play a fundamental role in this process, through the establishment of new discursive orders. Through a dialectical process, the discourse of the health movement was influenced by various social actors and evolved to present a new meaning for the issue of public health in Brazil, denaturalizing the historically hegemonic discourse on health, which attributed diseases to divine will or individual lack of hygiene. Health advocates demonstrated that diseases were actually caused by environmental and social factors. The discourse of the health movement was also significant in building alliances with other social actors. Health advocates allied with politicians, entrepreneurs, and intellectuals to promote the health agenda.

Keywords: Critical discourse analysis. Health policies. Hegemony. Sanitary Movement.

1 INTRODUÇÃO

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um dos direitos essenciais para o alcance de uma cidadania plena, ficando sob a responsabilidade do Estado assegurar esse direito aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País. A constitucionalização desse direito se configurou numa das maiores conquistas do Movimento

Sanitarista (MS). Até então, o sistema 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. Diante da permanência do regime autoritário e das características perversas que constituíam o sistema de saúde, o MS se articulou e possibilitou a abertura de uma janela de oportunidade para a criação de um sistema de acesso universal.

Precedente à década de 1980, as políticas públicas brasileiras se caracterizavam 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.

Segundo Palermo (2000), essa fragmentação foi resultado de um sistema que desfavorecia a definição de escolhas. A existência de diversos grupos de interesses dentro dos partidos, aliada à baixa disciplina partidária na arena parlamentar, propiciava um centralismo decisório na esfera federal. Essa situação resultou numa elevada concentração de poder no executivo federal, que, com os recursos à sua disposição, passou a selecionar os atores participantes para determinadas agendas políticas. As posições e as relações que tais atores desempenhavam no aparelho burocrático incentivavam ou constrangiam escolhas, viabilizando acessos a recursos e instrumentos de poder que facilitavam o estabelecimento de alianças ou a solução de conflitos e, também, influenciavam os resultados da política.

O desenho da máquina estatal, caracterizado por um forte padrão de gestão hierarquizado, acabou promovendo uma redução do espaço para a participação de instâncias mais próximas ao cidadão. Embora a proposta formuladora do modelo buscasse garantir uma uniformidade de procedimentos, o que acabou restando dos princípios norteadores do modelo produziu um afastamento entre usuários e agentes públicos, resultando em perda de eficácia e qualidade dos sistemas públicos.

Com a queda do ritmo de crescimento da economia, o Estado passou a gerar um grande endividamento externo que descambou em uma profunda crise econômica, destacada por altas taxas de juros, inflação, arrocho salarial, repressão política, censura aos meios de comunicação e fortes intervenções nos sindicatos.

No fim da década de 1970, o Estado imergiu numa crise fiscal agregada a um desequilíbrio externo. Esse quadro decorreu de algumas evidências. Primeira, o esgotamento do potencial de crescimento do modelo fordista periférico, que fundamentou a produção de bens de consumo duráveis no Brasil. Segunda, o aumento da concentração de renda justaposto ao abismo social. Terceira, o forte endividamento externo que lastreou o aparelhamento do parque produtivo e os pesados investimentos estatais em infraestrutura. Aliado a tudo isso, uma série de medidas institucionais levaram o Estado a exercer um controle mais intenso sobre os sindicatos, a política salarial e a condução da política monetária e cambial.

Esse cenário marcou o aparecimento de um processo de transição que guindou a análise das políticas sociais para a esfera da eficácia gerencial e social das políticas públicas, abordagem defendida e difundida pelo Banco Mundial, que passou a preconizar uma atuação mais ativa, por parte dos governos, no que se refere à condução das políticas sociais. Os governos deveriam resolver os desequilíbrios mediante um melhor uso dos gastos públicos, no sentido de corrigir a pobreza e a desigualdade dos segmentos populacionais mais vulneráveis. Essa orientação fortaleceria o papel compensatório das políticas públicas, retirando o seu caráter universal. Caberia aos governos corrigir tais desequilíbrios através da redução do gasto público e do processo de privatizações, de modo a garantir a eficácia e a equidade do gasto social. As políticas sociais, nessa ótica, eram consideradas como causa primeira do déficit público, passando a ser o alvo principal nos ajustes estruturais. O modelo público de saúde proposto pregava o abandono do tratamento clínico, do investimento em pesquisa e tecnologia na área médica, hospitalar e farmacológica em prol da criação de serviços de saúde pública mais baratos, desempenhados por profissionais pouco qualificados, que, nessa ótica, dariam conta de resolver os problemas mais gerais de saúde.

Nesse contexto, surgiram reclamos da sociedade civil por uma maior participação democrática e por uma gestão dos fundos públicos como princípios norteadores para um novo sistema de proteção social. Pressões provenientes da sociedade civil organizada propiciaram a elaboração de uma Constituição Federal (1988) que cindiu com o padrão conservador-meritocrático-particularista das políticas públicas (DRAIBE, 1993). Assim, 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 ideárias 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.

O resgate do passivo social passou a ser um tema central da agenda da democracia. Movimentos sociais de naturezas diversas passaram a convergir para esse lócus. Ao longo da década de 1980, essa dinâmica foi ganhando densidade através do surgimento de um fecundo tecido social, 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 MS.

“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 [...] As reformas sanitárias quase sempre emergem em um contexto de democratização e estão associadas à emergência das classes populares como sujeitos políticos, geralmente em aliança com setores da classe média.”. (TEIXEIRA, 2009, p. 157)

Tais mudanças culminaram numa posição privilegiada assumida pelo MS 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 MS soube oportunizar o contexto político por meio da formulação de um discurso 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. O MS 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, alcançou-se uma situação de consenso em torno da proposta de universalização e descentralização dos serviços de saúde.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, as articulações engendradas pelas forças conservadoras mitigaram os efeitos ideológicos do MS, afetando em cheio a sua capacidade de gerar efeitos para outros atores. A estratégia de compartimentação dos diálogos entre o Estado e os movimentos sociais e sindicatos modificou, substancialmente, a ordem política, na medida em que desmontava as conexões que foram importantes antes e durante o processo constitucional, desarticulando o combate em relação às desigualdades produzidas por um sistema desenhado para o favorecimento de interesses capitalistas.

Diante das informações acima referidas, este artigo tem por objetivo entender o papel desempenhado pelo MS para viabilizar a desnaturalização do discurso do setor conservador que, historicamente, detinha a hegemonia na saúde. Através de um processo de aprendizado, os sanitaristas conseguiram ressignificar a saúde para vários atores. Nesse aspecto, a análise crítica do discurso fornecerá a compreensão de como um discurso inicialmente atrelado ao meio acadêmico ganha capacidade de promover uma alteração na ordem discursiva a partir da desnaturalização do discurso historicamente hegemônico na saúde.

2 A ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO

A análise do discurso é um método cujo objetivo consiste não apenas em compreender uma mensagem, mas em reconhecer seu sentido, ou seja, o seu valor e a sua dependência com um determinado contexto. No campo da ciência política, é uma metodologia em franca expansão. No ambiente da política democrática contemporânea, a palavra ocupa um papel central na explicitação das ideias, no posicionamento político, na captação de adesões, na argumentação e contra argumentação de causas. Chilton (2004), afirma que a atividade política não existe sem o uso da linguagem.

O uso de práticas discursivas tem sido uma estratégia política na busca por uma hegemonia para determinada concepção. Tem-se consubstanciado em uma ação para se obter consenso, de modo a alcançar uma transformação social almejada. São práticas que conseguem influenciar vários atores políticos em torno de um projeto definido na arena de luta – onde determinados sujeitos apresentam ressignificações de modo a aglutinar interesses particulares por processos articulatórios que acabam favorecendo uma ação através de redes.

No contexto da agenda pública, um conjunto de temas são colocados para debate. Nesse espaço, os grupos políticos, com alguns interesses, buscam colocar seus temas para a discussão de ações. Grupos interessados agem e reagem, empreendendo, aceitando ou rejeitando a discussão em torno de determinados assuntos, de acordo com a correlação de forças existentes entre eles numa área específica ou na sociedade.

Assim é que se gera um espaço social da política que, ganhando gradativamente autonomia, dotando-se de regras próprias, condensa-se num espaço especializado que invocará para si o monopólio de determinada política. Entre as várias discussões sobre a saúde pública no Brasil, este estudo concentra a atenção nas lutas discursivas, entre os vários interlocutores, que aconteceram dentro da agenda pública que resultaram na formulação das políticas públicas que conceberam a universalização da saúde na Constituição Federal de 1988. Para a análise dos discursos políticos sobre a saúde pública, é necessário compreender o processo dentro de um

contexto histórico e social, em que o discurso político deve ser considerado algo muito mais abrangente do que um simples tramar de palavras.

Para Foucault (2010, p. 55), na análise do discurso é importante ter em mente que não se deve “mais tratar o discurso como um conjunto de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou às representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam”. É, no terreno do simbólico, conforme Bourdieu (2009), que se trava uma luta política, de modo que um emissor tenta impor ao outro a sua autoridade (poder) para falar algo sobre algum assunto. É um campo político que pressupõe a existência de regras para jogar e de um falar político, em que um ator, grupo de atores ou redes articuladas de atores tentarão desconstruir os outros como falantes legítimos e as suas falas. Desta forma, é importante ter em mente que o discurso político é um mecanismo por meio do qual as ideologias políticas podem ser apresentadas e seus emissores tentam fazer com que a sua versão seja vencedora. Para compreender os embates retóricos que acontecem no interior da agenda política, gênese do direito universal à saúde, este artigo se vale da abordagem de Fairclough (1993) para compreender as articulações discursivas que resultaram na formulação dessa política pública.

Fairclough (1993) considera a Análise Crítica do Discurso (ACD) como uma teoria social do discurso que permite a análise das relações que ocorrem entre os discursos e outros elementos da prática social. Referido autor entende que qualquer evento discursivo envolve simultaneamente um texto, uma prática discursiva e uma prática social. A ACD fornece um arcabouço teórico e metodológico para o estudo empírico das relações entre o discursivo, o social e o cultural, realizadas em diferentes domínios sociais. O principal intento da ACD é lançar luz na dimensão discursiva do fenômeno social e cultural e compreender como a ação discursiva influencia as mudanças na sociedade. A ACD possibilita a compreensão de como as práticas discursivas contribuem para a produção e reprodução de assimetrias de poder entre grupos sociais.

Para Fairclough (1993), as práticas discursivas podem criar construções e significações da realidade (identidades sociais, relações sociais, o mundo físico) que são baseadas em diferentes e variadas dimensões, formas e práticas discursivas que criam condições para produção e transformação das relações de poder entre diferentes grupos. Suas consequências são compreendidas como efeitos ideológicos. Ao conceituar o discurso como uma prática social, o autor situa uma relação dialética entre o discurso e a sociedade, especificamente traduzida na ligação entre a prática e a estrutura social, sendo esta última tanto condição quanto resultante da primeira.

A relação dialética entre o discurso e a sociedade enseja uma concepção dinâmica da prática discursiva e social. De um lado, o discurso é moldado e delimitado pela estrutura social, cujo escopo envolve todos os níveis societários e, por outro lado, a prática discursiva é socialmente constitutiva, seja representando as práticas tradicionalistas ou as inovadoras. Dessa forma, o discurso é uma prática de representação do mundo, mas também uma prática de significação do mundo, constituindo e construindo em significados. Assim, o discurso do MS foi desenvolvido ao longo desse processo dialético que culminou com a transformação do *status quo* do subsistema político da saúde.

Fairclough (1993) entende o discurso como um momento das práticas sociais, que reproduzem e modificam identidades, relações sociais e alteram o balanço de poder, enquanto é cinzelada por outras práticas interacionais e por novos arranjos estruturais, onde algumas instituições podem desempenhar um papel importante na construção do social. Assim, o discurso é compreendido como uma relação dialética com várias dimensões sociais. Para o autor, o estudo do texto não é um elemento suficiente para uma análise do discurso, na medida em que isso não enfatiza o rol de ligações entre os textos com a estrutura social e os processos culturais e sociais. Essas ligações devem ser vistas como complexas e variáveis ao longo do tempo.

O modelo proposto por Fairclough (1993) procura conceituar o discurso a partir de três diferentes perspectivas (Figura 1). A primeira se refere ao discurso como o uso da linguagem para a construção de práticas sociais. Neste processo, o discurso influencia e é influenciado por outras práticas discursivas. Na segunda perspectiva, o discurso é entendido como uma espécie de linguagem usada em um determinado campo, tais como o discurso político e o científico. Na última perspectiva, a prática discursiva é compreendida no uso de se fazer entendido, ou seja, como o discurso, em uma determinada situação, gera significado a partir de um determinado enfoque. Essas três perspectivas devem convergir em uma específica análise de um evento comunicativo. Tal convergência deve envolver as características do texto, os processos relativos à sua produção e ao seu consumo (prática discursiva) e, também, o contexto social no qual a comunicação do evento foi produzida.

A partir desses conceitos, os discursos podem ser distinguíveis. A compreensão de como os textos funcionam como práticas de interação social remete a um esforço de se investigar diferentes textos que circulam na sociedade, e à discussão sobre os gêneros textuais que ocorrem na dinâmica do discurso, englobando uma série de fatores como traços linguísticos, percepções e práticas sociais, retóricas, racionalidades e domínios institucionais. O

gênero¹, atuando entre o texto e o discurso, passa a ser visto como elemento que condiciona o processo enunciativo, e sua análise possibilita a compreensão de como os textos são perpassados por relações de poder e hegemonia.

Em determinados espaços sociais, novas articulações de discursos e gêneros são realizadas para produzir novas práticas sociais através da constituição de redes de opções discursivas e de significados. Essas redes são constituídas por diferentes categorias de linguagem (gêneros) que são usadas por uma categoria particular de pessoas, que articulam os discursos e os gêneros para construir novos significados que estabelecem uma nova ordem discursiva, hegemônica, para o sistema.

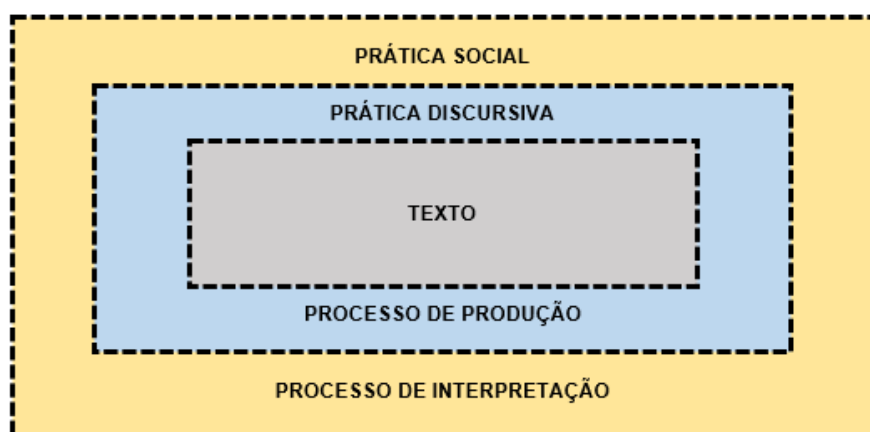


Figura 1: Concepção tridimensional do discurso
Fonte: Fairclough (1993, p. 73).

Para Phillips e Jørgensen (2002), a ordem do discurso é um sistema que, ao mesmo tempo, molda e é moldada por específicos momentos do uso da linguagem. Os participantes da linguagem podem mudar a ordem do discurso usando discursos e gêneros de novas maneiras ou importando discursos e gêneros de outras ordens de discurso. As ordens do discurso estão particularmente abertas a mudanças quando novos discursos e novos gêneros de outras ordens discursivas são colocados em jogo. Isso é reflexo de várias forças que atuam numa vasta dimensão de práticas sociais para promoverem mudanças convenientes na ordem do discurso.

Fairclough (1993) considera esse processo como uma mercantilização do discurso – de modo que alguns discursos passam a colonizar as práticas discursivas de determinados campos sociais e institucionais. Através de constantes articulações de discursos e gêneros, os limites de cada ordem são alterados. Diferentes ordens vão se influenciando mutuamente, criando, via combinação, novas práticas discursivas. Diferentes discursos provenientes de diferentes

¹ Para Fairclough e Chouliaraki (1999), o gênero se constitui em uma faceta reguladora do discurso, uma estratégia de controle sobre este e que, através de um conjunto estável de convenções, permite a ratificação social de um discurso.

campos sociais e institucionais aumentam a complexidade. Essas combinações, na ACD, podem ser denominadas de intertextuais ou interdiscursivas. Do ponto de vista da prática discursiva, a análise intertextual é a compreensão de como os gêneros e os discursos são combinados na produção e no consumo de textos, e como esses se modificam e encaixam outros elementos textuais que estão em uma rede de relações com eles. Para Bakhtin (2000), a intertextualidade consiste na formação de elos em uma cadeia de comunicação.

A interdiscursividade envolve um engendramento mais complexo de elementos (gêneros, discursos, atividades) que são estruturados para constituir uma ordem. Envolve, a intertextualidade em direção ao estabelecimento de uma ordem do discursiva que tem prevalência sobre os tipos particulares, constituídos pela combinação de elementos provenientes de diversos outros discursos. Segundo Phillips e Jørgensen (2002), tanto a intertextualidade quanto a interdiscursividade representam manifestações de instabilidade e mutabilidade da linguagem, que promovem mudanças contínuas. Mudanças são criadas a partir do redesenho de discursos existentes em novos formatos. Contudo, tais mudanças podem ser limitadas pela relação de poder que alguns atores possuem, promovendo embates ideológicos que podem levar à hegemonia, temporária, de alguns discursos sobre outros.

Fairclough (1995) entende a ideologia como a construção de significados que contribuem para a produção, a reprodução e as transformações de relações de poder numa relação de dominação. Alguns discursos podem ser mais ou menos ideológicos; os mais, são aqueles que equilibram ou alteram o balanço de poder. A hegemonia deve ser entendida não apenas como um processo de dominação, mas também como um processo de negociação que pode resultar em uma situação de consenso em torno de determinada questão. O resultado disso é que a hegemonia nunca é estável, mas, sim, mutável, incompleta. O consenso sempre representa um contraditório e instável equilíbrio.

3 A TRAJETÓRIA DISCURSIVA DO MOVIMENTO SANITARISTA

No período compreendido entre o final de 1968 e o fim do governo Médici (1969-1974) houve o ápice da repressão aos movimentos de oposição. Essa repressão só começou a dar sinais de desgaste a partir de 1973, quando o milagre econômico brasileiro deixou de operar e a economia mundial se viu no meio da crise do petróleo.

Mesmo no auge da repressão econômica, havia um grupo de técnicos nos Ministérios da Saúde e 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 ideologia dominante na saúde. Mesmo desarticulados, os críticos

viram no ambiente universitário o 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 melhores condições de saúde para a população.

As ideias de Juan César Garcia² começaram a influenciar a consciência dos mestres e dos alunos nos departamentos de medicina preventiva (DMP) dos principais cursos de medicina do país, em prol de uma interdisciplinaridade entre as ciências sociais e a medicina. Ressalta que: “não existe 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).

Paralelamente, desenvolvem-se na América Latina fortes críticas aos efeitos negativos da mercadorização da medicina. Paulatinamente crescem, no interior dos DMPs, várias propostas que enfatizam os cuidados de atenção básica, medicina comunitária e valorização da medicina tradicional. Dessa maneira, vai se construindo um discurso contra a elitização das práticas médicas, bem como a precariedade do acesso à medicina por grande parte da população brasileira. Cobra-se um papel mais atuante do Estado na garantia da saúde como um direito inalienável para todos os indivíduos.

No início da década de 1970, vários DMPs aplicaram diversos programas de medicina comunitária, que, enquanto eram vistos pelo governo militar como soluções baratas de atendimento dos desassistidos, eram também laboratório para novos modelos de atenção básica. Esses experimentos proporcionaram formas de melhor entendimento das populações e de seus problemas. Os profissionais de saúde vinculados a tais programas passaram a promover ações educativas de conscientização da realidade social das comunidades e das formas de modificá-las. Esses programas alternativos foram pontas de lança na construção de arranjos que vinculam maior engajamento da população na construção e no gerenciamento dos serviços de saúde, enfatizando a simplificação das práticas e a racionalização da prestação dos serviços médicos.

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

² O médico e sociólogo argentino Juan César Garcia (1932-1984) foi o principal expoente e articulador da medicina social na América Latina. Sua abordagem criticava o modelo de uma medicina baseada em uma concepção positivista de uma ciência universal, empírica, atemporal e imparcial, em prol de uma perspectiva médico-social baseada na compreensão do caráter político da área da saúde.

comunitária, que permitiram aos sanitaristas exporem suas ideias a outros atores sociais, propiciaram relevo para o estabelecimento dessas conexões.

A partir de uma produção discursiva coerente, os discursos produzidos fazem sentido para aqueles que neles se veem inseridos e, então, passam a ser capazes de realizar conexões e inferências, de acordo com a leitura do cenário da realidade da saúde pública produzida no regime militar e as alternativas (políticas) para realizarem mudanças na saúde e em outras áreas sociais. Para Majone (1989), a discussão mobiliza o conhecimento, a experiência e o interesse dos indivíduos enquanto direciona a atenção a uma gama limitada de questões. Cada participante é incentivado a ajustar sua visão da realidade e, até mesmo, a mudar seus valores, como resultado do processo de persuasão recíproca.

Nas interações que aconteceram com os vários movimentos sociais, a partir dos projetos de medicina comunitária, os sanitaristas passaram a incorporar e mesclar fragmentos de textos produzidos por esses atores para moldar o seu discurso de modo a naturalizá-lo e, com isso, facilitar o processo de interpretação. Esse processo permitiu novas interpretações sobre a questão sanitária e a sua indissociabilidade em relação às outras demandas sociais. Com isso, estabeleceu-se um processo dialético de aprendizado que fortaleceu as convicções de diversos atores sociais em torno da problemática da saúde coletiva. Fairclough (1993) e Latour (2001) destacam que um discurso formado a partir desse processo tem a capacidade de construir uma rede entre as translações³ dos atores, de forma a estabelecer uma coordenação estratégica necessária para o atingimento de objetivos de um grupo.

Os sinais do fim do milagre econômico que se iniciou em 1973 já denotavam que o país não possuía a blindagem necessária 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 promoveu uma série de contestações emanadas de diferentes segmentos da sociedade brasileira. Essas contestações manifestadas por diversos movimentos de resistências, formados por vários atores individuais e coletivos da sociedade civil, desde os segmentos menos afortunados da sociedade até facções da alta burguesia nacional, que manifestavam o seu descontentamento com a condução do modelo econômico. No âmbito político, a questão da redemocratização ganhou amplitude quando o MDB, na campanha para as eleições de 1974, atraiu a atenção do eleitorado para o fim da opressão política e da censura à imprensa.

Nas atuações sociais, a ditadura militar, já em processo de crise político-ideológica e caminhando para uma crise fiscal no fim da década, não conseguia mais atingir seus propósitos

³ Para Latour (2001), a translação consiste no processo de combinar interesses distintos, em um dado momento, num único objetivo composto. Por meio desse processo, os atores se relacionam de forma recíproca, modificando, deslocando e transferindo os seus interesses.

de legitimizar o sistema. Essa crise favoreceu a emergência de novos atores sociais que reivindicavam a abertura e ocupação de espaços no interior do Estado.

O desdobramento da crise econômica amplia, em complexidade, a problemática política enfrentada por Geisel (1974-1979). A insatisfação com o regime militar toma expressão política com o resultado alcançado pelo MDB nas eleições de 1974. A perda do poder aquisitivo do salário-mínimo e a degradação das condições de vida da massa da população dispararam um sinal de alerta para o governo. Os interesses da classe dominante, em função da crise econômica, já não conseguiam ser atendidos como antes.

A solução engendrada pelo regime militar foi, para as defecções no meio da classe dominante, a ampliação do seu espaço de manifestação política – via reativação da sociedade civil de forma gradual, para minimizar a transferência de conflitos para o interior do Estado. Para apaziguar as camadas populares, foi estabelecida a implementação de políticas com foco na questão social.

O governo modificava o seu discurso para se reposicionar, na manutenção do seu poder, face aos crescentes reclamos da massa da população que ficou de fora da fase da bonança do crescimento econômico. A mudança no discurso do governo foi reflexo das mudanças das relações sociais catalisadas pela situação econômica. Para Fairclough (1993), as alterações discursivas refletem as interações entre a prática social e a estrutura social, onde a última é uma condição como também um efeito da primeira. Nesse aspecto, o governo moldou o seu discurso através da incorporação de partes de outros discursos que emergiam da sociedade civil.

Os discursos produzidos pelo governo escondiam o caráter conservador de suas políticas sociais. Assim, os discursos podem ser compreendidos como mecanismos de uma revolução passiva, que tem como objetivos a manutenção do *status quo* das classes dominantes e a administração dos níveis de exclusão social, de modo a manter as mudanças dentro de uma ordem de manutenção de poder.

A centralização do processo decisório foi uma característica marcante da estratégia conservadora coordenada pelo regime militar. Tal processo excluía a participação de outros atores que tinham discursos diferentes daqueles que circundavam o poder. A crise do sistema de saúde propiciou a permeabilidade para a inserção de membros do MS no interior da burocracia da saúde. As posições assumidas pelos representantes do MS, a partir da entrada no aparato burocrático da saúde, propiciaram a divulgação, a partir do novo loco, para as suas análises sobre as condições de saúde da população brasileira. Gradativamente, esses estudos passaram a chamar a atenção de outros atores para a problemática da saúde pública. Para Zahariadis (2007), a partir das novas informações, a problemática passou a ocupar uma agenda

(atenção) para os atores interessados, que passaram a discuti-la de acordo com diversas definições.

O caráter científico dessas análises propiciou impactos nas interpretações de vários atores. A partir da exposição dos problemas, os sanitaristas passaram a avaliar as políticas de saúde indicando as suas ineficácias e as gravidades que alimentavam as causas de novos problemas. As reverberações que os sanitaristas obtiveram, a partir de um posicionamento privilegiado no aparato burocrático, promoveram um processo de aprendizado mútuo entre os sanitaristas e outros atores. Jabri (1996) reforça a capacidade que os diálogos têm de facilitar a construção de mapas conceituais para os atores, que passam a desenvolver “esquemas interpretativos e mundos compartilhados de significados na reprodução de estruturas discursivas e de legitimação” (JABRI, 1996, p. 94).

Diante da escassez de análises e estudos sobre as políticas públicas de saúde, o MS lançou um olhar sobre a falsa racionalidade que existia nos discursos produzidos e reproduzidos até então pelo governo, que justificava o modelo de saúde então vigente. Com isso, revelou os aspectos utilitaristas da classe dominante ocultas nas políticas sanitárias.

Para Weible (2008), o contato dos demais atores com os estudos e as análises produzidos por especialistas enfatiza o processo cognitivo dos participantes que gravitam uma determinada problemática. A acumulação e a sedimentação de conhecimento, possibilitadas por tal interação, podem afetar, de maneira indireta, os sistemas de crenças, assim como as percepções desses atores sobre as causas do problema. Em uma rede de atores, as atividades de buscar e usar os conhecimentos gerados por especialistas assumem um papel fundamental no processo de aprendizado político. Os conhecimentos obtidos auxiliam os atores a dimensionarem as severidades do problema que os cerca, de forma a realizarem análises de custo-benefício entre diferentes alternativas para solucioná-lo.

A posição estratégica que os sanitaristas passaram a ocupar possibilitou melhores condições para o seu discurso. Gradativamente, o discurso começou a modificar a percepção de relevantes atores políticos sobre a questão sanitária. O volume de dados sobre a situação da saúde e o arcabouço teórico-metodológico utilizados propiciaram um choque de realidade para tais atores. A leitura do quadro analítico da saúde viabilizou revisões nas avaliações desses atores sobre as políticas públicas de saúde produzidas, bem como sobre os seus objetivos.

As mudanças intensificadas com a deterioração das condições econômicas e sociais pelo fim do milagre econômico promoveram alterações na forma de pensar dos segmentos que representavam a base da pirâmide social. Tais mudanças favoreceram a dinâmica para as discussões. O diálogo e o processo cultural que foram estabelecidos a partir da proximidade do

MS com as lideranças comunitárias favoreceram o compartilhamento de novas informações. Para Embrett e Randall (2014), as arenas de debate aumentam a consciência dos atores implicados em um problema: “a necessidade de aumentar a consciência pública como um pré-requisito para colocar questões na agenda. Sem conscientização pública a política não se desenvolverá” (EMBRETT; RANDALL, 2014, p. 152). As novas informações sobre a problemática da saúde delinearam um quadro sobre as falhas das políticas produzidas pelo governo, bem como dos resultados descolados das reais necessidades da população.

Com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, iniciou-se a formulação de uma proposta fundamentada em definições mais concretas para o discurso sanitário. O alcance de uma RS só seria possível com a concentração de esforços na luta pelo processo de redemocratização do país. Com base na ótica de Fairclough (1993), a interação entre o MS e os demais atores em um processo de produção, distribuição e consumo de textos sobre a realidade da saúde, de acordo com o posicionamento de cada um dentro da estrutura e dos processos sociais, estabeleceu um processo de significação para os envolvidos. Nessa relação, o discurso sobre a saúde construiu novos significados, pois é no discurso que as identidades sociais, as posições de cada ator e as interações entre eles são estabelecidas com os sistemas de crenças. Tal processo teve um papel fundamental para o desdobramento de práticas políticas e ideológicas contra as políticas de saúde produzidas pelo Estado.

O envolvimento do MS e outros atores sociais os ajudou a se tornarem mais conscientes das relações ideológicas e de poder que existiam na produção das políticas sociais e de seus efeitos decorrentes sobre a sociedade. O discurso sanitário propiciou uma mudança cultural e social para os atores envolvidos. Mediante a conscientização, os atores passaram a compreender as práticas de coerção que existiam no discurso governamental e começaram a avaliar as possibilidades e os riscos de desafiar a hegemonia presente na condução das políticas de saúde.

No governo Figueiredo (1979-1984), iniciou-se, oficialmente, a abertura política, dando continuidade à política de distensão iniciada no governo Geisel. Durante seu governo, Figueiredo ampliou a política de liberalização. A estratégia era a de abrir espaços políticos de modo a conter a oposição dos setores conservadores que estavam descontentes com as mudanças que ocorreram com o fim do milagre econômico, que promoveu uma deterioração do sistema de trocas entre estes e o governo militar. Concomitantemente, eram definidos os espaços políticos necessários para limitar a participação de alguns setores da população, de modo a determinar um nível de oposição aceitável para o governo. Os setores mais politizados,

ligados aos movimentos sociais de trabalhadores do campo e das cidades, continuariam sofrendo repressão.

Importantes atores de oposição (CNBB, OAB, ABI e os grupos organizados ligados ao MDB), que durante a presidência de Geisel ampliaram o espaço político para contestar a legitimidade do governo militar, continuaram a combater as medidas coercitivas impostas pelo governo. Exigiam o fim do aparato repressor, a elaboração de uma nova Constituição Federal para o país e a adoção de um novo modelo econômico. Cabe ressaltar que vários representantes de setores liberais da burguesia se juntaram à última reivindicação, exigindo maior participação na formulação da política econômica. Durante esse período, houve a construção de alianças entre vários movimentos sociais que enfeixaram esforços e, gradativamente, ampliaram a margem de manobra para todos os grupos de oposição. O fim do Ato Institucional n.º 5, no final do governo Geisel, permitiu novas possibilidades legais para que os movimentos sociais passassem a desempenhar um papel de protagonismo na abertura política.

Em 1979, diante da deterioração da governabilidade do governo militar, o CEBES reformulou sua estratégia no intento de propiciar uma capilarização para suas ideias. A compreensão da produção científica como um arsenal para a luta pela democracia na saúde, de um lado e, por outro, o entendimento de que essa produção não teria, por si só, a capacidade de transformar a realidade da saúde pública no Brasil, despertou a necessidade de uma reformulação. Era premente a necessidade de que tais conhecimentos fossem absorvidos pelos movimentos sociais em suas diversas formas associativas.

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. Dessa forma, o CEBES assumiu o papel de produtor de um saber coletivo direcionado para orientar as lutas de diversos movimentos organizados que levantaram a bandeira da cidadania e dos direitos sociais, enquanto reformulava sua produção teórica com o desdobramento dessas lutas. A atuação dessa intelectualidade orgânica na área da saúde e a aproximação dos movimentos renovadores (a classe médica, os movimentos sociais, a igreja católica, os sindicatos e a classe política) permitiram a explicitação e a disseminação de propostas reformistas para a saúde.

Nesse posicionamento, o CEBES ganhou melhor capacidade de articulação, que propiciou sua participação em dois importantes eventos: I Simpósio de Política de Saúde da Câmara e o II Encontro de Secretarias Municipais de Saúde. Nesses encontros foram produzidos dois documentos coletivos: *A questão democrática na área da saúde* e *Atenção*

básica. A partir desses eventos, o CEBES passou, gradativamente, a assumir o papel de importante centro de estudos na área de saúde pública.

A apresentação do documento na Câmara dos Deputados repercutiu favoravelmente. Ao final do I Simpósio de Política de Saúde da Câmara dos Deputados, o documento foi acatado por unanimidade como a posição oficial da reunião. Esse evento foi uma etapa importante para o MS ocupar um espaço estratégico para irradiar suas análises, princípios e proposições políticas para a saúde. As reverberações provocadas a partir da exposição do documento entre os deputados podem ser interpretadas a partir do conceito de tecnologização⁴ do discurso. Na exposição dos diagnósticos sobre o quadro da saúde, da crescente mobilização da população nas questões socioeconômicas e, finalmente, do acoplamento da saúde à questão democrática, fizeram com que o MS produzisse um desenho de linguagem que promoveu alterações na ordem do discurso.

O discurso sanitarista atingiu um propósito estratégico de construir novos significados para a classe política. Aproveitando-se da situação de perda da capacidade coercitiva do regime militar e da dissonância nas suas bases de sustentação, o discurso sanitarista foi ganhando capacidade de ideologizar, através de suas práticas discursivas, membros da classe política para desnaturalizar o discurso hegemônico na saúde. A desnaturalização possibilitada pela criação de novas significações e construções para a questão saúde/democracia gerou, assim, as condições para o surgimento de uma nova ordem discursiva para a saúde pública. “A desconstrução ideológica de textos que integram práticas sociais pode intervir de algum modo na sociedade, a fim de desvelar relações de dominação” (RESENDE; RAMALHO, 2013, p. 22).

Para Fairclough (1993), uma nova ordem de discurso surge em decorrência da instabilidade entre as classes e os blocos que constituem o poder, que abrem oportunidade para que outras instituições, fora do grupo de poder, passem a desafiar a estrutura então vigente, criando uma disputa entre os discursos. As práticas sociais desenvolvidas entre o MS e seus parceiros de rede provocaram alterações na ordem de discurso na saúde.

“Isso dá substância ao conceito de investimento político das práticas discursivas e, uma vez que as hegemonias têm dimensões ideológicas, possibilita uma forma de avaliar o investimento ideológico das práticas discursivas” (FAIRCLOUGH, 1993, p. 95-96).

O compartilhamento de valores entre o MS e os parlamentares foi fundamental para a internalização de crenças sobre a necessidade de democratização da sociedade brasileira. A

⁴ Para Fairclough (1993), a tecnologização do discurso consiste no uso de um conjunto de técnicas pensado estrategicamente para ter efeitos particulares sobre determinado público.

aproximação dos parlamentares com outros atores sociais, o MS como um deles, fez com que eles passassem a construir significados identificados com o sistema de crenças dos atores que reivindicavam mudanças no sistema político. Segundo Heclo (1974), mudanças na configuração de poder, como a perda de governabilidade do governo Figueiredo, podem catalisar um processo de interação entre atores sociais que, através de um processo de aprendizado mútuo, começam a tramar novas alternativas políticas.

Fairclough (1993) reforça a concepção de que as práticas política e ideológica não são entidades dissociadas entre si, pois são produtos do processo de ressignificação em relação à estrutura de poder que se quer opor. Assim, os discursos passam a refletir as vontades de mudanças, passam a ser ações, práticas políticas, com o objetivo de propiciar transformações.

Para John (2012), o conhecimento produzido pelo processo de aprendizado fornece a base para a instrumentalização das ideias e dos argumentos, que assumem a potencialidade de criar significados para outras pessoas. Os atores passam a incorporar suas compreensões em ações discursivas com o intuito de pressionar os decisores políticos.

Bhaskar (1989) explica que ações capazes de ocasionar mudanças em uma estrutura social dependem da articulação de atores em torno de um sistema valorativo. “A explicação de qualquer ação particular consistirá ou dependerá da rede de crenças efetivas que, nas circunstâncias prevaletentes, acabam modificando o sistema de valores” (BHASKAR, 1989, p. 105). Chouliaraki e Fairclough (1999) entendem que o jogo de articulações entre os **M**omentos de prática acaba criando redes de **P**ráticas sociais (Figura 2). As práticas são influenciadas por outras práticas, de maneira que cada uma pode se articular a outras, produzindo diversas reverberações (efeitos) sociais. As redes de práticas são sustentadas nas relações dialógicas que diversos atores realizam com o intuito de aproveitar as brechas na estrutura de dominação para implementar lutas contra hegemônicas.

Para Fairclough (1997), o poder de uma classe, em aliança com outras, é um equilíbrio tendendo à instabilidade. Assim, as forças opressoras estão sempre ajustando suas práticas discursivas institucionais, baseando-se em cálculos estratégicos para manter a sua posição hegemônica. Esse processo pode perder qualidade, propiciando aberturas de brechas para outros discursos penetrarem e implantarem elementos de dissonância no interior da estrutura de poder, modificando a ordem do discurso que garantia a manutenção dos discursos dominantes.

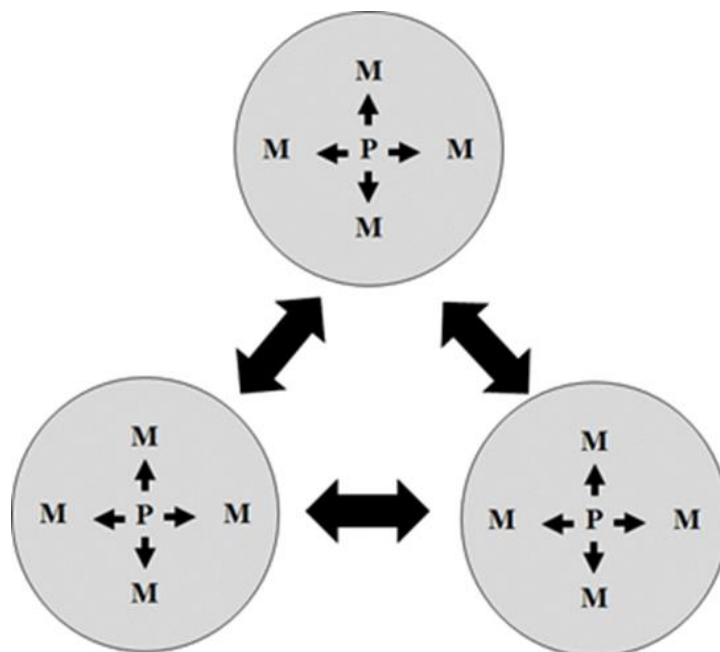


Figura 2: Articulação entre práticas e a formação de rede de práticas discursivas.

Fonte: Ramalho e Resende (2013, p. 42).

O MS percebeu que diversos atores envolvidos com a causa democrática apresentavam discursos fragmentados e desconexos sobre a questão sanitária. A fim de viabilizar a inserção da questão sanitária na agenda política, era necessário construir um consenso social em torno do acesso universal à saúde. Para isso, o MS promoveu um processo dialógico que proporcionou um sistema de significação compartilhado pelos atores envolvidos. Hajer (1993) chama esse processo de coalizão de discursos. Para Hajer (1993), isso envolve:

“um conjunto específico de ideias, conceitos e categorizações que são produzidos, reproduzidos e transformados em um determinado conjunto de práticas e por meio do qual passam a ser construídos novos entendimentos da realidade social” (HAJER, 1993, p. 44).

John (2012) ressalta que essa unidade discursiva possibilita maior poder de argumentação para os discursos, na medida em que os participantes do processo político compartilham os mesmos quadros de referência e discutem sobre as normas, os valores e as relações causais nas escolhas políticas.

Em 1985, Tancredo Neves obteve a vitória, por meio de eleições à presidência via Colégio Eleitoral, tendo José Sarney como seu vice. Com sua morte repentina de Tancredo Neves, Sarney assumiu o governo. Essa nova fase trazia expectativas de mudanças e a ideia de superar o passivo histórico que a população brasileira viveu nos quase vinte anos de ditadura, e o MS não poderia ser diferente. Os anos de engajamento de diversos atores ligados à ideia de

uma RS possibilitaram a realização de debates e articulações, promovendo processos de aprendizado com vários atores, avançando dois passos para recuar um. Todo esse esforço deveria frutificar numa fase mais democrática.

Para a grande parte da sociedade, a superação de um processo político de favorecimento dos interesses das classes dominantes em detrimento das demandas sociais parecia uma grande utopia, no sentido de que essa etapa já se iniciava com um engendramento de um arranjo político necessário para uma transição “confortável” para uma nova etapa. Construiu-se um pacto pelo alto entre as elites, deixando de fora a participação popular. Nesse desenho político, o governo Sarney (1985-1990) expressava um nítido tom conservador, na medida em que incluía diversos personagens do antigo regime no seu ministério. A ideia era colocar, para cada ministro conservador, um ministro progressista, transformando, dessa forma, o presidente no fiel da balança.

A crescente ascensão dos movimentos sociais aumentava a pressão sobre Sarney para iniciar o processo de uma nova Constituição Federal. Desde o final da década de 1970, a ascendência dos movimentos sociais se configurara num fator de pressão política que passou a ser um elemento importante no processo de democratização do País. As pressões oriundas desses movimentos passaram a catalisar o processo de abertura democrática.

A produção de alternativas cada vez mais articuladas por parte do MS permitiu a acumulação de um repertório de propostas convergentes para um modelo alternativo ao sistema de saúde então vigente. O preenchimento de cargos nos Ministérios da Saúde e da Previdência permitiu as condições necessárias para a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Diferentemente das outras conferências, a VIII CNS representou um amplo fórum de debate para a questão saúde. Mais de 5.000 participantes, representando um gama de agentes/sujeitos políticos e sociais, debateram sobre a situação e a necessidade de uma RS que repercutisse em um sistema de saúde universal e igualitário.

A convocação da VIII CNS foi um teste de força para o MS. No governo Sarney, não houve substituição das forças políticas que se beneficiavam, de forma parasitária, das relações com o Estado. As abordagens técnico-acadêmicas eram tratadas de forma secundária pela estrutura de poder, que historicamente dava as cartas na área da saúde. A autorreflexão do MS, mesmo ocupando cargos nos dois ministérios, por si só não alterava a configuração de forças para aprofundar a RS. A convocação da VIII CNS tinha como objetivo estratégico ampliar o debate e angariar a maior combinação de forças para colocar a RS na agenda política do governo. Para Faleiros et al. (2006), a convocação da CNS era a reafirmação da linha condutora

do pensamento sanitaria que colocava a saúde como um dos pilares da cidadania. Sua convocação conclamava a participação da sociedade na luta por um direito de todos.

Destarte, a VIII CNS não se configurou tão-somente como uma reação política do MS face aos obstáculos impostos pelo grupo que historicamente dominava a estrutura de poder do setor saúde. A VIII CNS assumiu a configuração de uma mobilização social para pressionar a esfera política. Seu objetivo era blindar o processo de construção de um novo sistema nacional de saúde contra as tentativas de desmobilização engendradas pelo setor médico privado. Três grandes temas catalisaram os maiores debates: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial, ressaltando a importância das relações entre saúde e democracia. Diante da magnitude da VIII CNS, o governo Sarney se viu constrangido pela ampla repercussão democrática que a conferência produziu. A VIII CNS enaltecia a utilização de mecanismos de controle da sociedade sobre o Estado, suas políticas, ações e serviços. O relatório final da VIII CNS destacou a necessidade de “estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado” (BRASIL, 1986, p. 8).

As discussões na VIII CNS deram legitimidade ao discurso para reivindicar mudanças nas políticas de saúde pública. Para Fairclough (1993), o discurso representa uma forma de ação social capaz de modificar o contexto no qual foi gerado. Nessa visão, o discurso passa a ser um modo de ação, uma forma pela qual as pessoas podem agir sobre o mundo e especialmente umas sobre as outras, bem como um novo modo de representação de uma problemática, e isso promove uma relação dialética entre a prática e a estrutura social, implicando a possibilidade de construção de novas identidades sociais e a ideiação de um sistema de conhecimento e crenças capazes de produzir efeitos de transformação sobre o mundo. Fairclough (1993) aponta que a invasão dos discursos em domínios discursivos e institucionais tem um valor político e ideológico capaz de se transformar em mecanismo de controle social.

Os efeitos intensificados a partir das repercussões da VIII CNS salientam o impacto que novos discursos geraram sobre a estrutura de poder então vigente. A capacidade de o discurso sanitaria engendrar novas significações para outros sujeitos sociais possibilitou um intenso processo de articulação entre tais sujeitos, que passaram a compartilhar saberes sobre a problemática da saúde, viabilizando articulações para o enfrentamento das relações de dominação existentes na área da saúde.

A ANC viabilizou a oportunidade política de constitucionalizar as propostas da VIII CNS. A arena de atuação se deslocou, então, da influência dos postos do Executivo, nos três

níveis, para a elucubração de estratégias para penetrarem nas articulações da ANC. Esse passou a ser um espaço de disputa entre os atores que defendiam a manutenção do *status quo* do setor privado, que estava se rearticulando para essa empreitada, e o movimento sanitarista. Era premente aproveitar a permeabilidade da ANC à influência da sociedade. Tal espaço era visto como um espaço decisório fundamental para guinar o apoio para a implantação de um sistema democrático de saúde.

Nesse cenário, o MS se aproveitou da situação da descentralização do processo constituinte e das divergências internas do interior da classe dominante para dar continuidade ao seu acúmulo de capital social, que viabilizou a abertura da agenda constitucional para a inserção do seu projeto de saúde pública. O tramar de atores envolvidos com a questão sanitária viabilizou a consignação de um sistema democrático de acesso universal à saúde.

Nas fases preliminares da ANC (Subcomissão da Saúde, Seguridade e Meio Ambiente, Comissão de Ordem Social), as conexões da rede sanitarista 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 MS, fruto das práticas sociais que se estabeleceram desde meados da década de 1970.

Fairclough (1993) destaca que o controle da conversação é fundamental para estabelecer as condições ótimas para o processo de negociações. Ele destaca o potencial de controle da conversação como uma tecnologia capaz de influenciar as outras pessoas. Assim, o processo de democratização traz a possibilidade de ambivalências. Os detentores de poder podem se apropriar de recursos na tentativa de manter seu *status quo*, mas os mesmos movimentos podem abrir campos de luta em que os detentores do poder são capazes de sofrer derrotas. Atuar no campo plano do processo de democratização expõe a risco os discursos emanados pela classe dominante, enquanto possibilita o reconhecimento de oportunidades para outros discursos competirem com os primeiros.

A fase seguinte, Comissão da Ordem Social, exigiu a rearticulação dos membros da rede sanitarista para ressignificar seus discursos de modo a viabilizar uma base de negociação com o Centrão. A inércia do processo, nas fases anteriores, indicava uma forte probabilidade de aprovação do texto da saúde nas próximas fases da ANC. O processo de rearticulação do grupo conservador envolveu uma virada de mesa com a criação do Centrão. A partir da modificação do regimento interno da ANC, o MS teve que ajustar suas estratégias políticas para fazer frente à possibilidade de as mudanças regimentais inviabilizarem o Sistema Único de Saúde (SUS). O grande temor era o da possibilidade de que as forças conservadoras obliterassem a proposta

sanitarista. Diante de um novo processo regimental imposto pela vitória do Centrão na alteração das regras, o movimento sanitaria teve que usar sua rede para exercer pressão para a defesa dos seus objetivos, dentro de uma perspectiva de manter a essência do projeto sanitaria.

A perspectiva, o uso de variáveis cognitivas, como as ideias, e o conhecimento da questão sanitária, seriam meios cruciais para as negociações em torno do SUS. Reforçando isso, John (2012) destaca que o processo da política representa uma disputa em forma de discursos que são ressignificados para equipar os atores na luta pelo poder, sendo isso resultante da interação de valores, ideias e diferentes formas de conhecimento. Valendo-se do entendimento de Fairclough (1993), o discurso consiste numa prática que, concomitantemente, reproduz e modifica as realidades sociais e os sujeitos envolvidos, inserindo-os num processo que se autotransforma como prática social e que dialeticamente incorpora, ressignifica e se imiscui nos discursos com os quais estão envolvidos, produzindo (e sendo influenciado) por novas configurações sociais. O discurso consiste, assim, numa forma de ação e, ao ser inserido no mundo, gera tensões capazes de modificar tanto a realidade histórica quanto os próprios atores que as ocasionam – ou, ainda, o discurso é resultado da prática social.

A Figura 3 sintetiza a relação entre discurso e sociedade. O discurso do MS foi desenvolvido ao longo desse processo dialético que culminou com a transformação do *status quo* do subsistema da saúde. Para Wodak (2011), a mudança discursiva é analisada em termos da mistura criativa de discursos. Isso, ao longo do tempo, leva à reestruturação das relações entre as diferentes práticas discursivas dentro e entre as instituições e a mudanças nas fronteiras dentro e entre as ordens do discurso. Reforçando a capacidade estruturante do discurso, Laclau e Mouffe (2004) destacam o papel do discurso como prática articulatória que compõe e organiza as relações sociais. Tal ideia parte da deferência de que o discurso organiza demandas que se encontram dispersas num campo de disputas hegemônicas.

As negociações estabelecidas pelos parlamentares da coalizão da saúde com os membros do Centrão possibilitaram, via celebração de acordos, a manutenção dos elementos fundamentais para a criação do SUS. Esse processo de negociação também foi um aprendizado para o grupo do MS. O reposicionamento estratégico na questão da estatização da saúde pode ser compreendido como um ajustamento da rede sanitaria em face da impossibilidade de desdobramento de um objetivo inicial.

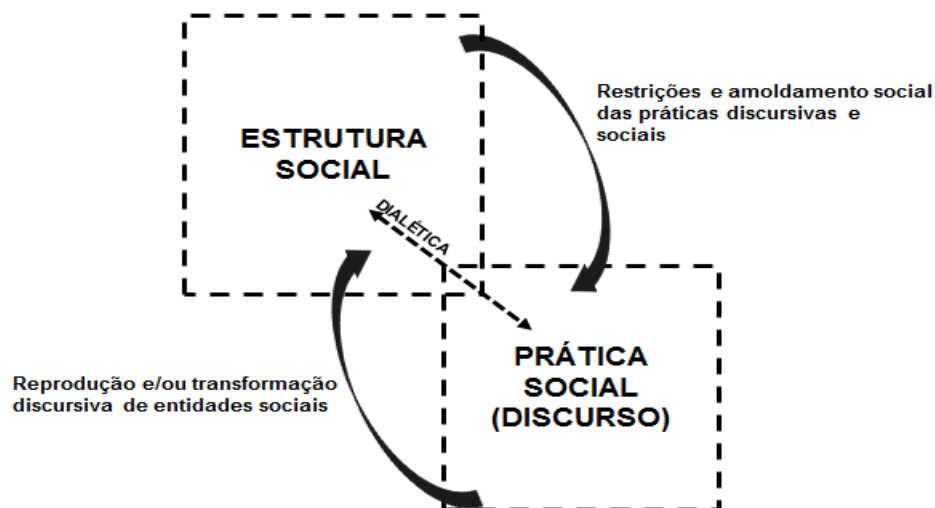


Figura 3: Dialética do Discurso
 Fonte: adaptado de Fairclough (2001, p. 91).

A rede sanitarista reforçou a imagem da situação da saúde pública, ressaltando as consequências negativas da continuidade do então vigente sistema de saúde. Tal esforço atraiu alguns membros do Centrão para a defesa do SUS. Nesse processo de negociação e aprendizado, a rede sanitarista compreendeu que o contexto político não permitia a manutenção da ideia de um sistema estatal de saúde concebida na VIII CNS. Na área da saúde, o Centrão representava os interesses do setor médico privado na manutenção do seu *status quo* na saúde. Em função disso, O MS engendrou articulações para repolarizar as discussões de forma a obter a manutenção dos elementos essenciais para a criação do SUS. A possibilidade de atuação do setor privado, de forma complementar ao SUS, e a postergação de outros pontos complicados (dentre eles, a questão do financiamento) para a etapa de Lei Orgânica da Saúde, após a promulgação da Constituição, criaram as condições para a aprovação daquilo que é considerado como a essência do projeto sanitarista.

Melucci (1996) defende que a capacidade discursiva é um instrumento valioso para viabilizar acordos e minimizar os ônus de uma ação. Através de um trabalho árduo de divulgação de suas ideias e propostas, o MS logrou atrair grupos antes indecisos para a compreensão da problemática da saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ação discursiva do MS foi uma prática que, concomitantemente, reproduziu e modificou as compreensões sobre as problemáticas e os sujeitos envolvidos na questão da saúde como um direito de todos. Inserindo-se num processo que se autotransforma como prática social e que dialeticamente incorpora, ressignifica e imiscui a retórica sanitarista nos

discursos de outros atores, influenciou novas configurações sociais que oportunizaram a inserção da questão sanitária na agenda da constituinte. O discurso sanitário consistiu, portanto, numa forma de ação que, ao ser inserido no ambiente político, gerou tensões capazes de modificar tanto a realidade histórica quanto os atores que as produziram.

A capacidade discursiva é um recurso que pode ser usado para viabilizar negociações e reduzir os custos de uma ação. Ao trabalhar suas ideias (propostas), o MS conseguiu atrair grupos, anteriormente indecisos, para a compreensão da problemática da saúde. O processo implicou um jogo complexo, nos quais as mensagens enviadas conseguiram transformar interações sociais de modo a mitigar, em termo de significações, a posição dos adversários. Uma das tarefas cruciais do MS foi tornar ostensiva a fragilidade argumentativa daqueles que se opunham ao SUS. Taylor (1986) argumenta que o processo de democratização traz a possibilidade de ambivalências. Os detentores de poder podem se apropriar de recursos na tentativa de manter seu *status quo*, mas os mesmos movimentos podem abrir campos de luta em que os detentores do poder têm potencial de sofrer derrotas. Atuar no campo plano do processo de democratização expõe ao risco os discursos emanados pela classe dominante – o que possibilita o reconhecimento de oportunidades para outros discursos competirem com os primeiros.

A capacidade do discurso sanitarista de diluir e camuflar o componente político em aspectos técnicos e científicos, e, além disso, de ter espaços para a realização de laboratórios de aprendizagem junto às comunidades, possibilitou o adensamento do seu discurso ao longo do período militar. Esse processo fez surgir uma nova geração de sanitaristas que foi propulsora de novas ações com o objetivo de viabilizar a RS. A capacidade de promover um processo de aprendizado com os atores envolvidos em seus projetos de medicina comunitária deu ao MS a compreensão das condições históricas das condições de saúde dos segmentos mais representativos da população brasileira. As articulações com outros atores sociais, com outras reivindicações por justiça social, trouxeram maior densidade para o discurso sanitarista. Gradativamente, o discurso sanitarista passou a ocupar uma posição contra-hegemônica ao discurso desenvolvimentista do Estado.

Diante de um quadro de saúde que se deteriorava aceleradamente, o governo militar se tornou permeável a propostas inovadoras para o enfrentamento da incapacidade do Estado em prover assistência médica aos mais pobres. Aproveitando a brecha, o MS intensificou o seu modelo de medicina comunitária. A reorganização da saúde em muitos municípios estabeleceu uma base de diálogo muito importante com os políticos locais, o que viabilizou novos processos de aprendizado. A capacidade dos sanitaristas em envolver novos atores na reflexão

sobre a necessidade de democratizar o acesso à saúde e a indissociabilidade da saúde como condição para a cidadania levou o MS a estabelecer um sistema de crenças sobre o binômio saúde-democracia. O capital social constituído a partir das experiências de medicina comunitária viabilizou a formação de uma rede sanitaria.

A atuação dialógica do MS possibilitou uma conscientização do significado de cidadania e os direitos sociais associados; entre eles, a saúde. A ampliação do número de atores que passaram a compartilhar as crenças sobre a necessidade da democratização da saúde contribuiu para a produção de um discurso contra-hegemônico na área da saúde. Tal discurso foi construído a partir de um resgate cognitivo que auxiliou os atores sociais envolvidos a compreenderem suas problemáticas sociais. Desta forma, munidos de novas referências, os atores passaram a se envolver na formulação de alternativas para o problema da saúde. O MS foi o elemento principal na condução do processo de aprendizado, conseguindo traduzir as demandas de vários atores sociais em demandas políticas.

Durante a ANC, a capacidade discursiva dos membros da rede conseguiu mitigar, em termo de significações, as posições contrárias ao projeto sanitaria. Num processo de negociação, foi viabilizada a abertura para o setor privado atuar complementarmente ao SUS, e outras decisões foram postergadas para a etapa da Lei Orgânica da Saúde.

A rearticulação das forças conservadoras após a promulgação da Constituição e a eleição de Collor (1990-1992) colocaram novas dificuldades para o MS. 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 programada para 1993, outra estratégia na segmentação e na fragmentação dos movimentos sociais e sindicais. Diante desse cenário, houve um enfraquecimento das conexões entre os movimentos sociais e sindicais, que foram importantes para o Movimento Sanitaria até a ANC. A ausência de cargos ocupados por sanitarias no aparato burocrático do Estado diminuiu significativamente a capacidade de realizar as práticas de aprendizado e, com isso, reforçou o sistema de crenças políticas da coalizão sanitaria. Sem o apoio dos movimentos sociais, o MS intensificou seus recursos na atuação dos atores institucionais da sua coalizão.

Com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, o MS se deparou com a pauperização dos seus recursos políticos diante da articulação em torno da minimização do Estado e do arrefecimento das atuações reivindicatórias dos movimentos sociais. Gradativamente, o discurso sanitaria perdeu a sua 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 MS.

A janela de oportunidade para os desdobramentos da RS se fechou de vez após a regulamentação do SUS, que era a última fresta dessa janela. A capacidade do discurso sanitário foi perdida na idealização, na discussão e na divulgação da RS para outros atores sociais.

O esvaziamento do controle e da participação dos cidadãos, a realização de práticas corporativistas entre os membros e gestores do SUS e os consensos sociais desarticulados, que naturalizam as exclusões e desigualdades sociais, explicam a alienação da população em relação às decisões sobre as políticas públicas de saúde, contribuindo para a manutenção de um sistema de saúde pública longe do ideal estabelecido na VIII CNS.

REFERÊNCIAS

BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**. São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 300-301.

BHASKAR, R. **The possibility of naturalism**: a philosophical critique of the contemporary human sciences. London: Routledge, 1989. p. 105.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 2009. p. 102-103.

BRASIL. **Relatório final da VIII conferência nacional de saúde**. Brasília: 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 10 mar. 2022.

CHILTON, P. **Analysing political discourse**. London: Routledge, 2004. p. 5-6.

CHOULIARAKI, L.; FAIRCLOUGH N. **Discourse in late modernity**: rethinking critical discourse analysis. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1999. p. 151-152

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**. São Paulo: Pioneira, 1975. p. 133-139.

DRAIBE, S. M. Qualidade de vida e reformas de programas sociais: o Brasil no cenário latino-americano. **Lua Nova**, São Paulo, n. 31, p. 5-46, dez. 1993. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-64451993000300002>>. Acesso em: 12 mar. 2022.

EMBRETT, M. G.; RANDAL, G. E. Social determinants of health and health equity policy research: exploring the use, misuse, and nonuse of policy analysis theory. **Social Science & Medicine**, n. 108, p. 147-155, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.004>>. Acesso em: 12 mar. 2022.

FAIRCLOUGH, N. **Discourse and social change**. Cambridge: Polity Press, 1993. p. 29-69, 87-99, 225-232.

_____. **Critical discourse analysis**: the critical study of language. New York: Longman, 1995. p. 43-44.

_____. Discurso, mudança e hegemonia. In: PEDRO, E. R. (Org.). **Análise crítica do discurso**: uma perspectiva sociopolítica e funcional. Lisboa: Editorial Caminho, 1997. p. 79-83.

_____. The dialectics of discourse. **Textus**, Lancaster University, v. XIV, n. 2, p. 231-242, 2001.

FALEIROS, V. P.; SILVA, J. F.S.; VASCONCELLOS, L. C. F.; SILVEIRA, M. R. G. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 35-36. Disponível em: <<http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5444>>. Acesso em: 8 fev. 2022.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense, 2010. p. 55.

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.

HECLO, H. **Modern social politics in Britain and Sweden**: from relief to income maintenance. London: Yale University Press, 1974. p. 306.

HAJER, M. A. Discourse coalitions and the institutionalization of practice: the case of acid rain in Britain. In: FISCHER, F.; FORESTER, J. (Eds.). **The argumentative turn in policy analysis and planning**. London: Duke University Press, 1993. p. 45.

JABRI, V. **Discourse on violence**: conflict analysis reconsidered. Manchester University Press, 1996. p. 94.

JOHN, P. **Analyzing Public Policy**. New York: Routledge, 2012. p. 157.

LACLAU, E.; MOUFFE, C. **Hegemonía y estrategia socialista**: hacia una radicalización de la democracia. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina, 2004. p. 177-178.

LATOUR, B. **A Esperança de Pandora**: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos. São Paulo: EDUSC, 2001. p. 206-217.

MAJONE, G. **Evidence argument & persuasion in the policy press**. London: Yale University Press, 1989. p. 2.

MELUCCI, A. **Challenging codes**: collective action in the information age. Cambridge University Press, 2003. p. 354.

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. 2022.

PHILLIPS, L.; JØRGENSEN, M.W. **Discourse analysis as theory and method**. London: Sage Publications Ltd, 2002. p. 67.

RAMALHO, V.; RESENDE, V. M. **Análise de discurso crítica**. São Paulo: Contexto, 2013. p. 22.

TAYLOR, C. Foucault on freedom and truth. In: HOY, D. C. (Ed.). **Foucault: a critical reader**. New York: Basil Blackwell, 1986, p. 81.

TEIXEIRA, F. S. Revisitando a questão democrática na área da saúde: quase 30 anos depois. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 155-158, jan./abr. 2009. Disponível em: <<http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/issue/download/30/v.%2043%2C%20n.%20ESPECIAL%205>>. Acesso em: 12 fev. 2023.

ZAHARIADIS, N. The multiple streams framework: structure, limitations, prospects. In: SABATIER, P. (Org.). **Theories of the policy process**. Colorado: Westview, 2007. p. 79-80.

WEIBLE, C. M. Expert-based information and policy subsystems: a review and synthesis. **The Policy Studies Journal**, Oxford, v. 36, n. 4, 2008, p. 619-620. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/227501837_Expert-Based_Information_and_Policy_Subsystems_a_Review_and_Synthesis>. Acesso em: 18 mar. 2023.

WODAK, R. Critical discourse analysis. In: HYLAND, K.; PALTRIDGE, B. **Continuum companion to discourse analysis**. New York: Continuum International Publishing Group, 2011. p. 40-41.