



Mestrado em Educação
Revista Profissão Docente

UNIUBE – Universidade de Uberaba

ISSN:1519-0919

www.uniube.br/propep/mestrado/revista/

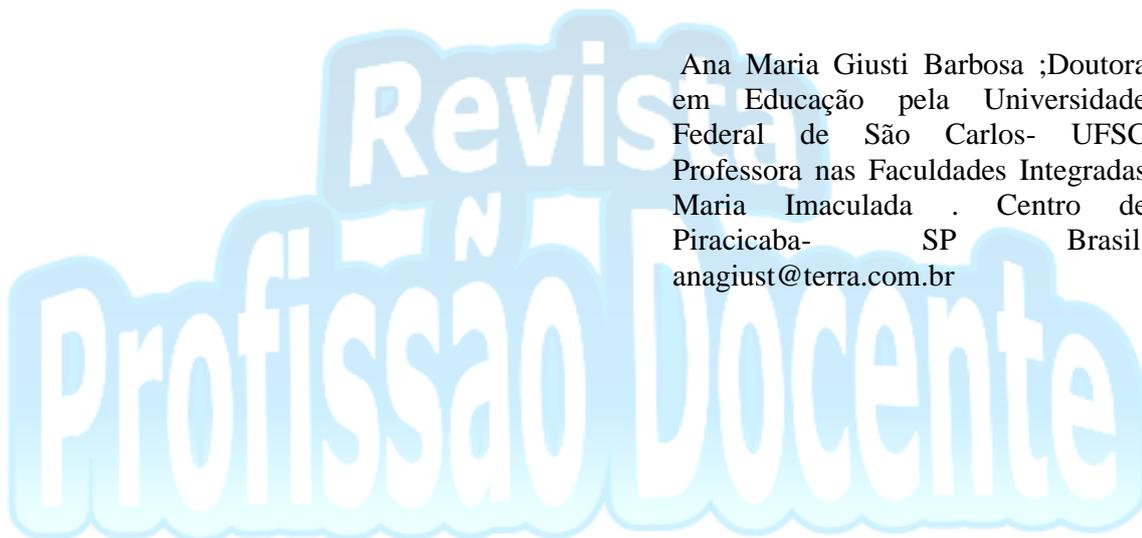


UNIUBE
Educação e Responsabilidade Social

POLÍTICAS DE SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

HEALTH POLICY AND SOCIAL PARTICIPATION

Ana Maria Giusti Barbosa ;Doutora em Educação pela Universidade Federal de São Carlos- UFSC Professora nas Faculdades Integradas Maria Imaculada . Centro de Piracicaba- SP Brasil.
anagiust@terra.com.br





Mestrado em Educação
Revista Profissão Docente

UNIUBE – Universidade de Uberaba

ISSN:1519-0919

www.uniube.br/propep/mestrado/revista/



UNIUBE
Educação e Responsabilidade Social

RESUMO

A percepção das situações de desigualdade desencadeia expansão da percepção dos direitos e a conjugação carência-consciência-mobilização pressiona os governos à formulação de políticas. É o que ocorre na área da saúde: enquanto política setorial, as atenções às questões de saúde não acontecem espontaneamente; pelo contrário se configuram como resposta aos desequilíbrios sociais. O processo de democratização política do Brasil instituiu a participação da comunidade, por meio dos Conselhos Gestores, como instrumento que pode favorecer a implantação de políticas de defesa dos direitos e ampliar o controle social sobre a política pública com o intuito de melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Política de saúde. Participação social. Conselhos gestores.

ABSTRACT

The perception of the situations of unequal expansion triggers the perception of rights and deprivation combined awareness-raising-pressure governments to formulate policy. This occurs in health: while sectoral policy, attention to health issues do not happen spontaneously, on the contrary it up in response to social imbalances. The process of political democratization of Brazil established the participation of the community, through the Management Council as an instrument that will facilitate the implementation of policies for protection of the rights and expanding the social control over public policy to better quality of life.

Key words: Policy health. Social participation. Management councils.



Mestrado em Educação
Revista Profissão Docente

UNIUBE – Universidade de Uberaba

ISSN:1519-0919

www.uniube.br/propep/mestrado/revista/



UNIUBE
Educação e Responsabilidade Social

INTRODUÇÃO

Este texto aborda a influência da participação social na formulação das políticas públicas. Construído de forma a situar o leitor sobre como se efetiva a construção das políticas públicas, este texto descreve, historicamente apoiado em diferentes autores, o processo de construção das políticas de saúde no Brasil para, em seguida, situá-las como reafirmação do reconhecimento de direitos e finaliza com referências sobre como os espaços de participação na saúde, tendo em vista o controle social da própria política, têm sido institucionalizados.

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL ORIENTA A CRIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Conviver com e em situações de desigualdade, produzidas historicamente como expressão das relações de dominação e exploração, desencadeia expansão da percepção dos direitos levando os sujeitos à mobilização para satisfação das carências. Essa conjugação carência-consciência de direitos no campo da saúde tem permitido que os profissionais dessa área e população, ora cada qual no seu próprio grupo e *lócus*, ora de forma articulada, busquem satisfazer as necessidades reconhecidas, conforme o grau de consciência existente e que permitiu essa identificação. Assim, epidemias e escassez de recursos para atender a crescente população suscitam uma movimentação em e de diferentes grupos pressionando o Estado, que é levado a adotar medidas para atendimento às demandas. Trata-se de uma interação política, isto é, iniciativas para organizar ou reorganizar a sociedade, de modo a evitar a acentuação dos agravos decorrentes do processo de exploração e dominação.

Este tem sido o caminho trilhado para elaboração das políticas públicas, enquanto diretrizes legalmente instituídas voltadas à promoção e garantia dos direitos do cidadão. Enquanto medidas ou procedimentos adotados pelo Estado para aliviar a situação social, econômica e jurídica da população em situação de vulnerabilidade, as



Mestrado em Educação
Revista Profissão Docente

UNIUBE – Universidade de Uberaba
ISSN:1519-0919

www.uniube.br/propep/mestrado/revista/



UNIUBE
Educação e Responsabilidade Social

que correspondem aos direitos sociais relacionados ao trabalho, saúde, educação dentre outros, são denominadas de políticas sociais de caráter público, destinadas a atender toda a população. São promovidas por órgãos governamentais e muitas vezes desenvolvidas em parceria com organizações não governamentais.

A política social é, portanto, um enfrentamento planejado das desigualdades sociais que requer transitar da noção de carências sociais para o espaço dos direitos (OLIVEIRA, 2004), guardando em si mesma a contradição: atender os direitos *versus* assistir, controlar, desmobilizar (DEMO, 1994). Assim, a política social pode até reduzir as desigualdades, mas não as elimina, mantendo sob relativo controle as situações que provocariam sérios desequilíbrios à ordem estabelecida. Tal contradição, ainda que real, não tem impedido avanços positivos na direção da humanização, uma vez que a política social assume compromissos também preventivos e não só curativos, buscando equilibrar o jogo das forças ao colocar num dos pratos da balança, os conteúdos econômicos (bens e serviços) e, no outro os conteúdos políticos e sociais (reconhecimento dos direitos de cidadania).

Os conteúdos econômicos são mais facilmente detectados por voltarem-se ao enfrentamento da pobreza material (emprego, qualificação de mão-de-obra, habitação, saúde, saneamento, nutrição, previdência, transporte, urbanização), enquanto os conteúdos políticos e sociais, principalmente os relativos à questão da participação, são mais difusos, justamente pela “precariedade da cidadania” (DEMO, 1994, p. 37) que dificulta às pessoas perceberem-se sujeitos de direitos, situação que fragiliza a capacidade de organização e participação para conquista efetiva desses direitos.

São estas questões relacionadas à tomada de consciência e participação – às vezes tomada de consciência para lutar pela participação e, outras vezes participar para, por seu intermédio, tomar consciência das coisas/situações – que têm funcionado alternadamente como motor e combustível para conquista de direitos no campo da saúde, que é o caminho para eliminar a vulnerabilidade dos grupos sociais.



Mestrado em Educação
Revista Profissão Docente

UNIUBE – Universidade de Uberaba

ISSN:1519-0919

www.uniube.br/propep/mestrado/revista/



UNIUBE
Educação e Responsabilidade Social

POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: CONSTRUÇÃO HISTÓRICA

Enquanto política setorial a atenção às questões de saúde não acontece espontaneamente, mas resulta das condições estruturais e conjunturais, motivo pelo qual consideramos importante situar os diferentes momentos da história do Brasil, destacando as alterações na esfera governamental e nas lutas e movimentos sociais que levaram à formulação das políticas.

Para isso, recorreremos aos estudos de Bravo (1996 e 2006), Gohn (2001c), Baptista (2005) e São Paulo (2006) que, embora adotem periodizações diferentes, destacam os fenômenos sociais e políticos internos do país e alguns de natureza internacional, que não só repercutem como determinam os acontecimentos nacionais.

Percorrendo a história segundo as etapas adotadas no documentário do Estado de São Paulo (2006) e incluindo outros dados, também das outras autoras e da nossa própria interpretação, podemos dizer que a construção das políticas públicas de saúde, até o momento, pode ser agrupada em torno de sete etapas:

a) Primeira etapa: do início da colonização ao século XIX

Até o século XVIII a população brasileira composta por portugueses, outros imigrantes europeus, índios e negros escravos, resolvia seus problemas conforme os conhecimentos e práticas de cada um desses grupos, inclusive os relacionados à saúde e à doença, que incluía o uso de plantas, rezas, feitiçarias e alguns conhecimentos trazidos da Europa pelos jesuítas.

Baptista (2005, p. 13) relata que a vinda da família real para o Brasil, em 1808, “proporcionou também a chegada de mais médicos e o aumento da preocupação com as condições de vida nas cidades, possibilitando o início de um projeto de institucionalização do setor saúde no Brasil e a regulação da prática médica profissional”.

Fez parte desse projeto a criação da primeira escola de medicina na cidade de



Mestrado em Educação
Revista Profissão Docente

UNIUBE – Universidade de Uberaba
ISSN:1519-0919

www.uniube.br/propep/mestrado/revista/



UNIUBE
Educação e Responsabilidade Social

Salvador, Bahia, o controle das práticas populares no cuidado da saúde e construção de hospitais públicos principalmente para atender portadores de doenças mentais, tuberculose e hanseníase.

Relatam, os autores, que o interesse pelas questões de saúde era fundamentalmente econômico, voltado à produção da riqueza e sustentabilidade econômica, recorrendo a práticas já usuais na Europa, como obras de saneamento nas cidades e portos e controle das doenças por meio de campanhas e isolamento dos doentes com a preocupação maior de evitar propagação das doenças contagiosas do que, propriamente, tratar do doente.

Assim, as primeiras ações do governo assentadas no discurso da “saúde para todos” teve o objetivo de controlar a disseminação de doenças como febre amarela e cólera. Para tanto, foram tomadas medidas a partir de critérios técnicos, e a participação compulsória da população foi considerada importante como “adesão” às prescrições dos técnicos. Datam desse período as primeiras manifestações populares, consideradas pelas autoridades da época como motins. Eram reações da população, decorrentes das sucessivas epidemias, como ocorreu em 1858 na cidade de Salvador, BA (GOHN, 2001c).

Após a proclamação da República (1889) a saúde recebeu maior atenção porque a agricultura cafeeira de exportação precisava de mão-de-obra, de modo que o combate às epidemias era um imperativo econômico à consolidação da burguesia emergente no país.

b) Segunda etapa: de 1900 a 1930

O século XX se iniciou nos mesmos moldes anteriores, isto é, a iniciativa pública atendia somente doenças mentais, tuberculose e hanseníase, e os hospitais filantrópicos prestavam assistência à população pobre.

Como as epidemias se agravaram repercutindo internacionalmente, colocando em risco a política de imigração que assegurava mão-de-obra para a emergente indústria



Mestrado em Educação
Revista Profissão Docente

UNIUBE – Universidade de Uberaba

ISSN:1519-0919

www.uniube.br/propep/mestrado/revista/



UNIUBE
Educação e Responsabilidade Social

local e assustando as elites que temiam ser afetadas, obras de saneamento, urbanização e controle da febre amarela, varíola e peste bubônica foram intensificadas, contando com o Instituto Soroterápico de Manguinhos no Rio de Janeiro, que começara produzir vacinas sob orientação do Dr. Oswaldo Cruz.

O governo iniciou, então, campanhas de saúde pública que, além da vacinação obrigatória, incluía dividir as cidades em distritos para facilitar o controle sobre a população e isolamento dos afetados pelas doenças contagiosas. Em São Paulo foram realizadas obras de saneamento do Porto de Santos como tentativa de controlar as epidemias e impedir que elas colocassem em risco o comércio de produtos.

As restrições às importações, decorrente da primeira guerra mundial, acelerou o processo de industrialização aumentando o número de operários e as pressões por melhores salários e condições de trabalho.

O adensamento populacional das cidades levou o poder público a direcionar mais atenção, via políticas públicas, para esses espaços urbanos, por serem centros aglutinadores da mão-de-obra necessária ao processo de industrialização.

Em 1923, instituiu-se o Sistema de Saúde Brasileiro e, pela Lei Eloi Chaves, as Caixas de Aposentadoria e Pensões foram regulamentadas, permitindo aposentadoria e assistência médica às classes trabalhadoras organizadas. A saúde assumiu status de “seguro” vinculado ao mundo do trabalho – como uma mercadoria administrada pela Previdência Social.

Assim, pensada como “assistência médica” ou como ações de controle em períodos de crises epidêmicas, a saúde chegou ao século XX tendo, já em 1900, ocorrido as “revoltas contra a desinfecção sanitária” em Sorocaba-SP, nas quais os usuários de trens fizeram manifestações contra a demora na liberação de bagagens submetidas à desinfecção sanitária. Também ocorreram manifestações contra as medidas proibitivas de livre circulação adotadas como forma de controle do alastramento das doenças e contra as formas de tratamento adotadas como “queima de



Mestrado em Educação
Revista Profissão Docente

UNIUBE – Universidade de Uberaba
ISSN:1519-0919

www.uniube.br/propep/mestrado/revista/



UNIUBE
Educação e Responsabilidade Social

roupas, colchões e utensílios pela polícia sanitária” (GOHN, 2001c, p. 64). As manifestações populares, ocorridas no Rio de Janeiro com repercussões em São Paulo em 1904, conhecidas como a “Revolta da Vacina”, mais do que serem contrárias à iniciativa federal de vacinação em massa contra a varíola, foram uma reação contra as formas utilizadas (obrigatoriedade, multas e demissões), ações estatais que se convencionou chamar de “polícia médica”, o avesso da medicina social.

c) Terceira etapa: de 1930 a 1945

As Caixas foram unificadas, dando origem aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), organizados por categoria profissional e presididos por representantes indicados pelo governo com a participação de representantes dos trabalhadores na sua administração. Os fundos provinham de contribuições mensais dos trabalhadores, das empresas e do Estado.

Os IAPs cobriam os custos com aposentadoria e assistência médica só para os trabalhadores contribuintes, e grande parte dos recursos desses institutos serviu para financiar a industrialização do país, como consta no documentário elaborado por São Paulo (2006, s/p.) “parte do financiamento de Volta Redonda saiu do dinheiro da previdência – um tipo de prática que iria se repetir até nossos dias”.

Em 1937, com o advento do Estado Novo que perdurou até 1945, foi criado o Ministério do Trabalho, como medida para contemporizar as tensões sociais. O governo passou a realizar campanhas, assistência médica e educação sanitária no interior dos Estados para combater a malária, a febre amarela, esquistossomose, mal de chagas e outras doenças, dividindo a ação pública em duas frentes: uma preventiva, conduzida por meio de campanhas, e outra curativa, por meio da assistência médica da previdência social.

d) Quarta etapa: de 1945 a 1963

A precariedade das condições de saneamento e estabelecimento de relação direta entre pobreza e doença, característica do pensamento das primeiras décadas do século



Mestrado em Educação
Revista Profissão Docente

UNIUBE – Universidade de Uberaba

ISSN:1519-0919

www.uniube.br/propep/mestrado/revista/



UNIUBE
Educação e Responsabilidade Social

XX, desencadeou o pensamento-discurso de que a efetividade das ações de combate às doenças dependia da participação colaborativa da população, ideologia incrementada pelo desenvolvimentismo¹ quanto à participação como condição à melhoria da qualidade de vida, recurso largamente explorado também na relação do governo com os movimentos organizados por associações de moradores voltados para a melhoria da infra-estrutura dos bairros.

Como a assistência à saúde pelo modelo previdenciário, na década de 50 atendia menos de 50% da população, a medicina comunitária realizada por equipes multiprofissionais surgiu como proposta para ampliar a cobertura às demandas da sociedade, via pressão popular, ainda que centrada na visão médico-curativa.

Nesse período ocorreu ampliação do número de hospitais privados financiados com o dinheiro público que, sob influência dos grupos ligados à indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, concentraram os atendimentos em detrimento dos postos de saúde e ambulatórios, tornando-se os grandes centros de atendimento médico à população.

Sob justificativa da ampliação do atendimento na área da saúde foi criado o Ministério da Saúde e as ações de saúde pública receberam mais atenção do que a assistência médica individual. Os IAPs, em maior número e quantidade de sócios devido ao aumento do número de trabalhadores decorrente do incremento do processo de industrialização e, inclusive, alguns com maiores recursos e prestando melhor atendimento, começaram a ser objeto de interesse de uma unificação, gerando descontentamento entre os trabalhadores que viam a medida como uma forma de

¹ Desenvolvimentismo – aqui entendido, como o processo induzido de mudanças, baseado na produção industrial, na melhoria da infra-estrutura necessária à economia e aumento do consumo como estratégias para erradicar as precárias condições de vida, melhorar os níveis de bem-estar e sair do subdesenvolvimento. Esse pensamento predominou, no Brasil, nas décadas de 50 e 60.



“nivelar por baixo” o atendimento. As empresas em expansão, também não estavam satisfeitas e esses fatos desencadearam o surgimento da “medicina de grupo” também chamada de “medicina privada”.

Segundo Baptista, nesse período, (2005, p. 21)

as políticas de saúde configuram-se em um importante instrumento do estado, não mais apenas pelo controle a ser exercido no espaço de circulação dos produtos e do trabalhador, mas principalmente pelo quantitativo de recursos que passou a mobilizar – postos de trabalho, indústrias (de medicamentos, de equipamentos), ensino profissional, hospitais, ambulatórios [...].

Portanto, o interesse pela saúde, como política pública, foi sendo efetivado segundo lógica diferente da adotada internacionalmente, onde vários países implantaram o modelo estado de bem estar social, conjugando interesses econômicos e sociais para reconstrução desses países no pós-guerra, fortalecimento dos valores democráticos, de justiça social e combate ao comunismo.

e) Quinta etapa: de 1964 a 1980

Com o regime militar teve início um período de torturas, repressão e arrocho salarial repercutindo, segundo o documentário de São Paulo (2006, s/p.), na “deterioração das condições de saúde da população, tanto pelo aumento da miséria nas cidades, quanto pela mudança de ênfase dos investimentos em saúde [pois] até então a saúde pública sempre tivera mais recursos do que a assistência médica”.

Nesse período se consolidou a unificação dos IAPs num sistema previdenciário único, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que teve grande parte de recursos utilizada para projetos do governo como a Rodovia Transamazônica, a ponte Rio-Niterói, a Usina de Itaipu e financiamento a fundo perdido para que a iniciativa privada construísse hospitais particulares como forma de ampliar o número de leitos destinados aos trabalhadores inscritos na Previdência, inclusive os rurais.

As restrições impostas à participação, pelo Regime Militar, provocaram certa desmobilização dos grupos que encontraram nas Comunidades Eclesiais de Base um



Mestrado em Educação
Revista Profissão Docente

UNIUBE – Universidade de Uberaba
ISSN:1519-0919

www.uniube.br/propep/mestrado/revista/



UNIUBE
Educação e Responsabilidade Social

espaço para viver a contra-resistência, amparados pela opção da igreja católica, a partir do Congresso de Medellin, na Colômbia, em 1968, de voltar-se para as condições concretas de vida da população, opção reafirmada no Congresso de Puebla, em 1978, e pela Teologia da Libertação.

Foi um período no qual o Estado, para lograr legitimidade para o regime e aliviar as tensões sociais, recorreu ao que Bravo (1996) denominou de “binômio repressão-assistência”, controlado pela burocracia estatal altamente comprometida com o sistema capitalista que pressionava sua expansão no país.

Esta autora relata que o Estado entendia que os problemas na saúde pública decorriam da falta de planejamento, incapacidade gerencial e pouco envolvimento da iniciativa privada e, para resolver a questão, optou por deixar ao Ministério da Saúde a responsabilidade por cuidar das “doenças que afetavam grandes segmentos da população” e, para a Previdência o atendimento individualizado ao trabalhador de “carteira assinada”, na forma de “seguro”, como já referido. Essa situação cavou um fosso entre “saúde pública” e “saúde curativa”, sendo dada mais atenção à última, destacando-se a Previdência Social na ampliação dos serviços médicos contratados para prestar apenas saúde curativa. Além de serem ações contrárias às práticas preventivas defendidas pelos sanitaristas, contribuiu para o agravamento das situações de mortalidade geral e infantil, ressurgimento de doenças já erradicadas e epidemias de meningite.

Ainda nesse período, houve a intenção de um Plano Nacional de Saúde, que o Ministério da Saúde não conseguiu implantar, por não prever sustentabilidade a longo prazo. A Central de Medicamentos (CEME) implantada só conseguiu se firmar enquanto produtora e distribuidora para a rede oficial, sem influir na competitividade do mercado, e a Previdência priorizou terceirização de serviços, favorecendo o setor privado, ao invés de ampliar sua própria estrutura.

Em 1978, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social



Mestrado em Educação
Revista Profissão Docente

UNIUBE – Universidade de Uberaba
ISSN:1519-0919

www.uniube.br/propep/mestrado/revista/



(SINPAS) que reuniu todos os órgãos de assistência e previdência no INPS.

A segunda metade da década de 70 até o início da década de 80 do século XX, considerada por Bravo (1996) como o “início do processo de distensão política” permitiu visibilidade às contradições: de um lado, o governo querendo prolongar seu controle sobre a sociedade e, de outro, a mobilização da sociedade pressionando por mudanças. Tido como período de esforços para a redemocratização foi, segundo Gohn (2001c, p. 114), “um dos mais ricos períodos do país no que diz respeito a lutas, movimentos e, sobretudo, projetos para o país”, dentre os quais, pela natureza do nosso objeto de estudo, destacamos os movimentos populares nos bairros, principalmente os voltados à instalação de postos de saúde ou melhoria nos já existentes.

As manifestação de insatisfação, tanto pela população quanto por grupos como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), Comunidades Eclesiais de Base (CEB's), forçaram o governo a um processo de abertura que levou à revogação do Ato Institucional número cinco (AI5), da Lei de Segurança Nacional. A concessão de Anistia aos exilados e a expansão das políticas sociais para atender às diferentes expressões da questão social que se acentuava devido à crescente pauperização da população, foram os grandes marcos desse período.

Paralelamente, ocorreu no interior do setor público um aumento da tensão entre os defensores do modelo médico-social e o setor privado. Segundo Bravo (1996) os primeiros, ao ocuparem cargos no Ministério da Saúde, ampliaram suas possibilidades de criticar o “pensamento sanitarista campanhista” e ampliar as bases de discussão e defesa de práticas preventivas e educativas que levassem em conta a participação da população, movimento que ficou conhecido como Reforma Sanitária.

Em 1975, 1977 e 1979 aconteceram, respectivamente, a V, VI e VII Conferências Nacionais de Saúde, priorizando discussões sobre o Sistema Nacional de Saúde, com ênfase para as propostas defendidas pela Reforma Sanitária, levando a



Mestrado em Educação
Revista Profissão Docente

UNIUBE – Universidade de Uberaba
ISSN:1519-0919

www.uniube.br/propep/mestrado/revista/



UNIUBE
Educação e Responsabilidade Social

reformulações no Sistema de Saúde que foram aos poucos incorporando, segundo Bravo (1996, p. 44), os princípios de “aumento de cobertura, coordenação institucional, financiamento multilateral, regionalização, hierarquização dos serviços, integralidade de atenção à saúde, participação das comunidades...” culminando na criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência, responsável pela assistência médica, previdenciária e assistencial.

O Movimento Sanitário cuja origem remonta ao final da década de 60, teve grande expansão na década de 70. Esse movimento protagonizado por profissionais da saúde vinculados, segundo Baptista (2005), a instituições de ensino como “Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro (IMS/Uerj), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), tinha como principal objetivo, segundo Baptista (2005, p.23), “reverter a lógica da assistência à saúde” que se mostrara ineficaz e ineficiente no atendimento à saúde por focalizar o aspecto curativo e não o preventivo e, ainda, fazê-lo em precárias condições e privilegiando interesses econômicos de grupos ligados ao setor da saúde.

Baptista (2005) destaca que as quatro teses defendidas por esse movimento: saúde como direito do cidadão, sistema único contemplando ações preventivas e curativas, descentralização da gestão administrativa e financeira para os Estados e municípios e participação da população para controle social das ações, foram sendo divulgadas por meio de encontros e produção teórica voltados à saúde coletiva, ainda que, apesar das reformas, a ênfase do sistema continuasse em torno das ações curativas.

A política de saúde, que ainda priorizava estas ações e privatização da medicina, entrou em crise e às manifestações de insatisfação da população juntaram-se ações dos sindicatos e de entidades dos profissionais da saúde, ampliando e reforçando a luta nesse campo visando melhoria dos serviços e alterações nessa política setorial.

A década de 80 inaugurou uma fase na qual não era só o governo que discutia as

questões de saúde. A maior aproximação entre representantes do movimento da Reforma Sanitária, os movimentos populares e de trabalhadores representou uma força cuja pressão impedia que o governo tomasse decisões sem levar em conta as reivindicações da sociedade.

f) Sexta etapa: de 1981 a 1989

A crise no setor saúde adquiriu visibilidade com a volta de doenças já erradicadas, como a febre amarela e a malária, epidemias de cólera, dengue e avanço da Aids, diminuição de leitos devido ao descredenciamento dos hospitais particulares sob argumento de que os repasses do governo eram insuficientes para manter os serviços, e também porque os recursos da Previdência foram aplicados em obras e serviços públicos que não geraram retorno, conforme referência anterior.

Um diagnóstico da crise, realizado por um grupo de trabalho do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) do Ministério da Previdência e Assistência Social apontou, segundo Baptista (2005, p. 28), para “uma rede de saúde ineficiente, desintegrada e complexa, indutora de fraude e de desvio de recursos” e indicação de propostas para reestruturação do setor, que, implantadas, embora nem todas tenham contribuído para a efetivação dos princípios propostos pelo Movimento da Reforma Sanitária, criaram, segundo essa autora, “condições para a discussão sobre a democratização e a universalização do direito à saúde”.

Assim, a partir de 1982, com a participação dos simpatizantes da Reforma Sanitária e debates em diferentes setores da sociedade civil, foram implantadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), reunindo recursos das três esferas de governo (União, Estados e municípios) alicerçadas nos princípios de universalização, descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, democratização das decisões e ênfase na atenção primária e preventiva.

Ocorreram, nesse período, eventos importantes como as reuniões com os representantes de Secretarias Estaduais de Saúde de Minas Gerais, São Paulo, Rio de



Janeiro e Espírito Santo; reuniões da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, reuniões específicas sobre as AIS e um grande Simpósio² no qual foram discutidos assuntos sobre assistência à saúde numa perspectiva democrática, previdência para trabalhadores rurais e financiamento para saúde cujas conclusões traziam um diagnóstico da situação de saúde, ressaltando as

disparidades regionais e relacionando-as com os efeitos perversos do modelo econômico concentrador e excludente, [sugerindo] universalização do acesso aos serviços (saúde, previdência, educação, habitação) e equidade desses serviços sob controle democrático da sociedade [e] como princípios básicos norteadores da política de saúde, foram explicitados: saúde é um direito do cidadão e dever do Estado; a [...] saúde da população [...] intimamente relacionada à elevação qualitativa das condições de vida [...]; profundo debate e a participação popular” (BRAVO, 1996, p.73-74).

que posteriormente foram, embora não integralmente, incluídas no Plano de Ação do Governo, juntamente com a criação de um sistema unificado de saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 representou, segundo essa autora, um marco por vários aspectos:

- Pelo temário, que contemplava a saúde como direito; reformulação do sistema orientado pelos princípios de descentralização, universalização, participação; redefinições dos papéis do Estado nas três esferas de governo e financiamento;
- Pelo número de participantes – cerca de 4.500, com mil delegados representando diversos segmentos, exceção feita ao segmento das empresas de saúde, que não participou por discordar em dois aspectos: o tema voltado à saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a ampliação do número de

²Trata-se do V Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, ocorrido em Brasília - DF em 1984, que congregou 500 participantes entre parlamentares, técnicos, Secretarias de Saúde das esferas estadual e municipal, entidades de classe e da sociedade civil. Conforme BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Editora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.

delegados;

- Ampla divulgação do relatório final;
- Conceito ampliado de saúde como resultante das condições de vida e trabalho, a “ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. **Anais**, 1987, p. 382);

- Abriu o debate com a sociedade: instituições ligadas à saúde, órgãos de classe, sindicatos, partidos, população, parlamentares;
- Abriu espaço para posteriormente se realizarem conferências para temas específicos (saúde do trabalhador, da mulher, do índio, mental) e criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária;
- Incrementar ações nas áreas de habitação, saneamento, alimentação para redução dos índices de mortalidade e morbidade;
- Reforma administrativa da Previdência para viabilizar a implantação do Sistema Unico de Saúde.

As repercussões dessa Conferência foram como ondas de propagação de uma “politização da saúde” (BRAVO, 1996, p.83), que desembocou e compôs o cenário de mobilização nacional para elaboração da nova Constituição Federal no período 1986-1988.

Apesar da crise econômica e social, ou exatamente pela sua existência (caracterizada pelos altos índices da inflação, recessão, arrocho salarial e descrédito da população em relação aos partidos e aos políticos), o período foi marcado pelo fortalecimento do movimento sindical e grande mobilização da sociedade acompanhando e encaminhando propostas à Assembléia Constituinte encarregada de elaborar a nova Constituição para o País.



Nesse amplo debate as questões de saúde passaram a ser discutidas não somente por técnicos e, associada à noção de direitos e democracia, ocuparam importante espaço no cenário nacional.

O texto constitucional introduz dispositivos democratizantes como o plebiscito, o referendo, a iniciativa popular e institucionaliza a participação social como elemento relevante no processo de democratização do país. Na área da saúde, incorpora grande parte dos ideais do Movimento Sanitário e é a primeira Constituição do país a incorporar uma seção exclusiva para a saúde, institui o Sistema Único da Saúde e apresenta suas diretrizes: a *descentralização*, o *atendimento integral* e a *participação da comunidade*.

g) Sétima etapa: de 1990 até os dias atuais

A década de 80 e a primeira metade dos anos 90 foram consideradas por Bravo (1996, p.125) como a “época da negociação e a era dos direitos”, um

período de intensa movimentação social, dado pelas características da conjuntura política e bastante ampliado pela dimensão dos problemas sociais, pelo aumento do contingente populacional do país e pela facilidade de divulgação e reprodução das ações coletivas pelos meios de comunicação de massas.

Período no qual afloram grandes movimentos: Contra a Fome; Meninos de Rua; Diretas Já; de Aposentados; de Luta pela Terra; Contra a Inflação; Mutuários; Feministas; Negros; Ecológicos dentre outros, crescimento do número de Organizações Não-Governamentais e estabelecimento de parcerias destas com o poder público, fruto, também, do processo de desregulamentação do papel do Estado e transferência de responsabilidades públicas para a sociedade civil.

A ampliação da participação política com reivindicações de melhoria na infraestrutura urbana (transporte, iluminação, pavimentação, saneamento, escolas, creches, postos de saúde), resultou na criação da Coordenação Nacional das Associações de Moradores (CONAM), entidade de âmbito nacional com a finalidade de aglutinar, fortalecer e respaldar as lutas, evidenciando o revigoramento da sociedade civil e sua



Mestrado em Educação
Revista Profissão Docente

UNIUBE – Universidade de Uberaba
ISSN:1519-0919

www.uniube.br/propep/mestrado/revista/



UNIUBE
Educação e Responsabilidade Social

força propulsora capaz de envolver parlamentares nas lutas, constituindo-se em aliados no enfrentamento à opressão econômica e defesa da democratização da sociedade.

A década de 90 foi significativamente marcada pela aprovação da Lei 8080/90, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, regulamentando os artigos 196 até o 200 da Constituição Federal, que tratam sobre a saúde e pela aprovação da Lei 8142/90, que trata sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema e das transferências inter-governamentais de recursos financeiros.

O artigo 2º da Lei Orgânica da Saúde vincula a condição de saúde da população às condições de alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais, portanto, expressão da organização econômica e social do país.

O atendimento às diretrizes de *descentralização, atendimento integral e participação da comunidade* requer, segundo documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 1990), atenção aos princípios organizativos: regionalização e hierarquização, resolubilidade; descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado. Esses pressupostos foram assegurados, certamente, como fruto do movimento e articulação de diversos atores que, defendendo valores éticos e morais, priorizaram e insistentemente defenderam a necessidade de melhores condições de vida e saúde para o conjunto da sociedade brasileira, mesmo quando, após a efervescência dos anos 80, ocorre, nos anos 90, um refluxo da participação da sociedade nos movimentos organizados.

No entanto, mais do que um processo de acomodação no sentido sociológico do termo, acredito que as pessoas, na década de 90, buscaram outras formas de articulação e lutas, recorrendo à virtualidade dos meios informacionais para comunicar idéias, produzir e socializar saberes e intercalar momentos “à distância” e “presenciais” como estratégias para continuar avançando em direção à humanização, como – temos observado – a ação do Movimento Popular de Saúde (MOPS), a Rede de Educação



Mestrado em Educação
Revista Profissão Docente

UNIUBE – Universidade de Uberaba
ISSN:1519-0919

www.uniube.br/propep/mestrado/revista/



Popular e Saúde (Redepop) e a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS).

Apresentam-se sob novas formas de organização, mobilização e com estruturas flexíveis. Aglutinam contestação e propostas, discutem estratégias e táticas, fazem o exercício de conviver com o diferente: idéias, ideologias, práticas, culturas, evidenciando um acompanhar a “evolução dos tempos” e nesse tempo se fazer atual sem esquecer a história nem a utopia.

Os anos 90 foram de otimismo em torno da consolidação do SUS como parte do tripé da seguridade social brasileira, objetivando a:

- Saúde como direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante acesso universal e igualitário às políticas sociais e econômicas para redução de riscos e agravos à saúde, a serem regulamentadas, fiscalizadas e controladas pelo Poder Público e por ele executadas diretamente ou através de pessoa física ou jurídica de direito privado;
- Instituição de um Sistema Único, que contemple rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada, que garantisse atendimento integral, priorizando atividades preventivas e com participação da comunidade, a ser financiado pelas três esferas de governo;
- Participação da iniciativa privada, entidades filantrópicas e sem fins lucrativos como complementar ao sistema único, mediante contrato e proibição dos repasses de recursos públicos para aquelas com fins lucrativos e estrangeiras;
- Regulação das condições e requisitos que envolvem transplante, transfusão, pesquisa e tratamento;
- Formulação de políticas e execução de ações para saneamento básico, controle e fiscalização de procedimentos, produtos, substâncias e alimentos; vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador; investir na formação dos



Mestrado em Educação
Revista Profissão Docente

UNIUBE – Universidade de Uberaba

ISSN:1519-0919

www.uniube.br/propep/mestrado/revista/



UNIUBE
Educação e Responsabilidade Social

recursos humanos da saúde e colaborar na proteção do meio ambiente.

Na operacionalização dos princípios organizativos, destacamos o processo de descentralização político-administrativa com a municipalização dos serviços de saúde. A municipalização pode ser compreendida como uma estratégia para a mudança do paradigma da atenção à saúde: passar do enfoque curativo ao preventivo, formular políticas a partir do diagnóstico local e contar com a participação social no processo decisório.

No entanto, o otimismo também foi importante para enfrentar os reflexos da chamada política de ajuste neoliberal que, avançando como uma onda, pressionou o governo a promover reformas tendo em vista o enxugamento dos gastos e a construção de um estado mínimo. Nesse sentido, as reformas têm tido como eixo a desresponsabilização do Estado que transfere para a sociedade civil atividades antes sob sua responsabilidade, colocando em risco as políticas sociais, inclusive a da saúde.

Bravo (2006) destaca dessa conjuntura, situações preocupantes: ênfase dada às parcerias com a sociedade civil, refletindo na precarização e terceirização dos recursos humanos, refilantropização como forma de redução dos custos, descumprimento de dispositivos constitucionais e legais, omissão na regulamentação e fiscalização, priorização para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de prevenção, remuneração por produção que abre espaço para corrupção, a desarticulação entre as políticas de assistência social e previdência e o risco de eliminar o percentual fixo que as três esferas de governo devem investir na saúde e na educação.

Com isso o projeto defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária pode perder espaço para os interesses de mercado, motivo pelo qual o tema tem sido objeto de discussões e debates em diferentes fóruns, configurando um movimento de defesa das diretrizes e pressupostos do SUS para garantir que a saúde continue sendo um direito do cidadão e um dever do estado.

Dificuldades e avanços compõem a complexa realidade das políticas públicas e,



Mestrado em Educação
Revista Profissão Docente

UNIUBE – Universidade de Uberaba

ISSN:1519-0919

www.uniube.br/propep/mestrado/revista/



UNIUBE
Educação e Responsabilidade Social

tendo em vista o princípio da integralidade, em 2004 o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Humanização que tem, como eixo norteador, a humanização das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Trata-se de uma política de caráter transversal a “operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS [para] ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p. 6-7).

POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: REAFIRMAÇÃO DE DIREITOS

Behring (2006, p. 1-2) diz que “política social é um tema complexo e muito discutido no âmbito das ciências sociais, em especial da ciência política e da economia política [que a consideram] um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa, ou seja, do específico modo capitalista de produzir e reproduzir-se”.

Essa posição está em sintonia com nossas colocações no início deste texto, quanto ao fato de que as políticas públicas são instituídas como resposta aos desequilíbrios sociais e, por mais que aparentem e de fato representem proteção ao cidadão, têm suas raízes comprometidas com as necessidades de reprodução do capital. De um lado, os trabalhadores pressionam para assegurar condições que garantam a afirmação histórica dos direitos (Comparato, 2004) e, de outro, os grupos vinculados ao capital organizam estratégias para conter ou corroer as conquistas e aumentar sua hegemonia.

Behring (2006) faz uma retrospectiva para localizar a origem da relação entre Estado, sociedade civil e condições de bem estar, tendo o Estado como o instrumento de regulação e garantia dessas condições por meio das políticas sociais. Nesse resgate a autora afirma que o papel do estado começou a ser discutido nos séculos XVI e XVII quando as “leis divinas” deixaram de guiar as sociedades, sendo substituídas pelas “leis



Mestrado em Educação
Revista Profissão Docente

UNIUBE – Universidade de Uberaba

ISSN:1519-0919

www.uniube.br/propep/mestrado/revista/



UNIUBE
Educação e Responsabilidade Social

humanas” mediadas pelo estado e foram incorporando contribuições de pensadores como Hobbes, Lock, Rousseau e Keynes para, no século XX, se firmar a noção da necessidade de um estado intervencionista para regular as relações que se estabelecem a partir de interesses divergentes.

É nesse campo contraditório que a saúde integra a segunda geração de direitos abordada anteriormente e depende da participação dos cidadãos para assegurá-la como direito.

No Brasil, a saúde, como um campo de mediação entre Governo e sociedade, registra desde ações “intervencionistas” de cunho controlador até propostas participacionistas, estas compreendidas como desejáveis por serem estratégias para a sociedade controlar o governo por meio das políticas públicas.

Este enfoque foi incrementado após a promulgação da Constituição de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde, cujos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade e princípios organizativos de regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado foram incorporados nas Leis 8.080/90 e 8.142/90 e Decreto 99.438/90, nas Constituições estaduais, nas Leis Orgânicas dos municípios e regulamentados por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1993, 1996, e pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002. Atualmente se discute o “pacto pela Saúde”, instituído pela Portaria 399/2006. São essas normatizações que definem as formas para transferência de recursos entre as esferas de governo, modalidades de pagamento dos serviços de saúde, orientam sobre o processo de descentralização e formação da rede de atendimento. Portanto, as NOBs, a partir da avaliação do processo de implantação e desempenho do SUS, definem estratégias e táticas que orientam a operacionalidade do Sistema.

Os princípios constitucionais atestam o reconhecimento da saúde como um direito social a ser assegurado mediante uma política social específica, revertendo a



situação até então vigente, de garantir assistência médica e odontológica somente aos beneficiários da Previdência.

Assim, o SUS passou a ser estruturado de modo a atender aos princípios constitucionais norteadores da política de saúde, uma política que, por ser pública, é de toda a sociedade e não de um governo, condição que a coloca acima de programas eleitoreiros e, como tal, susceptível a riscos de descontinuidades. Supõe, enquanto sistema, uma rede de organizações (públicas, privadas e filantrópicas) articuladas em torno dos princípios, diretrizes e normatizações propostos para a área.

Assentada nos princípios e diretrizes já referidos, a política de saúde, segundo Gouveia e Palma (2003, p.15) “caminha na contramão do neoliberalismo e da exclusão social” porque a

universalidade ampliou para todos o direito à saúde, entendida como dever do Estado, baseada no conceito de seguridade social [...] *equidade* aponta para o enfrentamento da desigualdade social [...] *descentralização* [rompe] com a tradição autoritária, vertical e impessoal das estruturas do Estado brasileiro [...] e a *participação social* se dá especialmente por meio dos Conselhos de Saúde [...] com caráter deliberativo e composição que privilegia as entidades e os movimentos da sociedade civil, que têm garantido por lei 50% de suas vagas, sendo a outra metade dividida entre representantes dos trabalhadores (25%) e dos prestadores de serviço (25%), encontrando-se nesta última fração os governos, o setor filantrópico e o privado lucrativo [...] [constituindo] hoje a mais importante e avançada política social em curso no país (GOUVEIA e PALMA, 2003, p.18-19).

Tendo a legislação e as normatizações como guia e ao mesmo tempo por elas “vigiados”, as três esferas de governo buscaram adequar-se às novas orientações intensificando a interlocução com os setores populares e prestadores de serviços para criação dos Conselhos de Saúde nas três esferas. Outra iniciativa foi a realização, com maior regularidade, das Conferências Nacionais de Saúde, precedidas por Conferências estaduais e municipais, com participação de delegados, e realizadas “sob os olhos” dos Conselhos de Saúde em cada instância governamental.

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO NA SAÚDE



Mestrado em Educação
Revista Profissão Docente

UNIUBE – Universidade de Uberaba
ISSN:1519-0919

www.uniube.br/propep/mestrado/revista/



UNIUBE
Educação e Responsabilidade Social

O processo de democratização política do país, inscrito no texto constitucional, principalmente no título que trata “Da Ordem Social”, insere a participação da comunidade ora como diretriz, ora como objetivo, donde apreende-se essa participação como direito do cidadão. Entende-se também que, se a comunidade, por meio dos cidadãos, organiza-se para essa participação, os resultados terão maior alcance e poderão favorecer a implantação de políticas de defesa dos direitos, com o intuito de melhor qualidade de vida.

Tendo como premissa essa participação, inclusive como forma de ampliar o controle social, a partir dos anos 90 do século passado, nas três esferas de governo foram criados os Conselhos Gestores no Brasil, de caráter opinativo, consultivo ou deliberativo, sendo que os Conselhos de Saúde seguem o modelo deliberativo.

Na Saúde, a idéia de criação de Conselhos nas esferas local, municipal, regional, estadual e nacional, congregando representantes do governo e da sociedade civil, começou a ser elaborada na VIII Conferência, em 1986. A Lei 8.080/90 menciona, como referido anteriormente, a participação como mecanismo de controle social, e a Lei 8.142/90 é que define as diretrizes, estrutura e mecanismos de operacionalização.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), os Conselhos de Saúde têm por objeto o estado de saúde da população; os princípios constitucionais da universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização, regionalização e participação; os modelos assistenciais: velho (saúde como mercadoria) e novo (saúde como direito); o modelo de gestão financeira e as instituições representadas no Conselho. Decorrente desses objetos, o Ministério define os objetivos dos Conselhos para que efetivamente contribuam na gestão do SUS: atenção às situações de riscos sociais e epidemiológicos que coloquem os cidadãos em condições de vulnerabilidade; priorizar serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde; estabelecer diretrizes e estratégias tanto para planejamento quanto para execução de ações; acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas; manter-se informado e ou buscar



Mestrado em Educação
Revista Profissão Docente

UNIUBE – Universidade de Uberaba

ISSN:1519-0919

www.uniube.br/propep/mestrado/revista/



UNIUBE
Educação e Responsabilidade Social

informações necessárias para cumprir suas atribuições.

Esse mesmo documento aponta o fato de os Conselhos integrarem a estrutura legal do Poder executivo como uma conquista da sociedade, com a finalidade de

Assegurar a construção de um modelo assistencial baseado nos direitos de cidadania de toda a população, intersetorial, em defesa da vida e da saúde, e com acesso universal e equitativo a todos os níveis da atenção integral à saúde, da coletividade, dos grupos populacionais expostos a riscos específicos e de cada indivíduo (BRASIL, 2002, p. 26).

Pelo exposto, vislumbramos os Conselhos como órgãos potenciais para contribuir na disseminação e fortalecimento dos preceitos democráticos, pois impulsionam o Estado à revisão das tradicionais formas, verticalizadas e pactuadas com o capital, de governar. Tal revisão tem favorecido a ampliação de ações inclusivas e protetivas para grupos populares e ao mesmo tempo em que gera discursos e práticas mobilizadores, aglutinadores e formadores de cidadãos como protagonistas da vida pública, para formar, fazendo uma analogia ao Movimento Sanitário e utilizando a expressão cunhada no documento do Ministério da Saúde (2002, p.31), um “exército de novos atores”.

Movidos pelos ideais democráticos, governos municipais, além de instituírem os Conselhos Municipais de Saúde também criaram Conselhos Locais, conforme aventado na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tomada de consciência sobre a posição que ocupa no seu espaço de vivência, a possibilidade de conversar sobre a condição de vida e a disposição para tomar parte em movimentos reivindicatórios de direitos tem sido um caminho trilhado por cidadãos, conhecidos e anônimos, no processo de construção das políticas públicas, não só no Brasil.

Tal caminho não tem sido linear: avanços, esperas e por vezes até mesmo recuos têm sido marcas expressivas de uma luta para humanizar as próprias pessoas e o mundo.



Mestrado em Educação
Revista Profissão Docente

UNIUBE – Universidade de Uberaba

ISSN:1519-0919

www.uniube.br/propep/mestrado/revista/



UNIUBE
Educação e Responsabilidade Social

Uma luta que é cotidiana, em diferentes espaços, com diferentes protagonistas, estratégias e instrumental. No entanto, é essa pluralidade que se espalha, se conecta e cria raízes que tem tornado possível manter acesa a chama que ilumina o próprio caminho a ser trilhado, desvendado e transformado.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos no Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 11-41

BEHRING, Elaine Rossetti. Fundamentos da política social. In: MOTTA, Ana Elisabete et al. **Serviço social e saúde: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa e Serviço Social (ABEPSS), 2006. 1 CD ROM.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: APM, 2000, v. 1., p. 35-54.

_____. Lei nº 8.124 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências. Brasília. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. v. 1. 2000, p. 55-57.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.



Mestrado em Educação
Revista Profissão Docente

UNIUBE – Universidade de Uberaba

ISSN:1519-0919

www.uniube.br/propep/mestrado/revista/



UNIUBE
Educação e Responsabilidade Social

_____. Ministério da Saúde. **A prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Política de Saúde no Brasil. In: MOTTA, Ana Elisabete et al. **Serviço Social e saúde: trabalho e formação profissional.** São Paulo: ABEPSS, jul. 2006, Cap. 5., 1 CD ROM.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. Brasília. **Relatório Final...** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

DEMO, Pedro. **Política social, educação e cidadania.** Campinas: Papiurus, 1994.

(Magistério, formação e trabalho pedagógico).

GOHN, Maria da Glória Marcondes. **História dos movimentos e lutas sociais: a construção da cidadania dos brasileiros.** 2. ed. São Paulo: Loyola, 2001c.

GOUVEIA, Roberto; PALMA, João. O SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **SUS 15 anos: experiências e desafios. Saúde em Revista,** Piracicaba, v. 5, n. 11, p. 15-20, set/dez. 2003.

OLIVEIRA, Francisco de. **A questão do Estado: vulnerabilidade social e carência de direitos.** Varal de Textos/Política Social. Disponível em: <<http://www.redepopsaude.com.br>>. Acesso em: 03 jun.2004.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde - Cefor. **História das políticas de saúde no Brasil.** Roteiro e direção de Renata Tapajós. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo; Cefor, Julho de 2006. 1 DVD, (40 min.), som., preto e branco.



Mestrado em Educação
Revista Profissão Docente

UNIUBE – Universidade de Uberaba
ISSN:1519-0919

www.uniube.br/propep/mestrado/revista/



UNIUBE
Educação e Responsabilidade Social

Ana Maria Giusti Barbosa

Doutora e Mestre em Educação pela UFSCar. Especialização em Instrumentação didático-pedagógica pelas Faculdades Integradas Maria Imaculada e em Planejamento Social pelo ISCA de Limeira. Sua pesquisa de doutorado foi “Processos de participação para o controle social em comissões locais de saúde: educar-se no cotidiano”. Atualmente é professora no curso de Serviço Social das Faculdades Integradas Maria Imaculada, centro de Piracicaba.

Endereço eletrônico: anagiust@terra.com.br

Artigo recebido em novembro/2009
Aceito para publicação em janeiro/2010

