

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
Faculdade de Odontologia  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública**

**MARCELI DE FÁTIMA PEREIRA**

**DE ALMA ATA À REGULAMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:  
uma experiência de participação social em Belo Horizonte**

Belo Horizonte – MG  
2015

**MARCELI DE FÁTIMA PEREIRA**

**DE ALMA ATA À REGULAMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:  
uma experiência de participação social em Belo Horizonte**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Odontologia

Área de concentração Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. João Henrique Lara do Amaral  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Simone Dutra Lucas

Belo Horizonte – MG  
2015

## FICHA CATALOGRÁFICA

P436d  
2016  
T  
Pereira, Marcell de Fátima  
De alma ata à regulamentação do Sistema Único de Saúde : uma  
experiência de participação social em Belo Horizonte / Marcell de  
Fátima Pereira. - 2016.  
58 f.: il.

Orientador (a): João Henrique Lara do Amaral  
Co-orientador (a): Simone Dutra Lucas

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais,  
Faculdade de Odontologia.

1. Participação social. 2. Serviços de saúde. 3. Reforma dos  
serviços de saúde. I. Amaral, João Henrique Lara do. II. Lucas,  
Simone Dutra. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade  
de Odontologia. IV. Título.

BLACK D047

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO de Marceli de Fátima Pereira

Aos 29 dias de janeiro de 2016, às 09:00horas, na sala 3403 da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, reuniu-se a Comissão Examinadora composta pelos professores João Henrique Lara do Amaral (Orientador) – FO/UFMG, Simone Dutra Lucas (Co-orientador) - FO/UFMG, Roseni Rosângela de Sena - UFMG e Evanilde Maria Martins – PUC/MG para julgamento da dissertação intitulada **De Alma Ata à Regulamentação do Sistema Único de Saúde: uma experiência de participação social em Belo Horizonte**. A Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Profa. Isabela Almeida Pordeus, abriu os trabalhos e apresentou a Comissão Examinadora. Após a exposição oral do trabalho pela aluna e arguição pelos membros da banca, a Comissão Examinadora considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrou-se a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão. Belo Horizonte, 29 de janeiro de 2016.

  
João Henrique Lara do Amaral  
FO/UFMG

  
Simone Dutra Lucas  
FO/UFMG

  
Roseni Rosângela de Sena  
UFMG

  
Evanilde Maria Martins  
PUC/MG


## FOLHA DE APROVAÇÃO


De Alma Ata à Regulamentação do Sistema Único de Saúde: uma experiência de participação social em Belo Horizonte

**Marceli de Fátima Pereira**

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre Profissional em ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA.

Aprovada em 29 de janeiro de 2016, pela banca constituída pelos membros:

  
João Henrique Eara do Amaral  
FO/UFMG

  
Simone Dutra Lucas  
FO/UFMG

  
Roseni Rosângela de Sena  
UFMG

  
Evanilde Maria Martins  
PUC/MG

## ***DEDICATÓRIA***

À memória do Padre Reinaldo Bosman SS.CC, que sob inspiração do carisma de Saúde e Paz do Beato Padre Eustáquio, incentivou a comunidade do bairro Jardim Montanhês para realizarem ações concretas de participação social.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, meu tudo!

Ao meu saudoso pai, pelos nobres valores que me ensinou.

À minha mãe, pelo exemplo de fé e determinação.

Ao meu marido e aos meus filhos que me apoiaram nesse percurso e compreenderam minhas ausências.

Às pessoas que entrevistei, pelo enriquecimento deste trabalho com seus relatos.

Aos meus orientadores pela dedicação e iluminação.

À UFMG, na pessoa de seu Reitor, aos coordenadores, professores, funcionários, pela oportunidade deste Mestrado.

Aos meus colegas de Mestrado pelo companheirismo e motivação.

À Maria, minha consoladora.

## ***EPÍGRAFE***

***“Ganhar almas, aliviar dores e sofrimentos: eis meu grande  
ideal inspirado por Deus”***

Beato Padre Eustáquio



## RESUMO

A política de saúde brasileira foi, até o fim dos anos setenta, inteiramente voltada para o setor privado. Durante o governo militar, surgiram movimentos sociais que se contrapunham à política econômica e social que levava à recessão e a desigualdades. Entre eles, havia movimentos de sindicalistas, de estudantes, de trabalhadores rurais, e de alguns setores da Igreja. Profissionais que praticavam a Medicina Comunitária aderiram aos movimentos sociais pela saúde. Por meio da Pastoral da Saúde, grupo de apostolado leigo da Igreja Católica, a comunidade do bairro Jardim Montanhês começou a realizar ações em benefício de sua população. Este estudo tem como objetivo compreender a construção do Centro de Saúde Jardim Montanhês, na cidade de Belo Horizonte, considerando a mobilização da comunidade no contexto dos movimentos sociais na década de oitenta. Para resgatar a memória da mobilização da comunidade no período de estudo optou-se pela pesquisa qualitativa utilizando-se a metodologia do Estudo de Caso. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com nove atores sociais que participaram da história do Centro de Saúde. Na análise de conteúdo utilizou-se a análise temática. Os resultados indicaram que o Centro de Saúde Jardim Montanhês foi dirigido por um conselho formado por líderes comunitários do bairro e a direção era democrática e participativa. A primeira gerente, designada pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, administrava o Centro de Saúde em parceria com a comunidade. Após as conquistas democráticas da Reforma Sanitária, a criação do Sistema Único de Saúde e a municipalização da saúde, o Centro de Saúde Jardim Montanhês passou a ser administrado pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e o conselho de saúde continuou atuante, exercendo o controle social. Os resultados indicaram que houve uma consonância entre os acontecimentos no Brasil e na comunidade do bairro Jardim Montanhês, no período da construção de seu centro de saúde. No País crescia a participação em movimentos pelo fortalecimento da Atenção Primária, pela Reforma Sanitária e pela organização do sistema de saúde. Em Belo Horizonte, uma comunidade construía e dirigia de forma democrática um centro de saúde, contando com a colaboração da Integração Docente Assistencial.

Palavras-chave: participação social, serviços de saúde, Movimento da Reforma Sanitária.

## **ABSTRACT**

### **FROM ALMA ATA TO THE REGULATION OF NATIONAL HEALTH SYSTEM: an experience of social participation in Belo Horizonte**

The Brazilian health policy was, until the late seventies, devoted entirely to the private sector. During the military government, there were social movements that were opposed to the economic and social policy that led to the recession and inequality. Among them were movements of trade unionists, students, rural workers, and some sectors of the Church. Professionals who practiced community medicine joined the social movements for health. Through the Ministry of Health, lay apostolate group of the Catholic Church, the community of Jardim Montanhês neighborhood began to take action for the benefit of its population. This study aims to understand the construction of the Health Center Jardim Montanhês, in Belo Horizonte, considering the mobilization of the community in the context of social movements in the eighties. To rescue community mobilization memory during the study period opted It is a qualitative research using the methodology of the Case Study. They were conducted semi-structured interviews nine with social actors who participated in the history of the health center. In the content analysis we used the thematic analysis. The results indicated that the Health Center was directed by a council of community leaders of the neighborhood and the direction was democratic and participatory. The first manager, appointed by the Municipality of Belo Horizonte, ran the health center in partnership with the community. Following the democratic achievements of health reform, the creation of the National Health System and the municipalization of health, the Health Center is now managed by the Municipality of Belo Horizonte, and the health council continued active exercising social control. The results indicated that there was a connection between the events in Brazil and Jardim Montanhês neighborhood community in the period of construction of the health center. In the country grew participation in movements for the strengthening of Primary Health Care, by Health Care Reform and the health system organization. In Belo Horizonte, a community built and directed democratically a health center, with the collaboration of teaching-service integration.

Keywords: social participation, health services, Health Care Reform

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
ASPE	Ação Social Padre Eustáquio
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEB	Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CLIS	Comissão Local Interinstitucional de Saúde
CIS	Comissão Interinstitucional de saúde
CNBB	Congregação Nacional dos Bispos do Brasil
CONASP	Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária
CSJM	Centro de Saúde Jardim Montanhês
CRIS	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
IDA	Integração Docente Assistencial
IAPS	Institutos de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MOPS	Movimento Popular em Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
PBH	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SSCC	Congregação dos Sagrados Corações
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1	<i>EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....</i>	<i>16</i>
2.2	<i>MOVIMENTOS SOCIAIS E SAÚDE.....</i>	<i>20</i>
2.3	<i>EMPODERAMENTO.....</i>	<i>23</i>
3	OBJETIVOS.....	24
4	METODOLOGIA.....	25
5	RESULTADOS.....	27
5.1	<i>PRODUTO CIENTÍFICO - ARTIGO.....</i>	<i>27</i>
5.2	<i>PRODUTO TÉCNICO.....</i>	<i>43</i>
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
	REFERÊNCIAS.....	45
	APÊNDICE 1 - Roteiro de Entrevista Semiestruturadas.....	48
	APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	49
	ANEXO 1- Parecer do Comitê de Ética da UFMG.....	51
	ANEXO 2- Submissão do Manuscrito à Revista Ciência e Saúde Coletiva.....	54
	ANEXO 3 - Normas de Publicação da Revista Ciência e Saúde Coletiva.....	56

## 1 INTRODUÇÃO

A Promoção à Saúde tem como estratégias criar ambientes saudáveis e fortalecer as ações comunitárias. Garantir condições dignas de vida, atuar nos determinantes da saúde, encorajando a participação comunitária, conduzem ao alcance dessas estratégias. A participação estimula a cidadania, por fomentar o capital social e contribui para o empoderamento da comunidade<sup>1</sup>.

A Promoção de Saúde foi conceituada na Carta de Ottawa como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo”<sup>2</sup>. De acordo com a Carta de Ottawa, a Promoção de Saúde se concretiza no meio em que se vive, quando a comunidade se responsabiliza pelo seu autocuidado e o cuidado de seu ambiente, produzindo ações saudáveis e responsáveis, levando à coesão social e à participação no planejamento e nas ações de saúde<sup>3</sup>.

A participação pode ser dividida em participação meio, ou utilitária, que se aplica a fins definidos, como em situações emergenciais e participação fim, que traz consigo o conceito de *empowerment*, na medida em que a população participa das decisões que afetam sua vida. A participação também é estudada em dois níveis: a participação simbólica e o controle cidadão. O primeiro nível se caracteriza pela falta de partilha de poder, passa em seguida para a participação e utilização dos serviços, informação, até à consulta e à conciliação. O segundo nível começa com a colaboração, inclui o poder delegado até o controle cidadão, onde há o exercício de poder decisório e compartilhado<sup>4</sup>.

A participação se insere no contexto político. Primeiro surge a participação comunitária, no início do século XX, quando a população passa a ser colaboradora nos serviços saúde/doença e não alvo das ações de saúde. Do fim dos anos setenta ao início dos anos oitenta, a participação popular surge como crítica ao sistema dominante<sup>5</sup>.

Segundo a carta de intenções da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários - Declaração de Alma Ata, a comunidade tem o direito e o dever de

participar, individual e coletivamente, do planejamento e da execução da atenção à saúde<sup>6</sup>.

A participação social em movimentos populares em saúde das décadas de setenta e oitenta ocorreu em uma época que não havia liberdade política. Esses movimentos colaboraram para conduzir o Brasil de volta à democracia. Os movimentos sociais no campo da medicina comunitária contribuíram para a formação do Movimento Sanitário e colaboraram para o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira<sup>7-8-9</sup>.

No fim do governo militar, a crise do milagre econômico, com dívida externa, altas taxas de inflação e recessão econômica geraram insatisfação de vários setores da sociedade. Assim, surgiram importantes movimentos sociais entre eles os sindicais, estudantis, trabalhadores rurais, o movimento pela anistia, movimentos feministas, as Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica (CEB) e pastorais sociais. Nesta época, profissionais de saúde se articularam com as CEB, outros movimentos populares e passaram a reivindicar centros de saúde, saneamento básico, mudanças na política de saúde, melhorias na qualidade de vida e diminuição de desigualdades políticas, econômicas e sociais<sup>8-10-11-13</sup>.

No processo de redemocratização do Brasil, a partir de 1985, a participação passa a ser cidadã, com base na universalização dos direitos sociais<sup>5</sup>. As Ações Integradas de Saúde (AIS) e a 8ª Conferência Nacional de Saúde marcaram a década de oitenta. As diretrizes da Reforma Sanitária constituíram o relatório final da 8ª Conferência e serviram de base para Constituição Federal, promulgada em 1988, e conseqüentemente, para os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>14</sup>.

Entre os movimentos sociais vinculados à saúde, a Pastoral da Saúde, grupo de apostolado leigo da Igreja Católica, incentivado pela opção preferencial pelos pobres, definida durante a Conferência Episcopal de Puebla (México, 1979), realizava ações em saúde comunitária, formação de agentes de saúde, organizava pequenos postos de saúde, treinava leigos para atendimento à população e integrou o Movimento da Reforma Sanitária<sup>13</sup>.

Durante a década de 80, a comunidade do bairro Jardim Montanhês se mobilizou na tentativa de suprir a carência do atendimento à saúde, por meio da

construção de um centro de saúde. A decisão pela construção aconteceu durante a realização do Primeiro Congresso de Pastorais de Saúde em Belo Horizonte no ano de 1984, também sob a inspiração do carisma “Saúde e Paz” do Beato Padre Eustáquio. Este Sacerdote da Congregação dos Sagrados Corações, viveu em Belo Horizonte na primeira metade do século XX e sempre se mostrou preocupado com as condições de saúde da comunidade.

O Centro de Saúde Santa Margarida Maria Alacoque, também conhecido como Centro de Saúde Jardim Montanhês (CSJM), começou a ser construído em 1985. A Congregação dos Sagrados Corações (SSCC) já havia construído nesse terreno os alicerces do que seria um hospital. Os recursos para a construção do Centro de Saúde foram gerenciados pela Ação Social Padre Eustáquio (ASPE).

O Centro de Saúde iniciou suas atividades sendo administrado por um conselho, com participação de entidades locais e pessoas da comunidade. Esse conselho tinha a função de planejar, avaliar e implementar os serviços do Centro de Saúde. Concluída a construção, foi celebrado um convênio com a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH) para o atendimento da população. A PBH fornecia recursos humanos e materiais. Em 1988 foi estabelecida uma parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) visando o desenvolvimento da proposta da Integração Docente Assistencial (IDA). Nessa época o CSJM tornou-se a primeira unidade de saúde de Belo Horizonte a receber estudantes<sup>15</sup>.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL**

Os primeiros movimentos sanitários no Brasil ocorreram durante o Governo do Presidente Rodrigues Alves (1902-06). Neste Governo, a questão sanitária era considerada questão política. A lei sobre vacinação contra varíola, em 1904, gerou revoltas na população civil devido ao uso de força militar no enfrentamento das epidemias. No Governo de Arthur Bernardes (1922-26) alguns trabalhadores começaram a se organizar para criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS). As CAPS foram regulamentadas pela lei Elói Chaves, de 1923. Recebiam contribuições de empregados e empregadores e ofereciam benefícios pecuniários em forma de aposentadoria e pensões, além de consultas médicas. A criação das CAPS é considerada o embrião da Previdência Social e, em sua origem, a política de saúde brasileira esteve ligada à política previdenciária<sup>16</sup>.

Durante o primeiro Governo de Getúlio Vargas (1930-45), em resposta às reivindicações dos trabalhadores, foram criados o Ministério do Trabalho e o Ministério da Educação e Saúde. Os programas de Saúde Pública eram limitados a campanhas sanitaristas. As CAPS foram transformadas em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPS). No segundo Governo de Getúlio Vargas (1951-54) foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) e houve um crescimento dos IAPS<sup>14</sup>.

O governo de João Goulart (1961-64) foi caracterizado por reformas administrativas, propostas de reforma agrária e de nacionalização dos monopólios estrangeiros. Nesse Governo foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963) que definiu como ideologia de saúde o desenvolvimento econômico e previa a municipalização dos serviços de saúde<sup>16</sup>. Os ideais da 3ª Conferência foram postergados com a instituição do governo ditatorial no País em 1964 que perdurou até 1985.

Os IAPS se fundiram para criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966. No Governo Militar houve diminuição de direitos, concentração de



renda, abertura da economia ao capital estrangeiro, redução de salários e proibição de greves. Na política de saúde das décadas de setenta e oitenta coexistiram a medicina previdenciária e a Saúde Pública. Esta, destinada às camadas pobres da população com atividades de prevenção, e a cargo do Ministério da Saúde, aquelas, dirigidas aos trabalhadores formais. Enquanto o INPS contratava serviços privados para atendimento de seus beneficiários, na saúde pública instaurou-se uma crise de recursos. A atenção à saúde era prestada de forma filantrópica, voltada para a população sem vínculos trabalhistas formais e com ações de caráter assistencial. A política de saúde nessa época, privilegiou o setor privado e se caracterizou pela prática médico curativa, com atendimento hospitalar e privatista<sup>7-9-14</sup>.

Em 1976, como alternativa ao modelo médico- previdenciário dominante foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS). Vinculado ao Ministério da Saúde, levou ações médicas simplificadas às populações excluídas do sistema previdenciário. O programa recomendava que o serviço fosse organizado de forma descentralizada, hierarquizada, deslocando os serviços para unidades nas periferias, centralizando, em locais estratégicos, os serviços de maior porte. Possuía dois propósitos principais: aumento da cobertura de serviços médicos e regionalização da atenção e da assistência médica com foco na Atenção Primária. Apesar da baixa eficácia sanitária e com poucos recursos para suas ações, a partir das experiências do PIASS, formou-se um grupo técnico disposto a trabalhar segundo os princípios da Medicina Comunitária. Por estes princípios, o trabalho comunitário é valorizado e a população é estimulada à ação organizada e autônoma. A Medicina Comunitária, antes de dimensão técnico – sanitária típica, toma uma dimensão político-social<sup>5-7-9-14</sup>.

No ano de 1976 sanitaristas da Universidade de São Paulo criaram o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), com a proposta de publicação da revista Saúde em Debate e que articulou a formulação de políticas de saúde. Em 1979 foi criada a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Ambas defendiam a participação social, a promoção de saúde, um sistema de saúde unificado e universal e tiveram destaque na Reforma Sanitária<sup>14</sup>.

Em 1980, o sistema Previdenciário e seu modelo privatizante se encontravam em crise. Técnicos dos Ministérios da Saúde e da Previdência criaram o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) baseado nas recomendações de Alma Ata.

A Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde foi realizada em Alma Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, no ano de 1978. A Declaração de Alma Ata, Carta de Intenções da Conferência, afirma a saúde como direito humano fundamental. Para garantia desse direito faz-se necessário que os setores sociais e econômicos atuem junto ao setor saúde. Além disso, a comunidade tem o direito e o dever de participar no planejamento e na execução da Atenção Primária. A Declaração de Alma Ata trouxe ainda a meta de “Saúde para Todos no Ano 2000”<sup>6</sup>. As contribuições de Alma Ata foram fundamentais para a Reforma Sanitária brasileira. As propostas do Prev-Saúde incluíam a participação social, a hierarquização e a regionalização dos serviços de saúde. O programa foi modificado e depois, extinto pelo governo por ser considerado “Progressista”<sup>5-14</sup>.

Após a extinção do Prev-Saúde, causada principalmente pelas pressões do setor privado, o Ministério da Previdência Social criou o Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981, com o objetivo de reorientar as proposições do Prev-Saúde e os gastos com a assistência médica. O CONASP era integrado por representantes do Estado e da sociedade com a função de elaborar critérios para racionalização de recursos destinados à assistência. Em suas ações o CONASP introduziu a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), uma proposta para pagamento pelo custo global do procedimento médico dos serviços privados, o que causou reações da categoria médica. Também foram instituídas as Ações Integradas de Saúde (AIS), convênios entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, que propunham transferência de recursos financeiros do Governo Federal para os Estados de forma universalizada, estimulavam a atenção ambulatorial em detrimento da hospitalar e a expansão da cobertura. Além disso, buscando a integração do sistema curativo de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) com as ações preventivas a cargo do Ministério da Saúde, foram constituídos órgãos colegiados de gestão - Comissões

Interinstitucionais em cada nível administrativo: Comissão Interinstitucional de saúde (CIS), Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e Comissão Local Interinstitucional de Saúde (CLIS) com a participação de gestores, profissionais, usuários, prestadores públicos e privados<sup>8-14-19</sup>. Assim como as AIS, as Comissões Interinstitucionais espalharam-se pelo país e, nesse momento, se constituíram em espaços de interlocução no âmbito do aparelho estatal<sup>5</sup>. As AIS e as CIS desenvolviam ações políticas que propiciavam a participação popular. E à população organizada caberia pressionar sua efetivação<sup>20</sup>.

O discurso da Reforma Sanitária, a partir das ideias de intelectuais universitários da área da saúde, ganhou espaço por meio do CEBES, alcançando Centrais Sindicais e parlamentares ligados à saúde. O movimento pela saúde no Brasil adquiriu visibilidade na década de setenta. Participaram desse movimento pessoas ligadas ao Movimento Sanitarista, trabalhadores da saúde, médicos, estudantes, professores universitários, membros de sindicatos ligados à saúde, defensores da medicina preventiva e os que estavam vinculados à chamada nova esquerda e ao trabalho de base da Igreja Católica que convergiram para a criação do Movimento Popular em Saúde (MOPS)<sup>21</sup>.

Com a adesão dos Movimentos Populares de Saúde e de associações formou-se o Movimento Sanitário<sup>21</sup>. Em 1985, na Nova República, membros do Movimento Sanitário passaram a ocupar postos importantes na administração federal, as AIS se tornaram política previdenciária e se expandiram no país.

O Movimento da Reforma Sanitária teve papel preponderante na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986. A Conferência reuniu cerca de cinco mil participantes, representantes de vários segmentos da sociedade. O relatório final da 8ª Conferência definiu Reforma Sanitária como modificações necessárias ao setor saúde que transcendem reformas administrativas e financeiras exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando o conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação à saúde. Após a 8ª Conferência, o Governo Federal instituiu a Comissão Nacional de Reforma Sanitária e encaminhou um texto à Assembleia Nacional Constituinte como subsídio ao capítulo da saúde na Constituição Federal

de 1988. Foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que previa financiamento tripartite (federal, estadual, municipal) para a saúde<sup>14</sup>.

A 8ª Conferência foi considerada um marco para a Reforma Sanitária, reafirmou os princípios de participação e influenciou o texto da Constituição da República de 1988, principalmente ao considerar a saúde como direito social e serviu de base para criação do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>5-14-21</sup>.

## **2.2 MOVIMENTOS SOCIAIS E SAÚDE**

Movimentos sociais são ações coletivas de caráter sócio- político e cultural que viabilizam formas distintas de a população se organizar e expressar suas demandas, estimulando inovação e gerando saberes<sup>22</sup>. Para compreender os movimentos sociais é preciso conhecer o quadro político, econômico e sociocultural do país no momento em que eles acontecem.

Os primeiros movimentos sociais surgiram na Europa, em 1840, sob forte influência do marxismo. Esses movimentos estavam associados às manifestações da classe trabalhadora organizada em sindicatos que buscavam a transformação socioeconômica das relações capitalistas de produção. Com o passar do tempo, além dos trabalhadores, outros atores coletivos buscaram os movimentos sociais para se manifestar a respeito de condições de trabalho, questões sociais, culturais, políticas e de saúde<sup>18</sup>.

Nos Estados Unidos a participação popular em saúde aparece no início do século XX em centros comunitários, onde foi introduzida a Medicina Comunitária<sup>8</sup>. Naquele país, a procura por saúde coincide com uma época de lutas por direitos civis e pelo fim da segregação racial. Entre os anos de 1960 e 1970 movimentos de negros e movimentos de mulheres trabalharam para divulgar a ideia do acesso universal à saúde. Os Movimentos Sociais de Saúde da Mulher nos Estados Unidos ganharam expressão, conseguindo recursos financeiros para pesquisas em saúde e mais informações sobre contraindicações de medicamentos. O sucesso dos Movimentos de Mulheres motivou outros grupos a se organizarem<sup>23</sup>. O ativismo popular em saúde nos Estados Unidos sempre foi focalizado por um grupo, ou por uma demanda, como o fim da segregação racial em atendimentos hospitalares, ou por acesso a meios contraceptivos. As reformas que os estadunidenses pleitearam,

em muitos casos, levaram a mudanças no sistema de saúde, mas não mudou a natureza daquele sistema<sup>24</sup>. Na América Latina, o surgimento dos movimentos esteve associado à luta contra a repressão e aos governos ditatoriais<sup>25</sup>. No Brasil, os movimentos sociais das décadas de setenta e oitenta que reivindicavam a diminuição das desigualdades econômicas, políticas e sociais, passaram a reivindicar também saúde<sup>8-10-11-12</sup>.

Os movimentos sociais na área da saúde apresentam duas dimensões: uma estrutural, que diz respeito às necessidades e carências da situação de saúde/doença e dos serviços de saúde, e outra cultural, que se origina no reconhecimento dessas carências e nas ideias e valores que formam o significado dos movimentos. Esses valores se referem a três aspectos: o conceito de saúde, a exigência da participação e a igualdade no acesso aos serviços<sup>26</sup>. O primeiro aspecto, o conceito ampliado de saúde, surgiu como desdobramento da Reforma Sanitária e foi estabelecido na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/1990). De acordo com o conceito ampliado, a saúde depende de condições dignas de vida, alimentação, moradia, trabalho, educação, transporte<sup>14</sup>. O segundo aspecto referente aos valores, é a participação em saúde, descrito na Carta de Intenções de Alma Ata como “direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e execução de seus cuidados de saúde”<sup>6</sup>. O terceiro se refere ao direito a serviços de saúde de forma universal e gratuita.

Diferentes atores tiveram papel preponderante na construção da nova política de saúde brasileira consagrada na Constituição Federal de 1988, entre eles, os de setores da Igreja Católica e da Pastoral da Saúde<sup>27</sup>. Cabe neste estudo destacar a atuação dos movimentos populares, os ligados às Associações de Bairro e às Igrejas.

A Igreja Católica após os Congressos Episcopais nas cidades de Medellín (Colômbia, 1968) e Puebla (México, 1979) estabeleceu diretrizes a respeito das crises econômicas, políticas sociais e ideológicas que ocorriam nos países da América Latina. Alguns cristãos começaram a participar de movimentos populares em Comunidades Eclesiais de Base (CEB) e Pastorais Sociais. As ações e propostas das CEB contribuíram para a formação de movimentos sociais, principalmente para a formação do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

(MST)<sup>10-12-28</sup>. Com a criação das CEB a Igreja deu um passo decisivo para a mobilização social e a participação nos bairros. Muitas associações de bairro, grupos de moradores e CEB foram formados na década de oitenta sem ligação a partidos políticos ou a sindicatos. Caracterizaram-se por participação social e democracia, garantindo a manifestação da vontade coletiva<sup>28</sup>.

A Pastoral da Saúde da Igreja Católica, uma das Pastorais Sociais da Congregação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), aderiu na década de setenta às ideias da Medicina Comunitária em resposta às lutas pelo direito à Saúde. Durante as décadas de setenta e oitenta, alguns cristãos da Pastoral da Saúde se aproximaram dos movimentos populares na luta pela saúde e pela redemocratização do País. A Campanha da Fraternidade de 1981 da CNBB trouxe o tema “Saúde e Fraternidade” e uma preocupação em relação ao sistema de saúde no Brasil. A Igreja assumia então um posicionamento público em relação às condições de saúde dos brasileiros. “Saúde para Todos” foi o lema dessa campanha. Além das denúncias de que as desigualdades sociais geravam desigualdades no acesso à saúde, e eram causas de doenças, foi discutido que envolver-se com as questões de saúde é um compromisso do cristão<sup>13</sup>.

O pensamento crítico que gerou a Reforma Sanitária e, conseqüentemente, o SUS, deriva também do princípio da multidisciplinaridade e dos movimentos democráticos contra a ditadura militar<sup>29</sup>. Neste aspecto, é preciso destacar o papel da academia. As atividades de Integração Docente Assistencial (IDA) tinham como proposta integrar o ensino aos serviços públicos de saúde de forma a atender às necessidades da população. Essa articulação produzia conhecimento, formava recursos humanos nas unidades de saúde e contava com a participação da comunidade, sendo essa participação considerada a maior garantia de continuidade do Programa Docente Assistencial. O conhecimento era construído a partir da realidade, articulando teoria e prática e o estudante participava ativamente no processo ensino-aprendizagem. No início, as atividades de IDA eram atribuídas aos Departamentos de Saúde Pública, não alcançando outros Departamentos dos cursos da área da saúde. Naquele momento os Departamentos de Saúde Pública eram aliados do Movimento da Reforma Sanitária<sup>30-31</sup>.

### **2.3 EMPODERAMENTO**

O empoderamento tem sido utilizado nas ciências sociais, e particularmente na Saúde Coletiva desde a Carta de Ottawa, como um dos conceitos fundamentais da Promoção de Saúde. Pode ser definido como o meio pelo qual as pessoas adquirem maior controle sobre as decisões que afetam suas vidas<sup>32-33</sup>. A origem do empoderamento está nos movimentos de lutas pelos direitos civis, no movimento feminista, quando as mulheres começam a perceber sua importância na sociedade e buscam maior participação social. O conceito aparece também na década de setenta, sob influência nos movimentos de autoajuda, continuando na década de oitenta com a psicologia comunitária e, na década de noventa, com os movimentos pelo direito de cidadania e direito à saúde<sup>1-3</sup>.

Como resultado do empoderamento, os indivíduos aumentam a capacidade de atuarem em seus problemas, adquirindo habilidades para responder aos desafios da vida. Como consequência, há um aumento na autonomia e responsabilidade das pessoas. No Brasil, onde a qualidade de vida é afetada por carências e exclusão social, promover saúde é transformar a sociedade em direção à justiça e à inclusão<sup>1-3-32-33</sup>. Nesse sentido, o empoderamento cresce em importância uma vez que a transformação da sociedade depende fortemente da implicação que as pessoas têm em relação às mudanças necessárias nas condições de suas vidas.

### **3 OBJETIVOS**

- Analisar a construção do Centro de Saúde Jardim Montanhês a partir da mobilização da comunidade no contexto dos movimentos sociais na década de oitenta.
- Resgatar a memória da mobilização da comunidade no período de estudo proposto.



## 4 METODOLOGIA

Para a realização deste estudo foi utilizada a pesquisa qualitativa, que se caracteriza pela descrição, ordenação e compreensão de fatos e fenômenos uma vez que:

A realidade social é o próprio dinamismo social da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados que transborda dela. A possibilidade de enumeração de fatos, por exemplo, é uma qualidade do indivíduo e da sociedade, que contém, em si, elementos de homogeneidade e de regularidades. Essa realidade é mais rica que qualquer teoria, que qualquer pensamento ou teórico que tente explicá-la.<sup>34</sup>

Optou-se por uma metodologia que permite o conhecimento detalhado do objeto da pesquisa, sua análise profunda, interpretando a complexidade de um caso concreto, contextualizado em tempo e lugar<sup>34-35-36-37</sup>.

Neste trabalho foram realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado. As entrevistas, com duração de quinze minutos, foram gravadas e transcritas pela pesquisadora. Com esta técnica, o entrevistado pode discorrer sobre o tema proposto pelo entrevistador, permitindo a aproximação dos fatos ocorridos à teoria existente sobre o assunto<sup>14</sup>.

Os aspectos éticos foram considerados neste trabalho. Os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG (Anexo 1).

A entrevista piloto foi realizada com o primeiro Presidente do Conselho de Saúde do CSJM. Nesta entrevista constatou-se que dezessete pessoas, representantes de diversos segmentos sociais, estiveram envolvidas na construção do Centro de Saúde. Os informantes foram identificados entre moradores, profissionais de saúde, funcionários, gestores, conselheiros, religiosos, professores universitários, participantes de movimentos e associações de bairro. Foi possível realizar entrevistas com nove pessoas que participaram da construção do centro de saúde.

Dos nove indivíduos entrevistados nesta pesquisa, seis pertenciam a movimentos sociais à época da construção do CSJM, quatro eram ligados a

associações de bairro e dois à Pastoral de Saúde e uma entrevistada, viúva de um dos fundadores do CSJM. Entre os entrevistados duas profissionais de saúde. Uma delas, professora universitária que levou o projeto de IDA para o Centro de saúde e a outra a primeira gerente da unidade. Todos os entrevistados estiveram empenhados na melhoria das condições de saúde da comunidade.

A análise de conteúdo foi a técnica utilizada para interpretar as informações trazidas pelas entrevistas. Na análise de conteúdo, foi aplicada a análise temática, dividida em três etapas. A primeira fase pré-analítica e de organização do material coletado. Segundo Bardin, essa fase possui três missões: o material a ser analisado é escolhido, as hipóteses e os objetivos são formulados e são elaborados indicadores que fundamentam a interpretação final. Neste estudo, após as transcrições das entrevistas, na íntegra, foi realizada uma leitura flutuante do material com o propósito de conhecimento e orientação da análise. Passou-se à fase de exploração do material O material obtido na coleta de dados foi estudado por meio de várias leituras, e classificado, buscou-se encontrar categorias, palavras ou expressões em função das quais o conteúdo das falas foi organizado. Foram determinadas as unidades de registro (palavra chave) e de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro) e definidas as categorias para análise. A terceira fase foi a interpretação inferencial, fase de tratamento e interpretação dos dados. Nessa etapa foi possível inter-relacionar as inferências e interpretações obtidas com o quadro teórico<sup>34-38-39</sup>.

Os aspectos éticos foram considerados neste trabalho. Os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG (Parecer CAAE 43470215.2.0000.5149) (Anexo 1).

## **5 RESULTADOS**

### **5.1 PRODUTO CIENTÍFICO - ARTIGO**

#### **DE ALMA ATA À REGULAMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: uma experiência de participação social em Belo Horizonte**

PEREIRA, M. F.<sup>1</sup>; LUCAS, S. D.<sup>2</sup>; AMARAL, J. H. L.<sup>3</sup>.

#### **RESUMO**

Até o início dos anos oitenta, a política de saúde brasileira privilegiava o setor privado. A política econômica e social gerava recessão e desigualdades. Em contraposição a essas políticas surgiram movimentos sociais. Este artigo tem como objetivo compreender a construção do Centro de Saúde Jardim Montanhês, na cidade de Belo Horizonte, considerando a mobilização da comunidade no contexto dos movimentos sociais na década de oitenta. Trata-se de um estudo qualitativo utilizando-se a metodologia do Estudo de Caso. Foram realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado com nove atores sociais que participaram da história do Centro de Saúde. Na análise de conteúdo utilizou-se a análise temática. Os resultados indicaram que houve uma consonância entre os acontecimentos no Brasil e na comunidade do bairro Jardim Montanhês, no período da construção do Centro de Saúde. No País crescia a participação em movimentos pelo fortalecimento da Atenção Primária, pela Reforma Sanitária e pela organização do sistema de saúde. Em Belo Horizonte, além da mobilização da comunidade para a construção deste Centro de Saúde, houve a presença da Universidade, por meio da Integração Docente Assistencial.

Palavras chave: participação social, serviços de saúde, Movimento da Reforma Sanitária.

1 Mestra em Odontologia em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gera.

2 Professora Doutora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

3 Professor Doutor da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

## **ABSTRACT**

By the early eighties, the Brazilian health policy favored the private sector. The economic and social policy generated recession and inequality. In contrast to these policies arose social movements. This article aims to understand the construction of the Centro de Saúde Jardim Montanhês (CSJM) in the city of Belo Horizonte, considering the community mobilization in the context of social movements in the eighties. It is a qualitative study using the methodology of the Case Study. Semi-structured interviews were conducted with nine social actors who participated in the history of the health center. In the content analysis we used the thematic analysis. The results indicated that there was a connection between the events in Brazil and the construction of the health center by the Jardim Montanhês neighborhood community. In the country grew participation in movements for the strengthening of Primary Health Care, by Health Care and the health system organization. In Belo Horizonte, as well as community mobilization for the construction of the health center, there was the presence of the University, through the teaching-service integration.

Key words: social participation, health services, Health Care Reform.

## **INTRODUÇÃO**

A participação pode ser conceitualizada em participação meio, ou utilitária, que se aplica a fins definidos, como em situações emergenciais e participação fim, que traz consigo o conceito de empowerment na medida em que a população participa nas decisões que afetam sua vida. O empowerment é um processo que conduz à legitimação e dá voz aos grupos sociais. A participação também é estudada em dois níveis: a participação simbólica e o controle cidadão. O primeiro nível se caracteriza pela falta de partilha de poder, passa em seguida para a participação e utilização dos serviços, informação, até à consulta e à conciliação. O segundo nível começa com a colaboração, inclui o poder delegado até o controle cidadão, onde há o exercício de poder decisório e compartilhado<sup>1-2</sup>.

A participação se insere no contexto político. Primeiro surge a participação comunitária, no início do século XX, quando a população passa a ser colaboradora nos serviços saúde/doença e não alvo das ações de saúde. No Brasil, do fim dos anos setenta ao início dos anos oitenta, a participação popular surge como crítica ao sistema dominante<sup>3</sup>.

Segundo a carta de intenções da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários Declaração de Alma Ata, a comunidade tem o direito e o dever de participar, individual e coletivamente, do planejamento e da execução da atenção à saúde<sup>4</sup>.

A participação social em movimentos populares em saúde das décadas de setenta e oitenta ocorreu em uma época que não havia liberdade política. Esses movimentos colaboraram para conduzir o Brasil de volta à democracia. Os movimentos sociais no campo da medicina comunitária contribuíram para a formação do Movimento Sanitário e colaboraram para o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira<sup>5-6-7</sup>.

No fim do governo militar, a crise do milagre econômico, com dívida externa, altas taxas de inflação e recessão econômica geraram insatisfação de vários setores da sociedade. Assim, surgiram importantes movimentos sociais entre eles os sindicais, estudantis, trabalhadores rurais, o movimento pela anistia, movimentos feministas, as Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica (CEB), Pastorais Sociais. Nesta época, profissionais de saúde se articularam com as CEB, outros movimentos populares e passaram a reivindicar centros de saúde, saneamento básico, mudanças na política de saúde, melhorias na qualidade de vida e diminuição de desigualdades políticas, econômicas e sociais<sup>6-8-9-10-11</sup>.

No processo de redemocratização do Brasil, a partir de 1985, a participação passa a ser cidadã, com base na universalização dos direitos sociais<sup>3</sup>. As Ações Integradas de Saúde (AIS) e a 8ª Conferência Nacional de Saúde marcaram a década de oitenta. As diretrizes da Reforma Sanitária constituíram o relatório final da 8ª Conferência e serviram de base para Constituição Federal promulgada em 1988 e conseqüentemente, para os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>12</sup>.

Entre os movimentos sociais vinculados à saúde, a Pastoral da Saúde, grupo de apostolado leigo da Igreja Católica, incentivada pela opção preferencial pelos pobres, definida durante a Conferência Episcopal de Puebla (México, 1979), realizava ações em saúde Comunitária, formação de agentes de saúde, organizava pequenos postos de saúde, treinava leigos para atendimentos da população e integrou o movimento da Reforma Sanitária<sup>10</sup>.

Durante a década de 80, a comunidade do bairro Jardim Montanhês se mobilizou na tentativa de suprir a carência do atendimento à saúde, por meio da construção de um centro de

saúde. A decisão pela construção aconteceu durante a realização do Primeiro Congresso de Pastorais de Saúde em Belo Horizonte no ano de 1984 e também sob inspiração do carisma “Saúde e Paz” do Beato Padre Eustáquio. Este Sacerdote da Congregação dos Sagrados Corações, viveu em Belo Horizonte na primeira metade do século XX e sempre se mostrou preocupado com as condições de saúde da comunidade.

O Centro de Saúde Santa Margarida Maria Alacoque, também conhecido como Centro de Saúde Jardim Montanhês (CSJM), começou a ser construído em 1985. A Congregação dos Sagrados Corações (SSCC) já havia construído nesse terreno alicerces do que seria um hospital. Os recursos para a construção foram gerenciados pela Associação Padre Eustáquio (ASPE).

O Centro de Saúde iniciou suas atividades sendo administrado por um conselho, com participação de entidades locais e pessoas da comunidade. Esse conselho tinha a função de planejar, avaliar e implementar os serviços do Centro de Saúde. Concluída a construção, foi celebrado um convênio com a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH) para o atendimento da população. A PBH fornecia recursos humanos e materiais. Em 1988 foi estabelecida uma parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) visando o desenvolvimento da proposta da Integração Docente Assistencial (IDA). Nessa época o CSJM tornou-se a primeira unidade de saúde de Belo Horizonte a receber estudantes<sup>13</sup>. O objetivo deste estudo é compreender a construção do Centro de Saúde Jardim Montanhês no contexto da mobilização da comunidade e dos movimentos sociais na década de oitenta.

## **METODOLOGIA**

Para a realização deste estudo foi utilizada a pesquisa qualitativa, que se caracteriza pela descrição, ordenação e compreensão de fatos e fenômenos uma vez que:

A realidade social é o próprio dinamismo social da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados que transborda dela. A possibilidade de enumeração de fatos, por exemplo, é uma qualidade do indivíduo e da sociedade, que contém, em si, elementos de homogeneidade e de regularidades. Essa realidade é mais rica que qualquer teoria, que qualquer pensamento ou teórico que tente explicá-la.<sup>14</sup>

Optou-se por uma metodologia que permite o conhecimento detalhado do objeto da pesquisa, sua análise profunda, interpretando a complexidade de um caso concreto, contextualizado em tempo e lugar<sup>15-16-17</sup>.

Neste trabalho foram realizadas entrevistas semiestruturadas. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Com esta técnica, o entrevistado pode discorrer sobre o tema proposto pelo entrevistador, permitindo a aproximação dos fatos ocorridos à teoria existente sobre o assunto. Utilizou-se nesta pesquisa um roteiro que serviu de orientação. Com esta técnica, o entrevistado pode discorrer sobre o tema proposto pelo entrevistador, permitindo a introdução de novos temas trazidos pelos entrevistados que foram relevantes para a pesquisa<sup>14</sup>.

A entrevista piloto foi realizada com o primeiro presidente do Conselho de Saúde do CSJM. Nesta entrevista constatou-se que dezessete pessoas, representantes de diversos segmentos sociais estiveram envolvidos na construção do Centro de Saúde. Os informantes foram identificados entre moradores, profissionais de saúde, funcionários, gestores, conselheiros, religiosos, professores universitários, participantes de movimentos e associações de bairro. Foi possível realizar entrevistas com nove pessoas que participaram da construção do centro de saúde.

A análise de conteúdo foi a técnica utilizada para interpretar as informações trazidas pelas entrevistas. Na análise de conteúdo, foi aplicada a análise temática, dividida em três etapas: a primeira fase pré-analítica e de organização do material coletado. Foi realizada uma leitura flutuante do material com o propósito de conhecimento e orientação da análise. Na fase pré-analítica foram determinadas as unidades de registro (palavra-chave) e de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro) e definidas as categorias para análise. A segunda fase foi a descrição analítica ou de exploração do material. O material recolhido na coleta de dados foi estudado por meio de várias leituras, e classificado. A terceira fase foi a interpretação inferencial, fase de tratamento e interpretação dos dados obtidos<sup>14-18-19</sup>.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O movimento que participou da construção do CSJM reuniu diferentes atores sociais. Dos nove indivíduos entrevistados nesta pesquisa, seis pertenciam a movimentos sociais à época da construção do CSJM. Quatro destes eram ligados a associações de bairro e dois, à

Pastoral de Saúde. Uma entrevistada, viúva de um dos fundadores do CSJM. Duas profissionais de saúde, uma professora universitária que levou o projeto de IDA para o Centro de saúde e a primeira gerente da unidade. Todos empenhados na melhoria das condições de saúde da comunidade.

[...] Tinha até estatuto, uma coisa pioneira. E como era formado esse conselho, de toda força representativa do bairro. Associação dos Moradores, representantes da Igreja Católica, representante da Igreja Presbiteriana, da Igreja Quadrangular, do Grupo Escolar, da AA e de líderes que quisessem participar do conselho. Isso na época, uns dezessete membros, dezesseis membros... pra fazer a coisa andar. Com a missão de fiscalizar, mas com a missão de fazer realmente andar e o conselho, ele nasceu junto com a construção do centro de saúde [...]. FBB, Presidente da Associação Santa Margarida Maria Alacoque

## **EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL**

Os primeiros movimentos sanitários no Brasil ocorreram durante o Governo do Presidente Rodrigues Alves (1902-06). Neste Governo, a questão sanitária era considerada questão política. A lei sobre vacinação contra varíola, em 1904, gerou revoltas na população civil devido ao uso de força militar no enfrentamento da epidemia da doença. No Governo de Arthur Bernardes (1922-26) alguns trabalhadores começaram a se organizar para criação de Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS). As CAPS foram regulamentadas pela lei Elói Chaves, de 1923, recebiam contribuições de empregados e empregadores, que conseguiam benefícios pecuniários em forma de aposentadoria e pensões, além de consultas médicas. A criação das CAPS é considerada o embrião da Previdência Social e em sua origem, a política de saúde brasileira esteve ligada à política previdenciária<sup>20</sup>.

Durante o primeiro Governo de Getúlio Vargas (1930-45), em resposta às reivindicações dos trabalhadores, foram criados o Ministério do Trabalho e o Ministério da Educação e Saúde. Os programas de Saúde Pública eram limitados a campanhas sanitaristas. As CAPS foram transformadas em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPS). No segundo Governo de Getúlio Vargas (1951-54) foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU) e houve um crescimento dos IAPS<sup>12-20</sup>.

O governo de João Goulart (1961-64) foi caracterizado por reformas administrativas, propostas de reforma agrária e de nacionalização dos monopólios estrangeiros. Neste Governo foi realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963) que definiu como ideologia de saúde



o desenvolvimento econômico e previa a municipalização dos serviços de saúde<sup>20</sup>. Os ideais da 3ª Conferência foram postergados com a instituição do governo ditatorial no País em 1964 que perdurou até 1985. Os IAPS se fundiram para criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966. No Governo Militar houve diminuição de direitos, concentração de renda, abertura da economia ao capital estrangeiro, redução de salários e proibição de greves. Na política de saúde das décadas de setenta e oitenta, coexistiram a medicina previdenciária e a Saúde Pública. Esta, destinada às camadas pobres da população com atividades de prevenção, e a cargo do Ministério da Saúde, aquelas, dirigidas aos trabalhadores formais. Enquanto o INPS contratava serviços privados para atendimento de seus beneficiários, na saúde pública instaurou-se uma crise de recursos. A atenção à saúde era prestada de forma assistencial, voltada para a população sem vínculos trabalhistas formais e com ações de caráter assistencial. A política de saúde nessa época, privilegiou o setor privado e se caracterizou pela prática médico curativa, com atendimento hospitalar e privatista<sup>6-20-21-22</sup>.

Em 1976, como alternativa ao modelo médico - previdenciário dominante foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS). Vinculado ao Ministério da Saúde, o PIASS levou ações médicas simplificadas a populações excluídas do sistema previdenciário. O programa recomendava que o serviço fosse organizado de forma descentralizada, hierarquizada, deslocando a atenção à saúde para unidades nas periferias, centralizando, em locais estratégicos, os serviços de maior porte. Possuía dois propósitos principais: aumento da cobertura de serviços médicos e regionalização da atenção e da assistência médica com foco na Atenção Primária. Apesar da baixa eficácia sanitária e com poucos recursos para suas ações, a partir das experiências do PIASS, formou-se um grupo técnico disposto a trabalhar segundo os princípios da Medicina Comunitária. Por estes princípios, o trabalho comunitário é valorizado e a população é estimulada à formação organizada e autônoma. A Medicina Comunitária antes de dimensão técnico-sanitária típica toma uma dimensão político-social<sup>3-6</sup>.

Ainda no ano de 1976 sanitaristas da Universidade de São Paulo criaram o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), com a proposta de publicação da revista Saúde em Debate e que articulou a formulação de políticas de saúde. Em 1979 foi criada a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Ambas defendiam a

participação social, a promoção de saúde e um sistema de saúde unificado e universal e tiveram destaque na Reforma Sanitária<sup>12</sup>.

Em 1980, o sistema Previdenciário e seu modelo privatizante se encontravam em crise. Técnicos dos Ministérios da Saúde e da Previdência criaram o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) baseado nas recomendações de Alma Ata. A Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde foi realizada em Alma Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, no ano de 1978. A Declaração de Alma Ata, Carta de Intenções da Conferência, afirma a saúde como direito humano fundamental. Para garantia desse direito faz-se necessário que os setores sociais e econômicos atuem junto ao setor saúde.

Além disso, a comunidade tem o direito e o dever de participar do planejamento e na execução da Atenção Primária. A Declaração de Alma Ata trouxe ainda a meta de “Saúde para Todos no Ano 2000”<sup>4</sup>. As contribuições de Alma Ata foram fundamentais para a Reforma Sanitária brasileira. As propostas do Prev-Saúde incluíam a participação social, a hierarquização e a regionalização dos serviços de saúde. O programa foi modificado e depois, extinto pelo governo por ser considerado “Progressista”<sup>3-12</sup>.

Após a extinção do Prev-Saúde, causada principalmente pelas pressões do setor privado, o Ministério da Previdência Social criou o Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981, com o objetivo de reorientar as proposições do Prev-Saúde e os custos da assistência médica. O CONASP era integrado por representantes do Estado e da sociedade com a função de elaborar critérios para racionalização de recursos destinados à assistência. Em suas ações o CONASP introduziu a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), uma proposta para pagamento pelo custo global do procedimento médico dos serviços privados, causando reações da categoria médica. Também foram instituídas as Ações Integradas de Saúde (AIS), convênios entre o Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde que propunham transferência de recursos financeiros do Governo Federal para os Estados de forma universalizada, estimulavam a atenção ambulatorial em detrimento da hospitalar e a expansão da cobertura.

Buscando a integração do sistema curativo de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) com as ações preventivas a cargo do Ministério da Saúde foram constituídos órgãos colegiados de gestão - Comissões Interinstitucionais em cada nível administrativo: Comissão Interinstitucional de saúde (CIS),

Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e Comissão Local Interinstitucional de Saúde (CLIS) em que participavam gestores do governo, profissionais, usuários, prestadores públicos e privados<sup>6-12-23</sup>.

Tanto as AIS quanto as Comissões Interinstitucionais espalharam-se pelo país e, nesse momento, se constituíram em espaços de interlocução no âmbito do aparelho estatal<sup>3</sup>. As AIS e as CIS desenvolviam ações políticas que propiciavam a participação popular. E à população organizada caberia pressionar para sua efetivação<sup>24</sup>. Neste contexto praticamente inexistia uma rede de Atenção Primária. Neste estudo os entrevistados confirmaram a escassez de serviços de Atenção Primária no início da década de oitenta como pôde ser percebido nas entrevistas:

Naquela época tinham poucos centros de saúde. [...] Veja, hoje o Poder Público atua muito mais do que naquela época [...]. (FBB, Presidente da Associação Santa Margarida Maria Alacoque).

O discurso da Reforma Sanitária, a partir das ideias de intelectuais universitários da área da saúde, ganhou espaço por meio do CEBES, alcançando Centrais Sindicais e parlamentares ligados à saúde. O movimento pela saúde no Brasil adquiriu visibilidade na década de setenta. Participaram desse movimento pessoas ligadas ao Movimento Sanitarista composto por trabalhadores da saúde, médicos, estudantes, professores universitários, membros de sindicatos ligados à saúde, defensores da medicina preventiva e os que estavam vinculados à chamada nova esquerda e ao trabalho de base da Igreja Católica que convergiram para a criação do Movimento Popular em Saúde (MOPS)<sup>25</sup>.

Com a adesão dos Movimentos Populares de Saúde e de associações formou-se o Movimento Sanitário<sup>26</sup>. Em 1985, na Nova República, membros do Movimento Sanitário passaram a ocupar postos importantes na administração federal. As AIS se tornaram política previdenciária e se expandiram no país.

O Movimento da Reforma Sanitária teve papel preponderante na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986. A Conferência reuniu cerca de cinco mil participantes, representantes de vários seguimentos da sociedade. O relatório final da 8ª Conferência definiu Reforma Sanitária como modificações necessárias ao setor saúde que transcendem reformas administrativas e financeiras exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando o

conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação à saúde. Após a 8ª Conferência, o Governo Federal instituiu a Comissão Nacional de Reforma Sanitária e encaminhou um texto à Assembleia Nacional Constituinte como subsídio ao capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988. Foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que previa financiamento tripartite federal, estadual e municipal para a saúde.

A 8ª Conferência foi considerada um marco para a Reforma Sanitária, reafirmou os princípios de participação e influenciou o texto da Constituição da República de 1988, principalmente ao considerar a saúde como direito social e serviu de base para criação do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>3-12-24</sup>.

## **MOVIMENTOS SOCIAIS E SAÚDE**

Movimentos sociais são ações coletivas de caráter sócio-político e cultural que viabilizam formas distintas de a população se organizar e expressar suas demandas, estimulando inovação e gerando saberes<sup>28</sup>.

Para compreender os movimentos sociais é preciso conhecer o quadro político, econômico e sociocultural do país no momento em que eles acontecem. Na América Latina, o surgimento dos movimentos sociais está associado ao antagonismo a governos ditatoriais<sup>29</sup>. No Brasil, os movimentos sociais das décadas de setenta e oitenta que reivindicavam a diminuição das desigualdades econômicas, políticas e sociais passaram a reivindicar também saúde<sup>6-8-9-11</sup>.

Os movimentos sociais na área da saúde apresentam duas dimensões: uma estrutural, que diz respeito às necessidades e carências da situação de saúde/doença e dos serviços de saúde, e outra cultural, que se origina no reconhecimento dessas carências e nas ideias e valores que formam o significado dos movimentos. Esses valores se referem a três aspectos: o conceito global de saúde, a exigência da participação e a igualdade no acesso aos serviços<sup>30</sup>. Dois desses aspectos serão abordados neste estudo, considerando os resultados das entrevistas com os atores sociais que participaram da construção do CSJM.

O primeiro aspecto, o conceito ampliado de saúde, surgiu como desdobramento da Reforma Sanitária e foi estabelecido na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080-1990). Por este conceito, a saúde depende de condições dignas de vida, alimentação, moradia, trabalho, educação, transporte (BRASIL, 2006). Esse aspecto foi considerado pelo movimento que construiu o CSJM:

[...] então surgiu um Posto de Saúde Piloto. Não é só tratar a saúde, mas tratar os problemas que estão em volta da saúde. A preocupação de fazer um trabalho coletivo, do povo e para o problema do povo [...] RB, Religioso da Congregação dos Sagrados Corações.

O segundo aspecto referente aos valores, é a participação em saúde, descrito na Carta de Intenções de Alma Ata como “direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e execução de seus cuidados de saúde”<sup>4</sup>. Este aspecto foi operacionalizado nas ações do CSJM, na década de oitenta, de acordo com as declarações dos entrevistados. No que diz respeito à construção do centro de saúde, a comunidade participou de várias formas: realizando uma pesquisa para traçar um perfil demográfico e epidemiológico da população a ser atendida, discutindo quais serviços seriam ofertados à população, criando um Conselho Ecumênico que administrava o Centro de Saúde. Essa participação pode ser percebida por meio do seguinte relato:

A gente prestava contas, em todas as reuniões do Conselho, do andamento de tudo que estava acontecendo e o Conselho servia também checar uma série de coisas: tem pouca gente de tal região vindo aqui. O Conselho ia lá. [...] Resolvemos a questão da rede de esgoto, da coleta de lixo [...] Eu gerenciava, mas tinha que dar satisfação de tudo para o Conselho [...] NSL, Médica, Primeira Gerente do CSJM.

Diferentes atores tiveram papel preponderante na construção da nova política de saúde brasileira consagrada na Constituição Federal de 1988, entre eles os de setores da Igreja Católica e da Pastoral da Saúde<sup>25</sup>. Cabe neste estudo destacar a atuação dos movimentos populares ligados às Associações de Bairro e às Igrejas.

A Igreja Católica após os Congressos Episcopais nas cidades de Medellín (Colômbia, 1968) e Puebla (México, 1979) estabeleceu diretrizes a respeito das crises econômicas, políticas sociais e ideológicas que ocorriam nos países da América Latina. Alguns cristãos começaram a participar de movimentos populares em Comunidades Eclesiais de Base (CEB) e Pastorais Sociais. As ações e propostas das CEB contribuíram para a formação de

movimentos sociais, principalmente para a formação do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST)<sup>8-11-31</sup>.

Com a criação das CEB a Igreja deu um passo decisivo para mobilização social e a participação nos movimentos de bairros. Muitas associações de bairro, grupos de moradores e CEB foram formados na década de oitenta sem ligação a partidos políticos ou a sindicatos. Caracterizaram-se por participação social, democracia, garantindo a manifestação da vontade coletiva<sup>31</sup>. Essa democracia foi vivenciada pela comunidade do bairro Jardim Montanhês quando o Pároco se reuniu com a comunidade para juntos decidirem o que construir no terreno pertencente à Igreja:

[...] então junto com o Padre Reinaldo escrevemos num papel dez itens, o que poderia ser construído, nós começamos a analisar o que seria melhor. E na medida que nós fomos cortando, ficou no fim, Posto de Saúde [...]. JCP, Conselheiro de Saúde.

A Pastoral da Saúde da Igreja Católica, uma das Pastorais Sociais da Congregação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), aderiu às ideias da Medicina Comunitária, na década de setenta, em resposta às lutas pelo direito à Saúde. Durante as décadas de setenta e oitenta, alguns cristãos da Pastoral da Saúde se aproximaram dos movimentos populares na luta pela saúde e pela redemocratização do País. A Campanha da Fraternidade de 1981 da CNBB trouxe o tema “Saúde e Fraternidade” e uma preocupação em relação ao sistema de saúde no Brasil. A Igreja assumia então um posicionamento público em relação às condições de saúde dos brasileiros. “Saúde para Todos” foi o lema dessa Campanha da Fraternidade. Além das denúncias de que as desigualdades sociais geravam desigualdades no acesso à saúde e eram causas de doenças, foi discutido que envolver-se com as questões de saúde seria um compromisso do cristão<sup>10</sup>. A partir da atuação da Pastoral da Saúde no bairro Jardim Montanhês, após estudos, seminários, e constatação das necessidades da comunidade se pensou em construir um centro de saúde:

Fundamos a Pastoral de Saúde e nós visitávamos os doentes. O objetivo era ser intermediária da Igreja com a Família e com o doente. E salvar, cuidávamos da alma, preparar na confissão, preparar na comunhão. Aí nos nossos encontros do dia a dia houve uma mudança. É um ser humano, é corpo e alma. Então nós começamos a cuidar da parte física.[...] Então num seminário foi perguntado se nós tínhamos um espaço para construção de um Centro de Saúde. E o Padre Reinaldo disse: Nós temos esse espaço. (EAM, Pastoral da Saúde)

A mobilização para a construção do CSJM teve como característica o controle público do serviço de saúde pela sociedade, representada por Associações de Moradores, Comunidade, Pastoral, Universidade. Formou-se um Conselho de Saúde para administrar o Centro de Saúde, numa gestão compartilhada com a gerente da Unidade, contando com a colaboração da Universidade:

Então sempre no Centro de Saúde Montanhês teve Conselho Local de Saúde, que funcionava, que reunia, que discutia junto com a gestora e os profissionais, quais eram as formas de organizar o serviço que melhor atendesse a comunidade. E nós entramos, eu como professora e os alunos numa ação de cooperação, de construção coletiva [...]. RRS, Professora Universitária.

O financiamento para construção do Centro de Saúde foi obtido junto à Associação Padre Eustáquio (ASPE), pertencente à Congregação dos Sagrados Corações (SSCC), proprietária do terreno em que foi construído o Centro de Saúde, com efetiva participação da comunidade para a realização da obra:

O Tiago do São José entrou com as mãos, porque ele construiu muita Igreja, muita casa, muita capela, então a mão já era calejada. Ele ajudou nas obras [...]. EAM, Pastoral da Saúde.

O pensamento crítico que gerou a Reforma Sanitária e, conseqüentemente, o SUS, deriva também do princípio da multidisciplinaridade, dos movimentos democráticos contra a ditadura militar<sup>32</sup>. Neste aspecto, é preciso destacar o papel da academia. As atividades de Integração Docente Assistencial (IDA) tinham como proposta integrar a Universidade com os serviços públicos de saúde, realizando o ensino, adequado às reais necessidades da população. Essa articulação produzia conhecimento, formava profissionais de saúde inseridos nas unidades de saúde e contava com a participação da comunidade, sendo essa participação considerada a maior garantia de continuidade do Programa Docente Assistencial. O conhecimento era construído a partir da realidade, articulando teoria e prática e o estudante participava ativamente no processo ensino-aprendizagem. No início, as atividades de IDA eram atribuídas aos Departamentos de Saúde Pública, não alcançando outros Departamentos dos cursos da área da saúde. Naquele momento os Departamentos de saúde Pública das Universidades eram aliados do Movimento da Reforma Sanitária<sup>33-34</sup>. A Integração Docente Assistencial no Centro de Saúde obteve resultados, em parceria com a comunidade:

Eu fui prá lá num processo de realmente concepção de integração saúde –escola e não de utilização do espaço do serviço como laboratório para os alunos. E isso eu implicava os alunos ‘Aqui nós não estamos para só aprender, para aumentar nossa capacidade intelectual, nós estamos aqui para construir junto’[...]. RRS, Professora Universitária.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As recomendações da Conferência de Alma - Ata foram fundamentais para a mudança dos rumos da política de saúde brasileira, influenciando o movimento da Reforma Sanitária e estimulando a participação comunitária. A partir de Alma Ata e durante a década de oitenta, houve no Brasil uma maior participação da comunidade em movimentos pela saúde, movimentos pelo fortalecimento da Atenção Primária e pela organização do sistema de saúde. Nesse período foram implantados programas de IDA no País. Este estudo mostrou que houve uma consonância entre o que ocorreu no País com os acontecimentos na comunidade do bairro Jardim Montanhês durante a construção e funcionamento do Centro der Saúde.

Também foi possível identificar uma comunidade organizada, agindo de forma participativa e democrática realizando ações concretas em benefício da população. Os movimentos de IDA estiveram presentes no CSJM. Pode-se perceber que o processo de construção do Centro de Saúde Jardim Montanhês faz parte da história da Reforma Sanitária. O estudo mostra a força dos movimentos sociais na construção do Sistema de Saúde em Belo Horizonte na década de oitenta.

## REFERÊNCIAS

- 1- Carvalho, Sérgio Resende; Gastaldo, Denise. Promoção à Saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social, pós-estruturalista. *Ciência e Saúde Coletiva*. 13(Sup.2):2029-2040, 2008.
- 2- Vasquez, Maria Luisa et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 19(2):579-591, mar-abr, 2003
- 3- Carvalho, Antônio Ivo. *Conselhos de Saúde no Brasil: Participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE- IBAM; 1995. 136p.
- 4- Who, Declaration of Alma Ata Internacional Conference on Primary Health Care, Sep.12. Disponível em: <[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)>. Acesso em: 9 jan. 2015.
- 5- Gerschman, Silvia. Conselho Municipal de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad. Saúde Pública*. 20(6):1670-1681, nov.-dez. 2004.
- 6- Silva, Cláudio Valdivino. A participação da sociedade civil na democratização do setor



- saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 37 (2):254-259, 2013.
- 7- Sodré, Francis. A agenda global dos movimentos sociais. *Ciência e Saúde Coletiva*. 16(3):1781-1791, 2011.
  - 8- Bahia, Lygia et al. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(Sup.):1791-1818, 2007.
  - 9- Fleury, Sônia. Reforma dos serviços de saúde no Brasil: movimentos sociais e sociedade civil-9 de maio de 2011. Publicado on-line em [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com).
  - 10- Machado, Marilane. Vida em Abundância para todos: Igreja e Movimentos Sociais pela Saúde na década de 1980.
  - 11- Stotz, E. N. Movimentos Sociais e Saúde: Notas para uma Discussão. *Cad. Saúde Pública*. 10(2):264-268, abr./jun. 1994.
  - 12- Brasil. Ministério da Saúde. A construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: MS; 2006. 300p.
  - 13- Almeida, Cristina Rueda et al. Proposta de Intervenção na Unidade de Saúde Santa Margarida Maria Alacoque (Jardim Montanhês). Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, UFMG; nov. 1988 (mimeog).
  - 14- Minayo, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
  - 15- Alves-Mazzotti, Alda Judith. Usos e abusos dos estudos de caso. *Cadernos de Pesquisa*. 36(129):637-651, set./dez. 2006.
  - 16- Chizzotti, Antônio. Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. 4. ed. Petrópolis. Vozes; 2011.
  - 17- Gil, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2010.
  - 18- Bardin, Laurence. Análise de conteúdo. Tradução Luís Antônio Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2011.
  - 19- Martins, Gilberto de Andrade. Estudo de Caso: uma estratégia de pesquisa. 2. ed. São Paulo. Editora Atlas, 2008.
  - 20- Bertolozzi, Maria Rita; Greco, R. M. As políticas de Saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev. Esc. Enf. USP*. 3:380-98, dez. 1996.
  - 21- Fleury, Sônia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência e Saúde Coletiva*. 14(3):743-752, 2009.
  - 22- Santos, Marta Alves. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. *Revista Katal*. 16(2):233-240, jul-dez. 2013.
  - 23- Westphal, Márcia Faria. Movimentos Sociais e Comunitários no Campo da Saúde como sujeitos e objetos de experiências educativas. *Saúde e Sociedade*. 3(2):127-148, 1994.
  - 24- Paim, J.S. Ações Integradas de Saúde (AIS): Porque não dois passos para trás. *Cadernos de Saúde Pública*. 2(2):167-183, abr-jun, 1986.
  - 25- Doimo, Ana Maria; Rodrigues, Marta M. Assumpção. A Formulação da Nova Política de Saúde no Brasil em Tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção social de atuação política. *Política e Sociedade*. 3:95-115, out. 2003.
  - 26- Elias, Paulo Eduardo Análises sobre a Reforma Sanitária e Concepções Políticas subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista. *Saúde Soc*. 2 (1):59-73, 1993.
  - 27- Paim, Jairnilson Silva. A reforma sanitária e o CEBES. Rio de Janeiro: CEBES; 2012.
  - 28- Gohn, Maria da Glória. Movimentos sociais na contemporaneidade. *Revista Brasileira de Educação*. 16(47):333-361, mai.-ago. 2011.
  - 29- Duménil Gérard et al. Le progrès des gauches en Amérique latine: gouvernements,

- mouvements sociaux et luttes indigènes. *Actuel Marx*. 42(2):111-125, 2007.
- 30- Ribeiro, Lúcia. Os Movimentos Sociais e sua relação com a saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 5(3):264-275, jul.-set. 1989.
  - 31- Cardoso, Ruth C. L. Movimentos Sociais na América Latina. Disponível em: <[www.anpocs.org.br-portal-publicações-rbc-s-00-03-rbcs-03-02-htm](http://www.anpocs.org.br-portal-publicações-rbc-s-00-03-rbcs-03-02-htm)>. Acesso em: 30 nov. 2015.
  - 32- Noronha, José Carvalho. Um copo cheio para a saúde. Uma entrevista para a Revista Manguinhos. Disponível em <[www.sintssms.org.br](http://www.sintssms.org.br)>. Acesso em: 30 nov. 2015.
  - 33- Almeida et al. A Educação dos Profissionais de Saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec, 1999. v. 1.
  - 34- Marsiglia, R. G. Relação Ensino-Serviços: dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil, São Paulo: Hucitec, 1995.

## **5.2 PRODUTO TÉCNICO**

### **Ficha técnica:**

Filme documentário da construção do Centro de Saúde Jardim Montanhês

### **Direção:**

Marceli de Fátima Pereira

### **País de Produção:**

Brasil

### **Data de Produção:**

2016

### **Colaboradores:**

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMSBH)

### **Materiais:**

Vídeo com duração de 10 minutos.

### **Resumo:**

Por meio de entrevistas conta-se a história da construção do Centro de Saúde Jardim Montanhês na década de oitenta. Os entrevistados, protagonistas da construção, com seus relatos, de maneira informal revelam de onde surgiu a ideia da construção de um centro de saúde, a origem dos recursos movimentos sociais e pessoas envolvidas e a origem dos recursos. Comentam a respeito da criação do Conselho de Saúde e falam como era administrado o Centro de saúde.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As recomendações da Conferência de Alma - Ata foram fundamentais para a mudança dos rumos da política de saúde brasileira, influenciando o movimento da Reforma Sanitária e estimulando a participação comunitária. A partir de Alma Ata e durante a década de oitenta, houve no Brasil uma maior participação da comunidade em movimentos pela saúde, houve movimentos pelo fortalecimento da Atenção Primária e pela organização do sistema de saúde, aconteciam programas de Integração Docente Assistencial (IDA) no País. Este estudo mostra que houve uma consonância entre o que ocorreu no País com os acontecimentos na comunidade do bairro Jardim Montanhês. Neste estudo, foi possível comprovar que uma comunidade organizada, agindo de forma participativa e democrática pode realizar ações concretas em benefício de sua população. Os movimentos e a IDA estiveram presentes no CSJM. Pode-se perceber que o processo de construção do Centro de Saúde Jardim Montanhês faz parte da história da Reforma Sanitária. O estudo mostra a força dos movimentos sociais nas conquistas pela construção do Sistema de Saúde em Belo Horizonte na década de oitenta.

## REFERÊNCIAS

1. KLEBA, Maria Elisabeth. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e redemocratização política. *Saúde sociedade*, v. 18, n. 4, p. 733-743, dez. 2009.
2. WHO. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Nov. 21, 1986. Disponível em: <[www.who.int, health promotion](http://www.who.int/health_promotion)>. Acesso em: 18 ago. 2014.
3. CARVALHO, Sérgio Resende e GASTALDO, Denise. Promoção à Saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social, pós-estruturalista. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, Sup. 2, p. 2029-2040, 2008.
4. VASQUEZ, Maria Luisa et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do nordeste do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v.19, n. 2, mar./apr. 2003.
5. CARVALHO, Antônio Ivo. *Conselhos de Saúde no Brasil: Participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE- IBAM, 1995.136p.
6. WHO, Declaration of Alma Ata Internacional Conference on Primary Health Care, September 12. Disponível em: <[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)>. Acesso em: 9 jan. 2015.
7. GERSCHMAN, Silvia. Conselho Municipal de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Caderno Saúde Pública*, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, nov.-dez. 2004.
8. SILVA, Cláudio Valdivino. A participação da sociedade civil na democratização do setor saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 37, n. 2, p. 254-259, 2013.
9. SODRÉ, Francis. A agenda global dos movimentos sociais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 3, p. 1781-1791, 2011.
10. BAHIA, Lygia et al. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, Sup, p. 1791-1818, 2007.
11. FLEURY, Sônia. Reforma dos serviços de saúde no Brasil: movimentos sociais e sociedade civil-9 de maio de 2011. Publicado on-line em [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com).
12. STOTZ, E. N. Movimentos Sociais e Saúde: Notas para uma Discussão. *Caderno de Saúde Pública*, v. 10, n. 2, p. 264-268, abr./jun. 1994.
13. MACHADO, Marilane. Vida em Abundância para todos: Igreja e Movimentos Sociais pela saúde na década de 1980. *Cadernos de História*, v. 15, n. 22, p. 135-159, mai. 2014.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. *A construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: MS, 2006. 300p.
15. ALMEIDA, Cristina Rueda et al. Proposta de Intervenção na Unidade de Saúde Santa Margarida Maria Alacoque (Jardim Montanhês) Escola de Enfermagem, UFMG-nov. 1988 (mimeog).
16. BERTOLOZZI, Maria Rita; Greco, R. M. As políticas de Saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v. 3, p. 380-98, dez. 1996.
17. FLEURY, Sônia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.
18. SANTOS, Marta Alves. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. *Revista Katal*, v. 16, n. 2, p. 233-240, jul.-dez. 2013.
19. WESTPHAL, Márcia Faria. Movimentos Sociais e Comunitários no Campo da Saúde como sujeitos e objetos de experiências educativas. *Saúde e Sociedade*, v. 3, n. 2, p. 127-148, 1994.
20. PAIM, J.S. Ações Integradas de Saúde (AIS): Porque não dois passos para trás. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 2, n. 2, p. 167-183, abr.-jun. 1986.
21. Elias, Paulo Eduardo Análises sobre a Reforma Sanitária e Concepções Políticas subjacentes: a visão autoritária do ideário progressista. *Saúde Sociedade*, v. 2, n. 1, p. 59-73, 1993.
22. GOHN, Maria da Glória. Movimentos sociais na contemporaneidade. *Revista Brasileira de Educação*, v. 16, n. 47, mai.-ago. 2011.
23. BROWN, Phil et al. Embodied health movements: New approaches to social movements in health. *Sociology of Health & Illness*, v. 26, n. 1, p. 50-80, 2004.
24. HOFFMAN, Beatrix. Health Care Reform and Movements in the United States. *American Journal of Public Health*, v. 93, n. 1, p. 75-85, Jan. 2003.
25. DUMÉNIL Gérard et al. Le progrès des gauches en Amérique latine: gouvernements, mouvements sociaux et luttes indigènes. *Actuel Marx*, v. 42, n. 2, p. 111-125, 2007.
26. RIBEIRO, Lúcia. Os Movimentos Sociais e sua relação com a saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 5, n. 3, p. 264-275, jul.-set. 1989.
27. DOIMO, Ana Maria e RODRIGUES, Marta M. Assumpção. A Formulação da Nova Política de Saúde no Brasil em Tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção social de atuação política. *Política e Sociedade*, v. 3, p. 95-115, out. 2003.

28. CARDOSO, Ruth C. Leite. *Movimentos sociais na América Latina*. Disponível em: <[http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs\\_00\\_03/rbcs03\\_02.htm](http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_03/rbcs03_02.htm)>. Acesso em: 30 nov. 2015.
29. NORONHA, José Carvalho. *Um copo cheio para a saúde*: Uma entrevista para a Revista Manguinhos. Disponível em: <[www.sintssms.org.br](http://www.sintssms.org.br)>. Acesso em: 30 nov. 2015.
33. ALMEIDA et al. *A Educação dos Profissionais de Saúde na América Latina*: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec, 1999. v. 1.
31. MARSIGLIA, Regina G. *Relação Ensino-Serviços*: dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1995.
32. BECKER, DANIEL et al. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 655-667, 2004.
33. COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, n. 3, p. 1121-1137, 2011.
35. MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
36. ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. Usos e abusos dos estudos de caso. *Cadernos de Pesquisa*, v. 36, n. 129, p.637-651, set/dez. 2006.
37. CHIZZOTTI, Antônio. *Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.
38. GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
39. BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Tradução Luís Antônio Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
40. MARTINS, Gilberto de Andrade. *Estudo de caso*: uma estratégia de pesquisa. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

## APÊNDICE 1 - Roteiro de Entrevista Semiestruturadas

### 1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Telefone:

E-mail:

Profissão:

## 2 - A CONSTRUÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE JARDIM MONTANTÊS

2.1 - Movimento social a que estava ligado(a) na época da construção do centro de saúde Jardim Montanhês:

---

2.2 - Onde trabalhava na época da construção do centro de saúde Jardim Montanhês:

---

2.3 - Como era o sistema de saúde de Belo Horizonte na década de 80?

---

2.4 - De onde surgiu a ideia da construção de um centro de saúde. Houve algum evento desencadeador que suscitou o desejo da construção do centro de saúde?

---

2.5 - Por que construir um Posto de Saúde?

---

2.6 - Quem se envolveu na construção do centro de saúde? Como se dava a distribuição de tarefas?

---

2.7 - Como foi obtido o financiamento para construção do centro de saúde?

---

2.8 - Como se deu a mobilização da comunidade para arrecadação de recursos para as obras de construção do centro de saúde?

---

2.9 - Quem gerenciava os recursos?

---



## **APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado(a) Sr.(a),

Este é um convite para sua participação voluntária em uma pesquisa desenvolvida na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), realizada pela estudante Marcella de Fátima Pereira que comporá sua dissertação do Curso de Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública do programa de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG. O título da dissertação é “Participação Social em Saúde: a História do Centro de Saúde Jardim Montanhês”. O trabalho é orientado pelo Prof. Dr. João Henrique Lara do Amaral e coorientado pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Simone Dutra Lucas.

O estudo tem como objetivo compreender a construção do Centro de Saúde Jardim Montanhês a partir da mobilização da comunidade no contexto dos movimentos sociais na década de oitenta.

A sua participação é muito importante, no entanto, é inteiramente voluntária, o que significa que poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga prejuízo ou penalidade. Informamos que nada será cobrado pela sua participação, assim como não haverá qualquer tipo de retribuição financeira por sua contribuição.

É importante observar que toda pesquisa traz um certo risco para aqueles que dela participam conforme a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, como por exemplo certo constrangimento na resposta de alguma das questões colocadas. Dessa forma, garante-se, como forma de aliviar possíveis constrangimentos, que as informações prestadas por você serão sigilosas, seu nome não será citado em qualquer publicação e os dados serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa. Os dados serão guardados em local seguro, durante cinco anos, e a divulgação dos resultados será feita de modo a não identificar os voluntários. Após cinco anos os dados serão destruídos.

Você ficará com uma cópia deste Termo e caso você tenha ou necessite de maiores esclarecimentos solicito que seja contatada Marcella de Fátima Pereira, Faculdade de Odontologia, Av. Antônio Carlos, 6.627 - Pampulha - CEP 31270-901 -

Belo Horizonte - MG, tel. (31) 9726-8858 e e-mail: marceli1990.com.br ou Prof. Dr. João Henrique Lara do Amaral, Faculdade de Odontologia, Av. Antônio Carlos, 6.627 - Pampulha - CEP 31270-901 - Belo Horizonte - MG, tel. (31) 3409-2442 e e-mail: jhamaral1@gmail.com.

Esse trabalho tem avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), portanto, caso você tenha dúvida sobre os aspectos éticos dessa pesquisa poderá obter informações COEP/UFMG, Avenida Antônio Carlos, 6.627 - Unidade Administrativa II - 2º andar, sala 2005 - CEP 31270-901 - Campus Pampulha - Belo Horizonte - MG, e-mail: coep@prpq.ufmg.br. Telefax: (31) 3409-4592.

Essa pesquisa foi aprovada pelo COEP/UFMG com o parecer de nº1.057.294

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

Marceli de Fátima Pereira - M3774578

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do entrevistado por extenso), declaro que fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre esta pesquisa, dos procedimentos nela envolvidos, assim como dos possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso me traga prejuízo ou penalidade.

## ANEXO 1- Parecer do Comitê de Ética da UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Participação Social em Saúde: a história do Centro de Saúde Jardim Montanhês

**Pesquisador:** João Henrique Lara do Amaral

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 43470215.2.0000.5149

**Instituição Proponente:** PRO REITORIA DE PESQUISA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.057.294

**Data da Relatoria:** 06/05/2015

#### Apresentação do Projeto:

A Promoção à Saúde tem como estratégias criar ambientes saudáveis e fortalecer as ações comunitárias. A Promoção à saúde também depende da garantia de condições dignas de vida, da atuação nos determinantes da saúde e no encorajamento à participação comunitária. A participação estimula a cidadania, por fomentar o capital social e contribui para o empoderamento da comunidade. A comunidade do bairro Jardim Montanhês, na cidade de Belo Horizonte tem uma trajetória de participação social.

Os autores propõem realizar pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas. A relevância de estudar o processo de criação do Posto de Saúde Santa Margarida Maria Alacoque, hoje conhecido como Centro de Saúde Jardim Montanhês (CSJM), consiste em compreender a atuação dos movimentos sociais na década de oitenta que transformaram propostas em ações concretas, contribuindo para modificar as políticas públicas no Brasil.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Compreender a construção do Centro de Saúde Jardim Montanhês a partir da mobilização da comunidade no contexto dos movimentos sociais na década de oitenta.

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br  
**Telefone:** (31)3409-4592

Continuação do Parecer: 1.057.294

**Objetivo Secundário:**

1) Analisar os documentos que registram o processo de criação do Centro de Saúde Jardim Montanhês, identificando neles os atores sociais que participaram desse movimento. 2) Resgatar a memória da mobilização da comunidade no período de estudo proposto.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Toda pesquisa traz algum risco para os participantes. No presente trabalho os riscos serão mínimos. Serão realizadas entrevistas individuais e os dados ficarão sob a guarda de apenas uma pessoa. O contato com as entrevistas está restrito ao pesquisador e ao orientador. Será assinado TCLE pelos entrevistados onde a questão do risco e a garantia de sigilo são colocadas.

**Benefícios:**

Os benefícios imediatos são a compreensão da importância dos movimentos sociais na proposição de ações que tragam melhorias para a própria comunidade, neste caso na área da saúde, e a possibilidade dessa experiência de participação e envolvimento comunitário ser exemplo e incentivo para ações semelhantes no dia de hoje.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante na área em que será desenvolvida. Projeto de dissertação de aluna da Pós-graduação. O projeto está bem delineado. Contém ampla revisão da literatura, com objetivos claros e método bem descrito. O cronograma de execução é compatível com a proposta da pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória foram adequadamente apresentados:

- Projeto de pesquisa em anexo
- Folha de rosto assinada pelo Diretor da Faculdade de Odontologia da UFMG
- Parecer pela Câmara do Departamento de Odontologia Social e Preventiva
- Anuência do Posto de Saúde Jardim Montanhês, onde a pesquisa será desenvolvida
- TCLE em forma de convite e linguagem acessível

**Recomendações:**

Pesquisa relevante no âmbito em que será desenvolvida. Não há impedimentos éticos para sua realização. Recomenda-se a aprovação do projeto de pesquisa.

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE  
**Telefone:** (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.057.294

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Somos favoráveis à aprovação do projeto "Participação Social em Saúde: a história do Centro de Saúde Jardim Montanhês" do Pesquisador Prof. Dr. João Henrique Lara do Amaral.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

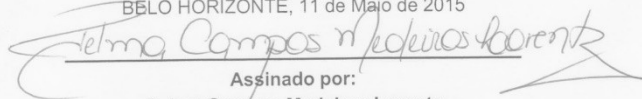
**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 11 de Maio de 2015



Assinado por:  
Telma Campos Medeiros Lorentz  
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

## ANEXO 2- Submissão do Manuscrito à Revista Ciência e Saúde Coletiva

12/12/2015 ScholarOne Manuscripts



Ciência & Saúde Coletiva

Submission Confirmation / Print

Thank you for your submission



---

Submitted to

Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID

CSC20152723

Title

De Alma Ata à regulamentação de Sistema Único de Saúde: uma experiência de participação social em Belo Horizonte

Authors

Pereira, Marcell

Lucas, Simone

Amaral, João Henrique

Date Submitted

12Dec2015

---

---

[Author Dashboard](#)

---

© Thomson Reuters | © ScholarOne, Inc., 2015. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc. ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)



## ANEXO 3 - Normas de Publicação da Revista Ciência e Saúde Coletiva

### Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

### Seções da publicação

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.



**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

#### Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua

original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

#### Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na e 1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.