

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) SOB A PERSPECTIVA HISTÓRICA DOS MOVIMENTOS SOCIAIS

*Carlos Renato Theóphilo**

*Reginaldo Moraes de Macedo ***

*June Marize Castro Silva Martins****

Resumo: O presente estudo tem por objetivo analisar como a participação dos movimentos sociais influenciou a estruturação do Sistema Único de Saúde. A pesquisa é crítico-reflexiva e utilizou fontes bibliográficas que permitissem definir o que são “movimentos sociais”, bem como descrever o processo de discussão e elaboração da proposta de constituição do Sistema Único de Saúde. Para Castells (2006, p. 386), o movimento social “[...] nasce do encontro de uma dada combinação estrutural, que acumula várias contradições, com um tipo de organização. Todo movimento social provoca, por parte do sistema, um contra-movimento que

* Mestre e Doutor em Controladoria e Contabilidade pela FEA/USP. Professor-pesquisador da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), no curso de Graduação em Ciências Contábeis e no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Social (PPGDS). Professor-pesquisador da Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis, Atuariais e Econômicas (Fipecafi/USP). Membro da Academia Mineira de Ciências Contábeis. Membro da Academia Brasileira de Ciências Brasileira de Ciências Contábeis. E-mail: crtheophilo@uol.com.br

** Doutorando em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG/FACE/Cepead). Mestre em Desenvolvimento Social pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Professor do Departamento de Ciências da Administração da Unimontes e do Curso de Graduação em Engenharia da Produção das Faculdades Santo Agostinho (FASA). E-mail: reginaldo.m.macedo@gmail.com

*** Mestre em Administração pela FEAD. Professora do Curso de Graduação em Administração das Faculdades Integradas Pitágoras, do Departamento de Ciências da Administração da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) e do Curso de Graduação em Administração das Faculdades Integradas do Norte de Minas (Funorte). E-mail: junemarize@yahoo.com.br

nada mais é do que a expressão de uma intervenção do aparelho político (integração-repressão) visando à manutenção da ordem”. Pode-se depreender que o Sistema Único de Saúde constituiu significativo avanço no planejamento, execução e fiscalização das políticas e ações de saúde e que a participação dos movimentos sociais (em meio ao processo conhecido como Movimento da Reforma Sanitária) teve papel decisivo na formulação de sua proposta conceitual, estrutural, funcional e jurídica e que a participação da comunidade é fundamental para consolidação do SUS.

Palavras-Chaves: movimentos sociais, Reforma Sanitária, Sistema Único de Saúde (SUS)

Abstract: The present study it has for objective to present as the participation of the social movements influenced the organization of the Only System of Health. The research how much to its ends, it is considered exploratory, and in relation to the ways of inquiry is classified as bibliographical, having been consulted books and articles that allowed to define what they are “social movements”, as well as describing the process of quarrel and elaboration of the proposal of constitution of the Only System of Health. For Castells (2006, p. 386), the social movement “[...] is born of the meeting of one given structural combination, that accumulates some contradictions, with a type of organization. All social movement provokes, on the part of the system, a countermovement that nothing more is of what the expression of an intervention of the device politician (integration-repression) aiming at to the maintenance of the order”. From the research and bibliographical analysis it can be inferred that the Only System of Health constituted significant advance in the planning, execution and fiscalization of the politics and action of health and that the participation of the social movements (in way to the known process as Movement of the Sanitary Reformation) had decisive paper in the formularization of its proposal conceptual, structural, functional and legal and that the participation of the community is basic for consolidation of the SUS.

Keywords: social movements, Health Reform, National Health System

Resumen: Este estudio tiene como objetivo presentar cómo la participación de los movimientos sociales influyó en la estructuración del Sistema Único de Salud. La investigación en cuanto a sus efectos, se considera exploratoria, y en relación con los medios de la investigación se ubica como la literatura, el uso de las fuentes,

los libros y artículos que permiten definir lo que son los “movimientos sociales” han sido consultados de primaria y secundaria, y describir el proceso de discusión y elaboración del proyecto de constitución del Sistema Único de Salud. Para Castells (2006, p. 386), el movimiento social “[...] viene del encuentro de una combinación estructural dado, que acumula múltiples contradicciones, con un tipo de organización. Cada movimiento social hace que, por el sistema, un contra-movimiento que no es más que la expresión de una intervención por parte del aparato político (integración-represión), destinado a mantener el orden”. A partir de la investigación y análisis de la literatura se puede deducir que el Sistema de Salud constituye un avance significativo en la planificación, ejecución y seguimiento de las políticas y programas en materia de salud y la participación de los movimientos sociales (en medio del proceso conocido como el Movimiento de la Reforma Sanitaria) desempeñado un papel decisivo en la formulación de su oferta conceptual, estructural, funcional y legal y que la participación comunitaria es esencial para consolidar el SUS.

Palabras-clave: movimientos sociales, de Reforma de la Salud, Sistema Nacional de Salud (SUS)

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) instituído pela Carta Magna de 1988 é o responsável pelo planejamento, coordenação, execução e fiscalização das políticas e ações públicas de saúde nas esferas municipal, estadual e federal. A despeito de todas as reclamações, justas em certa medida, principalmente, em função de problemas de subfinanciamento de suas atividades, o SUS representou avanço considerável no trato das questões relacionadas à saúde. (AGUIAR, 2011; FARIA, 1995)

A gestação do SUS está intimamente relacionada à atuação dos movimentos sociais, principalmente, a partir da década de 1970, quando vários setores da sociedade formaram o que passou a ser conhecido como Movimento da Reforma Sanitária, com vistas à construção de sistema integrado de saúde que corrigisse as iniquidades do padrão vigente baseado na especialização médica, mercantilização da saúde, principalmente em nível hospitalar, e foco em ações puramente emergenciais.

O presente estudo, então, tem por objetivo analisar como a participação dos movimentos sociais influenciou a estruturação do Sistema Único de Saúde. A fim de se atingir o objetivo proposto e tratando-se de pesquisa crítico reflexiva, desenvolvida com base em fontes bibliográficas, foram consultados livros e artigos que permitissem definir o que são “movimentos sociais”, bem como descrever o processo de discussão e elaboração da proposta de constituição do Sistema Único de Saúde.

2 DESENVOLVIMENTO

Ao se tratar dos movimentos sociais, as principais fontes consultadas foram artigos e capítulos de obras de Touraine (2006) e Castells (2006, 2008), assim como obras e artigos, principalmente, Gohn (2003, 2004, 2005). Em relação ao Movimento da Reforma Sanitária, as principais fontes consultadas foram Faria (1995) e Aguiar (2011).

2.2 Os Movimentos Sociais

Touraine (2006) inicia a discussão sobre os movimentos sociais em ponto anterior à própria discussão em si, ao debater a respeito da necessidade de definição dos mesmos no contexto da sociedade pós-industrial.

Na opinião do autor, faz-se necessário compreender que o termo movimento social não deve ser utilizado indiscriminadamente para referir-se a “qualquer tipo de ação coletiva, conflito ou iniciativa política”, mas sim ter reservado o seu emprego “[...] ao conjunto de fenômenos que, de fato, receberam esse nome no decorrer de uma longa tradição histórica”. (TOURAINÉ, 2006, p. 2)

Movimento social é a combinação de um conflito com um adversário social organizado e da referência comum dos dois adversários a um mecanismo cultural sem o qual os adversários não se enfrentariam, pois poderiam se situar em campos de batalha ou em domínios de discussão completamente separados – o que impediria, por definição, tanto o conflito e o enfrentamento quanto o compromisso ou a resolução de conflito. (TOURAINÉ, 2006, p. 3)

Castells (2008, p. 95), analisando a tipologia clássica apresentada por Touraine, define movimento social de acordo com três princípios “[...] a identidade do movimento, o *adversário* do movimento e a visão ou modelo social do movimento, que aqui denomino *meta* social”. E complementa:

[...] em minha adaptação (que acredito estar coerente com a teoria de Touraine), identidade refere-se à autodefinição do movimento, sobre o que é, e nome de quem se pronuncia. Adversário refere-se ao principal inimigo do movimento, conforme expressamente declarado pelo próprio movimento. Meta Social refere-se à visão do movimento sobre o tipo de ordem ou organização social que almeja no horizonte histórico da ação coletiva que propõe.

Castells (2006, p. 386), por sua vez, entende que o movimento social:

[...] nasce do encontro de uma dada combinação estrutural, que acumula várias contradições, com um tipo de organização. Todo movimento social provoca, por parte do sistema, um contra-movimento que nada mais é do que a expressão de uma intervenção do aparelho político (integração-repressão) visando à manutenção da ordem.

Ainda segundo Castells (2008), os movimentos sociais podem ter função de alterar a dinâmica conjuntural e estrutural da sociedade, preservá-la, realizar ambas as ações ou nenhuma delas

Os movimentos sociais, para Touraine, de acordo com Gohn (2004, p. 145) “[...] são sempre, em última análise a expressão de um conflito de classes [...] todo movimento social é voltado para uma ação crítica, que repousa sobre a contradição e não sobre o conflito”.

Conforme Mellucci (1994, p. 189), os movimentos sociais representam o espaço em que se podem gerar mudanças no contexto das relações sociais uma vez que constituem “[...] aquela parte da realidade social na qual as relações sociais ainda não são estão cristalizadas em estruturas sociais, onde a ação é a portadora imediata da tessitura relacional da sociedade e do seu sentido”.

Na visão clássica, os movimentos sociais estão intimamente relacionados aos movimentos revolucionários e à possibilidade e justificação do uso da violência

como instrumento legítimo para desenvolvimento das mudanças desejadas.
(ALEXANDER, 1998)

[...] os intelectuais responsáveis pela organização e pelo conteúdo ideológico dos movimentos revolucionários geralmente os concebiam de maneira instrumental, isto é, como meio eficiente para alcançar a distribuição radical dos bens. Aceitavam como uma inevitabilidade histórica o fato de que essas lutas dependiam da coerção e da violência. (ALEXANDER, 1998, p. 1)

Na visão de Gohn (2004), os movimentos sociais estão em constante transformação, motivada, principalmente, pelas alterações conjunturais e estruturais da sociedade em civil e política em que estes movimentos sociais encontram-se inseridos. “São objetos de estudo permanente. Enquanto a humanidade não resolver seus problemas básicos de desigualdades sociais, opressão e exclusão haverá lutas, haverá movimentos.” (GOHN, 2004, p. 20)

Essa autora aglutina diversos paradigmas e os apresenta sob três diferentes enfoques, quais sejam: a) o norte-americano, com as “Teorias Clássicas Sobre as Ações Coletivas”, as “Teorias Contemporâneas Norte-Americanas da Ação Coletiva e dos Movimentos Sociais” e as “Teorias sobre Movimentos Sociais na Era da Globalização: a Mobilização Política – MP” (GOHN, 2004, p. 5); b) os europeus, com o “Paradigma dos Novos Movimentos Sociais” e o “Paradigma Marxista na Análise dos Movimentos Sociais” (GOHN, 2004, p. 6); e c) o latino-americano.

Em relação aos paradigmas norte-americanos, a **abordagem clássica** predominou até a década de 1960 e embora não se possa considerá-la homogênea é possível estabelecer os fatores em comum, quais sejam, “[...] o núcleo articulador das análises é a teoria da ação social e a busca de compreensão dos comportamentos coletivos é nela a principal meta”. (GOHN, 2004, p. 23).

Em complemento, ainda segundo Gohn (2004, p. 23-24):

A ênfase na ação institucional, contraposta à não-institucional, também era uma preocupação prioritária e um denominador que dividia os dois tipos básicos de ação: a do comportamento coletivo institucional e a do não-institucional.

A ação não-institucional ocorria fora dos padrões e normas sociais gerando tensões que originavam respostas dos órgãos do controle social que poderiam materializar-se sob a forma de represálias e, conseqüente retorno à condição anterior, ou adaptação da estrutura social que, neste caso, poderia assumir, total ou parcialmente, as insatisfações apresentadas pelo movimento social.

[...] as insatisfações que geravam as reivindicações eram vistas como respostas às rápidas mudanças sociais e à desorganização social subsequente [...] os comportamentos coletivos eram considerados pela abordagem tradicional norte-americana como fruto de tensões sociais. (GOHN, 2004, p. 24)

A **Teoria da Mobilização dos Recursos** surgiu a partir das alterações ocorridas na sociedade americana, principalmente, relacionadas aos movimentos sociais surgidos na década de 1960 e que não podiam ser fácil ou adequadamente explicados pela Teoria Clássica. (GOHN, 2004)

A ideia básica nessa teoria é de que os movimentos sociais para realizarem seus intentos necessitam de recursos disponibilizados pelas organizações ou pelo sistema dominante e, desta forma, competem entre si em busca destes recursos, ou seja, conforme Gohn (2004, p. 52):

os diferentes grupos sociais competiriam entre si para obter recursos para suas ações, assim como a adesão de suas clientelas e as atenções das agências governamentais. Eles competiriam também na luta pela manipulação de imagens pela mídia, assim como por sua atenção.

Ainda, segundo Gohn (2004, p. 51):

Os movimentos surgem quando se estruturam oportunidades políticas para ações coletivas, assim como quando facilidades e líderes estão em disponibilidade. Os movimentos também estruturam o seu cotidiano segundo o estoque de recursos que possuem, sendo os principais, os econômicos, humanos e de comunicação.

Conforme McCarthy e Zald *apud* Alexander (1998), na Teoria da Mobilização de Recursos, as **organizações de movimentos sociais** são manipuladas em termos de táticas e princípios por seus líderes com intuito de gerar as insatisfações necessárias para que os ambientes hostis possam ser subjugados.

McCarthy e Zald *apud* Gohn (2004, p. 52) definiram a categoria “organização de movimentos sociais” porque

os movimentos sociais seriam estimulados não apenas pelos interesses de seus membros, mas também pelos agentes governamentais, entidades particulares e muitas outras organizações interessadas na promoção do produto objeto de demanda do movimento ou que ganhariam algo com ela.

Para Alexander (1998), a fim de que o estado atual do sistema possa ser alterado pelo movimento social, este necessita de recursos e de sua aplicação; surge então a relação entre as organizações e os movimentos sociais sendo que as primeiras conferem aos últimos as condições para seu funcionamento e isto, em última instância, ocorre por meio da mobilização dos recursos disponíveis.

[...] As ‘organizações’ conferem poder por aproximação, pois permitem aos movimentos ‘concretizar [...] objetivos’. Mas as organizações só se tornam poderosas se houver disponibilidade de recursos e, essas condições externas de ação, que escapam ao controle subjetivo, é que determinam a força da organização e, em última análise, seu sucesso [...] (ALEXANDER, 1998, p. 3)

Maia (2009, p. 2), por sua vez, conclui que “[...] isso significa que os recursos organizacionais por si – amplos orçamentos e número de participantes – não serão capazes de influenciar a mudança política”.

De acordo com Maia (2009), existe ainda uma dissidência na vertente da ‘mobilização de recursos’ conhecida como ‘mobilização política’. Gamson e Meyer (1996), Zald (1996), e Klandermans e Goslinga (1996), todos citados por Maia (2009, p. 3):

[...] diminuem a ênfase utilitária que os autores pioneiros davam à ação coletiva e introduzem elementos ideológicos e culturais como variáveis importantes para explicar como os movimentos sociais contribuem com a mudança social [...]

A Teoria da Mobilização Política, desenvolvida a partir das críticas à Teoria da Mobilização dos Recursos, enfoca o desenvolvimento político, o campo cultural, assim como a interpretação das ações coletivas foi novamente trazida à baila, isto é, nas palavras de Gohn (2004, pp. 69-70):

THEÓPHILO, Carlos Renato; MACEDO, Reginaldo Morais de; MARTINS, June Marize Castro Silva
O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a perspectiva histórica...

[...] passou-se a enfatizar a estrutura das oportunidades políticas, o grau de organização dos grupos demandatários, e a se aplicar a análise cultural na interpretação dos discursos dos atores dos movimentos. Ou seja, a linguagem, as ideias, os símbolos, as ideologias, as práticas de resistência cultural, tudo passou a ser visto como componente dos conflitos expressos nos discursos, numa análise menos preocupada com a desconstrução de textos e mais interessada nos símbolos e ideias presentes naqueles discursos, enquanto veículos de significados sociais que configuram as ações coletivas.

Maia (2009, p. 4) corrobora a afirmativa supra ao entender que o principal ponto de mudança da Teoria da Mobilização Política é que

[...] seus autores tendem a considerar particularmente os movimentos sociais e, ao lado das organizações em larga escala com propósitos específicos e burocráticos, passam a observar também as estruturas de organização de micro-escala. Defendem que não há uma diferença fundamental entre a ação coletiva institucional e aquela não institucional.

Neste contexto, para Gohn (2004, p. 73) “a Mobilização Política aproximou-se das teorias europeias denominadas ‘Novos Movimentos Sociais’”, uma vez que passou a utilizar a Psicologia Social como lente para a análise das questões *a priori* relacionadas aos movimentos sociais.

Os principais elementos constitutivos deste novo enfoque foram, ainda segundo a autora, a saber: “[...] a reconceitualização da figura do ator; as micro-relações sociais face a face; e a busca de especificação para os elementos gerados dentro de uma cultura sociopolítica, com determinados significados”. (GOHN, 2004, p. 73)

Quanto aos movimentos sociais que podem ser relacionados ao paradigma europeu, destacam-se o culturalista-acionalista e o neomarxista. (GOHN, 2004)

Os **Novos Movimentos Sociais** (ou culturalistas-acionalistas) encontram-se fundamentados: a) “[...] em modelo baseado na cultura” (GOHN, 2004, p. 121), embora cultura em sentido dissociado da visão marxista como instrumento de manifestação da ideologia; b) “[...] na negação do marxismo como campo teórico capaz de dar conta da explicação da ação dos indivíduos e, por conseguinte, da ação coletiva da sociedade contemporânea, tal como efetivamente ocorre” (GOHN, 2004, p. 122), uma vez que seus teóricos entendem que o modelo marxista tradi-

cional encontra-se atrelado ao estudo da ação coletiva apenas em “nível das estruturas, da ação das classes, trabalhando num universo de questões que prioriza as determinações macro da sociedade” (GOHN, 2004, p. 122) estando, assim, conceitual e estruturalmente limitado para analisar e compreender outros níveis de interação social como, por exemplo, o político e/ou o cultural; c) no abandono do “sujeito histórico redutor da humanidade, predeterminado, configurado pelas contradições do capitalismo e formado pela ‘consciência autêntica’ de uma vanguarda partidária” (GOHN, 2004, p. 122), tendo-se em vista, que a visão do novo sujeito é diametralmente oposta e baseada na geração de atores sociais que se apresentam como ente “coletivo difuso, não hierarquizado” (GOHN, 2004, p. 122), em busca de seus objetivos, mas paradoxalmente consciente e crítico de sua posição; d) na ação política, que ganha centralidade e redefinição. A dimensão política “[...] é utilizada [...] no âmbito das relações micro-sociais e culturais, ao contrário do paradigma americano [...] que trata a política mais no nível macro [...] do poder” (GOHN, 2004, p. 123); e e) no fortalecimento da identidade coletiva, haja vista, os dois principais aspectos de reconhecimento dos atores sociais serem justamente as ações coletivas e a identidade coletiva definida, resultado da implementação destas ações. “[...] O grande destaque será para a lógica que cria a identidade coletiva [...]” a qual “[...] tem centralidade [...]” nos Novos Movimentos Sociais. (GOHN, 2004, p. 123)

Alternativamente, o paradigma **marxista** refere-se “a processos de lutas sociais voltadas para a transformação das condições existentes na realidade social, de carências econômicas e/ou opressão sociopolítica e cultural”. (GOHN, 2004, p. 171)

No âmbito das análises contemporâneas neomarxistas destaca-se Castells ao propor nova abordagem para compreensão sobre as questões urbanas rejeitando, de início, “os estudos baseados nas variáveis espaciais, argüindo que o espaço é produto de um feixe de relações sociais”, conforme se pode evidenciar em Gohn (2004, p. 189).

De acordo com Castells (2006, p. 387-388), ao tratar de movimentos sociais faz-se necessário manter sempre em foco “o acúmulo de contradições” e “o papel da organização”.

Em relação aos **movimentos sociais brasileiros**, Gohn (2005) entende que a diminuição da visibilidade destes movimentos no contexto urbano, a partir da década de 1990, está relacionada entre outros fatores, quais sejam: a) à etapa de regulamentação dos direitos conquistados, principalmente, após a promulgação da Carta Magna de 1988; b) à redemocratização do país, com o retorno das eleições diretas para presidente; c) ao fortalecimento de outras instituições com objetivos (em determinadas situações) concorrentes aos movimentos sociais, como Organizações Não-Governamentais (ONGs) e entidades do terceiro setor; e, ainda, d) à perda de líderes de movimentos sociais para funções nos executivos ou legislativos municipais, estaduais ou mesmo federais.

A partir de meados da década de 1990, somadas às condicionantes acima, alterações na forma como as políticas de distribuição e gestão de recursos públicos, baseadas em projetos e enfrentamento de questões pontuais, os movimentos sociais tiveram de se reorganizar. O trecho abaixo, de Gohn (2005), apresenta tal novo cenário e as mudanças introduzidas pelo mesmo:

A palavra de ordem destes projetos e programas é ser propositivo e não reivindicativo, ser ativo e não apenas um passivo reivindicante. Muitos movimentos transformaram-se em ONGs ou se incorporaram às ONGs que já os apoiavam [...] mobilizar deixou de ser para o desenvolvimento de uma consciência crítica ou para protestar nas ruas [...] passou a ser sinônimo de arremeter e organizar a população para participar de programas e projetos sociais, a maioria dos quais já vinha totalmente pronta e atendia a pequenas parcelas da população. O militante foi se transformando no ativista organizador das clientelas usuárias dos serviços sociais.

2.2 Movimentos Sociais e Reforma Sanitária no Brasil

Nos períodos colonial e imperial (1500 a 1889), “não se pode falar da existência de uma política de saúde” (AGUIAR, 2011, p. 18). As ações de saúde no Brasil foram, desde o início da colonização, esparsas, descoordenadas e direcionadas, em sua maioria, à manutenção das elites e, sobretudo, excludentes da maior parte da população.

Em se tratando da saúde, as epidemias continuavam a dizimar a população. No ano de 1888, com a abolição da escravidão, surge uma nova personagem social,

a mão de obra assalariada que chegava da Europa carregada de ideologias anarquistas. (CEFOR, 2000)

Na República Velha (1889 a 1930), o país era governado pelas oligarquias paulista, carioca e mineira, sendo a economia movida pelo café e as condições de saúde eram semelhantes ao período anterior; entretanto, ações de saneamento básico e combate às epidemias tornaram-se mais efetivas nestes locais considerados estratégicos econômica ou politicamente (BERTOLLI FILHO, 1996). Naquele momento histórico, a saúde comandada por Oswaldo Cruz, foi marcada pela criação de serviços e programas da saúde pública em nível nacional, tendo sido adotado o modelo de campanhas sanitárias, destinado ao combate de epidemias urbanas e, em um segundo momento, de epidemias rurais. O modelo empregado, baseado no estilo norte americano e, em especial, nas organizações militares, apresentava forte concentração nas decisões e a intervenção médica individual e social fundamentava-se na repressão (LUZ, 1991). Na medida em que crescia a intervenção médica no ambiente urbano, aumentava também a desconfiança e o medo da população. Os indivíduos eram, sistematicamente, retirados contra a própria vontade dos espaços que deveriam ser saneados, sendo os agentes de saúde protegidos pela polícia, a qual, muitas vezes, utilizava seu poder para obrigar a população a cooperar. (BERTOLLI FILHO, 1996)

Em 1904, houve a imposição legal da vacinação contra a varíola com a possibilidade de entrada nas residências pelos agentes de saúde, acompanhados por policiais, para vacinação à revelia e à força, se necessário. (AGUIAR, 2011; SOUZA; MACHADO, 2001). Liderados por um grupo de ativistas que se opunham ao governo, acusando-o de despótico e de invasão de propriedades privadas, organizou-se um movimento de oposição à vacinação; contudo a revolta foi reprimida com base no argumento que as questões relativas à saúde eram vistas como questão policial. (CEFOR, 2000)

De acordo com Sevckenko *apud* Gohn (2003, p. 66), a Revolta da Vacina constituiu-se “numa das mais pungentes demonstrações de resistência dos grupos populares do país contra a exploração, discriminação e tratamento espúrio a que eram submetidos pela administração pública nessa fase da nossa história”. Souza e Machado (2001, p. 54) relatam que o primeiro movimento social pela saúde era

motivado contra a forma com que “o governo se servia para combater as moléstias e reorganizar o espaço. A maneira truculenta com que as brigadas sanitárias impuseram o combate à febre amarela transtornou a população”.

Em outro trecho fica evidente o caráter autocrático das decisões e o despreparo na condução das ações, principalmente, no sentido de minimizar a resistência da população (SOUZA; MACHADO, 2001, p. 55):

O governo enfatizava a importância da obrigatoriedade para a extinção da doença, mas não se preocupava com uma possível preparação psicológica ou melhores informações sobre a vacina. Médicos e políticos positivistas, em contrapartida, clamavam pela liberdade de consciência e de escolha.

A seguir, o relato de Aguiar (2011, p. 21) sobre a Revolta da Vacina:

[...] movimentos estudantis e populares iniciaram manifestações, sob lideranças de políticos opositores do governo e médicos contrários à vacina. O centro da cidade do Rio de Janeiro transformou-se em campo de guerra e sua contenção deu-se após forte repressão policial que resultou em muitas prisões, feridos e mortes. Após o episódio, a vacinação tornou-se opcional e passado algum tempo, com aceitação dessa medida, a epidemia de varíola foi controlada.

Nas décadas de 1930, 1940 e 1950, por sua vez, foram criados os institutos de seguridade social (IAPs) organizados por categorias profissionais, favorecendo tão somente os trabalhadores, ou seja, somente aqueles que estavam legalmente ligados a uma organização. Uma característica deste período era a prática clientelista, baseada no centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo (LUZ, 1991). Neste período, uniformizou-se a estrutura dos departamentos estaduais de saúde, constituindo, neste sentido, relativo avanço, haja vista, o fato de que o interior do país passava a ser contemplado pelas ações de saúde. (CEFOR, 2000). Em se tratando das ações de saúde coletiva, este momento foi o auge do sanitarismo campanhista. (CUNHA; CUNHA, 1998)

No período compreendido entre 1938 e 1945, o Departamento Nacional de Saúde foi reestruturado para que pudesse articular as atividades sanitárias no país. Em 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (CUNHA; CUNHA, 1998), cujo principal objetivo era a assistência médica dos trabalhadores recrutados para

trabalharem na produção de borracha na Amazônia, em função dos problemas gerados pela malária.

O modelo campanhista, entretanto, não se mostrou suficiente para as novas demandas surgidas com o início do período desenvolvimentista (décadas de 1950 e 1960), assim como o modelo curativista, dominante nos serviços previdenciários de atenção médica provou-se ineficaz (LUZ, 1991). Assim, no ano de 1953 foi criado o Ministério da Saúde tendo-se em vista que as ações de saúde ampliaram-se, tornando seu gerenciamento mais complexo e exigindo, assim, estrutura administrativa própria (BERTOLLI FILHO, 1996). Em seguida foram instituídas as normas gerais de defesa e proteção da saúde (Lei n. 2.312/1954), e, posterior consolidação sob a denominação de Código Nacional de Saúde por meio do Decreto n. 49.974-A/1961.

Mesmo não tendo havido diminuição na qualidade de vida da população, o aumento da consciência política gerou impasse nas políticas de saúde, o que culminou com a estruturação de movimento social, na década de 1960, liderado e conduzido pelas elites progressistas as quais reivindicavam reformas de base, dentre as quais, a que passou a ser denominada Reforma Sanitária. No entanto, a reação política das forças conservadoras levou ao Golpe Militar de 1964 (LUZ, 1991). O primeiro efeito do golpe militar sobre o Ministério da Saúde foi a redução sistemática e contínua das verbas para a saúde pública.

Em contrapartida, os movimentos sociais brasileiros em busca de melhorias das condições de saúde iniciam-se na década de 1960 por meio de abaixo-assinados, embora tenham se estruturado apenas na década seguinte. “Evidentemente, antes de 1970, ocorreram movimentos e lutas pela saúde, mas este período foi destacado somente indiretamente pelos vários conhecedores e representantes dos movimentos sociais”. (FARIA, 1995, p. 20)

Adicionalmente, conforme Miranda (2005, p. 340),

[...] para discutir a participação popular em saúde é necessário remeter-se ao contexto histórico que o Brasil vivia nos anos de 1970 e a todos os demais movimentos que influenciaram a consciência coletiva, em todos os setores, inclusive a saúde [...]

Os vinte anos de ditadura incidiram de maneira contundente sobre a saúde, ocorrendo mudanças constitucionais no tocante aos “[...] direitos à cidadania, informação e comunicação social, bem como ao controle de exercício dos poderes Legislativo e Judiciário” (LUZ, 1991, p. 81). Aumentou de forma considerável a demanda por consultas médicas, assim como proliferou o número de faculdades particulares de Medicina. A insatisfação com o modelo assistencial gerou ações de vandalismo nos hospitais e ambulatórios, bem como uma onda de greves desencadeada, sobretudo, pelos médicos residentes. As discussões passaram a ocupar espaço não somente nas faculdades, mas também no Congresso Nacional, nas ruas, nas associações civis e sindicais e entidades de classe. (LUZ, 1991)

Mendes (1994) e Aguiar (2011) apresentam o contexto da saúde dos anos de 1970 formado por crise previdenciária, alto custo da assistência à saúde que, inclusive, era pouco resolutiva, mercantilizada e oferecia poucos recursos à população em geral e com altos níveis de corrupção nos setores públicos. Segundo Cunha e Cunha (1998), no fim dos anos de 1970, estavam definidas as bases que possibilitaram a hegemonia do modelo de saúde conhecido como assistencial privatista, quais eram: a) o Estado como financiador do sistema, através da Previdência Social; b) o setor privado como maior prestador de serviços de assistência médica; e c) o setor privado internacional como o maior produtor de insumos, especialmente equipamentos médicos e medicamentos. Assim, no início dos anos de 1980 vivia-se “[...] um caos nos serviços públicos de saúde, há muito sucateados e insuficientes para a demanda existente” (AGUIAR, 2011, p. 31). Dada a incompetência dos agentes públicos e o agravamento das condições sociais e de saúde:

[...] cresce a insatisfação da sociedade e um clima propício para o surgimento dos movimentos sociais. Esses movimentos sociais denunciam a ineficiência das estruturas de saúde pública e previdenciária, reivindicam serviços de saúde e lutam por melhores condições de vida à população menos favorecida. (AGUIAR, 2011, p. 31)

Segundo Faria (1995), neste contexto é interessante ressaltar a prevalência das solicitações das comunidades na construção e disponibilização de serviços de atendimento de urgência e emergência e não pela estruturação de serviços de saúde preventiva.

No intuito de expandir a compreensão destas comunidades acerca da importância das políticas e ações de saúde foram organizadas reuniões, palestras, atividades de sensibilização, sobre assuntos como “salário e saúde, saúde e alimentação, saúde e condições de vida para o bairro; sistema de saúde, tipo de atendimento; saúde preventiva, assistência curativa e o sistema emergencial [...]”. (FARIA, 1995, p. 21)

Ainda, de acordo com Faria (1995), as ações supracitadas começaram a surtir efeito, após um ano de debates, as quais culminaram com o fortalecimento do movimento popular pela saúde, em especial, de acordo com Aguiar (2011, p. 34), do Movimento de Saúde, surgido na capital paulista, nos anos 1970, e que se expandiu de maneira organizada e articulada para outras regiões, sendo formado por “moradores das periferias, maioria mulheres, que lutavam pela ampliação e qualidade dos serviços de saúde nos seus bairros [...] Esse movimento articulou-se aos demais, reforçando a luta pela Reforma Sanitária”.

De acordo com Aguiar (2011, p. 34), “[...] a participação do Movimento de Saúde foi decisiva para as conquistas que se sucederam na história da saúde pública brasileira nos anos 70 e 80”.

Desta forma, nas décadas de 1970 e de 1980, as reivindicações evoluíram de questionamentos sobre serviços básicos para análise das condições de planejamento e controle da execução das atividades de saúde. “Reivindicam-se não apenas a conquista de equipamentos, mas a própria gestão e organização da política de saúde” (FARIA, 1995, p. 20). Aguiar (2011, p. 34) destaca que:

[...] a ampliação dos serviços acontecia como resposta das autoridades estaduais e municipais às reivindicações dos movimentos sociais e de saúde que foram se fortalecendo por via da organização nos diversos espaços (da academia, do sindicalismo, das comunidades e de várias associações). (AGUIAR, 2011, p. 34)

De acordo com Faria (1995, p. 20),

[...] a luta por um sistema de saúde mais adequado às necessidades da população de nosso país atuaram importantes segmentos da sociedade: os trabalhadores, através de seus sindicatos, inclusive o dos médicos; as for-

THEÓPHILO, Carlos Renato; MACEDO, Reginaldo Morais de; MARTINS, June Marize Castro Silva
O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a perspectiva histórica...

ças populares, por meio de conselhos e associações de bairro; os intelectuais, que se manifestaram no meio universitário e no setor de serviços, destacando-se o Movimento da Reforma Sanitária.

A Reforma Sanitária, enquanto movimento organizado, surgiu durante o período militar e aglutinava médicos sanitaristas e diversos “atores sociais, entre os quais, lideranças populares, trabalhadores, sindicatos, parlamentares de esquerda, intelectuais e estudantes de saúde e entidades como CEBES e ABRASCO”. (AGUIAR, 2011, p. 36)

A participação dos intelectuais, pesquisadores e acadêmicos ocorria tanto em nível da academia quanto da discussão aberta sobre os problemas da saúde pública brasileira e da conscientização da população. Instituições como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) que, por meio da Revista Saúde em Debate, “mantinha um espaço de divulgação dos problemas de saúde brasileira, de crítica e propostas para reformas do sistema de saúde”, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) a qual “atuava na formação de profissionais com ênfase em saúde coletiva e articulação com a sociedade organizada e o poder público para a reorganização das políticas públicas de saúde”. (AGUIAR, 2011, p. 35)

Com o sistema ditatorial enfraquecido pela forte crise econômica, no início dos anos de 1980, iniciaram-se as discussões e ações mais efetivas no sentido da maior participação do Estado nas ações de planejamento, execução, monitoramento, controle e intervenção nas políticas de saúde pública. (LUZ, 1991)

Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) começou a ser discutido como alternativa real para organização e estruturação dos serviços de saúde a partir do enlace formado pelas organizações sindicais, pelas entidades ligadas à saúde, pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), pela Associação Popular de Saúde e pelas associações de bairros que tiveram papel bastante ativo neste processo. (FARIA, 1995)

Diversos eventos foram realizados no país nos anos de 1985 e 1986, precedendo a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde. Em Montes Claros, por exemplo, as discussões oficiais, acerca da saúde pública ocorreram em 1985, por

ocasião da realização do IV Encontro Municipal do Setor de Saúde e do III Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, os quais culminaram com o envio ao futuro governador de Minas Gerais, Tancredo Neves, da Carta de Montes Claros com diretrizes para a formulação de política e orientações para implementação de ações efetivas com objetivo de garantir o acesso amplo e de qualidade à saúde pública. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O Movimento da Reforma Sanitária “teve como momento expressivo a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 [...]” (AGUIAR, 2011, p. 36). Neste evento, realizado em Brasília, com “a participação de mais de 5.000 representantes dos diversos movimentos sociais, movimentos populares de saúde, trabalhadores, usuários, estudantes e intelectuais da saúde, parlamentares, sindicatos [...]” (AGUIAR, 2011, p. 37) foram discutidas questões como a estruturação dos novos serviços de saúde, promoção à saúde, elevação da saúde à posição de direito fundamental, descentralização da gestão e execução das políticas e ações de saúde, “a atenção integral às necessidades de saúde da população e a participação popular” (AGUIAR, 2011, p. 37), assim como a instalação da Assembleia Nacional Constituinte no ano seguinte. (LUZ, 1991)

Ressalte-se que, apesar de a maior parte das propostas geradas no evento ter sido integrada ao capítulo da saúde na Carta Magna de 1988, de acordo com Aguiar (2011, p. 36), “a devida implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)” encontra “barreiras estruturais e conjuntura desfavorável no período pós-constituinte”.

Para Mellucci (1994, p. 192), os resultados obtidos a partir da atuação dos movimentos sociais sobre os sistemas políticos podem ser evidenciados sob três aspectos, quais sejam: “[...] ampliação dos limites da política; [...] mudança nas regras e procedimentos políticos; e [...] transformação nas formas de participação no interior dos sistemas políticos.”

Para Gouveia *apud* Faria (1995, p. 21):

[...] foi exatamente na área de saúde, com a ampliação do movimento popular, que se conseguiu avançar do ponto de vista da cidadania e da participação, chegando a combinar a luta social com a necessidade de aprovação e criação de direitos.

Para Faria (1995, p. 22), “[...] se o movimento não tivesse o respaldo do setor popular e de instituições que lutaram, a nível local e nacional, não se configuraria o SUS na Constituição [...]”, assim é possível perceber que a proposta de instituição do Sistema Único de Saúde apresentou-se, pela diversidade de atores envolvidos, era “avançada no contexto de crescimento e ampliação da democracia levada à frente pelos movimentos sociais e democráticos do país [...]”.

Antes mesmo da criação do SUS algumas estratégias e políticas abriram caminho para a descentralização. Nos últimos anos conseguiu-se efetivamente uma municipalização que segue e amplia as orientações discutidas na III Conferência Nacional de Saúde. E por fim, um outro resultado da maior importância é que foram instalados conselhos e conferências de saúde que são instrumentos de democratização do setor e do controle social, ou seja, da sociedade civil sobre o Estado ou sobre a sociedade política (SCOREL, 2000, p. 166)

2.3 O Sistema Único de Saúde (SUS)

No Brasil, o principal executor e mantenedor das ações públicas de saúde é o Sistema Único de Saúde (SUS), cujas bases conceituais e operacionais foram lançadas nos arts. 198 e 200, respectivamente, da CF 1988. Os principais marcos regulatórios do SUS são, a saber: a) Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o fundamento dos serviços funcionais básicos; b) Lei n. 8.142 que trata da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde; e c) Lei Complementar n. 141 de 13 de janeiro de 2012 que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, dentre outras providências. (BRASIL, 1988)

Noronha *et al.* (2008, p. 435) inferem que:

O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instru-

mentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde. (NORONHA *et al.*, 2008, p. 435)

De acordo com Araújo e Cardoso (2007), o Sistema Único de Saúde baseia-se em princípios doutrinários, que orientam a formalização ideológica do mesmo e princípios organizativos que dirimem as dúvidas sobre sua organização estrutural.

Os princípios doutrinários são a) a **universalidade** pela qual está garantido o direito acesso a saúde a todo e qualquer cidadão; b) a **equidade** que trata das condições redistributivas do sistema, ou seja, orienta a empregar os recursos humanos e financeiros na ordem direta das necessidades individuais e coletivas; e c) a **integralidade** que possibilita ao cidadão exigir como direito básico o atendimento de suas necessidades independentemente do nível de complexidade, do custo ou dos recursos que vinham a ser demandados para tal satisfação.

Quanto aos princípios organizativos, tem-se a) a descentralização estabelece que todas as esferas de poder (União, Estados e Municípios) devem responsabilizar-se, conforme suas condições, e atuar em conjunto para garantir o acesso às políticas e ações de saúde de qualidade; b) a hierarquização que estabelece quais ações e políticas devem ser planejadas e executadas, considerando as especificidades de cada nível, bem como suas possibilidades de atuação; e c) o princípio do controle social franqueia à sociedade o caráter especial de fiscalizar e orientar as políticas e ações de saúde, por meio de conselhos gerais e câmaras setoriais.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estabelecimento do Sistema Único de Saúde no Brasil, a partir da Carta Magna de 1988 e de seus marcos regulatórios, constituiu avanço significativo nas ações de planejamento, execução, promoção e garantia da saúde coletiva, principalmente, se analisados seus princípios doutrinários e organizativos que orientam tanto a estruturação formal, baseada em parâmetros jurídicos, legais e administrativo-institucionais, com a devida atribuição das responsabilidades de cada ente da União, quanto incentivam a descentralização estrutural e gerencial, incluindo a obrigatoriedade de formação dos Conselhos de Saúde, das Câmaras Bi e Tripartites

cujos objetivos principais são dirigir os investimentos e fiscalizar as ações de gestão dos recursos públicos, tecnológicos e humanos presentes no sistema, sendo, em última instância, os legítimos fóruns da participação popular. (MARQUES *et al.*, 2009)

As discussões nos eventos anteriores à VIII Conferência Nacional de Saúde, assim como os entendimentos ocorridos durante este evento, decorrentes de negociações nem sempre simples ou fáceis (AGUIAR, 2011) conduziram à proposta que abordava simultaneamente questões como conceitos de saúde ampliada, descentralização e papéis dos diversos entes públicos em seus diferentes níveis, estrutura física, jurídica e de recursos humanos, níveis de responsabilidade, inclusive financeiras.

A visão dos diversos atores sociais participantes das discussões (movimentos sociais, intelectuais, pesquisadores e entidades) permitiu expandir a proposta garantindo abrangência e ao mesmo tempo unidade.

As mudanças conjunturais e estruturais da sociedade brasileira, nos anos 1990, e seus efeitos sobre os movimentos sociais afastaram os movimentos sociais das discussões pós-constituente acerca das estratégias e ações, propriamente ditas, para implementação e consolidação do SUS. Como exemplo, pode-se citar o lento processo de regulamentação da Emenda Constitucional n. 29, o qual se arrastou por onze anos no Congresso Nacional, até sua conclusão em janeiro de 2012 com a entrada em vigor da Lei Complementar n. 141.

O Sistema Único de Saúde constitui-se de conjunto de conceitos, entendimentos, políticas, ações e posicionamentos em constante evolução e a abertura à participação popular na definição e fiscalização das políticas e ações dos entes públicos deve ser amplamente utilizada. Em especial os conselhos gestores locais e os conselhos municipais devem garantir a participação dos diversos atores sociais legitimamente representativos da população a fim de que os resultados obtidos em termos de melhor qualidade de vida e ações efetivas de promoção integral à saúde possam ser levadas adiante.

Finalmente, vale ressaltar que o presente trabalho tem o intuito de levantar a

questão, importante, de que o Sistema Único de Saúde deve ser pensado e implementado a partir da ótica de fortalecimento da opinião e do controle social e que a participação da população constitui fator importante para a sua consolidação. Sugere-se a realização de novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto. *Antecedentes Históricos do Sistema Único de Saúde: Breve História da Política de Saúde no Brasil*. In: AGUIAR, Zenaide Neto (Org). SUS - Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e detalhes. São Paulo: Martinari, 2011.

ALEXANDER, Jeffrey C.. *Ação Coletiva, Cultura e Sociedade Civil: Secularização, atualização, inversão, revisão e deslocamento do modelo clássico dos movimentos sociais*. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 13, n. 37, jun. 1998 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69091998000200001&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 jul. 2011.

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História da Saúde Pública no Brasil*. 11. ed. São Paulo: Ática, 2008.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil, 1988*. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 2008.

CASTELLS, Manuel. *A Questão Urbana*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

_____. *O Poder da Identidade*. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2008.

CEFOR. *Breve história das políticas de saúde no Brasil*. (mimeo) São Paulo, 2000.

THEÓPHILO, Carlos Renato; MACEDO, Reginaldo Morais de; MARTINS, June Marize Castro Silva
O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) sob a perspectiva histórica...

CUNHA, J.P.P., CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde - SUS: princípios. In: CAMPOS, F.E., OLIVEIRA JÚNIOR, M., TONON, L.M. *Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde*. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. Cap.2, p. 11-26.

ENCONTRO MUNICIPAL DO SETOR DE SAÚDE/ENCONTRO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS. Carta de Montes Claros - Muda Saúde. Montes Claros, [s.d.e.], 1985. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_montes_claros.pdf>. Acesso em: 23 set. 2010.

ESCOREL, Sarah. *Saúde Pública: utopia do Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2000.

FARIA, Marcília Medrado. Movimentos Populares e o Surgimento do SUS no Estado de São Paulo. In: FARIA Marcília Medrado; JATENE, Adib Domingos (Orgs). *Saúde e os Movimentos Sociais: O SUS no Contexto da Revisão Constitucional de 1993*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual de São Paulo, 1995.

FRANÇA, S.B. A presença do Estado no setor saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v.49, n.3, p.85-100, 1998.

GOHN, Maria da Glória. *História dos Movimentos e Lutas Sociais: A Construção da Cidadania dos Brasileiros*. 3. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

_____. *O Protagonismo da Sociedade Civil: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias*. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. *Teoria dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. 4. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática – anos 80. Texto reproduzido com a autorização da autora, constante da publicação Physis, *Rev Saúde Coletiva*, v. 1, n. 1, 1991.

MAIA, Rousiley C. M.. *Atores da sociedade civil e ação coletiva: relações*

com a comunicação de massa. *Lua Nova*, São Paulo, n. 76, 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452009000100004&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 10 jul. 2011.

MARQUES, Antônio Jorge de Souza e outros (Org). *O Choque de Gestão na Saúde de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais: 2009.

MENDES, E. V. (org.). *Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário*. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde 13. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1994.

MELLUCCI, Alberto. *Movimentos Sociais: inovação cultural e o papel do conhecimento*. In: AVRITZER, Leonardo. *Sociedade Civil e Democratização*. Belo Horizonte: Livraria DEL REY Editora, 1994.

MIRANDA, Sônia Maria Rezende Camargo de. *Participação Popular e Gestão em Saúde*. In: SANTOS, Álvaro da Silva; MIRANDA, Sônia Maria R. Camargo de (Orgs.). *A Enfermagem na Gestão em Atenção Primária à Saúde*. Barueri, SP: Manole, 2007, cap. 15.

SOUZA, Cláudia Moraes de; MACHADO, Ana Cláudia. *Movimentos Sociais no Brasil Contemporâneo*. 3. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2001.

TOURAINÉ, Alain. *Na fronteira dos movimentos sociais*. Traduzido por Ana Liési Thurler. *Soc. estado*. [online]. 2006, vol.21, n.1, pp. 17-28. ISSN 0102-6992. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/se/v21n1/v21n1a03.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2011.