

# **Movimento Sanitário Ampliado: Pluralidade de Atores e Construção da Reforma da Saúde no Brasil (1970-1980)**

## **Expanded Health Movement: Plurality of Actors and the Construction of Health Reform in Brazil (1970-1980)**

**Tiago Siqueira dos Reis\***

**Resumo:** O presente estudo propõe-se a examinar a construção do movimento sanitário no contexto da reforma sanitária brasileira nas décadas de 1970 e 1980, questionando a centralidade atribuída às entidades Cebes e Abrasco como protagonistas exclusivas desse processo. A investigação baseou-se na revisão da literatura especializada e na análise de documentos institucionais e históricos, incluindo publicações acadêmicas, relatórios oficiais, anais de conferências e registros de movimentos sociais. O estudo parte da hipótese de que o movimento sanitário se constituiu como um fenômeno plural e heterogêneo, formado por diversos atores sociais e por diferentes formas de organização, ultrapassando a narrativa dominante centrada na institucionalização. Os resultados indicam que, além do papel relevante desempenhado por Cebes e Abrasco, outros sujeitos — como movimentos populares, entidades comunitárias, setores sindicais e religiosos — atuaram ativamente na formulação de propostas e na mobilização em favor de um sistema público de saúde. Conclui-se que é necessária a ampliação do conceito de movimento sanitário, incorporando múltiplas vozes e experiências históricas que contribuíram para a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Palavras-chave:** Reforma Sanitária. Movimento Sanitário. Saúde Pública. Historiografia da Saúde. Cebes. Abrasco.

**Abstract:** This study aims to examine the construction of the health movement within the context of the Brazilian health reform during the 1970s and 1980s, questioning the centrality attributed to the Cebes and Abrasco entities as the sole protagonists of this process. The investigation was based on a review of specialized literature and the analysis of institutional and historical documents, including academic publications, official reports, conference

\* Doutor em História pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Mestre em História pela Universidade Nova de Lisboa/Portugal. Professor no curso de Licenciatura Intercultural pela Universidade Federal de Roraima (UFRR).  
E-mail: siqueira.treis@gmail.com



*This content is licensed under a Creative Commons attribution-type BY*

proceedings, and records of social movements. The study assumes that the health movement was a plural and heterogeneous phenomenon, composed of diverse social actors and organizational forms, going beyond the dominant narrative focused on institutionalization. The results indicate that, in addition to the significant role played by Cebes and Abrasco, other actors — such as popular movements, community organizations, labor unions, and religious sectors — actively participated in formulating proposals and mobilizing for a public health system. It is concluded that the concept of the health movement should be broadened to incorporate multiple voices and historical experiences that contributed to the establishment of the Unified Health System (SUS).

**Keywords:** Sanitary Reform. Health Movement. Public Health. Health Historiography. Cebes. Abrasco.

Recebido em: 06/03/2024. Aceito em: 22/10/2025.

## INTRODUÇÃO

A produção historiográfica sobre a política de saúde pública brasileira contemporânea apresenta ampla diversidade de objetos, métodos e teorias, abrangendo diferentes áreas do conhecimento, como ciências humanas, sociais e da saúde. Um recorte comum separa o período anterior e posterior à Constituição Federal de 1988 (CF-88), com ênfase na institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas transformações promovidas pela reforma sanitária.

O presente artigo tem como objetivo discutir a constituição e a representação do denominado “movimento sanitário” nas décadas de 1970 e 1980, destacando a multiplicidade de atores sociais envolvidos nas lutas pela reforma sanitária brasileira. Para tanto, foram analisados obras acadêmicas, documentos institucionais, relatos de conferências, textos militantes e fontes produzidas por diversos sujeitos históricos. A investigação concentra-se na produção bibliográfica e documental que trata da trajetória do movimento sanitário, privilegiando abordagens que evidenciam disputas em torno de sua memória e representações. Adota-se, assim, uma perspectiva historiográfica que busca reconstruir o processo considerando a pluralidade de vozes, os embates entre projetos políticos distintos e a atuação de atores frequentemente invisibilizados pela narrativa dominante.

A análise evidencia a necessidade de ampliar o entendimento do movimento sanitário, historicamente associado à atuação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Embora essas instituições tenham desempenhado papel relevante na formulação política e científica das propostas, outros sujeitos — como movimentos populares, associações de bairro, sindicatos, partidos políticos e setores religiosos — atuaram ativamente na construção da agenda de saúde pública. Parte-se da hipótese de que o movimento sanitário foi heterogêneo e múltiplo, composto por diferentes organizações coletivas, de modo que reduzir sua história ao Cebes e à Abrasco compromete a compreensão de sua complexidade.

O contexto da reforma sanitária nas décadas de 1970 e 1980 se insere no período da ditadura civil-militar (1964-1985), caracterizado pela ausência de um sistema público digno, universal e

gratuito, prevalecendo a mercantilização e a privatização dos serviços de saúde. As políticas em vigor geravam profundas desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços, dependência externa na produção de medicamentos e equipamentos e precarização da força de trabalho, com a Seguridade Social financiando predominantemente o setor privado e os hospitais empresariais. Esse cenário resultava na ampliação do setor privado, na crise da Previdência Social e na manutenção de um modelo que beneficiava interesses mercadológicos, em detrimento do acesso equitativo à saúde para a população (Cordeiro; Fiori; Guimarães, 1979; Fleury, 1989).

Nesse contexto, emergiram dois grandes agrupamentos de forças: de um lado, atores sociais progressistas engajados na Reforma Sanitária, buscando transformar a concepção, a prática e a organização da saúde pública; de outro, agentes e grupos comprometidos com interesses privatistas e excludentes, voltados à manutenção de privilégios e à expansão do setor privado. Este artigo concentra-se nos primeiros, analisando sua diversidade, estratégias e experiências na luta pela democratização da saúde.

As mobilizações da época frequentemente são associadas ao “movimento sanitário”, entendido aqui como um campo heterogêneo de movimentos sociais e organizações coletivas da sociedade civil que buscavam superar o modelo de saúde vigente, sem possuir unidade formal, liderança única ou institucionalidade consolidada. Exemplos dessa diversidade incluem o Movimento Popular de Saúde (MOPS), sindicatos, partidos políticos, associações de moradores e setores da Igreja Católica, que atuaram localmente, regionalmente e nacionalmente, influenciando decisões como as tomadas na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), a primeira a permitir a participação expressiva de usuários nos debates sobre políticas públicas de saúde.

Embora a produção historiográfica dominante atribua centralidade ao Cebes e à Abrasco, a análise crítica revela que o movimento sanitário que estamos denominando de ampliado envolveu múltiplos atores e frentes de luta, articulando diferentes projetos políticos, estratégias e concepções de saúde. Ao reconhecer essa pluralidade, o estudo contribui para o debate sobre a história da reforma sanitária, resgatando agentes historicamente marginalizadas e ampliando a compreensão da gênese do SUS.

O movimento sanitário, entendido como espaço coletivo de articulação em torno da reforma da saúde, não pode ser percebido como um único movimento social, pois agrega diferentes movimentos com objetivos convergentes e divergentes, mas estratégias, ideais e tempos próprios. Trata-se de uma alegoria que reúne distintas organizações em prol de mudanças substanciais na saúde pública, sem exigir unidade de pensamento ou projeto harmonizado.

A VIII Conferência Nacional de Saúde exemplifica essa diversidade, congregando coletivos como o MOPS, Central Única dos Trabalhadores (CUT), Confederação Nacional das Classes Trabalhadoras (CONCLAT), Federação das Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (FAMERJ), Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM), Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), Cebes, Abrasco, Partido dos Trabalhadores (PT), Partido Comunista Brasileiro (PCB), Partido Comunista do Brasil (PCdoB), Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), Partido Democrático Trabalhista (PDT), entre outros, cada qual com graus variados de influência na construção do relatório final e nas estratégias do movimento (BRASIL, 1986).

Este artigo, portanto, propõe uma reflexão sobre o movimento sanitário como campo heterogêneo e disputado, questionando a centralidade histórica conferida ao Cebes e a Abrasco e destacando a relevância de movimentos populares, associações comunitárias e setores sindicais na construção da reforma sanitária. Ao evidenciar a multiplicidade de atores e experiências,

pretende-se oferecer uma perspectiva mais plural sobre a gênese do SUS e sobre o legado das lutas pela saúde pública no Brasil.

## **O MOVIMENTO SANITÁRIO E SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO**

A base estrutural do Cebes e da Abrasco é composta predominantemente por médicos de elevado prestígio acadêmico, social e político, embora ambas as entidades admitam a participação de profissionais de outras áreas da saúde (Reis, 2022). Ao contrário da Abrasco, que lançou o primeiro número de sua revista científica, Ciência & Saúde Coletiva, em 1996, o Cebes, desde o seu primeiro ano de existência, já editava a Revista Saúde em Debate, consolidando-se como um importante canal de produção e difusão de ideias no interior da disputa pela hegemonia no campo progressista da saúde.

Na concepção das duas agremiações e de seus intérpretes, o movimento sanitário brasileiro institucionalizou-se com a criação do Cebes, em 1976, consolidando-se posteriormente com a fundação da Abrasco, em 1979. Para Escorel (1998) e para a ampla maioria dos pesquisadores da área de saúde vinculados a esse grupo, a criação do Cebes configurou-se como o marco inicial da organização do movimento sanitário. Nesse processo fundador, destacou-se o papel de militância política e de formação acadêmica desenvolvido por alunos e professores do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), a partir do final da década de 1960.

A base teórica que orientava grande parte de seus intelectuais fundamentava-se no marxismo, especialmente na leitura de Antonio Gramsci (Fleury, 2006). Ao mesmo tempo, esses autores dialogavam com diferentes correntes das ciências sociais, buscando incorporar ao campo da saúde uma perspectiva histórico-social capaz de articular as dimensões política, econômica e cultural do processo saúde-doença.

A Abrasco congrega entidades de ensino, pesquisa e prestadores de serviços na área de Saúde Coletiva, cuja função central consiste em apoiar a formação e a qualificação acadêmica e profissional, bem como o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à saúde, à educação e à ciência e tecnologia em benefício da população. Dessa forma, a Abrasco possui uma natureza essencialmente corporativa e de base acadêmica, mas com ampla margem de atuação, o que lhe possibilitou desempenhar papel relevante e abrangente no campo das políticas sociais brasileiras.

Assim, para além da formação de profissionais na área da Saúde Coletiva, a agremiação desenvolveu, ao lado do Cebes, importantes ações políticas no processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Do ponto de vista da disputa no campo educacional, observa-se que, pelo fato de as agremiações e seus principais quadros terem se originado nos cursos de Medicina das universidades públicas do país, a área médica constituiu o epicentro das elaborações teóricas e das disputas político-institucionais, irradiando para as demais áreas da saúde suas concepções de mundo e seus referenciais de formação (Reis, 2022).

A produção intelectual e acadêmica do grupo é vasta e diversificada, abrangendo temáticas que vão desde a saúde mental até questões de natureza administrativa e gerencial da saúde. No que se refere ao debate sobre a Reforma Sanitária Brasileira e à gestão em saúde pública, observa-se a relevante participação de seus membros no meio universitário, especialmente por meio de publicações científicas e da formação de sucessivas gerações de alunos orientados por seus intelectuais orgânicos.

Entre os nomes de maior destaque, encontram-se Sérgio Arouca (Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz – Ensp/Fiocruz), Sônia Fleury (Ensp/Fiocruz), Jaime de Araújo Oliveira (Ensp/Fiocruz), Jairnilson Paim (Universidade Federal da Bahia – UFBA), Sara Escorel (Ensp/Fiocruz), Eleutério Rodriguez Neto (Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ), José Gomes Temporão (Ensp/Fiocruz), Gastão Wagner de Sousa Campos (Unicamp) e Hésio Cordeiro (Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ), entre outros.

A principal referência sobre o que se convencionou denominar movimento sanitário encontra-se na obra clássica de Sara Escorel (1998), *A Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. As origens desse movimento, tanto para Escorel quanto para outros estudiosos do tema (cf. Fleury, 2006, 2009; Rodriguez Neto, 1988), remontam às universidades brasileiras no início da década de 1970, em especial aos departamentos de Medicina Preventiva da Unicamp, da Universidade de São Paulo (USP), do Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ e da ENSP/Fiocruz.

O movimento, ainda em processo de formação, era composto por professores e estudantes dos cursos de Medicina que partiam de uma crítica aos postulados teóricos e práticos da própria medicina preventivista então hegemônica em suas escolas. Essa corrente baseava-se na medicina liberal e na defesa de uma saúde despolitizada, orientada pela perspectiva de que a saúde e a doença poderiam ser explicadas como resultado do desequilíbrio entre o indivíduo — concebido de forma isolada — e o seu ambiente.

Em contraposição a esse paradigma, o grupo propôs repensar as teorias e práticas da medicina, introduzindo a questão social no centro do debate sobre as condições de saúde. Assim, passaram a compreender a saúde como um espaço social e coletivo, dotado de historicidade, lócus de disputas e interesses políticos, inserido em processos de transformação social, contrariando os pressupostos hegemônicos de neutralidade científica (Escorel, 1998). No entanto, a perspectiva desenvolvida por Escorel tem como eixo central a história da criação do Cebes, em 1976.

Para Escorel (1998), a difusão das ideias contra-hegemônicas produzidas nos departamentos de Medicina Preventiva marcou o surgimento efetivo do movimento sanitário. Como expressou Sônia Fleury, “a medicina preventiva foi o partido de uma nova atitude; a saúde coletiva e o movimento sanitário que lhe correspondem formam uma unidade dialética entre a construção do saber e as práticas políticas” (Fleury, 1987, p. 95). A luta contra-hegemônica consistiria, nesses termos, na articulação entre saber/conhecimento, ideologia/consciência sanitária e prática política/organização do movimento (*ibidem*).

Escorel (1998, p. 135), assim como outros autores, também defende a concepção de movimento formado por sujeitos com ideias comuns e propostas progressistas para a saúde, cujas experiências se acumularam ao final da década de 1970, configurando o movimento sanitário. No entanto, a autora ressalta que esse movimento é caracterizado por três vertentes não excluientes: a primeira composta pelo movimento estudantil e pelo próprio Cebes, que expressavam a articulação política e intelectual de jovens médicos e sanitaristas em torno da crítica à medicina tradicional; a segunda, formada pelos médicos residentes e pelos grupos de Renovação Médica, cuja atuação estava diretamente vinculada às questões laborais e à luta por melhores condições de trabalho da categoria; e a terceira, constituída por professores e pesquisadores, identificados como o segmento acadêmico, responsável pela elaboração das teorias e dos referenciais ideológicos que fundamentaram o movimento (Escorel, 1998, p. 68).

De um “movimento pela saúde”, pautado em valores éticos para alguns, o movimento sanitário adquiriu, segundo Escorel (1998), institucionalidade a partir da criação do Cebes, configurando-se como sua expressão mais significativa e funcionando como espaço aglutinador

dos sujeitos, correspondente ao organismo coletivo fundante do movimento. A institucionalidade do movimento sanitário, portanto, surge com a fundação do Cebes, em 1976, constituído por intelectuais vinculados aos departamentos de Medicina Preventiva dos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro.

É consenso entre os intelectuais vinculados ao Cebes e à Abrasco que o movimento sanitário possui uma dimensão institucional, concebida inicialmente com a criação do Cebes e posteriormente ampliada com a fundação da Abrasco. Jairnilson Paim, um dos fundadores de ambas as agremiações, sugere que o Cebes, ao institucionalizar o movimento sanitário, pode ser compreendido como:

Uma espécie de conjunto de intelectuais orgânicos, digamos assim, na perspectiva gramsciana. [...] uma espécie de desaguadouro de síntese do que vinha dos movimentos sociais urbanos, das associações de moradores, da igreja, do sindicalismo, da academia, dos departamentos de medicina preventiva que estavam pensando criticamente a coisa da saúde (Temporão *apud* Faleiros *et al*, 2006, p. 58).

O Cebes surgiu inicialmente como um veículo de divulgação das ideias críticas na área da saúde por meio de sua revista, denominada *Saúde em Debate*, e logo em seguida ampliou sua atuação, transformando-se em um centro de estudos dedicado à discussão das questões sanitárias, mas, sobretudo, com o objetivo de constituir-se enquanto “núcleo de opinião capaz de influenciar os profissionais de saúde” (CebesS, 1977, p. 63). A relevância do Cebes é confirmada pelas pesquisas sobre a Reforma Sanitária Brasileira, pois, em maior ou menor grau, aparece como objeto de análise das múltiplas dimensões da saúde no período ou como fonte a partir do exame das edições publicadas pela *Saúde em Debate*.

A articulação que Escorel denomina movimento sanitário corresponde à categoria formada por médicos e acadêmicos voltados para a área da saúde, de tal modo que exclui outras formas de organização, como enfermeiros, técnicos, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, bem como trabalhadores de áreas externas à saúde. Nessa perspectiva, o movimento sanitário nasce e se organiza como um domínio da intelectualidade médica acadêmica, composta por alunos e profissionais médicos, responsáveis pela elaboração dos marcos teóricos, ideológicos e das propostas de ação para o sistema de saúde brasileiro.

Cabe ressaltar que, mesmo aqueles que, propositalmente ou não, atribuem uma falta de precisão ao conceito de movimento sanitário — acreditando tratar-se de uma ação coletiva em prol da Reforma Sanitária — acabam reconhecendo, na prática, que o movimento envolvia apenas o grupo definido por Escorel. Os demais agentes e organizações aparecem apenas como adendos ou caricaturas. Portanto, o protagonista desta história, na historiografia, tem feição bem definida, embora careça de materialidade, uma vez que o movimento sanitário, em seu sentido amplo e coletivo, nunca chegou a se institucionalizar, ao contrário do que sugerem as análises de Escorel e dos intelectuais do Cebes e da Abrasco.

Não se pode confundir a criação do Cebes e da Abrasco com a institucionalização de um movimento amplo, plural e diverso de organizações e agentes coletivos em luta pela Reforma Sanitária Brasileira. Por esses motivos, a compreensão do que se convencionou chamar de movimento sanitário passa necessariamente pela análise da disputa de espaços no seio da luta pela saúde, especialmente no campo progressista. A construção da história da Reforma Sanitária pelos autores e atores envolvidos é central nesse processo, pois os principais trabalhos de referência

são oriundos de agentes que ocuparam, e ainda ocupam, posições de liderança no Cebes e na Abrasco, constituindo-se como interlocutores privilegiados do movimento sanitário.

## OUTROS PROTAGONISTAS DA REFORMA SANITÁRIA

As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por intensas lutas sociais e pela formação de organizações coletivas das camadas populares. Nesse período, surgiram múltiplas organizações com elevado potencial democratizante, algumas delas com viés anticapitalista. O movimento sanitário, seja em sua concepção ampliada ou a partir da perspectiva do Cebes e da Abrasco, não apresentava um perfil anticapitalista, mas sim democratizante. Entre as lutas travadas na sociedade civil, destacavam-se reivindicações por melhores condições de moradia, saneamento básico, salários dignos, qualidade de vida e acesso à saúde, especialmente nos grandes centros urbanos do país.

Os movimentos sociais das periferias urbanas expressaram o descontentamento com a ausência de políticas públicas e a precariedade das condições de vida experimentadas cotidianamente por seus moradores. Pesquisadores de diferentes áreas têm buscado resgatar a história da luta pela saúde realizada por esses movimentos populares, embora poucos estudos se dediquem à história ampliada dos diversos agentes envolvidos na Reforma Sanitária Brasileira, considerando tanto os atores quanto os papéis desempenhados em diferentes contextos geográficos, observando-se predomínio de análises centradas nos eixos Rio de Janeiro e São Paulo.

É o caso da pesquisa de Maria Inês Bravo (2010), que teve como objeto de análise a região da Ilha do Governador, no município do Rio de Janeiro. A autora investigou as lutas e formas de organização dos movimentos populares urbanos pela saúde na década de 1980, demonstrando sua participação em múltiplas frentes, reivindicando, entre outros aspectos, a melhoria da qualidade de vida, a democratização do acesso à saúde e a compreensão de que a saúde é responsabilidade do Estado, pública e estatal.

A capacidade organizativa desses movimentos foi confirmada pela realização de encontros coletivos de grande porte, como o I Encontro Popular pela Saúde, realizado no bairro Cidade de Deus, em 1980, com cerca de três mil participantes; o Encontro Estadual de Favelas, em 1981, reunindo aproximadamente dez mil moradores; o II Encontro Popular pela Saúde, em 1987, que contou com significativa participação de profissionais de saúde; e o I Encontro Popular pela Saúde do Rio de Janeiro, realizado no bairro de Olaria, com cerca de dez mil pessoas representando 150 associações de moradores do estado, incluindo a presença do governador Leonel Brizola.

No âmbito da organização coletiva, o Fórum Popular pela Saúde e, posteriormente, o Conselho Popular de Saúde representaram espaços de articulação dos movimentos populares de bairros e favelas, sindicatos, comissões de saúde, partidos políticos e profissionais do setor, permitindo debates sobre saúde em nível estadual e municipal. Para Bravo (2010), a análise desses espaços deve considerar não apenas a participação dos movimentos populares, mas também a mediação de setores da Igreja Católica, militantes políticos, assistentes sociais, entre outros, constituindo-se como “um embrião para a democratização das instituições públicas, com a incorporação de novos valores e práticas relacionados à expansão da participação política e dos direitos de cidadania” (Bravo, 2010, p. 246-247).

A literatura especializada sobre movimentos sociais pela saúde tem concentrado maior atenção nas experiências ocorridas em São Paulo. Estudos de Eder Sader e Pedro Jacobi analisam os movimentos das décadas de 1970 e 1980 como protagonistas de mobilizações sociais intensas,

frequentemente articuladas com outras lutas, como o fortalecimento do sindicalismo contestatório, as organizações de base, a criação do Partido dos Trabalhadores (PT), as greves do ABC paulista em 1978 e movimentos voltados à melhoria da qualidade de vida, como o “Movimento do Custo de Vida” (Sader, 1988).

Jacobi (1993, p. 130) destaca o papel fundamental dos chamados “agentes externos” aos movimentos sociais – agentes pastorais, médicos sanitaristas, militantes de partidos de esquerda – que mediaram e orientaram as lutas da periferia. Nas regiões periféricas, entretanto, a ação mais incisiva ficou a cargo das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) e dos médicos sanitaristas, sobretudo na zona leste de São Paulo.

Na zona leste, a Igreja Católica desempenhou papel central na organização popular, oferecendo suporte institucional e espaço de aglutinação dos movimentos. A presença das CEBs e dos médicos sanitaristas foi decisiva para orientar os enfrentamentos do movimento social, fornecendo subsídios para que os moradores compreendessem os problemas de saúde resultantes do abandono do poder público, ao mesmo tempo em que preservavam o protagonismo e a autonomia dos movimentos (Jacobi, 1993).

Com as informações adquiridas sobre as condições sanitárias, os moradores passaram da caridade cristã para a reivindicação de direitos (Sader, 1988). A relação com a Igreja e os médicos sanitaristas permitiu a formação das Comissões de Saúde, compostas majoritariamente por mulheres das comunidades de base. O movimento pela saúde se organizou, definindo objetivos e formas de atuação, constituindo assim “efetivas organizações de massa” (Sader, 1988, p. 269). Sader observa que a organização na zona leste ampliou o espaço da política, questionando a ditadura e as condições históricas de subalternidade social.

A participação no Conselho de Saúde do município exemplifica essa nova forma de política. Um grupo de mulheres do Jardim Nordeste, integrantes da Comissão de Saúde da zona leste, reivindicou a criação de um Centro de Saúde para o bairro e o direito de atuar em sua fiscalização. Descobriram uma brecha na lei municipal que permitia a eleição de moradores para o conselho, antes dominado pelo chamado “conselho de notáveis”, formado por presidentes de clubes, diretores de escolas e delegados. Assim, após a construção do Centro de Saúde, conseguiram realizar eleições em 1979, elegendo 12 donas de casa para mandatos de dois anos (Jacobi, 1993).

Sader (1988, p. 277) avalia que a conquista do conselho representou a passagem da “pura luta reivindicativa para uma ação política, de participação na gestão dos serviços públicos”. As mulheres consolidaram a institucionalização de suas funções e estreitaram o relacionamento com a Secretaria de Saúde, mantendo, porém, a autonomia das comissões de saúde como promotoras das lutas locais (Sader, 1988, p. 227).

O controle popular se expandiu: em 1981, aproximadamente 95 mil moradores de 19 bairros elegeram 313 conselheiros, majoritariamente mulheres. Em 1985, 37 bairros da zona leste participaram com 140 mil moradores nas eleições para o conselho, elegendo 838 conselheiros, novamente com maioria feminina (Jacobi, 1993, p. 111). Essa experiência influenciou a formulação de conselhos de saúde na legislação brasileira de 1988.

No mesmo período, o I Encontro Nacional de Experiências de Medicina Comunitária (Enemec), realizado pelo Instituto Paulista de Promoção Humana (IPPH), ligado à Diocese de Lins, reuniu representantes de 19 estados para compartilhar experiências sobre medicina comunitária e educação popular. Nos anos seguintes, os encontros deram origem ao Movimento Popular de Saúde (MOPS), expandindo a organização de forma regional, estadual e nacional.

O MOPS contou com trabalhadores das comunidades urbanas e cidades menores, mantendo composição heterogênea — militantes de partidos de esquerda, profissionais de saúde e sindicatos — e pautando-se por autonomia e independência em relação ao Estado e partidos políticos, tomando decisões coletivas e questionando práticas institucionais e negociações sem participação popular (Doimo; Rodrigues, 2003, p. 97). Entre suas bandeiras principais estavam o controle dos serviços de saúde pelos trabalhadores, a saúde como direito universal e de responsabilidade do Estado e a estatização parcial dos serviços.

A atuação do MOPS progrediu para articulação nacional, culminando em encontros como o V Congresso, em Salvador (1984), que consolidou a reivindicação de participação popular na formulação de uma Política Nacional de Saúde, com prestação de serviços públicos gratuitos e direitos garantidos pelo Estado. Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), o MOPS contribuiu para sistematizar suas propostas, incluindo controle popular e descentralização da saúde, reforçando sua influência no debate nacional (Brasil, 1987).

Enquanto isso, o movimento sanitário (Cebes e Abrasco) consolidava-se institucionalmente, ocupando cargos no Estado e liderando debates estratégicos, contrastando com o MOPS, que se mantinha na base social e com ações descentralizadas (Doimo; Rodrigues, 2003; Gerschman, 2011). Conflitos internos no MOPS, decorrentes de diferentes posições ideológicas — radicais favoráveis à estatização total e moderados próximos ao movimento sanitário — limitaram sua aproximação com estratégias institucionais, evidenciando divergências entre autonomia popular e racionalidade político-institucional (Gerschman, 2011, p. 114-115).

Gerschman (2011) ressalta que o MOPS nasceu das carências sociais das periferias urbanas, ocupando espaço significativo no campo da saúde, enquanto o movimento sanitário universitário formulava teorias e ações consistentes para a reforma, como ocupação de cargos no Estado. A incapacidade do MOPS de acompanhar a dinâmica política institucional contribuiu para sua crise interna, enfraquecendo sua influência na implementação das mudanças pós-Constituição de 1988 (Gerschman, 2011, p. 256).

Os sujeitos emergentes das lutas sociais compartilhavam experiências e identidade de classe. Segundo Thompson (1998, p. 152), a classe não nasce naturalmente, mas se forma a partir da experiência coletiva, mediada por fatores culturais e históricos. Essa perspectiva ajuda a compreender o MOPS e as críticas de Gerschman sobre sua fragmentação e caráter episódico.

Para Sader (1988), os debates sobre revolução e papel das classes sociais coexistiam com a prática cotidiana das lutas locais, enquanto as pastorais católicas e outras organizações populares permitiram a articulação desses esforços, preservando autonomia e diversidade de expressões, sem reduzir as coletividades a uma instância superior ou sintetizadora (Sader, 1988, p. 198).

Os movimentos sociais tiveram de construir suas identidades enquanto sujeitos políticos precisamente porque elas eram ignoradas nos cenários públicos instituídos. Por isso mesmo o tema da autonomia esteve tão presente em seus discursos. E por isso também a diversidade foi afirmada como manifestação de uma identidade singular e não como sinal de uma carência (Sader, 1988, p. 199).

O período em análise envolve críticas ao centralismo estatal vigente no socialismo soviético e a crescente descrença na revolução como instrumento de transformação social. No plano nacional, as críticas recaíam sobre o autoritarismo do Estado de exceção. Nesse contexto, Sader destaca a desconfiança das organizações populares em relação à institucionalização, por considerar que esta dificultava o controle direto dos movimentos sociais. A institucionalização

era percebida como antagônica à autonomia dessas organizações, sobretudo pelo MOPS, que repudiava estratégias de institucionalização das práticas políticas por entender que nelas estavam presentes elementos de manipulação e burocratização.

O MOPS, assim como o movimento popular pela saúde na zona leste de São Paulo, defendia a luta de base, considerando a classe dominante e frações privatistas como inimigas na construção de uma política de saúde pública. Propunha a organização do sistema de saúde sob domínio do Estado, sem a presença do setor privado. Essa posição não se confunde com a defesa do autoritarismo estatal ou do monopólio do poder sobre a saúde, pois sua pauta principal consistia na estatização com participação popular, garantindo controle da sociedade em todas as frentes de formulação e implementação de políticas públicas. Dessa forma, o movimento operava de maneira dupla: mantinha a luta na base e, simultaneamente, a participação legal no controle popular, visão distinta da defendida pelo Cebes e Abrasco, que incluía a presença do setor privado na saúde (Reis, 2024).

Nesse período, a maioria dos movimentos sociais e organizações classistas optava por abandonar a via institucional dentro do Estado. Virginia Fontes aponta a existência de uma concepção equivocada sobre sociedade civil, marcada por confusões entre governo e Estado, o que levava ao afastamento da luta no âmbito estatal por associá-la à ditadura. Para a historiadora, ao rejeitar a atuação no Estado, dificultava-se a elaboração de projetos capazes de superá-lo: “ao desconsiderá-lo como momento importante da luta popular, enaltecia-se uma atuação ‘de costas’ para o Estado, sem a intermediação de partidos ou organizações estáveis, consideradas como ‘camisas de força’ para tais movimentos” (Fontes, 2010, p. 227).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os movimentos populares, a partir de suas experiências e ações, buscaram afirmar-se como sujeitos de sua própria história, mesmo em contextos de fragmentação e heterogeneidade — traços que, segundo Gramsci (2002), expressam sua condição de existência. Ao longo do artigo, demonstrou-se que a história da reforma sanitária brasileira não pode ser reduzida à trajetória institucional do Cebes e da Abrasco. Embora essas organizações tenham desempenhado papel destacado, sobretudo na formulação técnico acadêmica das propostas, os dados bibliográficos analisados evidenciam a participação ativa de outros sujeitos e organizações na construção da agenda da saúde pública.

O levantamento e a análise da produção especializada mostraram uma tendência dominante em associar o “movimento sanitário” quase exclusivamente ao universo acadêmico-institucional vinculado à medicina preventiva, desconsiderando ou minimizando a pluralidade de lutas ocorridas no campo popular, especialmente por meio do MOPS, de associações de bairro, sindicatos, partidos de esquerda e setores da Igreja Católica. A bibliografia de autores como Sader, Jacobi, Bravo, Doimo e Rodrigues, entre outros, contribui para restituir a visibilidade desses atores “esquecidos” pela abordagem hegemônica.

Identificou-se também que parte significativa da historiografia consagrada é produzida por protagonistas diretamente vinculados ao Cebes e à Abrasco, o que contribui para a construção de uma memória seletiva da reforma sanitária. A análise crítica dessas fontes revelou a existência de disputas internas e conflitos estratégicos, sobretudo entre a institucionalização da luta pela saúde e a defesa da autonomia popular e da estatização integral dos serviços, conforme defendido pelo MOPS.

Portanto, propõe-se uma ampliação do conceito de movimento sanitário, compreendendo-o como um campo heterogêneo e em disputa, no qual diferentes projetos políticos e concepções de saúde estiveram em jogo. A superação da leitura moncausal e institucionalizada permite compreender melhor a complexidade do processo histórico e evidencia a importância de incorporar novas perspectivas historiográficas que valorizem os diversos sujeitos sociais envolvidos.

Sugerimos, por fim, que futuras pesquisas aprofundem a atuação de atores historicamente marginalizados pela perspectiva dominante, bem como os desdobramentos dessas lutas no contexto pós-1988. A memória da reforma sanitária ainda se encontra em disputa, e revisitá-la sua pluralidade pode fortalecer o enfrentamento dos desafios atuais da saúde pública brasileira.

A concepção de mundo dos movimentos sociais e das lutas populares pela saúde, que buscamos destacar, continha elementos de crítica interna, reflexão sobre si mesmos e consciência de sua historicidade, identificando contradições com outras concepções de mundo. Apesar da maior ou menor amplitude e complexidade dessas compreensões e da ausência de consciência da totalidade da luta no seio do Estado restrito, ao colocarem-se em luta por mudanças na estrutura da saúde pública brasileira e em favor dos interesses das classes subalternas, tais movimentos socializaram “verdades já descobertas” (Gramsci, 2015, p. 93-96), ou seja, a possibilidade ativa de transformação social diante do potencial emancipatório das lutas frente às desigualdades estruturais presentes na área da saúde.

Podemos observar a presença de múltiplas e distintas organizações da sociedade civil, bem como a disputa por ideias e projetos no interior do movimento sanitário ampliado e nas lutas pela reforma sanitária brasileira. Dessa forma, não se pode perder de vista as experiências de luta do MOPS e de tantos outros movimentos de saúde no país que ainda carecem de estudos aprofundados, incluindo exemplos como as lutas na Ilha do Governador, a presença de setores da Igreja Católica, representações sindicais, partidos políticos e diversos movimentos sociais presentes na VIII Conferência Nacional de Saúde e em outros espaços de mobilização.

Ressalta-se, ainda, que o estudo dos movimentos sociais e das organizações coletivas na luta pela saúde, no contexto da reforma sanitária, requer maior atenção dos pesquisadores. Compreender a complexidade das lutas e das opções estratégicas adotadas ao longo do processo histórico permite lançar luz sobre os caminhos e os campos de batalha que ainda se apresentam na saúde pública brasileira.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de. **Planejamento e Participação popular em saúde:** o caso de Duque de Caxias. Dissertação de Mestrado (Saúde Coletiva) - Pós-graduação em Saúde Coletiva, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1994.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária:** Lutas Sociais e Práticas Profissionais. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final:** VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais:** VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1987.

CEBES. Crise e crescimento. **Saúde em Debate.** São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, n. 5, v. 1, pp. 63-64, 1977.

COELHO, Eurelino. **Uma esquerda para o capital: Crise do marxismo e mudanças nos projetos políticos dos grupos dirigentes do PT (1979-1998).** Tese de Doutorado (História) – Pós-Graduação em História, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2005.

CORDEIRO, Hesio; FLORI, José Luís; GUIMARÃES, Reinaldo. **A questão democrática na área de saúde: proposta para um debate.** Rio de Janeiro, 1979. (Mimeo)

DOIMO, Ana Maria; RODRIGUES, Marta Maria Assumpção. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal da atuação política. **Política & Sociedade.** Florianópolis. v. 3, n. 3, pp. 95-115, 2003.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde:** Origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata Arruda de. As conferências nacionais em saúde na construção do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (org.). **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, pp. 83-119.

FALEIROS, Vicente de Paula. et al. **A construção do SUS:** histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FERRAZ, Ana Targina Rodrigues. **Impactos da experiência conselhista sobre as atividades políticas e organizativas dos movimentos sociais na saúde:** o caso do movimento popular de saúde de Campinas/São Paulo. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2005.

FLEURY, Sônia. A questão Democrática na Saúde. In: Sonia Fleury. (Org.). **Saúde e Democracia: a Luta do Cebes.** São Paulo: Lemos, 1997, pp. 25-44.

FLEURY, Sônia. Política de saúde na transição conservadora. **Saúde em Debate.** Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, n. 26, v. 1, pp. 42-53, 1989.

FLEURY, Sônia (org.). **Reforma Sanitária:** em busca de uma teoria. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

FLEURY, Sônia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, pp. 743-752, 2009.

FLEURY, Sônia.. **Reforma Sanitária:** em busca de uma teoria. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

FLEURY, Sônia. O dilema reformista na reforma sanitária brasileira. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, pp. 94-115, 1987.

FONTES, Virgínia. **O Brasil e o capital-imperialismo:** teoria e história. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2010.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere.** Volume 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 8ª Edição, 2015.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere.** Volume 5. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

JACOBI, Pedro. **Movimentos sociais e políticas públicas:** demandas por saneamento básico e saúde – São Paulo 1974-84. São Paulo: Editora Cortez, 1993

MATTOS, Marcelo Badaró. **A classe trabalhadora:** de Marx ao nosso tempo. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2019.

REIS, Tiago Siqueira. **Cebes, Abrasco e o público-privado na saúde pública brasileira (1976-2002).** 2022. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2022.

REIS, Tiago Siqueira. O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva: a questão da estatização da saúde na reforma sanitária brasileira, 1976-1988. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 31, p. 1-18, 2024.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena:** experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-80. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SMEKE, Elizabeth de Leone Monteiro. **Saúde e democracia, experiência de gestão popular:** um estudo de caso. 1989, Tese de Doutorado (Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1989.

THOMPSON, Edward Palmer. **Costumes em Comum:** Estudos sobre a Cultura Popular Tradicional. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.