

Primeira parte - Movimentos e políticas sociais no Brasil pós-transição
Capítulo 1 - Escapando das incertezas do jogo eleitoral: a construção de encaixes e domínio de agência do Movimento Municipalista de Saúde

Monika Dowbor

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

DOWBOR, M. Escapando das incertezas do jogo eleitoral: a construção de encaixes e domínio de agência do Movimento Municipalista de Saúde. In: LAVALLE, A.G., CARLOS, E., DOWBOR, M., and SZWAKO, J., comps. *Movimentos sociais e institucionalização: políticas sociais, raça e gênero no Brasil pós-transição* [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2018, pp. 89-118. Sociedade e política collection. ISBN: 978-85-7511-479-7. <https://doi.org/10.7476/9788575114797.0004>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

PRIMEIRA PARTE

Movimentos e políticas sociais
no Brasil pós-transição

CAPÍTULO 1

ESCAPANDO DAS INCERTEZAS DO JOGO ELEITORAL: A CONSTRUÇÃO DE ENCAIXES E DOMÍNIO DE AGÊNCIA DO MOVIMENTO MUNICIPALISTA DE SAÚDE¹

Monika Dowbor

1. Introdução

Embora, enquanto pesquisadores, procuremos analisar os movimentos sociais em suas relações com o Estado entendido como um conjunto de instituições e burocracias (Tatagiba, 2010; Silva e Oliveira, 2011; Abers e von Bulow, 2011; Carlos, 2015), os atores coletivos interagem muito frequentemente, conflituando ou cooperando, com os governos que resultam das eleições e têm validade marcada por um mandato. Nesse lapso de tempo eleitoral democrático, ainda que herdem as instituições dos seus antecessores, os novos detentores de poder e seus executores podem introduzir mudanças nas políticas públicas (Mahoney e Thelen, 2010). Podem descontinuá-las, podem imprimir outro estilo na implementação ou promover novos programas. Essa impermanência do poder não é desconhecida pelos movimentos.² Ainda que constrangido pelo legado institucional, um partido no exercício de

¹ Este texto aproveita trechos da minha tese de doutorado (Dowbor, 2012), ainda que sob outro foco analítico.

² Sigo neste texto a seguinte definição de movimentos sociais “uma rede de interações informais entre uma pluralidade de indivíduos, grupos e/ou organizações, engajados em um conflito político ou cultural, com base em identidades compartilhadas” (Diani, 1992, p. 1).

mandato pode levar as reivindicações de movimentos adiante ou, bem ao contrário, fazê-las regredir ou negá-las. Essas oportunidades e ameaças políticas são produzidas independentemente de ação do movimento (McAdam, 2006) e, nesse sentido, a atuação do movimento seria resposta às disputas e aos resultados do sistema político-eleitoral que estão além da capacidade de interferência direta do movimento (McAdam e Tarrow, 2011). Certos graus de incerteza – as tais contingências – fazem parte dos horizontes da ação de movimentos sociais.

Esse não é o infortúnio desse tipo de ação coletiva. Muitos movimentos não querem estar nas instituições e preferem sua posição de *outsiders* por uma série de razões. Porém há outros que podem querer se precaver contra as contingências do jogo eleitoral e o fazem, atuando, sobretudo, por meio das instituições. Essas táticas foram identificadas em diversas pesquisas nas duas últimas décadas e incorporadas ao repertório de ação de movimentos sociais, até então predominantemente focado em confronto extrainstitucional (McAdam e Tarrow, 2011; Dowbor, 2012; Carlos, 2012; Abers, Serafim e Tatagiba, 2014). Mostrou-se que os atores de movimentos não se restringem às ruas, interpretam as regras, conhecem o funcionamento das instituições do Estado e utilizam-nas a seu favor, prorrogando sua interferência nos processos decisórios por meio da participação em instituições participativas, da ocupação de cargos em governos etc. E que com toda essa atuação via instituições não deixam de ser movimentos. Se a proposta analítica deste livro permite avançar na compreensão desses processos de institucionalização, o presente capítulo visa capturar analiticamente os momentos nos quais os movimentos buscam escapar às contingências do jogo eleitoral, tornando seu acesso aos processos decisórios no Estado mais permanente.

Isto é, procuram se encaixar nos pontos de acesso abertos pelo Estado ou construir novos pontos de influência. Para poder observar analiticamente esses processos, as categorias de encaixe e de configurações de encaixes, enquanto domínio de agência,

oferecem a lente necessária (Skocpol 1992). Permitem enxergar analiticamente esses acessos, seu grau de influência nos processos decisórios (menor no caso de encaixes, maior no caso de domínio de agência) e sua duração no tempo.

O encaixe implica certa permeabilidade do Estado a interesses sociais na medida em que pressupõe a existência de pontos de acesso e de influência, historicamente mutáveis, permitidos pelas instituições políticas de uma nação, abertos a alguns atores e negados a outros (Skocpol, 1992). O encaixe ocorre quando um grupo politicamente ativo, orientado por objetivos e dotado de capacidades consegue acessar um desses pontos de influência. Um cargo comissionado, por exemplo, pode ser considerado um ponto de acesso, aberto temporariamente, isto é, enquanto dura a coalizão formulada a partir do resultado das eleições. Ao ocupar esse cargo, ou, na nossa nomenclatura, ao construir um encaixe entre o movimento e o Estado, aquele passa a ter certa influência em algum processo decisório.

Obviamente, os pontos de acesso e, por conseguinte, os encaixes, se diferenciam entre si em termos de poder de influência que oferecem e de tempo de sua abertura a um dado ator. Pode se pressupor que os movimentos procurarão os pontos de maior influência, mas como esses são os mais disputados, a estratégia pode passar por arquitetar encaixes em diferentes pontos de acesso às instituições. A essas configurações de encaixes aos quais chegam os movimentos nas suas interações com o Estado denominamos, neste livro, de domínios de agência. Estes ocorrem quando o movimento alcança, conquista ou constrói a capacidade de agir em determinado âmbito de políticas públicas sob responsabilidade direta ou indireta do Estado (Gurza Lavalle, Houtzager e Castello, 2012). Ter o domínio de agência significa que a ação do ator que o possui é favorecida em relação à de outros atores. Isto é, que ele é reconhecido como ator legítimo em uma dada política pública; que seus problemas e pautas constituem a matéria de relevância;

que existe suporte organizacional e financeiro para sua atuação e que seu acesso ao Estado é privilegiado em comparação com outros atores que disputam um dado campo.

Do ponto de vista analítico, os conceitos de encaixe e de domínio de agência prolongam nossa capacidade de observar a atuação de movimentos sociais em interação com o Estado. De um lado, permitem resistir à aplicação precipitada das sequências analíticas de mobilização – institucionalização – desmobilização ou de autonomia – institucionalização – cooptação, ao inserir um instrumental analítico capaz de perceber as engrenagens dessa institucionalização e as lentas transformações do e no movimento. A desmobilização continua sendo uma possibilidade analítica acrescida pela capacidade de observar a geração de outras formas de ação coletiva para além de movimento social. Compreender a continuidade da ação coletiva apesar das diferenças nos seus tipos é uma vantagem que se abre com o uso desses conceitos. Do outro lado, permitem compreender melhor graus de (im)permeabilidade do Estado (Marques, 2006) e distinguir as mudanças no próprio Estado na medida em que os movimentos sociais podem construir novas instituições (novos pontos de acesso, portanto) ou introduzem mudanças incrementais nas já existentes.

Como distinguir encaixe de repertório de ação de movimentos sociais? A pergunta se coloca na medida em que existe certa justaposição entre as instâncias empíricas do repertório de interação e as do encaixe. A ocupação de cargos em governos é um exemplo disso. A primeira distinção é que os encaixes implicam sempre o acesso às instituições, enquanto o repertório de interação inclui as formas extrainstitucionais como protestos. A segunda diferença então consistirá na forma de análise que cada conceito permite. O conceito de repertório é voltado para catalogar as formas de ação de movimentos sociais, dando ênfase ao seu caráter histórico e sem se preocupar com seu grau de influência nos processos decisórios, o que constitui o cerne da definição do encaixe. O repertório se

volta para responder perguntas sobre a diversidade de ação de um movimento ou a comparação entre os movimentos, ou ainda sobre a legitimidade de certas *performances* em detrimento de outras. A principal pergunta que pode ser respondida por meio do conceito de encaixe, por sua vez, é quanta influência é alcançada à medida que ele ocorre.

O caso empírico aqui relatado à luz dessas categorias pertence à trajetória do Movimento Sanitário (chamado também de Movimento pela Reforma Sanitária) que começou suas primeiras mobilizações no final dos anos 1970 (Scorel, 1998) e está atuante até hoje engajado sempre na luta pelo sistema público, universal, gratuito e integral de saúde (Dowbor, 2012). É um movimento composto por profissionais de saúde, professores, estudantes, organizações diversas, entre as quais as mais longevas são o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Em suas diferentes vertentes e formatos organizacionais, o movimento esteve engajado em diversas companhas entre 1979 e 2012, entre as quais a mobilização na Constituinte (1986-1988) com a aprovação do Sistema Único de Saúde na Carta Magna, na defesa da Lei Orgânica de Saúde (1991-1992) e campanha pelo financiamento (2004-2012). O Movimento pela Reforma Sanitária lançou mão em suas mobilizações de um conjunto de ações via instituições para influenciar os processos decisórios na luta pelo sistema universal de saúde. A atenção deste capítulo vai recair sobre uma vertente do movimento que se autodenominou de municipalista e que na sua luta pela saúde pública focou a necessidade da municipalização dos serviços públicos de saúde, praticamente inexistentes nos anos 1970. A sua trajetória desde aquela década até os dias de hoje é marcada pelos sucessivos esforços em garantir a influência nos processos decisórios: encaixando-se nos pontos de acesso já existentes nas instituições; criando novos pontos de acesso ao Estado e, por fim, gerando uma configuração de encaixes que outorgou uma capacidade especial

de influência na política pública de municipalização de saúde pública no Brasil.

O Movimento Municipalista será capturado em três quadros de modo a evidenciar esses processos de mobilização e institucionalização concomitantes. A seleção dos quadros foi analítica, o que já assinala ao leitor de que não encontrará nas linhas abaixo o retrato completo desse movimento, que pode ser lido alhures.³ No primeiro, serão reconstruídos os primórdios do movimento em suas primeiras mobilizações e formas organizacionais, chamando atenção para o primeiro tipo de encaixe arquitetado no Estado, quando ativistas ocuparam cargos no nível municipal. No segundo, vamos observar os esforços do movimento municipalista em criar encaixe no nível federal ao mesmo tempo em que continuam se mobilizando na luta pela constituição e implementação do Sistema Único de Saúde. No terceiro quadro veremos de que maneira esse ator busca escapar deliberadamente às contingências eleitorais ao construir novos pontos de acesso que tornariam não só mais forte a sua influência nos processos decisórios, mas também independente do resultado do jogo eleitoral.

A pesquisa de caráter qualitativo que embasou a seguinte descrição se apoiou em três fontes de evidências: jornais e publicações do Movimento editadas em momentos históricos do interesse analítico; nas entrevistas com os militantes, realizadas pela autora ou por terceiros bem como nos estudos já realizados que abundam na área de saúde pública no Brasil.

2. A mútua constituição entre movimento social e Estado: primeiras mobilizações e primeiros encaixes do Movimento Municipalista

O Movimento Municipalista de saúde começa a se organizar e mobilizar a partir de pontos de acesso ao Estado abertos nos

³ Cf. Conasems (2003, 2007).

anos 1970 a atores sociais: trata-se de cargos de nomeação nos governos municipais disponíveis após as eleições disputadas entre dois partidos permitidos pelo regime militar. Alguns ativistas ocupam esses postos relacionados com o setor de saúde e enquanto implementam, na contramão do sistema em vigência, os serviços públicos de saúde, organizam-se e mobilizam como atores coletivos em torno dessa causa.

Os cargos foram assumidos na vitória eleitoral do partido de oposição autorizado pelo regime militar, o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), em 1976. Os três secretários identificados com o Movimento, nos municípios de Londrina, Niterói e Campinas (Conasems, 2007), tinham em comum a origem universitária em cursos voltados para a saúde pública (de medicina preventiva, cursos de saúde pública ou saúde comunitária) dos quais se originaram os quadros do Movimento, e a atuação nos trabalhos em comunidade. A ocupação de cargos constituía na época uma tática deliberada do Movimento, usada principalmente pelos ativistas ligados ao Partido Comunista Brasileiro, que optou pela via de reformas por dentro do Estado como forma de atuação.

Uma das expressões da mobilização do movimento foi a realização dos Encontros do Setor Municipal de Saúde, entre 1978 e 1980. A organização desses encontros sob a fachada burocrática em função da repressão do regime, bem como a paulatina montagem de organizações que agregavam ativistas engajados na municipalização da saúde caracterizam o nascedouro do movimento. A ideia da realização de tais eventos municipais teria nascido nas reuniões clandestinas (reuniões chamadas de Projeto Andrômeda) dos quais participavam os ativistas mais engajados (Almeida *apud* Goulart, 1996). O que revela o protagonismo do movimento era o fato de serem realizados justamente onde os militantes estavam ocupando cargos dirigentes do setor municipal de saúde.

Com base no acerto entre os secretários, cada um dos municípios abrigaria, sucessivamente, os três primeiros encontros (Goulart, 1996, p. 38). O primeiro encontro foi realizado, pois, em Campinas, em 1978; o segundo, em 1979, em Niterói; e, em 1981, o encontro programado para ser realizado em Londrina foi transferido, porém, para Belo Horizonte, porque o sanitarista havia sido afastado do cargo. Esses encontros estavam “para além da gestão pública”, como disse um dos militantes (Santos, 2008-2009). A sua fachada burocrática e estatal escondia os eventos que mobilizavam e agregavam comunidades atendidas pelos novos serviços municipais, profissionais reformistas, grupos e ativistas de diferentes vertentes do Movimento. Eram politizados, pois neles se discutiam a democratização e o projeto do sistema público, universal, gratuito de saúde, descentralizado e controlado pela população (Carvalho, entrevista, 2012).

No período em foco, nos anos 1970, ainda tratava-se de um projeto, porque na época o tal sistema não existia. Os trabalhadores formais e, portanto, contribuintes do sistema previdenciário eram atendidos junto com seus dependentes por um sistema da assistência médica da previdência social, sob o comando do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Aos demais que correspondiam, em 1977, a um pouco mais da metade da população do país (Possas, 1980), restavam as organizações filantrópicas como as santas casas e os rarefeitos equipamentos públicos geridos principalmente pela secretarias estaduais. Os municípios, que não eram entes autônomos da Federação naquele tempo, na sua grande maioria não detinham instâncias responsáveis pela saúde.

Assim, em 1973, 73,4% dos municípios não possuíam maternidades, 57% não tinham hospitais e 90% não dispunham de prontos-socorros (Carvalho, 2011, p. 62). Na maior parte dos municípios, sequer havia uma secretaria de saúde propriamente dita,

e os poucos serviços eram geridos em outras secretarias ou em espaços que agregavam diversos serviços sociais (Conasems, 2007, p. 61). Em Londrina, quando o ativista Marcio de Almeida assumiu o cargo, a secretaria não dispunha de nenhum médico e nenhum posto de saúde funcionando regularmente:

A Secretaria funcionava na época para tomar conta de parques infantis, pois existiam consultórios médicos instalados só em uma das duas creches comunitárias para atender as crianças e o Pronto-Socorro Municipal era conveniado com o Hospital Universitário para o qual a Prefeitura repassava os recursos da saúde (Almeida, entrevista, *apud* Conasems, 2007, p. 75).

A Secretaria de Niterói, outra ocupada por um militante, era conhecida como “secretaria de morte”, pois dispunha apenas de um serviço funerário e um posto de saúde, cedido, todavia, à Secretaria Estadual de Saúde em comodato. O que esses municípios tinham em comum, antes que os ativistas assumissem os cargos de comando setorial, era quase completa falta de serviços municipais de saúde.

A construção inicial das capacidades estatais de produção de serviços de saúde no nível municipal se deveu ao trabalho dos militantes do movimento. Nas eleições de 1982 – portanto, ainda sob o regime militar, mas no quadro do pluripartidarismo introduzido pelos militares com o objetivo de fragmentar a oposição até então reunida no MDB –, os municipalistas assumiram cargos em mais algumas cidades como Piracicaba, Bauru, São José dos Campos, Santos, Diadema, Santo André, Campinas, Piracicaba, Itu, Uberlândia etc. E em todos esses municípios instalavam novos postos de atendimento, principalmente nas áreas mais pobres das cidades, expandiam especialidades médicas e implementavam novos programas (Capistrano Filho e Pimenta, 1988).

O que era restrito à presença dos ativistas ganhou ampliação a partir de 1983, com a implementação do Programa das Ações Integradas (AIS), desenvolvido também pelos ativistas do Movimento infiltrados na agência federal responsável pelo sistema de saúde voltado aos trabalhadores formais, o Inamps, detentor da parte leonina de recursos setoriais e com forte infiltração dos interesses da medicina privada (Falleti, 2010). Por meio desse programa nacional, os recursos federais passavam a fluir aos municípios e estados para a implementação dos serviços públicos.

Assim, os municípios que não necessariamente contavam com a presença de ativistas passavam a implementar o serviços e nesse processo a enfrentar dificuldades para a implementação, tais como a elaboração de um Plano Diretor necessário para assinar o convênio das AIS e a própria implementação de serviços, que ainda precisava ser “inventada” (Cosem-SP, 2008, p. 11). Sob a égide de um projeto maior, o de constituição de um sistema público e universal de saúde, os ativistas do Movimento passaram a reunir esses gestores.

As primeiras reuniões dos secretários e dirigentes municipais de saúde no estado de São Paulo, por exemplo, foram incentivadas pelo ativista Nelson Rodrigues dos Santos, que, desde os anos 1970, fomentava a vertente municipalista do Movimento Sanitário. Foi como secretário de saúde em Campinas que ele promoveu as atividades no nível estadual:

Liguei para os secretários municipais e começamos a nos organizar. Pegamos 17 cidades médias do estado de São Paulo e criamos um colegiado de secretários municipais de saúde. Esse colegiado começou a se reunir frequentemente, e elaboramos um projeto de municipalização. Todas as cidades médias, com seus deputados, prefeitos e a população foram pressionar o governo Montoro para municipalizar (Santos, 2008-2009, p. 651).

Flavio Goulart, secretário de saúde de Uberlândia, no estado de Minas Gerais, sanitarista e sócio-fundador de duas organizações do Movimento pela Reforma Sanitária, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), foi um dos convidados da primeira reunião de São Paulo e, motivado pela iniciativa, reuniu alguns municípios vizinhos para um encontro semelhante em Minas. O Encontro dos Secretários de Minas Gerais ocorreu em 1984, em Araxá, ao qual se seguiram outros eventos nesse estado (Goulart, entrevista, 2012).

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, maior mobilização do Movimento Sanitário até então que reuniu em Brasília mais de quatro mil pessoas, a vertente municipalista já apareceu, mas ainda sem projeção nacional. A comissão organizadora do evento, coordenada por um carismático ativista Sérgio Arouca, designou para os municipalistas apenas 12 vagas. No entanto, após a pressão e a insistência que Nelson Rodrigues dos Santos e Flávio Goulart fizeram junto à comissão, as vagas cresceram para mais de oitenta (Santos, entrevista, 2005). As atividades dos secretários e dirigentes municipais não constavam da programação oficial do evento, e sua reunião, sob a liderança de Nelson Rodrigues dos Santos (Goulart, entrevista, 2012), foi improvisada nas escadarias do local da Conferência. Lá se discutiu acerca da necessidade de fomentar as associações estaduais, bem como foi esboçada a possibilidade da fundação de uma entidade nacional.

No primeiro quadro observamos a emergência e organização da vertente municipalista do Movimento Sanitário, processo marcado do ponto de vista de interações socioestatais pela tática de ocupação de cargos em governos de oposição ao regime militar. Estes cargos constituem pontos de acesso ao Estado abertos ao Movimento em função das eleições e que permitiam a quem os ocupasse certo grau de influência no processo decisório. O encaixe se deu, portanto, entre militantes portadores de uma nova proposta

de saúde e esses pontos de acesso. Nessa interação mutuamente constitutiva, por um lado, eram criadas as instituições setoriais de saúde e providos serviços municipais de saúde, e por outro, construía-se a rede informal entre indivíduos, grupos e organizações engajadas numa luta comum pela municipalização. A atuação de militantes no poder público forneceu oportunidades e recursos para a constituição do movimento.

3. Ampliando a mobilização e grau de influência: a constituição do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

A partir de 1987, o Movimento Municipalista amplia sua busca pela influência, buscando encaixes nas instituições no nível federal e se engaja nas principais mobilizações do Movimento Sanitário. O primeiro passo foi dado com a fundação da organização nacional. A forma organizacional assumida outorgava para si o papel de representação dos gestores do setor municipal de saúde diante do executivo federal e com base nisso foi possível reivindicar seu encaixe num dos importantes espaços de decisão política na época, na Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan).

O V Encontro do Setor Municipal de Saúde e IV Encontro dos Secretários Municipais de Saúde, realizados em março de 1987, em Londrina, reuniram cerca de mil pessoas num clima de intensos debates em torno da Constituinte. Os participantes desses eventos deliberaram a favor da constituição da entidade nacional dos secretários municipais de saúde e elegeram uma Comissão Provisória, composta por 14 membros de 12 estados, encarregada de organizá-la. Entre eles estavam vários ativistas do Movimento pela Reforma Sanitária tais como: Aparecida Linhares de Pimenta, Flávio Andrade Goulart, Júlio S. Muller Neto, Ricardo Nogueira, entre outros. A Comissão elaborou um documento intitulado “Proposta para a criação de um organismo nacional de secretários municipais de saúde”, submetido à Organização Pan-Americana

de Saúde (OPAS) e ao Ministério de Saúde, que o aprovaram. Numa reunião abrigada pela OPAS, em 10 de julho de 1987, na presença do secretário-geral do Ministério da Saúde (MS), do representante da OPAS, do secretário nacional de articulação com os estados e municípios, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) foi declarado constituído, como uma associação civil sem fins lucrativos (Goulart, 1996, p. 45). No mesmo dia da reunião na OPAS, o ministro de Saúde recebeu a diretoria da nova organização, reconhecendo a entidade. Os ativistas do movimento acabavam de criar um formato organizacional que lhe facultava a representação do setor municipal de saúde, alinhado com o projeto da Reforma Sanitária, frente às autoridades federais. Mas a forma organizacional e reconhecimento das autoridades por si só não garantiam ao Conasems nenhum ponto de acesso nas instituições setoriais.

Os passos imediatos da diretoria e a comissão executiva do recém-fundado Conasems foram nesse sentido. No dia seguinte à constituição, a diretoria enviou a correspondência às outras autoridades federais e estaduais, comunicando a constituição do Conselho e reivindicando a representação do Conasems na Comissão Interministerial de Planejamento (Ciplan), órgão responsável pelo planejamento geral e pela programação das ações de saúde entre duas agências responsáveis pelo setor nacionalmente, o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social. Sua presença no Ciplan foi confirmada, três meses depois, pela portaria interministerial n. 21, em 22 de outubro de 1987 (Goulart, 1996, pp. 45-46). O Conasems acabou de arquitetar seu encaixe no Estado.

Paralelamente, ocorrem a expansão e a formalização de sua estrutura organizacional de modo a viabilizar e garantir a representação. Os recursos do Ministério da Saúde, de algumas secretarias estaduais de saúde (RS, GO, MS, MG e RJ) e do convênio com a OPAS viabilizam as reuniões regulares da diretoria, não raramente

realizadas no Congresso por causa do trâmite da lei que regulamentaria os preceitos constitucionais do novo sistema de saúde, tornando o Conasems o interlocutor quase obrigatório para os representantes do governo e os deputados (Medeiros, entrevista, 2012). O Conselho de Representantes, constituído por um representante para cada estado, foi estabelecido desde a fundação, ainda que apenas cinco associações estaduais estivessem constituídas.⁴ O reconhecimento pelo Ministério teve a contrapartida financeira que resultou na liberação de recursos para as viagens continentais no esforço de montagem da estrutura federativa da organização. Mais seis associações foram constituídas por meio desse esforço entre os anos de 1989 e 1990 (Cosems-SP, 2008, p. 5), conformando 12 associações. Até 1994, 21 estados já contavam com as associações de secretários municipais instaladas.

A montagem das organizações estaduais e seu funcionamento evidenciam a protagonismo e a estratégia dos ativistas. As reuniões nos estados eram organizadas normalmente pelo secretário de saúde da capital, que convidava os secretários de outros municípios, entre os quais raramente se encontrava um militante da saúde pública, conforme evidencia o trecho da entrevista de Flávio Goulart, vice-presidente do Conasems na época (1988-1989):

secretário dos primórdios [do início do Conasems], era um médico, aliás raramente não era um médico, e como médico era um cara carregado de interesses. Era dono de hospital, ou sócio do hospital ou amigo dos donos do hospital. O que não impediu que tivesse gente com ideias boas, que queria fazer o sistema público avançar. Mas o nível de contradição era bem maior [do que hoje]. Tinha muitos secretários médicos defendendo os direitos dos médicos (Goulart, entrevista, 2012).

⁴ Essas associações foram criadas nos seguintes estados: em Pernambuco, Mato Grosso e Rio Grande do Sul, em 1986; no Pará e Paraná, em 1987 e em Paraíba e São Paulo, em 1988 (Cosems-SP, 2008, p. 5).

Não é de se surpreender, portanto, que as associações estaduais tiveram, naquela época, um funcionamento mais fraco em comparação à sua filial nacional (Medeiros, entrevista, 2012). Para os ativistas do movimento tratava-se de constituir a representação formal que lhes permitisse falar em nome desse conjunto heterogêneo de ocupantes de cargos de secretárias municipais de saúde como defensores da Reforma Sanitária. O contraexemplo, o de uma associação estadual ativa, foi o caso da Associação dos Secretários Municipais de Saúde (Asems) de São Paulo “Dr. Sebastião Moraes”, ilumina a dinâmica do funcionamento inicial: o engajamento dos sanitaristas. Entre os quadros dirigentes da Asems de São Paulo estavam vários dos militantes do movimento, entre os quais: Aparecida Linhares Pimenta, David Capistrano Filho, Fernando Galvanese, Gastão Wagner, Gilson Carvalho, José Ênio Servilha Duarte. Fundada em 1988, a Associação “[n]os primeiros anos só existia graças ao trabalho militante de um grupo muito reduzido dos secretários municipais que acreditavam na proposta de municipalização” (Linhares *apud* Cosems-SP, 2008, p. 12). Da mesma maneira como ocorria no nível nacional, a associação organizava os encontros estaduais nas cidades em que as secretarias estavam ocupadas pelos militantes, como exemplificam as cidades paulistas: São Bernardo do Campo, Bauru, Santos, Piracicaba e Campinas. Os encontros contavam com centenas de participantes, inclusive com a presença dos secretários e diretores de saúde e constituíam-se como palcos de debate, troca de informações e experiências (Cosems-SP, 2008, p. 13). Um dos principais temas dos encontros naqueles primeiros anos era a apresentação e a divulgação de informações sobre a municipalização, que para muitos constituía ainda uma “caixa-preta”, enquanto para os sanitaristas tratava-se de uma realidade em curso havia mais de dez anos.

A municipalização gerava muito polêmica, como expressa o presidente do Cosem-SP:

Muitos secretários estavam mais preocupados com a substituição de cargos a tarefas [...] Houve muita polêmica em relação aos sindicatos de médicos, de trabalhadores e associações, porque a municipalização foi afobada, neste aspecto... Os profissionais foram municipalizados sem treinamento, sem unificação de salários e, no começo, foi tudo bastante tumultuado (Gastão *apud* Cosems-SP, 2008, p. 15).

Na gestão do sanitarista Gilson Carvalho (1991-1992), as reuniões eram organizadas inclusive por macrorregiões para chegar mais próximos aos municípios e secretários:

Tínhamos que mobilizar os secretários municipais de Saúde do Estado para que aderissem ao SUS e para que fossem capazes de assumir seus papéis, na construção do SUS. Aquele foi um momento importante que exigiu muito esforço dos dirigentes [do Cosems-SP]. (Carvalho *apud* Cosems-SP, 2008, p. 24).

Na sua gestão, Gilson Carvalho editava semanalmente o boletim do Cosems-SP, denominado *SOS Saúde*. Esse informativo era encaminhado via fax para os secretários municipais engajados, os quais, por suas vezes, reproduziam-no para os municípios de suas regiões, constituindo uma rede de informações. Eram divulgados também os documentos técnicos para politizar os secretários municipais, informações administrativas, de financiamento, gestão e gerência de saúde, contabilidade entre outros.

A formalização organizacional no nível nacional e o encaixe no Estado por meio da participação no Ciplan não impediram a mobilização da vertente contra as ameaças ao recém-instituído SUS. O trâmite da Lei Orgânica de Saúde (LOS), regulamentadora dos preceitos constitucionais do novo sistema de saúde no Brasil, colocou o Movimento pela Reforma Sanitária novamente no Congresso. O Poder Executivo teve um prazo de seis meses, a

partir da promulgação da Constituinte, para mandar ao Congresso o projeto da LOS. No entanto, não o fez, pressionado por diversos grupos com interesses privados (Weyland, 1995). Um mês após o prazo estipulado, o movimento organizou seu VI Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde, em maio de 1989, que encheu os corredores do Congresso com centenas de pessoas, mostrando a força numérica do movimento (Santos *apud* Brasil/MS/Segep, 2006, p. 132). O relatório do Simpósio continha os artigos da LOS, que haviam sido elaborados pelo Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília, dirigido pelo ativista Eleutério Rodrigues Neto (Barros, entrevista, 2009).

O Conasems se integrou junto com outros atores à mobilização do movimento para pressionar a favor da aprovação da lei. Seus integrantes acompanharam o processo da tramitação do projeto da lei dentro do Congresso até a sua aprovação, promovendo as reuniões de caráter mobilizatório no Congresso (Medeiros, entrevista, 2012) e recorrendo à tática das reuniões com as lideranças no Congresso e pressão junto aos parlamentares (Carvalho, entrevista, 2012). Eduardo Jorge, sanitarista que se elegeu deputado federal pelo voto do Movimento Popular de Saúde que ele próprio ajudou a organizar nos anos 1970, lança uma explicação do funcionamento da pressão da “base eleitoral” junto aos deputados em comparação à tática dos protestos:

Os deputados que eram contra eram ‘buscados,’ para que a Plenária pudesse, ao mesmo tempo, adicionar um elemento de pressão efetiva, para o deputado saber que na base dele tinha gente articulada, gente preparada, gente com a argumentação capaz de criticá-lo. *O deputado não tem medo de manifestação genérica, se a base de lá de Pernambuco, do Paraíba, do Amapá, não é muito afetada.* Ele é imune, resistente à pressão desse tipo, salvo a movimentos muito grandes como o Diretas Já, o *impeachment*, que vira uma coisa em que ninguém está a salvo da pressão. [...]

Mas, quando o deputado federal, por exemplo, lá do Ceará, recebia a visita do deputado estadual, do vereador, dos secretários municipais do interior do Ceará, *ele prestava atenção na coisa, porque sabia que isso tinha repercussão na sua cidade, na sua base*. Então esse elemento qualitativo do movimento foi importante porque serviu para diminuir as resistências, amenizar a oposição que a gente tinha no setor (Jorge Sobrinho *apud* Brasil/MS/Segep, 2006, p.135; destaques nossos).

Outros atores do setor também estavam exercendo pressão sobre o Congresso. O setor privado fazia o *lobby*, e a burocracia do Inamps, refratária ao processo da descentralização que colocava em xeque a sua atuação, elaborou o seu próprio projeto de lei, impedindo a descentralização (Weyland, 1995, p. 1708). Cada artigo foi objeto de disputa acirrada e exigia a atenção e a presença contínua do movimento (Silveira Neto, entrevista, 2005). A Lei 80.80, correspondente ao projeto do movimento, foi aprovada pelo Congresso, mas, submetida à aprovação do presidente Collor, sofreu uma série de vetos.

Dos vetos do presidente Fernando Collor à Lei Orgânica da Saúde, dois são os mais lembrados: o veto às Conferências Nacionais e aos Conselhos e o veto à transferência direta, regular e automática dos recursos aos estados e municípios sem a necessidade de celebrar convênios. Nas palavras de um dos militantes do movimento, com os vetos, “a LOS nascia descabeçada”, na medida em que se retiravam dela duas das três diretrizes constitucionais, quais sejam, a participação da comunidade e a descentralização⁵ (Brasil, 1988, art. 198), guias do projeto do Movimento pela Reforma Sanitária. Fernando Collor tornava evidente a sua posição política em relação à participação da sociedade civil organizada

⁵ O terceiro, embora não nessa ordem, era o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Brasil, 1988, art.198).

nas políticas públicas, ao impedir a constituição das instituições participativas. Ao anular as transferências diretas, centralizava o poder no nível federal, mantendo o controle sobre os recursos e impedindo a autonomia dos municípios no setor.

Os vetos de Collor não significavam a impossibilidade do diálogo com o poder Executivo. O movimento, cujas diversas organizações estavam reunidas na época em torno da Plenária Nacional de Saúde, recorreu à tática de negociações junto ao então ministro da Saúde, Alceni Guerra, médico e funcionário do Inamps sem vínculos com o movimento. Conseguiu, por exemplo, uma audiência com o ministro, durante a qual explicitou sua capacidade de mobilizar e articular, tendo como resultado o consenso obtido no Congresso em torno da LOS, e solicitava ao ministro o comprometimento de não alterar nada que estava dentro da lei no momento da aprovação pelo presidente (Drummond, entrevista, *apud* Brasil/MS/Segep, 2006, p. 132). Apesar da promessa, o então presidente do Conasems, Eri Medeiros, lembra que o ministro convocou uma reunião com os atores do Movimento pela Reforma Sanitária, informando-lhes acerca dos vetos do presidente, antes que a notícia se tornasse pública.

Os atores se colocaram em posição de uma possível mobilização. O Conasems reuniu suas associações estaduais, que decidiram lançar uma mobilização para derrubar os vetos, anunciada no bimensal jornal do Conasems, o *Presença Conasems*, editado em cem mil exemplares, publicado em setembro de 1990. No editorial, o repertório de ação estava posto: “Na crise, mobilização e negociação”. Os secretários ligados à causa da Reforma Sanitária deslocavam-se para Brasília, faziam reuniões internas com vistas à articulação, pressionavam o Ministério da Saúde e as lideranças parlamentares. Eram muitos, representavam uma diversidade de municípios e, entre esses, também os de grande porte, o que lhes garantia força política. Eram pluripartidários, o que lhes permitia, com efeito, acionar uma diversidade de partidos.

Independentemente do partido de filiação e do tamanho do município, os secretários ligados ao Conasems estavam mobilizados: “A gente chegava a passar quinze dias em Brasília. Meu município que era mais rico me dava a diária e no meu quarto de hotel dormiam quatro ou cinco secretários que vinham dos municípios sem recursos” (Carvalho, entrevista, 2012).

O Congresso estava pronto para derrubar os vetos do presidente, mas o canal de negociação estabelecido com o ministro da Saúde deu origem a outra solução, que evitou a derrota de Collor no Congresso – ponto defendido por seu ministro nas negociações com os atores do movimento. A solução passou pela elaboração de uma nova lei que contemplasse dois princípios indispensáveis ao movimento e vetados por Collor. Sua confecção ficaria por conta dos atores do movimento, que receberiam, para tanto, um recurso mediante o convênio que o Ministério firmou com o Conasems. Esse encontro aconteceu no feriado do dia 15 de novembro de 1990, reunindo as principais organizações do Movimento pela Reforma Sanitária como o Conasems, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a Associação Brasileira de Pós-Graduação de Saúde Coletiva (Abrasco) e vários ativistas do movimento (Brasil/MS/Segep, 2006, p. 134). O projeto de lei seguiu ao Ministério da Saúde para que o Poder Executivo pudesse apresentá-lo ao Congresso.

No início de dezembro de 1990, Alceni Guerra mandou um emissário de Brasília a Fortaleza, onde estavam reunidos os participantes do VI Encontro Nacional dos Secretários de Saúde ali realizado, no período de 9 a 12 de dezembro de 1990. O emissário do Planalto entregava ao coletivo a cópia do ofício assinado pelo presidente Collor, por meio do qual ele encaminhava ao Congresso a proposta da lei elaborada pelo movimento no feriado da República (Carvalho, entrevista, 2012; Medeiros, entrevista, 2012). A negociação no Congresso foi rápida. A Lei Orgânica de Saúde n.8.142, que revertia os dois vetos do presidente Collor à LOS 80.80, foi

aprovada pelo Congresso em 28 de dezembro de 1990, sem a votação no Plenário, por acordo entre as lideranças partidárias.

Em suma, a vertente municipalista optou por erguer e formalizar uma organização nacional de representação de modo a poder montar seu encaixe em uma instância decisória permeável aos atores de fora da administração pública federal. Este encaixe tornava o acesso ao Estado em parte independente das eleições. Concomitantemente à participação do Ciplan, foram organizadas mobilização e pressão do Conasems junto a outros atores do Movimento pela Reforma Sanitária no processo decisório que afetava o projeto do Movimento. Os processos de institucionalização e mobilização corriam em paralelo.

4. Construindo seus próprios pontos de acesso ao Estado: em busca da permanência nos processos decisórios

No cambiante contexto das instituições no setor de saúde com a instalação do novo Sistema Único de Saúde (SUS), caducavam alguns espaços de negociação, enquanto outros eram instituídos. A instância de negociação intragovernamental, a Ciplan, da qual o Conasems fazia parte, deixava de existir, enquanto o Conselho Nacional de Saúde (CNS), antes meramente consultivo, ganhava o poder deliberativo e uma composição mais heterogênea e diversificada em relação ao seu antecedente. Era um momento no qual os pontos de acesso no Estado estavam mudando, e atores organizados como o Conasems podiam interferir nesse processo. Aproveitando o momento de mudanças no desenho institucional, os ativistas arquitetaram dois novos pontos de acesso que tornaram sua presença mais contínua ao Estado no nível federal: garantiram o lugar fixo para o Conasems no Conselho Nacional de Saúde e criaram uma nova instituição capaz de interferir no processo de decisão sobre a municipalização.

O Conasems, junto com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), (este presidido entre os anos de 1989 e 1990 pelo municipalista Nelson Rodrigues dos Santos), obteve êxito na aprovação de um artigo na Lei Orgânica de Saúde, o qual estabelecia a representação nominal de suas entidades na composição do Conselho Nacional de Saúde, o que configurava o encaixe, tendo em vista a representação nominal. Depois dos vetos do presidente, o projeto de lei que repunha dois dos artigos vetados, elaborado, como vimos, pelo Movimento, recolocava também a representação das duas entidades no Conselho, do qual fariam parte também, discriminados genericamente, representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Ainda que precisasse da homologação pelo ministro da Saúde para tornar as decisões efetivas, o novo Conselho possuía o poder de deliberação. Foi a partir dessa atribuição que os ativistas garantiram a presença do Conasems no Conselho, configurando um encaixe independentemente das eleições para essa instância.

Na primeira reunião do Conselho Nacional de Saúde, o então presidente do Conasems apresentou um ponto de pauta: a discussão sobre a criação de uma comissão intragovernamental que colocasse juntos os três níveis federativos para debater e tomar decisões relativas à gestão descentralizada do SUS. Fariam parte dela os representantes do MS cujo perfil dependeria do ocupante do cargo de maior poder no Ministério, ou seja, de caráter contingencial, e de representantes de duas associações, o Conass e o Conasems, que não dependiam do jogo eleitoral, na medida em que essas associações elegiam seus representantes internamente.

A proposta levada pelo presidente do Conasems havia sido elaborada por iniciativa dos sanitaristas Nelson Rodrigues dos Santos e Gilson Carvalho – ambos militantes da vertente municipalista – com a ajuda de dois engajados juristas, Guido Carvalho e Lenir Santos. A recomendação do CNS legitimaria o espaço que visava a institucionalizar a influência do Conasems e do Conass no

processo decisório do nível federal e torná-la imune às mudanças ministeriais a cada eleição.

O CNS em sua Resolução n.2, de 26 de março de 1991, recomendava ao Ministro da Saúde a criação de:

uma Comissão Especial visando discutir e elaborar propostas para a implantação e operacionalização do SUS constituída pelas três instâncias gestoras públicas, União pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e Secretarias Municipais de Saúde pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde com a incumbência de desenvolver esta relação entre as três esferas de governo, com o compromisso que esta Comissão apresente seus resultados ao CNS.

A Resolução do CNS seria homologada pelo ministro da Saúde, em julho de 1991, pela portaria n.1.180, mas a Comissão ficou inativa até o momento em que o representante do Conasems, o sanitarista Gilson Carvalho, assumiu o cargo de secretário do SUS, no Ministério da Saúde, já no governo de Itamar Franco (1992-1994). Seu desenho, denominação e função serão definidos pela Norma Operacional Básica 1993, um instrumento legislativo do Ministério de Saúde. A comissão foi batizada de Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e teve os seus equivalentes estaduais, as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), e todas elas constituirão, junto com o CNS, “foros de negociação e deliberação” do gerenciamento do processo de descentralização do SUS (NOB, 1993).⁶

⁶ Sua relevância nos estados dependerá dos Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde e de a sua pressão junto às Secretarias Nacionais de Saúde para convocá-las e, no nível federal, do perfil do ministro de Saúde (Arretche, 2005).

A capacidade de influência no processo da descentralização por meio desse ponto de acesso ao processo decisório, como o era a CIT, variará de acordo com o ocupante do Ministério da Saúde e não poderia prevenir a centralização do poder decisório pelo Ministério durante o governo de FHC (Arretche, 2005). A CIT precisava de um maior grau de institucionalização e foi com essa compreensão que os municipalistas empreenderam uma ação para inscrever a CIT e as CIBs na Lei Orgânica de Saúde. Com isso deixava de ser fruto de uma portaria ministerial que podia ser desativada ou revogada a qualquer momento.

Em 25 de agosto de 2011, a Lei Orgânica de Saúde, a histórica Lei 80.80, sofria dois acréscimos no seu artigo 14, que elevavam o grau de institucionalização do Conasems e de sua configuração de encaixes. O primeiro acréscimo admitia o Conasems como a entidade representativa dos entes municipais em matérias referentes à saúde e declarava-o de utilidade pública e de relevante função social, na forma de regulamento (art.14-B), garantindo os recursos do Fundo Nacional de Saúde para o custeio das suas despesas e autorizando a celebração dos convênios. Os Cosems – as associações estaduais de secretários – foram reconhecidos como entes representantes dos municípios, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems. O segundo reconhecia a CIT e a CIB como foros de negociação e pactuação entre gestores quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (art. 14-A). Essa configuração de encaixes outorgava ao Conasems alta capacidade de agir nos processos decisórios que diziam respeito à matéria de descentralização e municipalização, caracterizando o domínio de sua agência com relação a esses temas.

Em resumo, nesse terceiro quadro, observado no nível federal, o movimento municipalista buscou uma configuração de encaixes que lhe permitiria o acesso privilegiado aos processos decisórios. Este é o caso da cadeira cativa no Conselho Nacional de Saúde que independe das eleições para esse órgão, bem como

as novas instituições – a CIT e as CIBs – onde o Conasems teve a presença garantida e que foram elevadas ao estatuto do espaço de negociação por excelência e por obrigação legal da implementação do SUS. Embora os representantes de governo variem nelas de acordo com as eleições, os cargos ocupados pelo Conasems não dependem das eleições e da composição da coalizão presidencial. A atribuição de utilidade pública e o *status* de representante do setor municipal de saúde garantem interlocução privilegiada e permanente com níveis estaduais e federal de governo. A inclusão desses elementos na Lei Orgânica assegura maior grau de institucionalização e, portanto, de estabilidade. As incertezas decorrentes dos resultados do jogo eleitoral no que se refere ao acesso a processos decisórios foram minimizadas.

5. Conclusão

Ainda que não necessariamente revolucionários, os objetivos e as reivindicações de movimentos sociais carregam o questionamento do *status quo* que raramente depende de uma tomada de decisão. Seus projetos, mesmo quando finalmente transformados em leis e políticas públicas, nunca estão totalmente seguros contra as mudanças que o jogo eleitoral democrático proporciona. Os movimentos têm à sua disposição o repertório confrontacional bem como aquelas ações que se dão nas e por meio das instituições. A escolha vai depender da legitimidade que essas táticas possuem para os ativistas e suas organizações bem como dos recursos ao seu dispor. As ações *via* instituições significam certa compreensão do sistema político e, além disso, podem desencadear processos de institucionalização que garantam influência prolongada nos processos decisórios por meio de encaixes dos atores nos pontos de acesso abertos pelo Estado e por que não deixem sua atuação independente do processo eleitoral.

Como os movimentos se protegem contra as incertezas que habitam os processos políticos? Em primeiro lugar, o caso empírico apresentado mostra que os atores enxergam a impermanência do e no poder e reagem contra ela. Fazem-no buscando se encaixar nos pontos de acesso aos processos decisórios que tornam sua influência mais permanente e estável. Os sanitaristas constituíram a associação nacional dos secretários para poder reivindicar o encaixe na instância de planejamento do nível federal. Alguns pontos de acesso já existem no Estado e neles os encaixes precisam ser arquitetados; mas é também possível construí-los. O exemplo da CIT e das CIBs evidencia a engenharia institucional e estratégica dos ativistas do movimento. Ao criar uma nova instituição à qual têm acesso garantido por lei e ao adquirir para sua organização o estatuto de utilidade pública, os atores do movimento se protegem ao menos parcialmente das incertezas do jogo eleitoral. Ainda que se possa discutir o grau de influência dessas novas instituições, elas permanecem no tempo como parte do Estado. Se esse processo de institucionalização significou o fim do movimento enquanto um tipo de dessa ação coletiva, ao mesmo tempo não extinguiu a ação coletiva em si. Transformou-a nessa forma híbrida, meio Estado meio sociedade civil.

REFERÊNCIAS

ABERS, Rebecca; SERAFIM, Liza; TATAGIBA, Luciana. Repertórios de interação Estado-sociedade em um Estado heterogêneo: a experiência na era Lula. *Dados*, 2014, v. 57, n. 2, pp. 325-357. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0011-5258201411>>.

ABERS, Rebecca; VON BÜLOW, Marisa. Movimentos sociais na teoria e na prática: como estudar o ativismo através da fronteira entre Estado e sociedade? *Sociologias*, 2011, n. 28, pp. 52-84. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222011000300004>>.

ARRETCHE, Marta. A política da política de saúde no Brasil. *In*: Lima, Nísia Trindade *et al.* (Ed.) *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, pp. 285-306.

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

BRASIL/MS/SEGEPI. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS. Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2005.

CAPISTRANO FILHO, David; PIMENTA, Aparecida L. *Saúde para todos: um desafio ao município*. São Paulo: Hucitec, 1988.

CARLOS, Euzeneia. (2015), Movimentos sociais e instituições participativas: efeitos do engajamento institucional nos padrões de ação coletiva. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 2015, v. 30, n. 88, pp. 83-99. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17666/308883-98/2015>>.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Movimento sanitário brasileiro na década de 1970: a participação das universidades e dos municípios*. Brasília: Conasems, 2007.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Conasems: 15 anos!* 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/historia_conasems.pdf>. Acesso em: 17 set. 2012.

COSEMS-SP. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. *SUS e Cosems-SP: da Constituinte 88 ao Pacto pela Saúde, 20 anos*. São Paulo: Cosems-SP, 2008.

DIANI, Mario. Introduction: Social Movements, Contentious Actions, and Social Networks: 'From Metaphor to Substance'? *In*: Diani, Mario; McAdam, Doug (Ed.). *Social Movements and Networks: Relational Approaches to Collective Action*. Oxford: Oxford University Press, 2003, pp. 1-18.

DOWBOR, Monika. *A arte da institucionalização: estratégias de mobilização dos sanitaristas (1974-2006)*. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/T.8.2012.tde-06032013-111003>>.

ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata A. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: Lima, Nisia Trindade *et al.* (Ed.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, pp. 83-119.

FALLETI, Tulia. Infiltrating the State: The Evolution of Health Care Reforms in Brazil, 1964-1988. In: Mahoney, James; Thelen, Kathleen. *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency and Power*. New York: Cambridge University Press, 2010.

GAMSON, William. *The Strategy of Social Protest*. Belmont, CA: Wadsworth, 1990.

GIUGNI, Mario. Was it Worth the Effort? The Outcomes and Consequences of Social Movements. *Annual Review of Sociology*, 1998. v.24, pp. 371-393.

GIUGNI, Mario. Political, Biographical, and Cultural Consequences of Social Movements. *Sociology Compass*, 2008, v. 2-5, pp. 1582-1600. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-9020.2008.00152>>.

GIUGNI, Marco; YAMASAKI, Sakura. The Policy Impact of Social Movements: A Replication Through Qualitative Comparative Analysis. *Mobilization*, 2009, v. 14, n. 4, pp. 467-484. Disponível em: <<http://mobilizationjournal.org/doi/abs/10.17813/maiq.14.4.m2w21h55x5562r57>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

GOULART, Flávio A. *Municipalização: Veredas: caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Abrasco/Conasems, 1996.

MAHONEY, James; THELEN, Kathleen. A Theory of Gradual Institutional Change. In: Mahoney, James; Thelen, Kathleen (Ed.). *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power*. New York: Cambridge University Press, 2010.

MARQUES, Eduardo. Redes sociais e poder no Estado brasileiro: aprendizados a partir de políticas urbanas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 2006, v. 21, n. 60, pp. 15-41. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092006000100002>>.

MCADAM, Doug. Conceptual Origins, Current Problems, Future Directions. In: McAdam, Doug; McCarthy, John; Zald, Mayer (Ed.). *Comparative Perspectives on Social Movements. Political Opportunities, Mobilizing Structure, and Cultural Framings*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.

MCADAM, Doug; TARROW, Sidney. Movimentos sociais e eleições: por uma compreensão mais ampla do contexto político da contestação. *Sociologias*, 2011, v. 13, n. 28, pp. 18-51.

MEYER, David; TARROW, Sidney. A Movement Society: Contentious Politics for a New Century. In: Tarrow, Sidney; Meyer, David (Ed.). *The Social Movement Society: Contentious Politics for a New Century*. Lanham, MA: Rowman and Littlefield, 1998.

POSSAS, Cristina de A. *Saúde, medicina e trabalho no Brasil: uma antropofagia do capitalismo selvagem*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1980.

SANTOS, Nelson R. dos. Entrevista com Nelson Rodrigues dos Santos. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, 2008-2009, v. 3, n. 3, pp. 645-658.

SILVA, Marcelo K.; OLIVEIRA, Gerson. A face oculta(da) dos movimentos sociais: trânsito institucional e intersecção Estado-Movimento: uma análise do Movimento de Economia Solidária no Rio Grande do Sul. *Sociologias*, 2011, ano 13, n. 28, pp. 86-124.

SILVEIRA NETO, Crescêncio A. Crescêncio Silveira Neto: depoimento [24 fev. 2005]. Entrevistador: Luiz Carlos Fadel de Vasconcelos. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: história da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 11.

TATAGIBA, Luciana. Desafios da relação entre movimentos sociais e instituições políticas. O caso do movimento de moradia da cidade de São Paulo: primeiras reflexões. *Colombia Internacional*, 2010, v. 71, pp. 63-83.

TILLY, Charles. *Social Movements, 1768-2004*. Boulder, CO: Paradigm Publisher, 2004.

WEYLAND, Kurt. Social Movements and the State: The Politics of Health Reform in Brazil. *World Development*, 1995, v. 23, n. 10, pp. 1699-1712. Disponível em: <www.utexas.edu/cola/files/275345>. Acesso em: 15 ago. 2012.

ENTREVISTAS

BARROS, Elisabeth. *Elisabeth Barros, sanitarista*: depoimento [3 dez. 2009]. Entrevistadora: Monika Dowbor. Entrevista concedida para pesquisa de doutorado da entrevistadora.

CARVALHO, Gilson. *Gilson Carvalho*: depoimento [15 maio 2012]. Entrevistadora: Monika Dowbor. Entrevista concedida por Skype, para pesquisa de doutorado da entrevistadora.

GOULART, Flavio. *Flavio Goulart, sanitarista*: depoimento [8 maio 2012]. Entrevistadora: Monika Dowbor. Entrevista concedida por Skype, para pesquisa de doutorado da entrevistadora.

MEDEIROS, José Eri Osório de. *José Eri Osório de Medeiros, sanitarista*: depoimento [24 maio 2012]. Entrevistadora: Monika Dowbor. Entrevista concedida por Skype, para pesquisa de doutorado da entrevistadora.