



NOVAS PAUTAS DE REIVINDICAÇÃO DO MOVIMENTO PELA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

New claim demands for Brazilian Sanitary Reform Movement

Francisco Lucas de Lima Fontes¹, Maria Leopoldina de Lavor Delgado², Enedina Gizeli Albano Moura³, Izabelle Carvalho Lima⁴

¹Enfermeiro, mestrando em Ciência Política pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal do Piauí (PPGCP-UFPI). Teresina, Piauí, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1880-9329>; E-mail: lucasfontesenf@ufpi.edu.br

²Cientista social, mestranda em Ciência Política pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal do Piauí (PPGCP-UFPI). Teresina, Piauí, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6638-0435>; E-mail: dinalavor@ufpi.edu.br

³Advogada, especialista em Direito Processual Penal, mestranda em Ciência Política pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal do Piauí (PPGCP-UFPI). Teresina, Piauí, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0050-6071>; E-mail: enedina_gisele@hotmail.com

⁴Cientista política, bacharela em Direito, mestranda em Ciência Política pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal do Piauí (PPGCP-UFPI). Teresina, Piauí, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9145-3176>; E-mail: izabelle_cl@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Apresentar novas pautas de reivindicação do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura do tipo bibliográfica realizada a partir da busca de estudos em duas bibliotecas virtuais e um buscador eletrônico. **Resultados:** Como crítica à política de saúde existente no país, o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira reclamava mudança substancial do sistema de saúde excludente em período anterior a 1988. Esse movimento teve como estratégia principal a reivindicação de implantação de um sistema de saúde universal no país, o Sistema Único de Saúde, e foi resultado de lutas e mobilizações, articuladas ao movimento popular. **Conclusão:** Percebe-se que o sistema de saúde brasileiro enfrenta dificuldades ao pleno exercício dos princípios doutrinários e organizativos propostos na legislação do Sistema Único de Saúde. Ataques como a Emenda Constitucional 95, de 2016, repercutem no seu funcionamento. Além disso, o subfinanciamento, as desigualdades sociais e de acesso ao sistema e os desafios de gestão são tidas como prováveis pautas a uma continuidade do Movimento.

Palavras-chave: História da Saúde Pública. Política de Saúde. Direito à Saúde.

Abstract

Objective: To present new claim demands for Brazilian Sanitary Reform Movement. **Methodology:** This is a literature review of the bibliographic type carried out based on the search for studies in two virtual libraries and an electronic search engine. **Results:** As a criticism of the existing health policy in the country, the Brazilian Sanitary Reform Movement demanded a substantial change in the excluding health system in a period prior to 1988. This movement had as main strategy the claim to



implant a universal health system in the country, the Sistema Único de Saúde, and was the result of struggles and mobilizations, linked to the popular movement. **Conclusion:** It is noticed that the Brazilian health system faces difficulties to fully exercise the doctrinal and organizational principles proposed in the legislation of Sistema Único de Saúde. Attacks like Constitutional Amendment 95, of 2016, have an impact on its functioning. In addition, underfunding, social inequalities and access to the system and management challenges are considered as likely guidelines for the continuity of the Movement.

Keywords: History of Public Health. Health Policy. Right to Health.

Introdução

O objeto de estudo deste artigo trata do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), iniciado por volta de 1976 com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Anteriormente à Constituição Federal do Brasil de 1988 a política de saúde existente era excludente, sendo contemplados com o direito à saúde apenas aqueles que contribuíam com a Previdência Social. Demais segmentos da sociedade, que não detinham recursos para contribuição com a Previdência, dependiam da filantropia e das chamadas “Santas Casas de Misericórdia”.

Na conjuntura das reorganizações institucionais e da elaboração e da implementação de políticas públicas, as de saúde passaram a ser protagonistas com o MRSB. Apesar disso, o movimento que edificou e lutou pelo direito à saúde não pode ser visto isoladamente dos demais movimentos sociais que surgiram pós-redemocratização e promulgação da Lei Maior do Estado Brasileiro.

O MRSB, durante a fase de abertura política, mostrou-se essencial ao reavivar os preceitos democráticos na sociedade e indicar reordenações para estruturação de um novo modelo de atenção à saúde. Como consequência disso reconheceu-se a saúde como direito de todos, sendo dever do Estado seu provimento.

O movimento social pode ser analiticamente conceituado como um modo de ação coletiva fundamentado na solidariedade, com desenvolvimento de conflito e superação das divisões do sistema em que ocorre a ação. Esses aspectos possibilitam que os movimentos sociais sejam diferenciados de outros fenômenos coletivos, frequentemente confundidos com movimentos (MELUCCI, 1989).

Concernente ao MRSB, Paim (2008), médico sanitário e um dos principais estudiosos da Reforma Sanitária no Brasil, analisa o movimento como um fenômeno histórico e social, organizado em fases interrelacionadas que englobam ideia, proposta, projeto, movimento e processo.

Para o autor, a ideia simboliza o pensamento inicial, conectando uma prática teórica a uma prática política para a construção da consciência sanitária e defesa do direito à saúde. A proposta baseia-se em um conjunto estruturado de princípios e proposições políticas. O projeto legitima-se com a apresentação de proposições de intervenções. O movimento, a princípio é ideológico, converte-se em social e pode se transformar em político, quando confronta-se com as relações de poder. Por fim, o processo fundamenta-se em uma série de ações em diferentes momentos e espaços (PAIM, 2012).

Para Touraine (2006), os movimentos sociais trabalham em oposição e complemento aos opositores aos quais estão ligados por relações de poder. Os movimentos são compostos, portanto, por três componentes: o ator, o opositor e o conflito. Daí, ressalta-se outros três elementos: a identidade, a oposição e a totalidade. Para o autor é necessário equilíbrio e complementaridade de força na relação Estado e Sociedade Civil, sendo esta sua ideia central, objetivando a garantia da



democratização da vida política e dos direitos fundamentais e o manejo entre conflito e consenso no desenvolvimento de uma sociedade democrática.

A Reforma Sanitária como concepção relaciona-se ao escopo original que considerava a saúde como direito social, ancorada na proposta materializada por “A questão democrática na área da saúde”, documento apresentado pelo CEBES durante o I Simpósio Nacional sobre Política de Saúde na Câmara Federal, em outubro de 1979. Esse documento oportunizou a apresentação de ideias e princípios para reformulação do sistema de saúde do país (TELLES; TEIXEIRA, 2017).

A saúde, nesse período, passou a ser vista sob a perspectiva política, atrelada ao ideal democrático. Dentre os grupos articulados da sociedade que protagonizaram a luta contra a ditadura e o empenho para garantia da democratização em saúde, destacam-se o próprio MRSB, tendo o CEBES como instrumento de difusão e ampliação da discussão; estudantes; professores universitários; trabalhadores da saúde, argumentando melhores condições de trabalho e fortalecimento do setor público; partidos políticos de oposição e demais movimentos sociais urbanos (BRAVO, 1996).

Na passagem da década de 1970 para 1980, os movimentos sociais ampliaram-se como um todo. Decerto, um novo espaço político marca a diferenciação tradicional entre Estado e Sociedade Civil: um ambiente público de manejo, cujo objetivo não é institucionalizar os movimentos, tampouco convertê-los em partidos, mas sim colaborar para que a sociedade ouça suas proposições e compreenda suas reivindicações na tomada de decisão política, garantindo autonomia aos movimentos (MELUCCI, 1989).

O ponto, portanto, não seria tomar o Estado, mas garantir a pressão com o intuito de assegurar direitos à Sociedade Civil. Novos atores sociais que emergem competindo na arena são aqueles pertencentes a uma minoria excluída e manifestam como atributo comum a oposição face ao *status quo* dominante (ALONSO, 2009).

Com a redemocratização de 1985, particularmente a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, reconheceu-se a relevância de unificação dos serviços de saúde, a participação social e a ampliação do acesso aos serviços. A Conferência de 1986, primeira com participação popular, foi considerada marco histórico da política de saúde do país, reconhecida como Pré-Constituinte da Saúde (FLEURY, 2009b).

Os textos construídos para o evento consideravam conceitos importantes para uma época de renovação, como “determinação social da saúde-doença”, “organização social das práticas de saúde”, “consciência sanitária”, “promoção da saúde” e “intersectorialidade” (PAIM, 2012).

Na ocasião, o presidente da Conferência convidou a sociedade para uma intensa Reforma Sanitária, relacionando-a com reformas de outros setores, como o econômico, o agrário, o urbano e o financeiro (AROUCA, 1987). Essa proposição de ampla reforma de setores, encontra-se evidenciada no relatório final do evento ao conceituar “Reforma Sanitária”:

As modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está se convencionando chamar de Reforma Sanitária (BRASIL, 1987).

Dessa forma, ao entender a saúde por um conceito amplo, fundamentado em determinantes sociais, a VIII Conferência Nacional de Saúde considerava a Reforma Sanitária além da



reorganização administrativa e financeira. Criou-se em instância federal a Comissão Nacional da Reforma Sanitária que, dentre textos de apoio, elaborou e encaminhou um documento à Assembleia Constituinte como incentivo à existência de um capítulo próprio sobre saúde na Constituição de 1988 (PAIM, 2012). Os artigos de 196 a 200 tratam da saúde na Carta Magna Brasileira e estão presentes na seção II do capítulo sobre seguridade social (BRASIL, 1988).

A Reforma Sanitária Brasileira é caracterizada pela arquitetura de acontecimentos político-institucionais, especialmente diante do cenário pós-1988, com a sanção da Lei Nº 8.080/1990, que estabelece a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; e da Lei Nº 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

Ao refletir sobre a Reforma Sanitária no Brasil, deve-se levar em consideração as reivindicações do movimento por traz desse fenômeno: a saúde como direito de todos, sistema de saúde descentralizado (responsabilidade compartilhada entre União, estados e municípios) e democrático (com garantia de participação social na elaboração de políticas públicas de saúde, na fiscalização e na avaliação). Tais reivindicações foram conquistadas com a instituição de artigos específicos sobre saúde na Constituição Federal de 1988, que tornaram-se a base para criação das Leis Nº 8.080/1990 e Nº 8.142/1990.

Pensar sob essa ótica induz à ideia de que o MRSB se esgotou após obtenção dos aspectos cobrados inicialmente. Essa linha de raciocínio é confrontada por Fleury (2007) e Paim (2008) que consideram o movimento resistente ao tempo, de maneira que perpetua mobilizações de diversos atores em prol de alteração na política e organização do sistema de saúde implementado. Dessa forma, emergiu-se como questão norteadora: “Quais as novas pautas de reivindicação do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira frente ao atual contexto histórico?”.

Objetivo

Apresentar novas pautas de reivindicação do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira.

Método

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo bibliográfica. Para a seleção dos estudos foi realizada uma busca nas bibliotecas virtuais *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e também no buscador eletrônico Google Acadêmico. Foram utilizados para construção desta pesquisa referenciais como: artigos, monografias, dissertações, teses, documentos e livros que versavam sobre a temática abordada. Optou-se por não utilizar escopo temporal na busca dos estudos, tendo em vista que a temática central estudada tem caráter histórico e fragmentos significativos poderiam ser perdidos. Na busca pelos estudos utilizou-se os seguintes descritores: “Reforma Sanitária no Brasil”, “políticas de saúde” e “direito à saúde”. Ademais, também foram adotadas referências importantes que versam sobre o estudo dos movimentos sociais e autores relevantes para a temática da Reforma Sanitária.



Resultados e Discussão

Caminhos trilhados pelas políticas de saúde no Brasil e a Reforma Sanitária Brasileira

Ao considerar a relevância de descrição das lutas encabeçadas pelo MRSB e suas reivindicações, é importante expor, mesmo que de forma resumida, as ações estatais referentes à assistência à saúde ao longo da história brasileira, partindo da Lei Eloy Chaves, de 1923, até o contexto emergencial do MRSB, surgido na década de 1970.

Nos anos iniciais da República Velha, período que vai de 1889 a 1919, condutas de favorecimento foram adotadas e contemplavam funcionários públicos ligados ao Ministério da Fazenda, da Guerra e operários do Arsenal da Marinha da Capital. Ademais, trabalhadores da Estrada de Ferro Central do Brasil foram privilegiados com a aposentadoria, futuramente estendida a outros funcionários das estradas de ferro da República. Bem antes da institucionalização do sistema previdenciário é possível identificar uma particularidade da Previdência Social brasileira: o favorecimento de sujeitos ligados ao governo por meio do clientelismo e do corporativismo presentes em um sistema marcado por ações patrimonialistas (DRAIBE, 1990; MEDEIROS, 2001). Ainda na República Velha, o Estado assume uma atitude liberal frente a temas trabalhistas, sociais e de saúde. Como resposta, os movimentos operários sindicais atingiam dimensão importante na sociedade, com discurso contrário às políticas impostas (SILVA; COSTA, 2016).

No campo da saúde surgiu um forte movimento sanitário. Doenças como varíola, malária e febre amarela atingiam todo o país. O Brasil era tido como um “vasto hospital”. O cenário não favorecia os interesses comerciais de agroexportadores do país e repercutia na sociedade, além de interferir nas relações comerciais externas do Brasil (SANTOS, 1985; SHIMIZU; PEREIRA, 2018). Estudiosos mencionam que a saúde como ponto emergente e social remonta desse período, por meio das campanhas sanitárias implementadas durante o governo de Rodrigues Alves, a partir do surgimento de várias epidemias de doenças que emergiram da capital do país na época, Rio de Janeiro (BRAGA; PAULA, 1981).

As políticas argumentadas pelos higienistas sanitaristas, liderados na época pelo médico Oswaldo Cruz, fortaleciam a autoridade estatal e a função do Governo Federal. A “grande cruzada” contra doenças no Rio de Janeiro, que englobava vacinação obrigatória, atrelada a condutas autoritárias na época, com vistas à urbanização da cidade, alargamento de vias públicas, demolição de residências ditas insalubres e evacuação de seus moradores, fez despontar revoltas populares importantes para a história, como a Revolta da Vacina. Esse movimento, constituído essencialmente pelos mais pobres, além de rejeitar a vacinação compulsória e a reforma urbana, deixou evidente as precárias condições de vida da população (SHIMIZU; PEREIRA, 2018).

A ocorrência dessas epidemias fez nascer anos mais tarde o Departamento Nacional de Saúde Pública, fato que estabeleceu o início da intervenção do Estado brasileiro sobre aspectos sanitários. Nesse período, a assistência à saúde individual ainda era ofertada por profissionais que exerciam a prática liberal ou por instituições de caridade frequentemente ligadas à religião, ou seja, com ausência de responsabilização do Estado (HOCHMAN, 1998).

Com a greve dos trabalhadores de 1917, estes organizaram-se em prol de melhorias nas condições de trabalho e remuneração. Nesse contexto, assuntos relacionados à saúde também apareceram como uma das reivindicações, oriundas do movimento sindical. Na pauta de solicitações dos trabalhadores referentes à saúde e previdência social surge, a princípio, o auxílio funeral, acompanhado de pensões às viúvas, medicamentos e também assistência médica (TELLES, 2016).



No ano de 1923 o advogado trabalhista e deputado Eloy Chaves apresentou um projeto de lei que logo se consolidaria e criaria as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). A Lei Eloy Chaves, como ficou conhecida, instituía as CAPs nas empresas e, a princípio, contemplava trabalhadores de empresas ferroviárias. Tal lei foi o marco para a conformação de uma Previdência Social no Brasil (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008). Os principais aspectos obtidos nesse primeiro modelo de Previdência dizem respeito à extensão no planejamento de competências das instituições previdenciárias, com elevado grau de despesas, e de caráter essencialmente civil privado daquelas instituições (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

As CAPs tratavam-se de órgãos autônomos e semipúblicos, caracterizadas por fundos organizados por empresas, constituídos por contribuição de funcionários, empregadores e consumidores dos serviços. A administração era executada por empregados e empregadores, com participação do Estado efetuando um controle externo, caso houvesse a existência de conflitos entre o segurado e a CAP. A assistência à saúde baseava-se na medicina curativa e não era objeto obrigatório em todas as CAPs, sendo seus recursos destinados às aposentadorias por idade, tempo dedicado ao serviço, invalidez ou aos dependentes, em situações de óbito do empregado (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Posteriormente, um outro sistema político é construído no país. Em 1930 o Governo Vargas marcou, de maneira intensa, a conformação das políticas sociais no país com a disposição de uma estrutura jurídica e administrativa do processo de proteção social ligado diretamente ao sistema político de industrialização e modernização do Brasil (SHIMIZU; PEREIRA, 2018).

Findadas as oligarquias, uma extensa reforma administrativa e política ocorreu no Brasil, imposta pelo Estado Novo. Instaurou-se uma fase de grande centralização e maior participação estatal nas políticas públicas, caracterizadas por configurações extremamente populistas, na tentativa de cooptar trabalhadores que avançavam na sua organização (LIMA, 2006; OLIVEIRA; SOUZA, 1997).

Em 1933, o Governo Vargas efetuou uma redefinição das CAPs, convertendo-as em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que teve como objetivo organizar trabalhadores por categorias profissionais. A assistência à saúde ocorria da mesma forma que as CAPs, ou seja, sua orientação primordial continuava sendo as pensões e outros benefícios (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008). Observou-se por meio da legislação e dos recursos desse período uma conduta contencionista que diminuiu a responsabilidade da Previdência Social no fornecimento de serviços médicos, além da redução de gastos no oferecimento de aposentadorias e pensões. Na assistência médica e farmacêutica registrou-se uma limitação de gastos por IAP (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

A partir de 1945, com o fim do Governo Vargas, tomou posse Eurico Gaspar Dutra e teve início um processo de redemocratização do país. A legislação da Previdência Social avançou para uma fragmentação paulatina do processo contencionista colocado em prática no governo anterior, iniciando a incorporação de ideias de “seguridade social”, ancorada nos princípios de justiça social e executada em sistemas universais de saúde com recursos públicos advindos de impostos. Essa perspectiva era contrária ao modelo de “seguro social” da gestão anterior, baseada na contribuição de empregados e empregadores (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989; TELLES, 2016). Inativos e pensionistas passaram a compor a clientela da assistência à saúde previdenciária. Ademais, a Constituição de 1946 permitiu um novo entendimento da Previdência Social, excluindo o argumento de que a assistência médico-hospitalar não seria um aspecto previdenciário importante (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).



Em meio ao término das práticas de contencionismo acabou sendo inexistente o empenho na solução que afetou a receita, especialmente os atrasos e dívidas dos empregadores e da União. Assim, o aumento das despesas e a falta de correção dos desvios na arrecadação contribuiu para o período que ficou conhecido como “crise da Previdência Social”, que se ampliou durante o Governo Dutra (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Com o retorno ao poder em 1951, Vargas garantiu que a Previdência Social mantivesse o eixo de incremento de recursos na assistência médica, englobando maior número de patologias, acarretando melhorias aos trabalhadores. Nesse período foi dado seguimento à reversão gradual das medidas contencionistas. Em 1954 foi aprovada a Regulamentação Geral dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, que ampliaria a todos os IAPs os benefícios alcançados anteriormente (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Já durante o Governo de Juscelino Kubitschek foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social, configurada na uniformização de direitos dos segurados no modelo dos melhores IAPs e a restrição de participação da União nos recursos previdenciários. Esta lei não teve sua implementação conferida, pois suas propostas foram radicalizadas no regime ditatorial, sob a lógica do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) estruturado em 1966, que unificou todos os IAPs, representando uma centralização administrativa e financeira, padronizou benefícios para trabalhadores segurados e extinguiu a responsabilização da União sobre contribuições paritárias de financiamento da Previdência Social (SCOREL, 2008).

O objetivo do INPS relacionava-se ao aumento do poder regulatório do Estado sobre os cidadãos e reforço de condutas de exclusão da classe trabalhadora, organizada como força política (LIMA, 2006), antes autorizada nos períodos de CAPs e IAPs (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989; MENDES, 1993). Com a adoção do sistema político militar, com amparo da estabilidade autoritária no país, construiu-se e fortaleceu-se o chamado “complexo previdenciário médico-industrial”, fundamentando a política de saúde aos interesses de empresários e tecnoburocratas, afastando definitivamente os trabalhadores do processo decisório (SHIMIZU; PEREIRA, 2018).

A Previdência Social no regime ditatorial teve como características a elevação da cobertura previdenciária a todos os trabalhadores urbanos de carteira assinada; preconização da assistência médica individual, com pouca ou nenhuma prioridade a ações de saúde coletiva; consolidação do complexo médico-industrial; mercantilização da saúde e favorecimento do setor privado, com atuação do Estado na regulação deste mercado de produção e consumo dos serviços de saúde (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Em 1977 outra atitude é tomada com vistas ao fortalecimento da concepção estatista-privatista: criou-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, no qual estava vinculado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e que perpetuou a compra de serviços do setor privado no campo da saúde (CARVALHO; GOULART, 1998). Nesse contexto, construiu-se, por meio de uma base universitária, o que se fortaleceria como o MRSB, isto é, um movimento social que, dentre outras solicitações, reclamava a mudança substancial do sistema de saúde excludente existente no Brasil na época (DOWBOR, 2019; SCOREL, 2008).

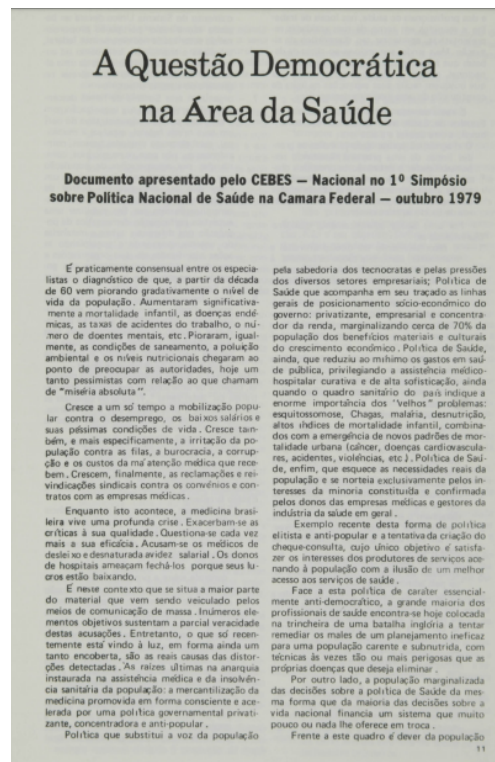
No estudo dos movimentos sociais, compreende-se que a Teoria do Processo Político considera a coordenação entre os potenciais integrantes do movimento como essencial para produzir um ator coletivo. A coordenação necessita de solidariedade, isto é, da associação entre o pertencimento a um grupo e a consistência das redes interpessoais conectando os membros do grupo entre si (TILLY, 1978).



O MRSB incluía em sua estrutura um grupo heterogêneo de docentes dos departamentos de medicina preventiva de escolas médicas, profissionais da saúde pública ligados à implantação de programas de extensão e cobertura de serviços a grupos vulneráveis desassistidos por serviços, movimentos estudantis do setor da saúde e movimentos populares progressistas organizados em prol de melhorias das condições de vida e acesso aos serviços públicos, incluindo os de saúde (TELLES, 2016).

O movimento edificou os pilares para a Reforma Sanitária no Brasil, cujo ápice se deu em 1979, durante o I Simpósio Nacional sobre Política de Saúde, coordenado pela comissão de saúde da Câmara Federal. Na ocasião foi apresentado pelo CEBES o documento “A questão democrática na área da saúde” (Figura 1), tido como um condutor para os movimentos pela saúde nos anos seguintes (SHIMIZU; PEREIRA, 2018).

Figura 1. Capa do documento “A questão democrática na área da saúde” apresentado pelo CEBES no I Simpósio Nacional sobre Política de Saúde.



Fonte: CEBES (1979)

O registro do CEBES descreve as políticas de saúde vigentes como: substituição da voz da população pelo conhecimento de tecnocratas e pelos interesses de variados setores empresariais; política de saúde que caminha com o padrão socioeconômico do governo privatizante, empresarial e concentrador de renda, tornando vulnerável cerca de 70% da população (SHIMIZU; PEREIRA, 2018).

Política de saúde, enfim, que esquece as necessidades reais da população e se norteia exclusivamente pelos interesses da minoria constituída e confirmada pelos donos das empresas médicas e gestores da indústria da saúde em geral (CEBES, 1979).

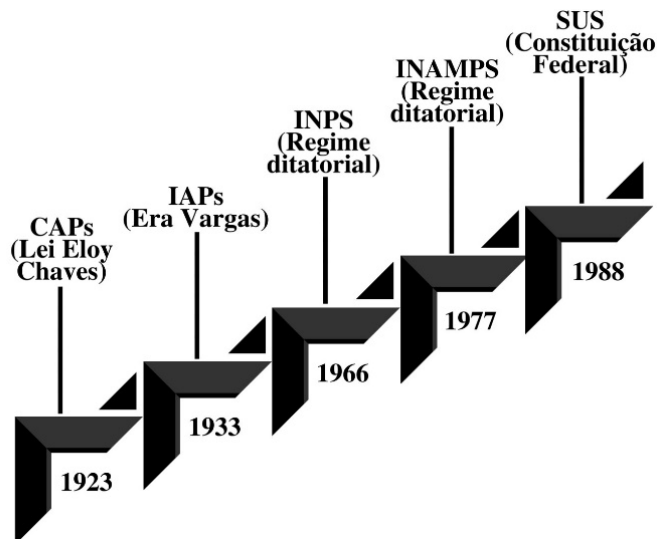


No início da década de 1980, com a crise financeira instaurada na área da saúde, que repercutia na seguridade social e no modelo privatizante, o projeto do MRSB apresentava-se como uma forte referência às políticas que foram implantadas, além de despontar como uma alternativa sólida para a reorganização do sistema nesse campo. O movimento propagava um novo paradigma científico com a incorporação de disciplinas sociais na análise do processo saúde-doença, de modo a avaliar o paciente levando em consideração aspectos biopsicossociais. A introdução dessas disciplinas favoreceria a compreensão de processos como os determinantes sociais da saúde e a organização social da prática médica (TEIXEIRA, 1989).

Outro fato relevante e fundamental para o debate sobre a saúde no Brasil ocorreu nos preparativos e realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, em Brasília. As temáticas centrais de discussão englobaram a saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial (BRAVO, 2006).

O MRSB resulta de uma exaustiva luta em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um sistema de saúde universal para o país. Consolidou-se com a VIII Conferência Nacional de Saúde e institucionalizou-se em 1988, quando as proposições de organização do SUS foram atendidas pelos deputados constituintes e incorporadas na Constituição Federal (SHIMIZU; PEREIRA, 2018). Como forma de resumir esquematicamente os caminhos trilhados pelas políticas de saúde no Brasil destacadas até então, apresenta-se a **Figura 2** conferindo a trajetória da assistência à saúde no país.

Figura 2. Trajetória da assistência à saúde no Brasil: da Previdência Social à Constituição Federal de 1988.



Fonte: elaboração dos autores.

Em 1986, José Sarney, então presidente do Brasil, propagou o MRSB e facilitou a VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve como repercussões imediatas a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), resultado de convênio entre o INAMPS e os governos estaduais na construção de bases aliadas para a reformulação da saúde rumo à Constituição que viria a ser promulgada em 1988 (SANTOS *et al.*, 2016).



A Assembleia Constituinte, no que diz respeito à saúde, reduziu-se a uma batalha política com polarização de dois grupos articulados: os empresários, chefiados pela Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e pela Associação das Indústrias Farmacêuticas, e as forças advindas do MRSB, lideradas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte (entidades representativas do setor). A Plenária das Entidades só obteve êxito graças a três estratégias de luta: competência técnica na formulação de um projeto de texto constitucional objetivo e consistente; pressão contínua sobre os constituintes; e mobilização social. A emenda popular proposta pelo médico sanitário Sérgio Arouca, indicado pela Plenária das Entidades para defendê-la no Plenário da Constituinte, obteve mais de cinquenta mil assinaturas, representando 167 entidades (BRAVO, 2006).

As principais pautas aprovadas na Carta Magna de 1988 versavam sobre o direito universal à saúde, a saúde como um dever do Estado, a constituição do SUS com integração de todos os serviços públicos em rede, além da defesa dos preceitos apresentados pela VIII Conferência (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Importante salientar que, mesmo com a inclusão da proposta universalizante em saúde do MRSB, a Constituição manteve a complementaridade do setor privado (BRASIL, 1988), de modo a permitir o manejo e expansão de empresas médicas responsáveis pela execução de serviços ambulatoriais e hospitalares financiados tanto pelos planos de saúde pagos quanto pelo SUS, ao passo em que tais empresas formalizam contratos e convênios com o Estado (TELLES, 2016).

O texto final da Constituição de 1988 teve forte influência das propostas defendidas pelo MRSB, apesar de não terem sido contempladas todas as reivindicações quando estas se contrastavam com interesses comerciais de empresários ou de setores do próprio governo. Aspectos sobre o financiamento do sistema não ficaram claros, sem definição de percentuais sobre os orçamentos. Acerca dos medicamentos existia apenas uma ressalva da responsabilidade do sistema na fiscalização de sua produção. A saúde do trabalhador não foi devidamente contemplada, ignorando-se o direito do trabalhador de recusar-se a executar suas atividades em locais insalubres.

Passadas as eleições de 1989, tomou posse Fernando Collor de Melo. Essa gestão se limitou, no campo da saúde, à intensa adoção de uma política neoliberal, com diminuição do papel do Estado e tendência de regulação da saúde para o setor privado. Como consequência disso houve uma oferta de serviços extremamente discriminatória, seletiva para diferentes cidadãos com valorização da inserção social e focada apenas na assistência médica (curativa) (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Entrou em cena uma articulação do Governo Federal para retardar o avanço da implementação do SUS. Diante disso, foi adiada a realização da IX Conferência Nacional de Saúde, assim como a própria regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº 8.080/1990), que só foi aprovada em setembro de 1990 após intenso processo mobilizatório. Apesar de aprovada, sofreu alterações devido aos vetos de Collor (ASSIS; KANTORSK; TAVARES, 1995).

Foram nove vetos a artigos da Lei Nº 8.080, sendo os mais importantes: o que estabelecia a criação dos Conselhos de Saúde e das conferências como instâncias colegiadas e representativas na formulação e proposição de estratégias, além da execução de controle sobre as políticas de saúde; a transferência direta de recursos para estados e municípios; a criação de planos de carreiras, de cargos e salários para o sistema em cada esfera de governo e a consolidação dos pisos salariais.

Em estrutura de oportunidades políticas, grupos descontentes organizam-se para manifestar suas indignações e reivindicações na arena pública (ALONSO, 2009). Após três meses de intensas pressões e mobilização, foi regulamentada em dezembro de 1990 a Lei Nº 8.142, que recuperava a transferência de recursos e garantia a participação e o controle social na gestão do sistema (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).



O MRSB teve como estratégia principal a reivindicação de implantação de um sistema de saúde universal no país, o SUS, e foi resultado de lutas e mobilizações, articuladas ao movimento popular. Pautou-se em garantir que o Estado atuasse em função da sociedade adotando a concepção de Estado Democrático e de Direito, cumpridor das políticas sociais e, conseqüentemente, das de saúde.

Em tese, a política de saúde no Brasil passou a adotar o conceito ampliado de saúde, que a compreende como resultado de um grupo de determinantes sociais que refletem nas condições de vida e trabalho dos cidadãos, e determina como responsabilidade do Estado a garantia dos princípios doutrinários do SUS (universalidade, integralidade e equidade) na prestação dos serviços, por meio da edificação de um sistema sob único comando em cada esfera de governo, ou seja, descentralizado, com hierarquização dos serviços em bases territoriais e participação da sociedade em sua gestão e fiscalização.

Novas pautas de reivindicação do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira: contexto atual

Após tais conquistas, diante da conjuntura da época, o MRSB fragmentou-se e reajustou suas formas de atuação. Os sindicatos penderam aos conflitos corporativos e pesquisadores focalizaram suas ações na produção de conhecimento. Uma parcela de seus membros ingressou na vida política, ocupando cargos públicos nos três níveis de governo (DOWBOR, 2009; ESCOREL, 2008).

Por ser um movimento multifacetado, Paim (2008) fortalece a ideia de que a construção da reforma tem caráter permanente. Essa concepção serviu de base para variadas análises, dentre quais a de Fleury (2009a). Em seus estudos, a autora avalia os dilemas entre o instituído e o instituinte e reitera que a reforma não atingiu um patamar civilizatório, o que acarreta uma alteração política e institucional capaz de transformar a saúde em bem público. Contextualizando, diante das observações dos problemas e contradições é relevante dar seguimento à reforma que, por conseguinte, segue inacabada. Contudo, que pautas abordar? Como articular os grupos de 40 anos atrás em novas reivindicações hoje? Incorporando novos grupos na organização?

Financiamento do sistema de saúde

É sabido que um governo de fato compromissado com o aspecto saúde amplia seu investimento no sistema público. Hoje, o principal desafio enfrentado e que com certeza seria pauta de reivindicação do MRSB diz respeito à revogação da Emenda Constitucional 95, de 2016, que já repercutiu na redução de investimentos e gastos com políticas sociais e de infraestrutura.

Essa Emenda prevê a contenção de despesas à variação inflacionária até 2036. Nesse período terá elevação das despesas primárias, categorizadas em dois grandes grupos, as despesas de custeio (com serviços públicos) e as despesas com investimentos. A Emenda não apenas congela, mas também reduz os gastos sociais. No âmbito da saúde trata-se da ocorrência de milhares de patologias e mortes que poderiam ser evitadas por meio de políticas e programas sanitários e sociais.

A Emenda foi o mais claro exemplo de retrocesso dentro da saúde brasileira nos últimos anos. Tornou-se notória as tentativas de sucateamento do SUS, com retrocesso de direitos, notadamente, direitos sociais fundamentais garantidos mediante Constituição Federal de 1988, fato que fragmenta a saúde pública e os princípios doutrinários de integralidade, universalidade e equidade na assistência. A Emenda dilatou o subfinanciamento já existente do sistema, cenário que ganhou destaque com a crise sanitária vivenciada no mundo em 2020 com a pandemia da *Coronavirus Disease 2019* (Covid-



19), evidenciando a necessidade de aplicação de recursos adicionais sobre o sistema para enfrentamento da doença de proporções alarmantes.

Pelos próximos anos, a saúde pública brasileira conviverá com o retrocesso, que acaba por repercutir na efetivação do direito à saúde e no cumprimento das políticas públicas da área. A Constituição é clara em seu Artigo 196 ao pautar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Logo, esta Emenda é inconstitucional ao golpear um direito social básico do cidadão, protegido por cláusula pétrea.

Mudança do paradigma de atendimento do sistema de saúde

Na área da saúde é comum ouvir a frase “O SUS é bonito no papel, mas na prática...”. Essa expressão ressonante entre profissionais e usuários do sistema reflete no imaginário social, ao passo em que é fortalecido por dificuldades estruturais e cenários de insuficiência. Tal realidade confirma que o SUS que se tem hoje encontra-se distante de proporcionar o direito universal à saúde e assistência integral de acordo com as necessidades individuais e coletivas da sociedade.

Para Campos (2018) é essencial a promoção de ações e práticas para consolidar o SUS como um sistema de todos e para todos. A evasão do terço mais rico da sociedade para os planos de saúde pagos é um sinal da construção de um país para aqueles com fortunas vantajosas e de outro para o povo.

O autor supracitado apresenta algumas estratégias que podem ser úteis à mudança do paradigma: mobilização nacional em prol da aprovação de lei que proíba o uso de recursos públicos para pagamento de planos privados de saúde aos servidores públicos e trabalhadores estatais (parlamentares, do poder judiciário, administração direta, etc.); organização de campanha para aprovação de lei que revogue a isenção de imposto de renda daqueles que fazem uso dos serviços privados de saúde; incentivo à mudança da cultura e política dos sindicatos de trabalhadores na mobilização de ações em defesa do SUS, ao passo em que se propugne inclusão dos gastos pelas empresas com planos coletivos aos salários e rendimentos dos funcionários.

Gestão do sistema de saúde

Um governo interessado em superar obstáculos graves de gestão deve firmar compromisso no combate ao burocratismo, à escassa coordenação federativa e à ausência de política de pessoal da saúde.

A superação do burocratismo é essencial à profissionalização da gestão, com valorização das carreiras públicas e adoção de parâmetros de desempenho ao avaliar a eficácia e eficiência (ABRUCIO, 2007). Quanto à coordenação federativa, a via exequível para aumentar a integração nos três níveis de governo, entre Atenção Primária à Saúde, serviços de média, alta complexidade e urgência se dará pela consolidação das regiões de saúde (CAMPOS, 2018).

Referente à política de pessoal da saúde pouco se avançou com o SUS (PIERANTONI *et al.*, 2008). A dificuldade estaria em elaborar e implantar uma política nacional de gestão de trabalho e da educação em saúde. A base dessa política deve estar em combinar os perfis profissionais às necessidades de saúde da população e conferir quantitativo adequado às demandas (SOUZA, 2014).

Concernente à gestão, a disposição e a distribuição de profissionais devem ser fundamentada no dimensionamento de pessoal considerando aspectos quantitativos e qualitativos e a real



necessidade de saúde entre os entes federativos. Ademais, seria necessária uma legislação que estabelecesse que as ocupações na gestão de programas e de serviços do SUS não fossem mais cargos de confiança ou indicação, mas sim preenchidos por meio de processos seletivos internos aos profissionais do próprio sistema.

Desenvolvimento social

Desde o seu surgimento, o MRSB sustenta a ideia de que a pobreza e a desigualdade social são desafios a uma boa condição de saúde. Dessa forma, no atual contexto histórico, faz-se necessário definir um projeto de desenvolvimento em larga escala que abarque todo o país, na promoção de saúde individual e coletiva.

A pandemia da Covid-19 comprova fatos preocupantes quanto à efetividade dos sistemas de saúde mundo afora. No Brasil, o SUS mostra-se, para determinados segmentos e regiões/estados, ineficiente no combate à pandemia. A crise política que o país atravessa desde 2016 repercute em diversos setores, inclusive na saúde: fragmenta o SUS, eleva os índices de desemprego e informalidade, que aumentam a pobreza, fazendo crescer o risco de doenças e seus agravos, o que sobrecarrega os serviços públicos de saúde e dificulta ainda mais seu acesso à populações mais vulneráveis e de regiões onde o sistema de saúde apresenta-se mais frágil. A pandemia veio para mostrar/intensificar à sociedade as fragilidades estruturais no funcionamento do SUS, com distribuição desigual de recursos humanos e materiais, principalmente em serviços de média e alta complexidade em determinados territórios.

O governo, portanto, para priorizar a saúde deve estabelecer um plano de desenvolvimento ancorado na soberania nacional; no incentivo à produção de emprego e combate às desigualdades de renda; no investimento em habitação, saneamento e transporte; e no amplo acesso a serviços de excelência nos campos de seguridade social, educação e segurança alimentar (CARDOSO JÚNIOR, 2012).

Conclusão

A Reforma Sanitária foi resultado de um extenso movimento da sociedade civil em prol da democracia, dos direitos sociais e de um sistema de saúde gratuito. Após quase 30 anos de implantado, o Sistema Único de Saúde, principal reivindicação do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, não se encontra totalmente consolidado.

Considerando-se o contexto histórico pós-Constituinte, percebe-se que o sistema de saúde brasileiro enfrenta dificuldades ao pleno exercício dos princípios doutrinários e organizativos propostos na legislação do Sistema Único de Saúde. Ataques como a Emenda Constitucional 95, de 2016, repercutem no seu funcionamento. Além disso, o subfinanciamento, as desigualdades sociais e de acesso ao sistema e os desafios de gestão são tidas como prováveis pautas a uma continuidade do Movimento.

Em síntese, o que representou/representa a Reforma Sanitária no Brasil? Que benefícios trouxe/trará o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira? Esses questionamentos podem ser respondidos apenas parcialmente, tendo em vista que ainda restam resultados a serem alcançados. Faz parte do processo político a imaginação de uma suposta realidade e do próprio processo político da Reforma. A história da Reforma Sanitária no Brasil encontra-se com o presente e o futuro ainda incertos.



Referências

ABRUCIO, F. L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública**, v. 41, n. esp, p. 67-86, 2007.

ALONSO, A. As teorias dos movimentos sociais: um balanço do debate. **Lua Nova**, v. 76, n. 1, p. 49-86, 2009.

AROUCA, A. S. **Democracia é saúde**. In: VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986, Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

ASSIS, M. M. A.; KANTORSK, L.; TAVARES, J. L. Participação social: um espaço em construção para a cidadania. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 48, n. 4, p. 329-340, 1995.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 3, p. 380-398, 1996.

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

BRASIL. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência**: estudos de política social. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1981.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. *et al.* **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez/OPAS/OMS/Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez Editora, 1996.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que é como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018.

CARDOSO JÚNIOR, C. Desenvolvimento como eixo e os eixos para o desenvolvimento. In: **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

CARVALHO, A. I.; GOULART, F. A. A. **Gestão de saúde**: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; Brasília: UNB, 1998.



CENTRO DE ESTUDOS BRASILEIROS EM SAÚDE (CEBES). **A questão democrática na área da saúde**. 1979.

DOWBOR, M. Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado. **Lua Nova**, n. 78, p. 185-222, 2009.

DOWBOR, M. Sergio Arouca, construtor de instituições e inovador democrático. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1431-1438, 2019.

DRAIBE, S. M. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. *In: Para a Década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas. Políticas Sociais e Organização do Trabalho*. V. 4, Brasília: IPEA/IPLAN, 1990.

SCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. *In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. *In: GIOVANELLA, L. et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

FLEURY, S. A reforma Sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 307-309, 2007.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009a.

FLEURY, S. Revisitando a questão democrática na área da saúde: quase 30 anos depois. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 156-164, 2009b.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento**: as bases da política da saúde pública no Brasil. São Paulo: HUCITEC/ANPOCS, 1998.

LIMA, J. C. História das lutas sociais por saúde no Brasil. **Trabalho Necessário**, v 4, n. 4, p. 1-33, 2006.

MEDEIROS, M. **A trajetória do welfare state no Brasil**: papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990. Texto para Discussão, n. 852, Brasília: IPEA, 2001.

MELUCCI, A. Um objetivo para os movimentos sociais? **Lua Nova**, n. 17, p. 49-66, 1989.

MENDES, E. V. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80**: a construção da Reforma Sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.



- OLIVEIRA, A. G. R. C.; SOUZA, E. C. F. A saúde no Brasil: trajetória de uma política institucional. *In: Odontologia preventiva e social, textos selecionados*. Natal: EDDUFRN, 1997.
- OLIVEIRA, J. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **Previdência social**: 60 anos de história da previdência no Brasil. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.
- PAIM, J. S. **A Reforma Sanitária e o CEBES**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.
- PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- PIERANTONI, C. R. *et al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis**, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.
- SANTOS, C. S. *et al.* O assistente social e a saúde no Brasil: a importância do trabalho em rede. **Revista Maiêutica**, v. 3, n. 1, p. 83-94, 2016.
- SANTOS, L. A. C. O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados - Revista de Ciências Sociais**, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.
- SILVA, L. L.; COSTA, T. M. T. A formação do sistema previdenciário brasileiro: 90 anos de história. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 8, n. 3, p. 159-173, 2016.
- SHIMIZU, H. E; PEREIRA, E. M. Políticas públicas de saúde no Brasil: breve histórico. *In: SHIMIZU, H. E. et al. Política, planejamento e gestão participação em saúde*. Brasília: UNB, 2018.
- SOUZA, L. E. P. F. A agenda atual da Reforma Sanitária Brasileira. **Physis**, v. 24, n. 4, p. 1017-1021, 2014.
- TEIXEIRA, S. M. F. Política de saúde na transição conservadora. **Saúde em Debate**, n. 26, p. 42-43, 1989.
- TELLES, M. W. P. **Movimento sindical e reforma sanitária brasileira**: análise das propostas da Central Única dos Trabalhadores na área de saúde no período 1981-1991. 2016. 110 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, 2016.
- TELLES, M. W. P.; TEIXEIRA, C. F. Movimento sindical e Reforma Sanitária Brasileira: propostas da CUT para a saúde no período 1981-1991. **Saúde em Debate**, v. 41, n. esp. 3, p. 34-44, 2017.
- TILLY, C. **From mobilization to revolution**. Newberry Award Records, 1978.



TOURAINÉ, A. Na fronteira dos movimentos sociais. **Sociedade e Estado**, v. 21, n. 1, p. 17-28, 2006.