SUS, SAÚDE E CIDADANIA

A saúde na construção democrática no Brasil – por Sonia Fleury



Ato em Brasília, em 2023, pela defesa do SUS e da democracia (Foto: Fabio Rodrigues-Pozzebom/Agência Brasil)

POR **CEE-Fiocruz**

PUBLICADO **17/04/2026**

“A contribuição da saúde para a democracia precisa ser reconhecida para além da cri do Sistema Único de Saúde”, defende a cientista política Sonia Fleury, pesquisadora d CEE-Fiocruz, em referência aos frutos da Reforma Sanitária Brasileira. Em artigo publicado

na última edição da revista Trabalho, Educação e Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fiocruz, Sonia aponta que esse reconhecimento deve levar em conta "dimensões filosófico-políticas, que deram corpo e alma à democracia e foram inovadoras na articulação entre Estado e sociedade", a arquitetura institucional que "materializou um modelo de federalismo cooperativo", e a capacidade de trabalhar as "tensões entre instituinte e instituído, renovando permanentemente o Movimento Sanitário". Acesse a íntegra do artigo abaixo.

Sonia Fleury *

Interrogar um campo singular como um 'caso exemplar', uma 'hipótese', um momento de uma estrutura que pode assumir diferentes configurações, em suma, como um 'caso particular do possível' (isto é, mergulhar no caso particular, mas com um método de construção de objeto), é dotar-se dos meios de escapar à tendência à universalização do caso singular e levantar questões gerais a propósito do caso particular constituído como tal, em suma, tratar a história como um imenso laboratório de variações experimentais.
(Bourdieu, 2015, p. 18)

A celebração dos quarenta anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986, nos convida a refletir sobre como as lutas pela universalização do direito à saúde – organizadas sob o slogan *Saúde é Democracia; Democracia é Saúde* – conformaram o conteúdo político e a arquitetura institucional da democracia brasileira. Mesmo após a pandemia de Covid-19, quando o Sistema Único de Saúde (SUS) foi amplamente reconhecido como a maior inovação democrática, ainda ficaram pendentes as respostas a importantes questões: como foi possível a materialização desse projeto, formulado por um movimento social, o Movimento Sanitário, em um contexto de ditadura e implementado sob um regime de austeridade? E para além do SUS, que outras contribuições a saúde coletiva conseguiu imprimir à construção democrática que ainda não foram devidamente reconhecidas?

Acessível.com
M.Lloras

Para responder a essas questões, é necessário percorrer a longa trajetória da Reforma Sanitária Brasileira, que vai da construção do campo de conhecimentos da saúde coletiva aos espaços de organização; da formulação do projeto à ocupação das arenas estratégicas; da institucionalização precarizada à constante defesa do projeto original; da ampliação e renovação permanente das áreas de atuação, dos sujeitos e da institucionalidade. Um modelo analítico que utilizei para compreensão desse processo trabalha com as dimensões denominadas de subjetivação, constitucionalização e institucionalização (Fleury, 2009) para designar, respectivamente, a construção e a permanente atualização do sujeito político que impulsiona, em cada momento, a reforma; as bases legais que asseguram o direito de forma universal e integral, seu exercício e exigibilidade; a criação de capacidades estatais, recursos e

instituições que materializam a reforma sanitária democrática e participativa.

Campo, sujeito, organização, estratégia

A década que antecedeu a realização da 8ª CNS foi marcada pelo declínio do regime ditatorial, com movimentos contraditórios como a proposta de distensão lenta, gradual e segura do governo e a existência de ameaças de golpe pela linha-dura, a vitória eleitoral da oposição – Movimento Democrático Brasileiro (MDB) – em grandes centros urbanos e a promulgação do Pacote de Abril, visando garantir a continuidade e a hegemonia do partido governista – Aliança Renovadora Nacional (Arena) –, a tentativa governamental de controle do processo de transição à democracia e as denúncias de tortura e assassinato de Vladimir Herzog e Manoel Filho nos porões da ditadura.

A sociedade civil viveu um momento de efervescência dos movimentos sociais nas lutas pela democracia, como as greves dos metalúrgicos do ABC, o movimento contra a carestia e as comunidades eclesiais de base, as lutas setoriais pela reforma urbana e pela Reforma Sanitária, dentre outras, que resultaram na fundação de organizações como o Movimentos dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e do Partido dos Trabalhadores (PT).



Essa mesma efervescência no período de nossa transição democrática levou à criação do Movimento Sanitário e à formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que defini como sendo

um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado (Fleury, 1989, p. 39).

Como projeto de deslocamento do poder e transformação socioinstitucional, a RSB se encaixa na classificação de André Gorz de reformas não reformistas, aquela cujas mudanças abrem espaço para transformações estruturais, sendo assim definida por ele: “Uma

reforma não reformista é determinada não em termos do que pode ser, mas do que deve ser" (apud Engler e Engler, 2023).

O projeto da Reforma Sanitária, legitimado pela 8ª Conferência, envolvia os seguintes aspectos: construção da saúde coletiva como um campo de conhecimentos e de luta política, partindo da crítica ao modelo de atenção curativo e hospitalocêntrico e às limitações da medicina preventiva para se apresentar como um modelo alternativo, o que só poderia ser superado pela saúde coletiva. Esse campo fundou-se nos conceitos de determinação econômico-social dos processos de saúde-enfermidade; na análise da organização social da prática médica; na revisão das políticas de saúde com base na concepção do direito universal à proteção social. Diferentemente da forma como a sociologia tradicional via as políticas sociais – como um mero campo de aplicação de teorias e modelos –, o que se constata é que a análise da proteção social no Brasil se construiu em uma produção original, tanto teórica como aplicada, tendo o campo da saúde contribuído decisivamente para tal.

Assim, a produção da saúde contribuiu substancialmente para o emergente campo das políticas sociais, com a teorização tanto sob democracia e cidadania quanto sobre a incidência de diferentes modelos de proteção social para a conformação das formas de inclusão social por meio de distintas cidadanias (invertida, regulada, universal), dando corpo a democracias socialmente distintas. De forma original, foi capaz de propor um modelo de proteção social descentralizado e participativo, distinto dos modelos europeus e adequado às condições brasileiras.



O campo da saúde coletiva é hoje reconhecido pelas agências nacionais e internacionais de fomento à ciência. Forma anualmente um número expressivo de profissionais, mantém uma dinâmica acadêmica vívida, por meio de congressos, publicações, editoras. A expansão desse campo nas últimas quatro décadas inclui, além da área de serviços e vigilâncias, temas atuais como saúde global, saúde digital e complexo econômico-industrial da saúde, dentre inúmeros outros.

Constituição do sujeito, o Movimento Sanitário

A Reforma Sanitária apresenta a particularidade de ter sido formulada e impulsionada desde a sociedade civil como um movimento social, articulando uma coalização de diferentes atores com presença em

diversas arenas políticas. Mesmo impulsionada em sua origem por acadêmicos e profissionais, a difusão de uma consciência sanitária se tornou o eixo articulador das demandas populares com a construção teórico-política da RSB, como ficou expresso na composição dos participantes da 8ª CNS. Na fase de implantação do SUS, os gestores assumiram o protagonismo na defesa das propostas da RSB, mostrando a dinâmica flexível das coalizões políticas na condução desse processo.

O caráter *movimentista* foi assegurado pela horizontalidade e o trabalho de base, atuando em todas as frentes em que as demandas sociais pudessem ser fonte de politização e de constituição de sujeitos com capacidade de agência. A diretriz da participação social foi se consolidando em múltiplas experiências e em diferente formatos que antecederam e prepararam a 8ª CNS, como nos projetos docente-assistenciais nos departamentos de medicina preventiva e social; na inovadora e original experiência do Projeto Montes Claros e suas derivações no Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS); nos sistema de saúde em municípios onde a oposição havia ganhado as eleições em 1974; na reforma da política assistencial do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Distintos projetos e institucionalidades mas uma mesma identificação com o projeto da RSB que assim se gestava.



A preservação desse caráter de movimento social não tem sido fácil, mas certamente responde pela singularidade de o projeto de construção e manutenção do SUS ter sido a mais importante conquista democrática, pois torna a participação o eixo central, ainda que limitado, de deslocamento institucional do poder. Como veremos adiante, a institucionalização da participação introduz uma tensão permanente em relação à revitalização do movimento social, a ser resolvida em cada etapa do processo.

Organização como componente essencial

Como uma proposta de disputa de poder e criação de condições de contra-hegemonia, a Reforma Sanitária tratou de criar os recursos mínimos para organização do Movimento Sanitário e difusão da consciência sanitária, inspirados na experiência italiana (Berlinguer, 1983). A criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, com a sua linha editorial de livros e difusão da revista *Saúde em*

Debate por meio da organização em núcleos autônomos no território nacional, foi a base da organização da luta pela RSB. Essa revista divulgava as novas concepções, demarcava o campo da saúde coletiva e se posicionava politicamente diante de fatos da conjuntura, criando uma rede de militantes, unida pelo projeto político de transformação da saúde e construção de uma sociedade democrática. O fato de muitos militantes da RSB terem vínculos com o Partido Comunista Brasileiro (PCB) é um elemento que não pode ser desconhecido, pois a experiência organizativa teve essa matriz, assim como a opção pela via democrática já fazia parte das resoluções do 6º Congresso do PCB, ainda que em contradição com as práticas do centralismo democrático.

No início dos anos 1970, quando a repressão da ditadura se abateu fortemente sobre a sociedade, a perseguição aos sanitaristas militantes de esquerda foi recrudescida, e só não tivemos exilados na área devido a uma rede de apoio institucional, que se armou para mantê-los trabalhando em atividades de consultoria, que não estavam submetidas ao crivo do Serviço Nacional de Informações (SNI).

A criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), inicialmente como representação da pós-graduação de saúde coleti e posteriormente como organizadora de toda a produção acadêmica neste campo, foi um passo adiante na construção de recursos institucionais na luta pelo reconhecimento do campo da saúde coletiva e da proposta político-institucional da criação do SUS. O primeiro Congresso da Abrasco, realizado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) em 1986, demonstrou a maturidade acadêmica e política que se buscava, em uma conjuntura de idas e vindas nas lutas pelo direito à saúde.



Na Assembleia Nacional Constituinte, a organização da Plenária Nacional de Saúde foi o espaço onde todos os atores do Movimento Sanitário se encontravam para trocar informações e definir as táticas para influenciar os parlamentares a aderirem ao projeto da RSB.

Recentemente, durante a pandemia da covid-19, o Movimento Sanitário voltou a se articular de forma orgânica na Frente pela Vida (FpV), sendo considerado um dos fatores fundamentais da resiliência do SUS, mesmo em uma conjuntura crítica de pandemia e de um governo negacionista sob uma liderança populista-autoritária.

Estratégia de ocupação e transformação dos espaços institucionais

A estratégia de ocupação dos espaços institucionais, embora criticada por alguns companheiros latino-americanos, foi pensada como uma forma de articulação das lutas na organização da sociedade civil e na disputa ideológica como contra-hegemonia (Gramsci, 1980), com a disputa pelo poder no interior do aparato estatal. Poulantzas (1980) nos ensina que o poder é disputado também no interior do aparato institucional com a busca de conquista de espaços que, ainda que subordinados, incorporam as demandas populares, mesmo buscando destituí-las de seu caráter político por meio de linguagem e técnicas burocráticas. Só a permanente circularidade entre a luta institucional e a organização social pode definir as possibilidades de não se ter o projeto cooptado nesse jogo institucional.

Ocupar espaços significou a possibilidade de transformá-los em direção ao projeto da Reforma Sanitária. A experiência na gestão da saúde em municípios e projetos foi fundamental para aumentar o conhecimento nas áreas de planejamento e gestão, recurso político-institucional crucial para implantação das transformações desejadas. Foram adquiridos conhecimentos, houve inovação nos processos institucionais, formaram-se quadros competentes, existiu aprendizagem institucional. O fundamental, no entanto, é que havia um projeto que unificava e cujas diretrizes de universalização, descentralização e participação estiveram presentes e amadurecidas em cada momento.



A experiência da ocupação de cargos no Inamps por militantes do Movimento Sanitário, como parte do enfrentamento da crise financeira da previdência social nos anos 1980, ilustra a riqueza e os limites dessa estratégia. Convocados a racionalizar a administração da área de saúde da previdência para reduzir os custos ascendentes decorrentes da privatização promovida pelos governos militares, os sanitaristas foram muito além. A redução dos custos seria viabilizada pelos convênios do Inamps com as secretarias de Saúde, estas últimas vinculadas ao Ministério da Saúde, injetando recursos em uma rede em obsolescência, mas, o que é crucial, descentralizando a atenção e universalizando o acesso – via programa Ações Integradas em Saúde (AIS) e Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) –, ou seja, lançando as bases para unificação, descentralização e universalização.

A institucionalização, no entanto, também cobrou seu preço, ao tornar os sanitaristas que ocuparam o Inamps ferrenhos defensores da unificação via previdência, o SUDS (com sua maior capacidade de gestão), enquanto os que ocuparam posições no Ministério da Saúde, como a presidência da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), defendiam a unificação do sistema via Ministério da Saúde – única possibilidade de se formar um verdadeiro sistema e não se limitar a ser uma rede assistencial expandida. Pactos foram firmados para que a divergência apontada não contaminasse a 8ª Conferência, mas a tensão voltou a se manifestar durante os debates da Assembleia Nacional Constituinte e nas fases iniciais consideradas como de *Inampização* do Ministério da Saúde, significando a absorção pelo SUS do modelo de pagamento de serviços curativos herdado do Inamps. Só com a criação na década de 1990 e posterior expansão da Estratégia Saúde da Família, uma das diretrizes aprovadas na 8ª CNS começou a se concretizar com o fortalecimento do componente de atenção preventiva no SUS.

Talvez uma das características mais marcantes e ainda atuais do Movimento Sanitário seja a discussão política, o que tem se expressado tanto nas produções acadêmicas (Fleury, 2018) quanto nas avaliações recentes sobre a própria 8ª CNS nos sites ***Outra Saúde*** [leia os artigos publicados aqui] e do Centro de Estudos Estratégicos Antônio Ivo de Carvalho (CEE – Vilhena, Batista e Bardanachvili, 2026), por exemplo.



Fundamentos: participação, igualdade, financiamento público

1. **A participação como essência da democracia inclusiva**

Na transição para a democracia, a ênfase estava no modelo de democracia partidária competitiva com o resgate da autonomia dos entes federativos, após o período de concentração de poder na ditadura, e assegurando a garantia dos direitos fundamentais e do equilíbrio de poderes. A 8ª Conferência ultrapassa esse modelo de democracia competitiva elitista ao adicionar o componente institucional da participação popular, retomando a tradição das experiências pioneiras dos sistemas e projetos locais de saúde. Ao inovar na construção de uma nova institucionalidade, imprescindível para democratizar a democracia, o modelo da 8ª CNS rompeu com as disputas tecnoburocráticas (SUDS ou SUS), canalizando para a arena institucional o enorme potencial da sociedade civil já existente.

Ao definir com clareza os três eixos do debate – direito à saúde; Sistema Único de Saúde; financiamento público –, a convocação da 8ª CNS inaugurou um processo de democracia comunicacional ascendente, desde o nível local, com os debates desses temas e eleição dos delegados passando pelo regional para terminar em uma grande plenária nacional. Tratou-se de impulsionar um grandioso processo nacional de construção de uma esfera pública setorial, um diálogo construtivo e horizontal, em que saberes acadêmicos subsidiaram os debates (como o documento *Pelo direito universal à saúde*, da comissão de política da Abrasco) que foram enriquecidos com os saberes de profissionais da saúde e de populares como os oriundos dos sindicatos e do Movimento Popular da Saúde (MOPS).

A certeza de que a democracia só seria inclusiva se o componente participação popular se inscrevesse na institucionalidade estatal foi uma aposta do Movimento Sanitário que originou um novo arcabouço institucional para a democracia, como o modelo das conferências para formação da vontade política; dos conselhos para o exercício do controle social e das comissões bipartites e tripartites, comissões intergestores como instâncias de negociação e pactuação entre as esferas governamentais, inaugurando um novo modelo de federalismo cooperativo para as áreas de competências concorrentes, como a saúde.



No entanto, mesmo com a participação assegurando o conteúdo inclusivo da democracia que estava sendo construída, seria necessário garantir uma correlação de forças favorável às mudanças, em especial aquelas que pretendiam a estatização do setor privado, que havia sido privilegiado pelas políticas do governo militar de tal forma que já representavam, na época, cerca de 70% dos leitos hospitalares.

Diferentemente da privatização que veio a ocorrer em democracias liberais em países vizinhos, em nosso caso a privatização dos serviços de saúde da previdência social ocorreu durante a ditadura com subsídios e contratações assegurados pelos entes públicos, com reembolsos que representavam um verdadeiro cheque em branco. O fortalecimento desses atores do setor privado, que se recusaram a participar do 8ª CNS – alcunhada como *conferência de comunistas* – e foram fervorosos opositores da criação do SUS na Assembleia Nacional Constituinte, não foi suficiente para impedir a inscrição do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal.

O SUS, entretanto, nunca prescindiu dos serviços privados de atenção, seja complementar, seja suplementar. A implantação do Sistema Único de Saúde em um período de austeridade econômica e predomínio da lógica mercantil na ideologia neoliberal assistiu à diversificação e crescente dependência do setor privado em áreas como a gestão dos serviços públicos.

Em suma, podemos considerar a 8ª CNS como o *Momento Instituinte*, em que a força renovadora conseguiu provocar rupturas significativas na forma e no conteúdo da ação política – limitadas, porém, pela correlação de forças expressa na base material da rede de serviços hospitalares, dependente do setor privado. A Comissão Nacional da Reforma Sanitária foi aprovada pela assembleia da 8ª CNS com o mandato de dar início à implementação das decisões aprovadas. Teve início com a comissão o *Momento Instituído*, uma composição de diferentes atores técnicos e burocráticos que incluíram os provedores privados.

A tensão entre instituinte e instituído é constitutiva do processo da reforma, já que a vontade política que se manifestou na 8ª CNS surgiu de um longo processo de construção de sujeitos, projeto, alianças e estratégias, amparados por instituições e projetos que formaram profissionais e capacidades institucionais que permitiram o avanço do processo político. A convergência entre instituinte e instituído é fruto da preservação da permanente vinculação entre ambos, ou seja, desde que o caráter movimentista não fosse obstaculizado ou *esfriado* pelo caráter institucional e legal da reforma.

2. **A universalidade como materialização da igualdade na democracia**

A noção de igualdade, não sendo um atributo da natureza em que apenas existem singularidades, é um constructo político pelo qual os indivíduos são igualados diante do Estado na condição de exercício de sua cidadania. Ao postular o direito universal de forma integral no sistema público de saúde, em uma sociedade reconhecida pelos indicadores de diferenças abissais de desigualdade, a saúde introduziu uma cunha estrutural e transformadora da sociedade brasileira: o direito a ter direito a ser tratado de forma igual em um sistema universal, cujo acesso não depende mais do que da necessidade. Basta ver uma fila de vacinação, uma das únicas materializações visíveis da igualdade de acesso aos serviços públicos,

sem considerar as ações invisíveis da vigilância sanitária e epidemiológica para assegurar o bem-estar coletivo.

Ao estabelecer a universalidade e a integralidade como diretrizes da política de saúde e de construção da institucionalidade do SUS, afirmam-se valores a serem perseguidos de forma constante, em permanente enfrentamento das lógicas elitista, privatista e corporativista que consagraram uma tradição na qual os benefícios das políticas públicas são vistos como privilégios ou *penduricalhos* e não como direitos. Porque a noção de direito traz consigo o fundamento igualitário universal. A guinada mais recente das organizações internacionais em saúde na defesa da cobertura universal de saúde é uma parte da disputa simbólica em torno da noção de universalidade: enquanto a Reforma Sanitária sempre postulou a universalidade do direito, o que implica igualdade e integralidade pelo sistema público, a defesa da cobertura universal admite a desigualdade no padrão de benefícios de acordo com o poder aquisitivo e a provisão por entes privados.

O florescimento das lutas de movimentos de defesa dos direitos de grupos populacionais subalternizados, como população favelada, negros, mulheres e LGBTQIA+, nos anos mais recentes, impacta a discussão da igualdade, questiona a democracia que não chega para todos e traz para o centro do debate o valor da equidade. Porém, em vez de supormos uma oposição entre igualdade e equidade, temos clareza de que os movimentos, nomeados identitários, não reivindicam a desigualdade, mas uma igualdade complexa que comporte a diversidade e a singularidade. Ao contrário daqueles que pensam que reivindicações de inclusão não alteram a lógica do sistema de dominação, sabemos que a entrada de estudantes por meio de cotas e de profissionais no serviço público mudaram a universidade e a sociedade, assim como as reivindicações das populações faveladas pelo reconhecimento na produção da cidade e na redistribuição dos recursos públicos são essenciais para discutirmos a democracia e a expansão da cidadania.

3. **O nó górdio do financiamento na disputa pelo fundo público**

Ao se considerarem os três eixos dos debates da 8ª CNS – o direito à saúde, o sistema único público e o financiamento –, podemos avaliar que avançamos inicialmente na constitucionalização do direito à saúde e na inscrição do modelo do Sistema Único de Saúde na

Constituição Federal de 1988 e nas leis orgânicas. Mesmo que tenhamos a singularidade de dispormos de duas leis orgânicas (lei n. 8.080/1990 e lei n. 8.142/1990), já que o presidente Collor vetou na primeira delas toda a parte de descentralização e participação, por serem incompatíveis com sua visão de uma democracia elitista. A segunda lei recuperou o que fora vetado. Mesmo assim, a força do movimento que se reuniu sob o slogan *A ousadia de fazer cumprir a lei* foi necessária para que a lei *pegasse* e começasse a ser executada.

Com relação ao financiamento, o processo de lutas foi mais longo e mais árduo. Como parte da seguridade social, cujo orçamento reuniu diferentes contribuições sociais com destinação ao conjunto das áreas de previdência, saúde e assistência, havia nas disposições transitórias da CF/88 uma destinação de 30% desse orçamento para a saúde, por um período de cinco anos. Infelizmente, tanto a seguridade social quanto o orçamento da seguridade social destinado a ações conjuntas das três áreas foram mera ficção, inclusive com a responsabilidade da área de saúde, que não compreendeu a importância dessa institucionalidade, a única prevista no capítulo da ordem social.

Sem nos alongarmos acerca da trajetória que vai do subfinanciamen
Acessível.com
M.Libras
decorrente das políticas econômicas de austeridade até o desfinanciamento promovido no governo Bolsonaro, o Movimento Sanitário esteve, em todos os momentos, no campo de luta por um financiamento sustentável para a área de saúde – pela Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), pela definição das contribuições dos três níveis de governo, pela definição rigorosa do que são serviços de saúde, pelos 12% de receita corrente bruta, pela garantia dos 15% da receita corrente líquida contra o teto de gasto da emenda constitucional (EC) n. 95, pela recomposição do orçamento federal em saúde com a abolição do arcabouço fiscal. Hoje, que um quinto do orçamento fiscal está em mãos do Congresso, sendo que metade dos recursos tem de ser destinada à saúde, a questão não é apenas em relação ao montante de recursos, mas aos critérios de alocação, transparência e fiscalização, em consonância com o planejamento da política de saúde.

O financiamento e a distribuição dos recursos são questões pendentes, que não foram resolvidas de forma satisfatória, comprometendo as conquistas em relação ao direito à saúde e à qualidade da atenção do SUS. A disputa em relação ao fundo público

também é acirrada pelas várias formas de participação do setor privado no interior do SUS, canalizando os escassos recursos públicos para o setor mercadológico lucrativo.

A contribuição da saúde para a democracia precisa ser reconhecida para além da criação do SUS, em suas dimensões filosófico-políticas que deram corpo e alma à democracia e foram inovadoras na articulação entre Estado e sociedade, na arquitetura institucional que materializou um modelo de federalismo cooperativo, na capacidade de trabalhar a cada momento as tensões entre instituinte e instituído, renovando permanentemente o Movimento Sanitário. Como as contingências materiais, a preservação da cultura de dominação e exclusão e a correlação de forças nos impuseram a realidade de uma democracia restringida, assim também devem ser entendidas as limitações no SUS existente, que o distanciam do sistema projetado na 8ª CNS.

Longe de ser um fator de desencanto, a persistência de um projeto coletivo de renovação do Movimento Sanitário na perseguição do ideário original é sinal da vitalidade da luta pela democracia na saúde. A criação de um novo modelo de conferências pela Frente pela Vida com a realização da 1ª Conferência Livre, Democrática e Popular em 2022, a se realizar também em 2026, é a expressão dessa força instituinte capaz de romper inclusive com uma de suas instituições mais caras: a 8ª CNS, não para superá-la, mas para revitalizá-la e tensionar as limitações democráticas.

Outras Palavras é feito por muitas mãos. Se você valoriza nossa produção, contribua com um PIX
para ***outrosquinhentos@outraspalavras.net*** *e fortaleça o jornalismo crítico.*

** Sonia Fleury é doutora em Ciência Política, pesquisadora sênior do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho (CEE-Fiocruz) e coordenadora do Dicionário de Favelas Marielle Franco, do Icict/Fiocruz. Artigo publicado na revista Trabalho, Educação e Saúde, da Escola Politécnica Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), v. 24/2026, abril.*

Referências

BOURDIEU, Pierre. Microcosmos: teoria dos campos. Trad. Sergio Miceli e Clóvis Marques. São Paulo: Edusp, 2015.

ENGLER, Paul; ENGLER, Mark. André Gorz mostra como podemos transformar o mundo hoje. 2023. Trad. Gercyane Oliveira. Disponível em: https://jacobin.com.br/2023/02/andre-gorz-mostra-como-podemos-transformar-o-mundo-hoje. Acesso em: 2 abr. 2026.

FLEURY, Sônia M. Reflexões teóricas sobre democracia e Reforma Sanitária. In: FLEURY, Sônia M. (org.). Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. p. 17-28.

FLEURY, Sônia M. Reforma Sanitária Brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2009. https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/GbXrGPf6Mmpvdc3njYY3bNK/?format=html&lang=pt. Acesso em: 2 abr. 2026.

FLEURY, Sônia M. Teoria da Reforma Sanitária: diálogos críticos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

GRAMSCI, Antonio. Maquiavel, a política e o Estado moderno. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

POULANTZAS, Nicos. O Estado, o poder, o socialismo. Trad. Rita Lima. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

VILHENA, Andréa; BATISTA, Daiane; BARDANACHVILI, Eliane. 40 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde: o testemunho de participantes do movimento da reforma sanitária. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, Rio de Janeiro, 31 mar. 2026. Disponível em: https://cee.fiocruz.br/40-anos-da-8a-conferencia-nacional-de-saude-o-testemunho-de-participantes-do-movimento-da-reforma-sanitaria. Acesso em: 2 abr. 2026.

Tags #8ª Conferência Nacional de Saúde #CLIMA #SAÚDE COLETIVA