

Oswaldo Cruz Foundation, FIOCRUZ Center for Global Health, Rio de Janeiro 21040-360, Brazil
buss@fiocruz.br

Declaro não ter conflitos de interesse.

- 1 PAHO. Pro salute novi mundi: a history of the Pan American Health Organization. Washington, DC: Pan American Health Organization, 1992: 296.
- 2 World Trade Organization. Declaration on the TRIPS agreement and public health. Nov 14, 2001. http://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm (acesso em 22 de março de 2011).
- 3 FCTC. WHO Framework Convention on Tobacco Control. <http://www.who.int/fctc/en> (acesso em 22 de março de 2011).
- 4 Ministério da Saúde, Brazil. FIOCRUZ. <http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?UserActiveTemplate=template%5Fingles&tpl=home> (acesso em 22 de março de 2011).
- 5 Health Council of the Union of South American Nations. <http://www.pptunasur.com/contenidos.php?menu=3&submenu1=7&idiom=1> (acesso em 22 de março de 2011).
- 6 2010-15 Quinquennial Plan. http://www.unasursalud.org/imagenes/stories/documentos/plan_quinquenal_ingles.pdf (acesso em 22 de março de 2011).
- 7 Buss PM, Ferreira JR. Health diplomacy and South-South cooperation: the experiences of UNASUR Salud and CPLP's strategic plan for cooperation in health. RECIIS Rev Electron Comun Inf Inov Saude 2010; publicado online em março. <http://www.revista.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/351/520> (acesso em 22 de março de 2011).
- 8 CPLP. Strategic plan for cooperation in health. <http://www.cplp.org/id-1787.aspx> (acesso em 22 de março de 2011) (em Português).
- 9 Almeida C, Pires de Campos R, Buss PM, Ferreira JR, Fonseca LE. Brazil's conception of South-South "structural cooperation" in health. RECIIS Rev Electron Comun Inf Inov Saude 2010; publicado online em março. <http://www.revista.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/343/528> (acesso em 22 de março de 2011).
- 10 Buss PM, Ferreira JR. Critical essay on international cooperation in health. RECIIS Rev Electron Comun Inf Inov Saude 2010; publicado online em março. <http://www.revista.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/350/517> (acesso em 22 de março de 2011).
- 11 OECD. Paris Declaration and Accra Agenda for Action. http://www.oecd.org/document/18/0,3343,en_2649_3236398_35401554_1_1_1_1,00.htm (acesso em 22 de março de 2011).

Reforma dos serviços de saúde no Brasil: movimentos sociais e sociedade civil

Publicado Online
9 de maio de 2011
DOI:10.1016/S0140-6736(11)60318-8

Embora as reformas dos serviços de saúde dependam de um intenso apoio social para que sejam bem-sucedidas, a reforma no Brasil é peculiar, por ter sido projetada completamente por militantes

do chamado Movimento Sanitário¹ cerca de uma década antes do acréscimo dos serviços de saúde à Constituição Brasileira de 1988, como um direito do cidadão.² A reforma foi posteriormente institucionalizada na década de 1990, com a formação de um sistema nacional de saúde denominado Sistema Único de Saúde, o SUS.

Originalmente, a luta por um modelo novo e abrangente de proteção social tinha um componente de mobilização social em favor da ampliação dos direitos sociais, como parte da transição para um regime democrático. A singularidade de um projeto de política social concebido por movimentos sociais e a forte associação desse projeto com a transformação do Estado e da sociedade em uma democracia acrescentaram algumas características importantes ao sistema brasileiro de seguridade social, incluindo pensões, saúde e assistência social. O novo modelo constitucional de política social se caracteriza pela universalidade da cobertura, reconhecimento dos direitos sociais, afirmação dos deveres do Estado, subordinação das práticas privadas aos regulamentos com base na relevância pública das ações e serviços nessas áreas, com uma abordagem orientada para o público (em vez de uma abordagem de mercado) de cogestão pelo Governo e pela sociedade, com uma estrutura descentralizada.

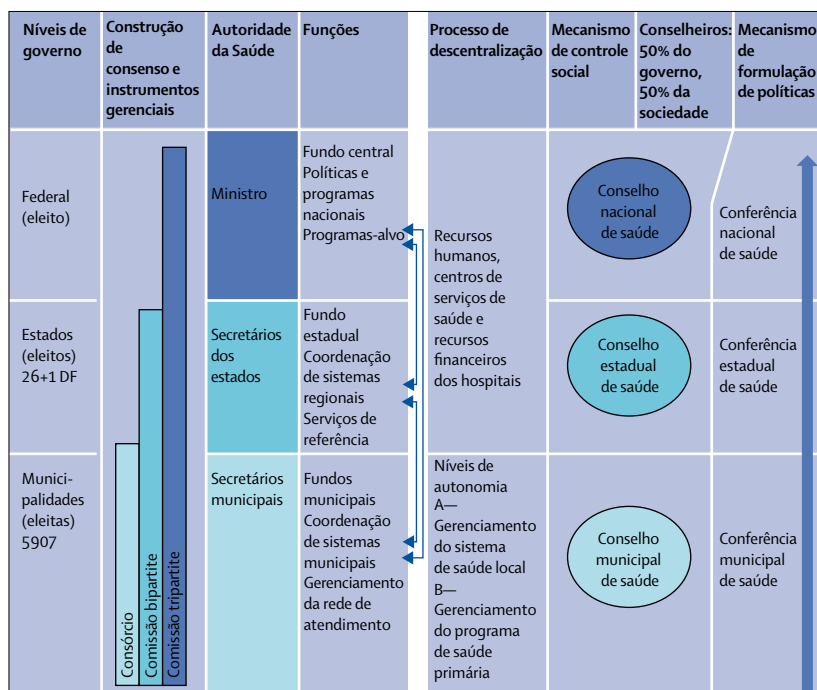


Figura: Sistema Único de Saúde: estrutura de processos e de tomada de decisão para formação de políticas no Brasil
DF=Distrito Federal.

Uma característica importante da seguridade social no Brasil se situa no componente de uma vigorosa reforma do Estado, no redesenho das relações entre as entidades federadas e participantes institucionalizados e do controle social por mecanismos de negociação e consenso, envolvendo os governos municipais, estaduais e federal. O federalismo remodelado assume a responsabilidade maior na transferência das políticas sociais para as autoridades locais. Os sistemas de proteção social têm adotado o formato de uma rede integrada e descentralizada, com um comando político e financeiro em cada nível de governo e com as instâncias deliberativas da democracia que garantem a igualdade de participação da sociedade organizada no âmbito destes níveis (Figura).

Os dois mecanismos de participação (incluindo as autoridades de saúde e a população) são os conselhos e as conferências. Os conselhos existem em todos os níveis do sistema e são mecanismos de controle social e aprovação do orçamento que avaliam as propostas executivas e o desempenho. As conferências são convocadas periodicamente para discutir assuntos variados e para transmitir os diferentes interesses para uma plataforma/formulação de políticas comum. Embora muitos especialistas tenham se questionado se os conselhos têm a capacidade de controlar o governo, não se chegou a uma conclusão definitiva, devido à grande diversidade na capacidade política da sociedade civil no Brasil e também à distribuição desigual de recursos entre seus residentes.³⁻⁵ A participação social é considerada um componente importante dos programas de saúde sustentáveis. Hoje em dia, o Brasil é reconhecido como um modelo para a redução da epidemia do HIV graças à sua política de acesso universal ao tratamento gratuito com medicamentos antirretrovirais.⁶ Esta bem-sucedida política de prevenção tem-se baseado na mobilização do público e de organizações não governamentais, sendo ainda apoiada por organismos internacionais. Esse padrão de associação cooperativa é considerado fundamental para a realização das metas do programa.⁶

Apesar deste sucesso – e considerando que a principal característica da sociedade brasileira é a distribuição desigual do poder e dos recursos –, o desafio também está presente nos objetivos da saúde, quer pela ausência de pressão em favor da inclusão de doenças negligenciadas nas prioridades governamentais, quer

pela apropriação de mecanismos participativos por grupos mais organizados.

A utilização dos movimentos sociais na luta por posições na hierarquia governamental no setor da saúde no estado tem duas consequências. Essa atitude força a transformação das estruturas administrativas, com vistas à ampliação do papel da sociedade no processo decisório, mas também permite que os líderes da sociedade civil fiquem engajados na elaboração dos projetos e na execução de políticas públicas; com isso, perdem as suas ligações com a base social original. Os três componentes da reforma da saúde foram identificados como: a constituição do corpo político; a formação de um quadro jurídico; e a competência na gestão da saúde, ou institucionalização.⁷ Embora esses componentes pertençam ao mesmo processo de reforma, suas diferentes trajetórias e seus movimentos em ritmos diferentes levam a um ciclo interminável de tensões e desafios.

Sonia Fleury

Getulio Vargas Foundation, Brazilian School of Public Administration and Business, Rio de Janeiro, RJ 22250-900, Brazil
Sonia.fleury@fgv.br

Declaro não ter conflitos de interesse.

- 1 Paim JS. Brazilian sanitary reform: contribution for a critical approach. September, 2007. http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=576 (acesso em 14 de março de 2011) (em Português).
- 2 de Carvalho AI, de ST Santos CA, Gadelha CAG, et al. The democratic issue in health. In: Fleury S, eds. Health and democracy —the CEBES struggle. 1997:25–44. <http://www.cebes.org.br/media/file/saude%20e%20democracia%20a%20luta%20do%20cebes.pdf> (acesso em 14 de março de 2011).
- 3 Avritzer L. Association and participation in health sector: an analysis of this issue in the Brazilian northeast region. In: Fleury S, de Vasconcelos Costa Lobato L, eds. Participation, democracy, and health. 2009: 151–74. http://www.cebes.org.br/media/File/livro_participacao.pdf (acesso em 14 de março de 2011) (em Português).
- 4 Cortes S. Health councils and conference: institutional roles and changes in state and society relationships. In: Fleury S, de Vasconcelos Costa Lobato L, eds. Participation, democracy, and health. 2009: 102–28. http://www.cebes.org.br/media/File/livro_participacao.pdf (acesso em 14 de março de 2011) (em Português).
- 5 Fedozzi L. Participatory democracy, fights for equity and unequal participation. In: Fleury S, de Vasconcelos Costa Lobato L, eds. Participation, democracy, and health. 2009: 204–28. http://www.cebes.org.br/media/File/livro_participacao.pdf (acesso em 14 de março de 2011) (em português).
- 6 Le Loup G, de Assis A, Costa-Couto MH, et al. A public policy approach to local models of HIV/AIDS control in Brazil. *Am J Public Health* 2009; **99**: 1–8.
- 7 Fleury S. Brazilian sanitary reform: dilemmas between the instituting and the institutionalized. *Cien Saude Colet* 2009; **14**: 743–52.

Veja Online/Série
DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8,
DOI:10.1016/S0140-6736(11)60138-4,
DOI:10.1016/S0140-6736(11)60202-X,
DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9,
DOI:10.1016/S0140-6736(11)60053-6 e
DOI:10.1016/S0140-6736(11)60055-X