



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Educação e Humanidades

Faculdade de Educação

Ieda da Costa Barbosa


**Sociedade civil e saúde: Participação e controle social com a criação da  
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/ SEGEP/MS**

Rio de Janeiro

2009

Ieda da Costa Barbosa

**Sociedade civil e saúde: participação e controle social com a criação da Secretaria de  
Gestão Estratégica e Participativa/ SEGEP/MS**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marise Nogueira Ramos

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Vânia Cardoso da Motta

Rio de Janeiro

2009



Ieda da Costa Barbosa

**Sociedade civil e saúde: participação e controle social com a criação da Secretaria de  
Gestão Estratégica e Participativa/SEGEP/MS**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 10 de dezembro de 2009.

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marise Nogueira Ramos (Orientadora)  
Faculdade de Educação da UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vânia Cardoso da Motta (Co-Orientadora)  
Faculdade de Educação da UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Inês de Souza Bravo  
Faculdade de Serviço Social da UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Virgínia Maria de Mattos Fontes  
Fundação Osvaldo Cruz

Rio de Janeiro

2009

## AGRADECIMENTOS

A Deus que me permitiu chegar, com vigor, a este desafio de me tornar um intelectual orgânico mais qualificado.

Aos meus filhos João e Henrique por se alegrarem com cada uma das minhas vitórias profissionais e por agüentarem este último mês.

Ao Luiz Osmar, meu marido, pelo companheirismo, pelos livros, sua riqueza, que de forma generosa colocou à minha disposição, pelos papos que me permitiram entender melhor os filósofos e por se manter ao meu lado nas dificuldades destes dois anos de estudo.

Às orientadoras por me ajudarem a aprender e a dar o passo, pela paciência...Um elogio de vocês era como ganhar o dia, a semana... Foi perceber, estabelecer relações do meu pedaço com outros pedaços, descobrir...Refletir...Apanhar para compreender um pedacinho aqui, outro tanto e avançar.

À Beatriz Gomes pela tradução do resumo.

À direção da EPSJV/FIOCRUZ, tanto ao André Malhão quanto à Izabel Brasil, diretores em meu período de mestranda, pelo estímulo e apoio que, indiscriminadamente, prestam aos trabalhadores em processo de formação.

A todos os funcionários da Biblioteca Emilia Bustamante/EPSJV que tornaram possíveis meus tantos momentos de estudo, em especial a Marluce Maciel Gomes Antelo, em nome de todas as bibliotecárias, pela gentileza de se colocarem a disposição em relação à organização do meu trabalho.

A todos os lavsianos, colegas de trabalho, pela compreensão e acolhimento da Aline Andréa Pereira e Kely Robert Melik, pelas mais generosas e sinceras preces da Marta Gomes, da Marilda Moreira, da Daniele Ribeiro. Ao Maurício Monken ao Paulo Peiter, chefias que valorizam nossa presença e contribuição, mas também, reconhecem a importância de nossa qualificação. A Bianca Marins e a Simone Ferreira sempre dispostas a ler e comentar meus textos cheios de dúvidas. A Gladys Miyashiro que me ensinou a escrever os primeiros projetos de pesquisa. A torcida e a contribuição no meu estudo do João César Antunes, da Solange Belchior, do André Burigo. Ao Mauro Lima Gomes, colega de desafio, de dúvidas, de disciplinas... Amigos... Chegamos!!!

## RESUMO

BARBOSA, Ieda da Costa. *Sociedade civil e saúde: participação e controle social com a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SEGEP/MS*. 2009. 97f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Este trabalho tem por objetivo conhecer, na visão da militância com atuação no setor saúde no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, as perspectivas para a ampliação e qualificação da participação social no SUS, considerando a contribuição das políticas da SEGEP/MS para a democratização das políticas públicas de saúde. Parte do conceito de Estado e sociedade civil do liberal Hobbes, buscando a evolução histórica dos termos até os marxistas, com especial atenção ao conceito de Estado ampliado de Gramsci. A concepção gramsciana nos ajuda a compreender o processo de desenvolvimento da sociedade civil brasileira e a relação de nosso objeto de estudo com o Estado. Consultando as Portarias de criação e os relatórios de gestão da SGE/MS, construímos nossa base documental que, confrontada com os depoimentos de militantes do setor saúde que atuam no Estado do Rio de Janeiro, subsidiaram nosso estudo. Nossas considerações finais apontam para as contradições típicas de um governo de coalizão, composto por frações da classe subalterna que negociam o poder com a classe dominante.

Palavras-chave: Estado. Sociedade civil. Participação Social. Saúde.

## **ABSTRACT**

This work aims to understand, in view of activism with performance in the health sector in the State of Rio Janeiro, the prospects for the expansion and training of social participation in the SUS, considering the contribution of policies SEGEP / MS for the democratization of public health policies. Part of the concept of state and civil society of liberal Hobbes, searching for the historical evolution of the terms to the Marxists, with special attention to the concept of the expanded Gramsci. The Gramscian concept helps us understand the process of development of Brazilian civil society and the relationship of our object of study with the state. Referring to the Authorization for creation and management reporting of SGEF / MS, we build our evidence base that, confronted with the testimony of militants in the health sector that operate in the State of Rio de Janeiro, subsidized our study. Our conclusions point to the contradictions typical of a coalition government composed of factions of the lower class negotiating power with the ruling class.

Keywords: State. Civil Society. Social Participation. Health.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AMS	Assistência Médica Suplementar
ANEPS	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CIB	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CUT/RJ	Central Única dos Trabalhadores do Estado do Rio de Janeiro
DATASUS	Base de Dados on-line de informações em saúde
DEMAGS	Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS
DENASUS	Departamento de Auditoria do SUS
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DOGES	Departamento de Ouvidoria Geral do SUS
ENSP/FIOCRUZ	Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
FUNRURAL	Fundo de Assistência Rural
GEAP	Grupo Executivo de Assistência Patronal
GM	Gabinete do Ministro
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos Trabalhadores Sem Terra
MTIC	Ministério do Trabalho Indústria e Comércio



NOB	Norma Operacional Básica
ONGS	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPAS/OMS	Organização Pan-americana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PARTICIPASUS	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS
PARTICIPANET SUS	Base de Dados on-line dos Conselhos Municipais do Sistema Único de Saúde
PCB	Partido Comunista do Brasil
PID	Programa de Inclusão Digital dos Conselhos de Saúde
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNGP	Política Nacional de Gestão Participativa
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
SEGETS/MS	Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde do Ministério da Saúde
SGEP/MS	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGP/MS	Secretaria de Gestão Participativa
SINDSPREV/RJ	Sindicato da Saúde e Previdência do Estado do Rio de Janeiro
SISAUD-SUS	Sistema de Auditoria
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNE	União Nacional dos Estudantes
URA	Unidade de Resposta Audível

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>1. ESTADO E SOCIEDADE CIVIL - CONCEPÇÃO DO ESTADO DE NATUREZA À CONCEPÇÃO LIBERAL DE ESTADO</b> .....	12
1.1 <b>As bases do pensamento liberal</b> .....	12
1.2 <b>A evolução conceitual de sociedade civil e o exercício da democracia</b> .....	17
1.3 <b>A Concepção de Estado e Sociedade Civil no Pensamento Marxista</b> .....	22
1.4 <b>A Sociedade Civil Brasileira: suas características e contradições</b> .....	28
1.5 <b>A Relação Estado – Sociedade Civil no Brasil e a Participação Social na Política Pública de Saúde</b> .....	34
<b>2. A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE</b> .....	40
2.1 <b>A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde</b> .....	40
2.2 <b>Os Governos dos anos 90, o Movimento da Reforma Sanitária e o SUS</b> .....	43
2.3 <b>Controle Social: A conceituação e a experiência no SUS</b> .....	48
2.4 <b>A participação social como base para a Reforma Sanitária</b> .....	55
<b>3. PERSPECTIVAS PARA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE</b> .....	58
3.1 <b>O Governo Lula na Política Pública de Saúde: A Criação da SGEP</b> .....	58
3.1.1 <u>A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério a Saúde – SGEP/MS</u> .....	60
3.1.2 <u>A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – PARTICIPASUS</u> .....	65
3.2 <b>Perspectivas para a Ampliação e Qualificação da Participação e do Controle Social - na voz dos militantes da saúde</b> .....	70
3.2.1 <u>Questões Preliminares sobre as Entrevistas</u> .....	71
3.2.2 <u>Os Resultados das Entrevistas</u> .....	75
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	89
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	91

## INTRODUÇÃO

O interesse em estudar este tema tem origem na nossa participação nos anos de 1990, no movimento da saúde nos primeiros Conselhos de Saúde do Município e do Estado do Rio de Janeiro, quando, como militante do Movimento de Mulheres da CUT/RJ, representamos a central no segmento de usuários e, posteriormente, o Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Rio de Janeiro, no segmento de profissionais de saúde.

Nossa intenção é de contribuir para a reflexão da militância do setor saúde, sobre a importância de se resgatar a participação social como um dos eixos da Reforma Sanitária, considerando as estratégias implementadas pela SGEP/MS para qualificar e ou estimular o controle e a participação social.

O Movimento de Reforma Sanitária, iniciado nos anos 70 e 80, é um marco na luta por uma política pública de saúde. Foi fruto do anseio dos movimentos populares, trabalhadores da saúde, intelectuais e sindicalistas fortalecidos pelas lutas e vitórias ao longo da década anterior. Em 1986, a sociedade civil se organiza para participar pela primeira vez de uma Conferência Nacional de Saúde que, embora fosse realizada desde 1941 não ocorria com a participação popular.

A primeira Conferência foi realizada em 1941, com cerca de 70 participantes. A 8ª Conferência, de 1986, considerada uma das mais importantes, contou com mais de quatro mil pessoas (...) a 2ª Conferência ocorreu somente em 1950. Ela foi fundamental para a definição da legislação sobre higiene e segurança do trabalho e sobre a prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes (...) A 3ª Conferência, de 1963, no Governo João Goulart, foi um marco histórico por representar a primeira proposta de descentralização na área de Saúde (...) A 4ª Conferência (1967) teve como tema central os recursos humanos e a necessidade de se identificar o profissional mais indicado na área de saúde para o País. A 5ª Conferência (1975) discutiu cinco temas principais: sistema nacional de saúde; programa de saúde materno-infantil; sistema de vigilância epidemiológica; controle das grandes endemias e extensão das ações de saúde às populações rurais (...) A 6ª Conferência (1977) tratou principalmente do controle das grandes endemias e da instalação de serviços de saúde no interior do País. A criação e o desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) foram os principais temas dos debates da 7ª (JORNAL DA 12ª CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2003).

A grande mobilização social em torno da saúde, permitiu um passo importante na construção da cidadania do povo brasileiro. Ao inscrever na Constituição Brasileira de 1988 a saúde como direito de todos e dever do Estado, a organização da atenção à saúde passa a ser pautada nos princípios e diretrizes da universalidade, integralidade, descentralização/

hierarquização, equidade e participação social, e regulamentados nas leis 8080/90 e 8142/90 que institucionalizam o Sistema Único de Saúde - SUS.

A partir de então, a todos os cidadãos deverá o Estado brasileiro garantir o direito de acesso (universalidade) ao SUS, não como ação assistencial (caridade), que até então, era prestada para prover mínimos existenciais às pessoas carentes, mas como direito constitucional, atendendo na integralidade às suas necessidades de saúde. A assistência social, de caráter redistributivo (políticas de redistribuição de renda), a previdência social de caráter contributivo (sistema de contribuição solidária) e a saúde de caráter universal (direito de acesso aos serviços de saúde), formam o tripé de seguridade social na Constituição brasileira. A assistência à saúde deverá ser viabilizada integralmente, em todos os níveis de complexidade, de maneira a proteger a saúde (promoção e prevenção) e tratar os doentes nos diferentes estágios da doença (tratamento, prevenção e reabilitação).

Em cada município a assistência à saúde deve ser planejada e organizada em rede descentralizada e hierarquizada. A descentralização implica na criação de um fundo de financiamento com a contribuição dos governos federal, estadual e municipal, para de acordo com a capacidade instalada e o perfil epidemiológico da região se adequar a rede de atenção à saúde, tendo como objetivo atender às necessidades dos cidadãos no lugar se vive e trabalha. A hierarquização se refere à organização da rede de serviços, contemplando desde as ações básicas às que exigem tecnologias mais complexas para o tratamento e reabilitação da saúde, o que exige equidade na distribuição de recursos financeiros, para adequar a rede de assistência de cada município.

A participação social se faz em cada município e, em alguns casos, devido a densidade populacional ou extensão geográfica dos municípios, em distritos sanitários, onde a sociedade civil deverá estar organizada no sentido de discutir, nas conferências de saúde, as necessidades da população.

A organização do sistema de saúde local tem por prerrogativa apresentar propostas para que um plano de ação seja elaborado para o atendimento das demandas locais apontadas. A execução deste plano deve, também, ser acompanhada por um Conselho de Saúde da instância correspondente – distrital, municipal, estadual e nacional cujos conselheiros são eleitos na conferência de saúde e constituem as instâncias de controle social. Os conselheiros pertencem a três segmentos distintos, distribuídos como se segue: 50% de entidades representativas de usuários, 25% de entidades representativas de profissionais de saúde e 25% de gestores de sistema de saúde. As conferências e os conselhos de saúde têm caráter

propositivo e deliberativo em relação às políticas de saúde apresentadas, inclusive, pelo poder executivo.

O projeto de dissertação de mestrado por nós formulado apresenta como problemática a relação entre a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP/MS, criada no primeiro governo de Luiz Inácio Lula da Silva, e as implicações para a ampliação e qualificação da participação social dos atores sociais que atuam no setor saúde no âmbito do Estado do Rio Janeiro.

Assim, à luz de nosso referencial teórico, a concepção gramsciana de Estado e sociedade civil e considerando a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde - SGEP/MS e suas políticas, bem como a dinâmica dos conselhos de saúde como instâncias democráticas de participação e controle social, temos como objetivo conhecer na visão da militância que atua no setor saúde, no âmbito do Estado do Rio Janeiro, as perspectivas para a ampliação e qualificação da participação social no SUS, considerando a contribuição das políticas da SGEP/MS para a democratização das políticas públicas de saúde.

Ao longo dos nossos estudos, percebemos que o principal eixo de nossa análise estava na relação entre Estado e sociedade civil, com especial destaque para a dinâmica dessa última, uma vez que, no processo histórico estudado, o princípio do controle social em saúde tem como exigência o protagonismo da sociedade civil. Isto nos mostrou a necessidade de nos apropriarmos das teorias de Estado.

Ressaltamos que o conceito de controle social, diferentemente, do que se possa pensar quando se tem por referências o pensamento de Durkheim, quando o conceito está relacionado à limitação pela sociedade, das ações (valores, normas, comportamentos) dos indivíduos (CAMPOS; OLIVEIRA; SINGER *apud* STOTZ, 2006), o que aqui apresentamos, remete-se ao fortalecimento da sociedade civil ao se organizar pelo direito à saúde e propondo-se a acompanhar o desenvolvimento da política de saúde. Tendo em vista que durante os anos 90, nos documentos, nos relatórios das conferências ou plenárias de saúde, cada vez menos se fazia referência á reforma sanitária brasileira, fundamental para a mobilização social em torno do texto constitucional, algumas questões nos inquietam: a) até que ponto, considerando a sociedade civil brasileira com características não plenamente ocidentais, as conquistas constitucionais neste campo se efetivam? b) à medida que o governo Lula instituiu uma secretaria de gestão participativa, até que ponto isto significa um efetivo avanço para o fortalecimento de diferentes setores da sociedade civil, ou implica cooptação dos movimentos sociais organizados em torno da saúde? Sobre isto, consideramos que nessa

discussão dois conceitos gramscianos são importantes e devem ser discutidos, os conceitos de *transformismo* e de *guerra de posição*.

Para fins de exposição, organizamos a dissertação da seguinte forma: No primeiro capítulo discutimos as concepções de Estado e Sociedade Civil, a partir das determinações históricas e concepções de mundo. Também, neste capítulo, abordamos as peculiaridades da formação do Estado brasileiro e da sociedade civil brasileira, destacando as intenções das ações governamentais na criação da política de saúde e, sua evolução através dos modelos campanhistas do início do século XX à Reforma Sanitária, promulgada na Constituição de 1988.

O segundo capítulo aborda a participação popular na política pública de saúde sociedade a partir da Reforma Sanitária e do marco de sua institucionalização através, do controle social no SUS – Sistema Único de Saúde, durante os governos neoliberais dos anos 90, buscando a estabelecer a relevância da participação social a partir da municipalização.

No terceiro capítulo, nos detemos na criação da Secretaria de Gestão Participativa – SGP/MS que posteriormente, foi reestruturada, ampliando suas funções e estrutura, passando a ser denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP. É a política pública de saúde do governo Lula, que tem como um dos principais objetivos o resgate dos ideais da Reforma Sanitária, com ênfase na ampliação e qualificação da participação e do controle social. Neste capítulo, constam os depoimentos resultantes da pesquisa empírica realizada com gestores, usuários e profissionais de saúde com militância no SUS.

Em nossa metodologia realizaremos uma análise documental da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa SGEP/MS, através dos Relatórios de Gestão, dos anos base de 2005, 2006, 2007 e 2008, divulgados em material impresso e disponibilizados no site do Ministério da Saúde. A pesquisa empírica será realizada com militantes do Movimento de Saúde organizados como usuários, gestores ou profissionais de saúde que atuam no Sistema Único de Saúde - SUS, independentes de atuarem como conselheiros nos Conselhos de Saúde, através de entrevistas, com roteiro semi-estruturado, para conhecer/levantar a visão dos entrevistados sobre as perspectivas da ampliação e qualificação da participação e do controle social a partir das contribuições das políticas geradas pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP/MS.

## **1. ESTADO E SOCIEDADE CIVIL - CONCEPÇÃO DO ESTADO DE NATUREZA À CONCEPÇÃO LIBERAL DE ESTADO**

Para compreendermos as relações dadas entre o Estado e a sociedade civil no Brasil, julgamos fundamental conhecer a evolução histórica do significado destes termos. Estado e sociedade civil já foram termos que se confundiam, praticamente como sinônimos. Já foram considerados como opostos. E como partes de uma unidade. Diante destas diferentes interpretações destacamos as reflexões de Hobbes, Locke e Rousseau como base do pensamento liberal e na perspectiva socialista do pensamento marxista apresentamos os conceitos de Marx, Engels e Gramsci sobre Estado e Sociedade Civil.

### **1.1 As bases do pensamento liberal**

Hobbes (1979), discordando de Aristóteles (384 a.C. - 322 a.C.), que acreditava existir no homem uma disposição natural para viver em sociedade, afirma que a opção por este modo de vida se dava em função da necessidade de uma união capaz de preservar a própria vida e evitar a “guerra de todos contra todos” (HOBBS apud ABRÃO, 1999, p.237), já que no estado natural, o homem tem como necessidade a satisfação de seu desejo. A satisfação deste desejo leva Hobbes a afirmar que o “homem é o lobo do homem” (HOBBS apud ABRÃO, 1999, p.233). Na busca de fugir desta circunstância, o homem, guiado pela razão, valendo-se do instinto de auto-conservação, encontra na paz da vida em sociedade esta garantia de sobrevivência (HOBBS, 1979).

Os homens são, então, levados a estabelecer contratos entre si, através dos quais se faz uma transferência de direito que vale enquanto a paz e a conservação da vida não estiverem ameaçadas. Este pacto social, para ser duradouro, deve envolver uma grande multidão para que outros grupos não se sintam estimulados a guerreá-los. Segundo Hobbes, neste pacto é preciso que cada um “faz aos outros o que queres que te façam a ti” (HOBBS, 1979, p.79), sendo necessário evitar tudo que leve a discórdia, que haja moderação no uso de bens, que estes sejam distribuídos equitativamente, uso comum do que não pode ser dividido e que se recorra a um árbitro imparcial e desinteressado em caso de disputas.

Hobbes (1979), afirma que para evitar um pacto social precário, com possibilidades de guerra civil, cada homem deveria submeter sua própria vontade à de um único homem ou a de uma assembléia determinada. Sendo, defensor do absolutismo, não acreditava, porém, que

este poder derivasse de uma força divina. Ao contrário, considerava advir de um pacto social, quando então, os homens renunciavam ao seu poder sobre todas as coisas em favor de um poder absoluto, dado a um só homem, que passa a ter o direito de punir os que não respeitassem o pacto (HOBBS, 1979, p.105).

O estado de natureza, embora propiciasse a liberdade e a apropriação de todas as coisas por todos os homens, também colocava em risco a vida humana. A busca pela paz foi o que levou o homem a instituir o pacto social, pelo qual se constituirá o Estado e a sociedade civil. O Estado será governado por aquele governo, monarca ou parlamento, favorecido pela renúncia ao poder de todos os homens.

No pensamento de Hobbes, é forte o princípio de unidade e de igualdade que caracterizaria o pacto social, como podemos ver a seguir:

é uma verdadeira unidade de todos eles, numa só e mesma pessoa, realizada pelo pacto de cada homem com todos os homens, de um modo que é como se cada homem dissesse a cada homem: cedo e transfiro meu direito de governar-me a este homem, ou a esta assembléia de homens. (HOBBS, 1979, p.105)

A concepção ideológica de forma de governo para o Estado é a principal diferença entre os filósofos Hobbes e Locke, quando cada um, em momentos históricos distintos, defendeu posição contrária à forma de governo da sociedade inglesa no século XVII. Hobbes foi defensor do absolutismo monárquico e tem no Estado um monstro, em função do poder ilimitado que lhe é dado pela vontade de todos os indivíduos. Trata deste assunto em sua principal obra - O Leviatã – nome dado para comparação do Estado ao monstro bíblico. Locke, ao contrário, foi defensor do parlamentarismo. O seu pensamento político foi base do Programa da Revolução Gloriosa que instituiu a supremacia do parlamentarismo sobre a monarquia inglesa.

Na compreensão de Locke (1973), citando o Rei Davi no versículo bíblico (*SL* 113,24), Deus “deu a terra aos filhos dos homens”, portanto, concedido em comum a todos os homens. Também, concedeu-lhes a razão, para que este mundo que lhes foi dado fosse utilizado para maior proveito da vida e de acordo com sua conveniência. Tudo que existe na Terra é propriedade comum dos Homens.

Para explicar como o homem se apropria individualmente do bem comum, Locke parte do princípio que a única propriedade privada pertencente a cada homem é a sua própria pessoa, e a si ninguém tem qualquer direito. E conseqüentemente, ninguém terá qualquer



direito sobre o produto do trabalho produzido pelo seu corpo. Assim, o que fosse retirado da natureza pelo trabalho do homem, a este pertenceria como propriedade privada.

Um pedaço de terra retirado do bem comum, tendo sido por um homem lavrado, melhorado, plantado, cultivado a ele pertenceria pelo trabalho realizado por seu corpo, ressaltando-se a compreensão de que qualquer outro homem terá direito a este mesmo pedaço de terra. Não sendo, portanto, possível cercar esta extensão de terra sem o consentimento de todos os outros homens aos quais pertence o bem comum.

Hobbes e Locke afirmam que o homem, ao viver em sociedade busca, exclusivamente, as condições para manter a própria vida. Para Hobbes, o estado de natureza é o estado de guerra onde todos lutam contra todos, e o que iguala os homens na paixão de satisfazer o desejo comum de criar as condições para viver em segurança, é o medo da morte e a necessidade de paz, sendo esta última considerada mais relevante que a liberdade, o que o levará a viver em sociedade.

Locke, por sua vez, entende que o pacto entre os homens se dá pela necessidade de manter a ordem – vinculada à idéia de “crime e castigo”. Tanto que para ele:

(...) aqueles que se reúnem num só corpo e adotam uma lei comum estabelecida e uma magistratura à qual apelar, investida da autoridade de decidir as controvérsias que nascem entre eles, se encontram uns com os outros em sociedades civis; mas os que não têm semelhante apelo comum (...) estão sempre no estado de natureza. (LOCKE, 1973, p.73).

Deste modo, a escolha pelo viver em sociedade está na questão crime e castigo. A liberdade de um indivíduo no estado de natureza não poderia, pela razão, prejudicar a outrem. E neste caso a paz estaria preservada, não fossem as atitudes dos depravados que precisam ser castigados. É a necessidade de justiça que leva os homens a abandonarem o estado de natureza, a liberdade natural, em favor de um pacto que concentrará em só um corpo político a função de estabelecer regras e punições (leis e penas) contra os depravados para manter a paz e a liberdade (LOCKE, apud ABRÃO, 1996).

Deve-se ressaltar, ainda, a concepção de sociedade civil que Locke acrescenta à reflexão de Hobbes: “Todos os homens são membros da sociedade, quando se trata de serem governados, e que somente a integram os proprietários quando se trata de governar” (MACPHERSON, apud FONTES, 2006, p.206). Por esta observação de Locke, concluímos que o princípio da propriedade privada esteve, desde então, na origem da desigualdade entre os homens.

No século XVIII, Rousseau, em seu “Discurso sobre a Desigualdade” recoloca o caráter discriminatório da propriedade privada na sociedade civil, quando afirma que: “o verdadeiro fundador da sociedade civil foi o primeiro que, tendo cercado um terreno, lembrou de dizer isto é meu e encontrou pessoas suficientemente simples para acreditá-lo”. (ROUSSEAU, 1978, p. 259) E diz, ainda, que:

(...) “a origem da sociedade e das leis, que deram novos entraves ao fraco e novas forças ao rico, destruíram irremediavelmente a liberdade natural, fixaram para sempre a lei da propriedade e da desigualdade, fizeram de uma usurpação sagaz um direito irrevogável e, para lucro de alguns ambiciosos, daí por diante sujeitaram o gênero humano ao trabalho, à servidão e à miséria”. (ROUSSEAU, 1978, p.270).

Para Rousseau a precípua função do Estado dá-se pela garantia e defesa da liberdade, opondo-se às idéias de seus predecessores do Estado como repressor e do caráter beligerante da natureza humana. Com o propósito de combater os abusos da civilização e retornar a pureza da consciência natural, sem repudiar os mais altos valores humanos, Rousseau questiona a legitimidade do pacto feito pelos homens para sair do estado de natureza e inaugurar o estado civil. Assim, não aceita a teoria de Hobbes de que o pacto põe fim ao estado de guerra e garante a segurança. Tão pouco, aceitou a tese de Locke de que o pacto garantiria o usufruto da propriedade privada. Afirma a ilegitimidade do contrato na medida em que os mais pobres, possuidores apenas de sua liberdade, não poderiam ter concedido seu único bem, para nada receber em troca, pior, deixando de serem livres para se tornarem escravos (ROUSSEAU, 1978).

Rousseau apresenta o Contrato Social, no qual a vontade geral é soberana e deve prevalecer sobre a individual, enquanto, a liberdade do homem deve ser preservada como o seu bem mais precioso. Sua tese é de que os homens saíram do estado de natureza em função da necessidade de unirem suas forças para superarem as dificuldades, os obstáculos, que já não poderiam vencer individualmente. Para isso, o homem buscou uma forma de associação (convenção) que unisse a força de vários homens, contudo, sem que cada um perdesse a sua liberdade: “forma de associação que defenda a pessoa e os bens de cada associado com toda força comum, e pela qual cada um, unindo-se a todos, só obedece, contudo a si mesmo, permanecendo assim tão livre quanto antes” (ROUSSEAU apud ABRÃO, 1999, p. 288).

Rousseau inspira, assim, os princípios da Revolução Francesa e o idealismo alemão do século XIX no que se refere aos princípios de liberdade e igualdade política e ao direito do povo de derrubar o governo quando este não mais representar o interesse geral dos cidadãos.

Os líderes da Revolução Francesa, inspirados em Rousseau (burgueses, revolucionários), teriam diferentes interpretações para o lema “Liberdade, Igualdade e Fraternidade” (ROUSSEAU, 1978).

Na Revolução Francesa, os ideais afirmam que “os homens nascem e permanecem livres e iguais em direitos” (ABRÃO, 1999, p.290); “a finalidade de toda associação política, é a conservação dos direitos naturais e imprescindíveis do homem. Esses direitos são: a liberdade, a prosperidade, a segurança e a resistência à opressão” (ABRÃO, 1999, p.290)<sup>1</sup>. Este último direito justificaria e legitimaria o terror generalizado que caracterizou a segunda fase da Revolução Francesa. Para os burgueses, a igualdade está limitada ao direito da propriedade e na mesma Declaração dos Direitos, o documento afirma: “...sendo a propriedade, um direito inviolável e sagrado, dela ninguém pode ser privado” (ABRÃO, 1999, p.290).

Para a burguesia, a revolução permitiu a ação livre dos homens, no sentido da livre concorrência em igualdade de condições, necessária para superar os favorecimentos dados a alguns, pela monarquia absolutista (ABRÃO, 1999). Embora, mais adiante, Napoleão Bonaparte tenha restabelecido o estado monárquico, a Revolução Francesa já havia consolidado o espaço de poder da sociedade burguesa.

No curso do pensamento político dos últimos séculos, pelo fato de se vincular ao Estado a concepção de uma associação entre homens, a distinção entre o sentido estrito das relações de governo e aquelas próprias da sociedade civil não se manifesta claramente. Sociedade civil é, inicialmente, compreendida como sinônimo de Estado e este é utilizado em oposição à idéia de “Estado de natureza”, expressão criada por Hobbes para caracterizar um estágio da vida em que o homem vivia apenas de acordo com as leis da natureza. Porém, é a partir do pensamento desses filósofos, que o conceito de sociedade civil, como esfera em que se confrontam os interesses privados dos grupos sociais, sob o princípio da propriedade privada, com nuances diferenciadas, começa a se tecer. Sobre essas visões nos deteremos a seguir.

---

<sup>1</sup> – Artigo 1º da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão votada em agosto de 1789 pela Assembléia Constituinte – Revolução Francesa.

## 1.2 A evolução conceitual de sociedade civil e o exercício da democracia

Embora o termo tenha surgido para designar uma oposição a sociedade natural, Acanda (2006), autor a partir do qual foram sintetizadas nossas reflexões neste item, afirma que a idéia de sociedade civil surge na modernidade, junto com o liberalismo e como resultado da crise social na Europa, a partir do século XVII, e consequência das revoluções sociais (Revolução Inglesa, Treze Colônias, Francesa) que questionavam os modelos da ordem social e da autoridade antes colocada em Deus e no monarca.

O liberalismo, questionando a monarquia e seu desígnio divino, buscou restringir os poderes do Estado e criando uma esfera privada independente da ação do Estado (HELD, apud ACANDA, 2006). A sociedade, como racionalidade do mercado era considerada superior à atividade política do Estado, o qual não poderia por isso interferir nesta esfera. Sociedade civil era o lugar de encontros de indivíduos autônomos, onde se moldava a unidade.

Na visão liberal inicial, os elementos básicos do social eram a razão (leis de funcionamento do mercado), o indivíduo (sexo masculino, proprietário) e a sociedade civil (espaço ordenado (civilizado), onde os indivíduos proprietários desenvolvem sua associatividade). Exemplificando:

Há milhares de soldados que arriscaram suas vidas, que têm poucas posses no reino e, mesmo assim, têm direitos de nascimento. E agora, vocês sustentam que, a não ser que um homem tenha uma propriedade no reino, não tem direitos nele. Não é de estranhar que estejamos decepcionados. (CRICK, apud ACANDA, 2006, p.98).

Em virtude de constatações como estas ocorreram os ciclos de revoluções sociais na Europa tiveram como consequência, o surgimento da sociedade civil, espaço onde as classes sociais se organizam e disputam a hegemonia de projetos políticos para o Estado-nação.

Acanda (2006) se refere que no início do pensamento liberal, na sociedade civil, estava incluído o Estado, e por isso, sociedade política era dada como sinônimo de sociedade civil. Já estava presente, então, no princípio liberal, a separação entre sociedade civil e Estado e a necessidade do social ter autonomia em relação ao político.

Para fundamentar esta separação, ocorreu, também, a necessidade de rompimento da unidade da comunidade. Os seres humanos, na sociedade civil organizada, não eram entendidos como membros da comunidade, e sim como indivíduos, como sujeitos autônomos.

Impõe-se, então, a necessidade de uma nova concepção de moral que permitisse o desenvolvimento das relações interpessoais que não tivesse por base uma concepção religiosa de mundo, mas sim, os interesses próprios, apresentados como princípio racional.

A separação entre sociedade civil e Estado levou à distinção entre público e privado. O Estado como elemento constitutivo do público e a sociedade civil da esfera privada. A esfera pública, não como espaço de interesses irreconciliáveis, mas, como espaço, onde por meio da inter-relação dos diferentes interesses privados, se expressava a razão universal e emergia o bem comum. O liberalismo precisava se fundamentar e se complementar em uma nova teoria moral, algo que estivesse acima do homem, algo transcendental.

No cristianismo a autoridade moral foi enraizada no transcendental, estabelecendo-se uma dicotomia entre o mundano e o extramundano. A moralidade e a autoridade social foram colocadas no transcendental, no extramundano, até que a Reforma Protestante operou uma mudança nas concepções sobre o indivíduo e a sua relação com o Bem e a Virtude. Ocorreu então, a “deificação” da sociedade e do indivíduo, fundamental para concretizar a idéia de sociedade civil na teoria política e filosófica do liberalismo. Rompeu-se com a ideologia medieval da unidade dos homens no mundo, fundada no parentesco, no território e na subordinação a uma igreja hierarquizada, dando início a uma idéia de sociedade como um conjunto de pessoas, onde cada qual buscava um interesse particular, os quais poderiam ser coincidentes ou antagônicos.

O calvinismo precisava de uma doutrina que abrisse o caminho para que o homem, enquanto indivíduo atuante na sociedade civil, possuísse, como ente, autonomia que lhe permitisse seguir os ditames da Razão ao mesmo tempo transcendental e constitutiva da sua existência e não uma doutrina, como no caso do cristianismo.

No decorrer dos séculos, a pluralidade do termo, porém, ganhou contornos e uso para além do significado inicial, quando a expressão foi usada como oposição ao termo sociedade natural e, posteriormente, como sinônimo e mesmo oposição á sociedade política (Estado), o que implica que sociedade civil, como conceito sociológico, é usada tanto para descrever formas de organização social, vinculada à idéia de democracia e de cidadania participativa, no sentido de enfrentar os efeitos do individualismo, ou descrita como instrumento de apoio à idéia do indivíduo, enquanto ator social autônomo, na busca instintiva de seu benefício máximo, entre outras designações.

Mas, para se compreender a (re)significação histórica do conceito de sociedade civil devemos observar a importante contribuição de Rousseau, no que diz respeito à sua crítica à sociedade da época. Os desafios na superação dos limites ideológicos do liberalismo,

iniciados pela concepção de Locke, só são superados quando Rousseau apresenta proposta alternativa, com base na democracia popular e crítica o ideário liberal, através de suas obras *O Contrato Social e Discurso sobre a Desigualdade*. Coutinho (2002), observa que o movimento inaugurado por Rousseau inspirou os jacobinos na Revolução Francesa, os primeiros pensadores comunistas<sup>2</sup> e o movimento socialista, obrigando a burguesia a confrontar-se com a ascensão da democracia moderna, resultante do ingresso da classe operária no cenário político e contra a qual o liberalismo se colocou como alternativa contrária até o início do século XX.

Mas, ainda que a idéia de democracia esteja colocada, não implica que direitos políticos, econômicos e sociais estejam colocados na democratização proposta pelo conceito de sociedade civil do neoliberal Diamond<sup>3</sup> (apud ACANDA, 2006), para o qual ela significa:

Esfera da vida social organizada que é voluntária, autogeradora, autosustentável, autônoma do Estado...que compreende cidadãos que atuam coletivamente numa esfera pública para exprimir seus interesses, paixões e idéias. Podendo, ...criar um amplo leque de interesses que podem interceptar, e portanto diminuir, as polaridades principais do conflito político...pode criar um tipo moderno de cidadania que transcenda as divisões históricas (DIAMOND, apud ACANDA, 2006, p.19).

Segundo Tocqueville, teórico e defensor do liberalismo, a democracia, implícita na proposta de Rousseau, que tem como lócus a sociedade civil, estava destinada a avançar e se estabelecer e esta, portanto, precisaria ser controlada para não se tornar tirania da maioria (COUTINHO, 2002).

É o que se observa na medida que os movimentos das forças progressistas pela democratização foram avançando a partir do século XIX, quando os trabalhadores ingleses lutaram pela fixação legal da jornada de trabalho obtida em 1860, quando a organização sindical e o direito de greve são conquistados em 1870, na França. Enfim, a partir de então, mais pessoas participam politicamente, embora nos países de sufrágio restrito, com sindicatos e partidos políticos na clandestinidade, a participação política continuaria baixa e o avanço mais contido.

Podemos observar também, a pluralidade de significados de sociedade civil que no período da guerra fria, no contexto de crítica aos países comunistas do Leste Europeu, contra um Estado ultracentralizador e todo poderoso, o termo é utilizado, até como sinônimo de anticomunismo, para se referir às sociedades que se opuseram ao regime comunista europeu.

<sup>2</sup> Conjuração dos Iguais: duramente reprimida, tentada pelos primeiros pensadores comunistas, entre eles Bebeuf (COUTINHO, in Fávero, 2002).

<sup>3</sup> Co-editor do Journal of Democracy, editada nos EUA, pela Organização da National Endowment for Democracy e pela editora Johns Hopkins University, dedicada ao tema “Repensar a Sociedade Civil”.

E nos anos 80, a luta dos Estados capitalistas, em especial, dos EUA e Inglaterra, contra os direitos alcançados pelos trabalhadores no “Estado de bem estar social”, a sociedade civil é dada como espaço em que os indivíduos economicamente autônomos estabelecem entre si, de forma voluntária e livre, tendo como base o mercado, todo o tipo de relações associativas a fim de enfrentar suas diferentes necessidades, resolvendo-as sem ingerência do Estado (ACANDA, 2006).

Acanda (2006), afirma que devido à intensa e hábil propaganda neoliberal, o conceito de sociedade civil, do neoliberal Diamond, foi absorvido pelos teóricos socialistas marxistas do Leste Europeu, de forma acrítica, condenando e rotulando o conceito como “não marxista” e antagônico ao Estado e às sociedades socialistas. Porém, na elaboração de uma crítica ao Estado capitalista e ao comunismo de Estado, acadêmicos ingleses<sup>4</sup>, progressistas, ao mesmo tempo, apresentam, em uma tentativa de elaborar um conceito contemporâneo ao termo sociedade civil, uma teoria que desafia as práticas estatizantes da social democracia do pós-guerra, o avanço do neoliberalismo e o crescimento de ditaduras militares e regimes totalitários.

Também a esquerda latino-americana, opondo-se à análise do conceito dos teóricos dos países comunistas do Leste Europeu, foi sensível a este conceito, provavelmente, por estar em um contexto histórico onde a maioria dos países, nas décadas de 70 e 80, passavam pela expansão das ditaduras militares, cuja tarefa consistia em eliminar todas as formas associativas, através das quais havia se manifestado as lutas e as necessidades dos setores explorados e excluídos da sociedade (ACANDA, 2006).

Neste período, na América Latina, em meio à crise do Estado e dos partidos políticos, inclusive os de esquerda, surgiu na sociedade civil, movimentos estudantis e feministas, organizações de bairro, sindicatos, etc. Movimentos estes protagonistas na luta contra a dominação. Proliferaram neste período as organizações sociais que exigiam do Estado não só a diminuição da repressão, mas, também, uma maior responsabilidade social e a rejeição à política de destruição das formas associativas pelas quais se manifestava a resistência popular. Ou seja, no sentido de fortalecer o Estado e não de eliminar suas funções sociais, econômicas e redistributivas.

Com Joseph Shumpeter, outro liberal, a democracia foi minimizada de forma a colocá-la à serviço da ordem liberal constituída. Para ele a política é feita pelas elites, sendo o povo incapaz de avaliar aquilo que realmente lhe interessa, confirmando o que outro conservador

---

<sup>4</sup> Acadêmicos ingleses progressistas Andrew Arato, JeanCohen e John Keane, entre outros que retomaram o conceito de sociedade civil para criticar o Estado Capitalista e o Comunismo de Estado (Acanda, 2006).

inglês já havia afirmado: “o povo não sabe votar”, não sabe traduzir seus interesses em voto. A democracia consistiria, em especial, nos momentos de sufrágio universal, em um processo de seleção entre as elites burguesas. Resume-se, então, em respostas a questões como: Ocorrem eleições periódicas? Existem mais de uma elite na disputa e um parlamento em funcionamento? Sendo afirmativas as respostas, então, estão mantidas as aparências e se pode afirmar que existe democracia (SHUMPETER apud COUTINHO, 2002).

A democracia tem como premissa a igualdade que exige uma base material para ser exercida. Base material esta, que só foi sendo conquistada pela classe subalterna na medida em que ia se estabelecendo a sociedade civil como arena, onde se luta para inverter a base da relação capitalista responsável pela desigualdade material e, conseqüentemente, as condições para se exercer a democracia política. Neste sentido buscamos compreender a democracia como processo, como nos propõe Carlos Nelson Coutinho (2006), e sociedade civil como espaço de disputa entre o projeto liberal e o projeto socialista.



### 1.3 A Concepção de Estado e Sociedade Civil no Pensamento Marxista

Trataremos sobre a concepção marxista de Estado, a partir de Hegel, que será enfrentado pela crítica de Marx e Engels na qual, a sociedade civil não mais coincide com o Estado. Constituindo-se como um momento posterior à família e preliminar ao Estado, estando, assim a sociedade civil, entre a forma primitiva e a definitiva do espírito objetivo, quando a unidade familiar se dissolve em classes sociais, na medida que surgem as relações econômicas antagônicas, produzidas pelas relações de trabalho.

Hegel contradiz as teorias anteriores, em especial as jusnaturalistas<sup>5</sup> que identificam o Estado com a sociedade civil e, conseqüência de uma associação voluntária entre proprietários para proteger os bens de cada indivíduo. Em Hegel, o Estado é onde se manifesta o espírito objetivo, onde se supera as vontades particulares em favor da vontade universal, o que foi em Rousseau designado como vontade geral, implicando na prioridade do público sobre o privado (COUTINHO, 2007).

Em relação à *sociedade civil*, Hegel a traduz como sendo o verdadeiro reino da particularidade. Neste sentido busca conciliar essa liberdade do particular com a prioridade do público. Propõe a criação de instâncias universalizadoras que dialeticamente, superem essa esfera da particularidade, denominada por ele de *bürgerliche Gesellschaft* (sociedade civil). Isto significa conservar, eliminar ou elevar a um nível superior as particularidades. Às contradições entre essas particularidades poderiam ser atenuadas pela subordinação da *sociedade civil* ao Estado. Desta forma as vontades particulares ou “sociais-civis” são superadas na vontade universal ou “estatal” (COUTINHO, 2007).

Assim a *sociedade civil* é um “sistema da atomística”. Sistema por que, embora, cada um busque nela o seu interesse privado, se organiza, enquanto *corporação* constituída pelos diferentes interesses da divisão de trabalho, em defesa do interesse comum dos seus integrantes. As corporações são em Hegel, um momento fundamental para o processo de universalização da vontade. E é através destes sujeitos coletivos que a *eticidade* se manifesta pela primeira vez na sociedade civil. Entendendo *eticidade*, na concepção hegeliana, como a manifestação concreta do espírito objetivo que coloca o interesse particular das corporações manifestados na sociedade civil submetido ao interesse comum (vontade geral de Rousseau) que vai se manifestar no Estado (COUTINHO, 2007).

---

Nesta concepção o Estado é colocado acima da sociedade civil como um ente que vai unificar suas partes (átomos) e garantir sua existência, nele se concretiza a vontade geral. É o “Estado Universal” na concepção hegeliana. Marx, a partir da Crítica a Economia Política de Hegel, afirma que as instituições políticas e jurídicas (Estado) têm suas bases nas relações materiais da existência, ou seja, na relação entre as classes, existentes na sociedade civil (corporações) (COUTINHO, 2007).

Marx e Engels afirmam o caráter de classe de todo fenômeno estatal. Portanto, o Estado, apesar de sua aparente autonomia, espelha as contradições oriundas da sociedade como um todo. Contradizendo Hegel, afirmam que a sociedade civil é então, um estágio anterior à “sociedade política” ou Estado que só existe em função da divisão de classes existente e que tem suas bases nas relações sociais de produção. Ao apontar as contradições de classe existentes na sociedade, Marx mostra um Estado “dessacralizado” (COUTINHO, 2007).

Deste modo, na análise de Marx e Engels que caracteriza a filosofia alemã, o Estado é conceituado historicamente, e a ele está ligado à existência de classes sociais. A utilização da coerção e da violência em favor da classe burguesa, cujos interesses são defendidos pelo Estado capitalista liberal, através da máquina estatal que dispõe de um conjunto de aparelhos repressivos para subjugar e controlar as classes subalternas, as moldando ao modo de produção que lhes seja vantajoso em um determinado momento (COUTINHO, 2007).

Este Estado só se apresenta como universal, em função de ser este o interesse da classe que o domina, que conforme os jusnaturalistas é formada por proprietários, por burgueses. O Estado expressa então, o interesse da classe dominante. Cabendo neste caso, a tradução e a interpretação de Marx de sociedade civil<sup>6</sup>, como sociedade civil burguesa – *bürgerliche Gesellschaft*, que Hegel havia chamado de “sociedade civil”, para ele significando o verdadeiro reino da particularidade e submetido ao Estado que unifica todos os interesses particulares. E para Marx é dada como o conjunto de relações econômicas (como relações sociais de exploração), que se coloca para dentro do Estado e como dirigente, apresenta seu interesse particular e suas idéias como as únicas racionais, de interesse comum de todos os elementos da sociedade e dotadas de vigência absoluta (FONTES, 2006).

---

<sup>6</sup> Acanda chama a atenção, para a interpretação equivocada que muitos autores fizeram da tradução de Marx do termo sociedade civil, quando emprega a expressão francesa (*société civile*) e do termo sociedade civil burguesa (*bürgerliche Gesellschaft*), considerando estas expressões sinônimas (ACANDA, 2006, p.112).

Parte da sociedade civil, a classe dominante, se torna Estado, limitando a reduzir a sociedade civil à sociedade burguesa. Os demais grupos ou classes sociais (*classe subalterna*) que formam a sociedade civil e que não gozam da eticidade plena, para manterem a sua vida com liberdade e dignidade, se mantêm em contraposição a este Estado que exerce sobre estes o poder de dominação em defesa dos interesses da classe burguesa, através da coerção e da violência. O Estado é então identificado, por Engels, Marx e Lênin, como conjunto de aparelhos repressivos (máquina estatal), como coercitivo e ditatorial, de modo a adequar a massa popular a um tipo de produção econômica (COUTINHO, 2007).

Coutinho (2006) alerta, para não se cair em erros de interpretação, considerando que Hegel, Engels e Marx escrevem em uma época de escassa participação política do proletariado. Assim, o conceito de organização se resumia, em Hegel, a dar como exemplo a organização corporativa (política inserida na economia) e em Engels e Marx, o conceito permanecia associado, também, às organizações profissionais, clubes de jacobinos, conspirações secretas de pequenos grupos, organizações jornalísticas. Enfim, não viveram a época dos grandes sindicatos envolvendo milhões de pessoas, partidos políticos operários e de massa vivendo dentro da legalidade, parlamentos eleitos por sufrágio universal, etc.

Em Gramsci, a sociedade civil será entendida a partir de um outro estágio do processo histórico, incorporando o crescimento da organização da *classe subalterna - trabalhadores não proprietários de meios de produção capitalistas*. A concepção gramsciana foi elaborada em um momento em que a sociedade civil não mais se resumia às corporações, ou seja, às associações econômicas que podem ser consideradas formas iniciais dos grandes sindicatos. A classe subalterna passa a contar com vanguardas mais numerosas organizadas em partidos políticos de massa, em grandes sindicatos, criando as condições para apresentar e disputar um projeto societário. (GRAMSCI, apud COUTINHO, 2007).

O Estado, até então, era entendido como o conjunto de aparelhos repressivos instituídos para moldar a massa popular à sociabilidade capitalista. Já em Gramsci, o Estado ampliado, a superestrutura, comporta duas esferas principais: *a sociedade civil e a sociedade política* (COUTINHO, 2006). Neste sentido, Gramsci afirma:

“(...) do conceito de Estado, que habitualmente é entendido como sociedade política (ou ditadura, ou aparelho coercitivo para adequar a massa popular a um tipo de produção e à economia e um dado momento); e não como *equilíbrio entre sociedade política e sociedade civil* (ou hegemonia de um grupo social sobre a inteira sociedade nacional, exercida através de organizações ditas privadas, como a igreja, os sindicatos, as escolas, etc.)” (GRAMSCI apud COUTINHO, 2007, p.127).

Cada uma destas duas esferas que formam o Estado se diferencia na especificidade de suas funções de articular e de reproduzir ou não o poder, através dos respectivos *aparelhos privados de hegemonia* (COUTINHO, 2006).

Gramsci define também como “sociedade política + sociedade civil, isto é hegemonia couraçada de coerção”, Nesse sentido, ambas servem para conservar ou promover uma determinada base econômica, de acordo com os interesses de uma classe social fundamental (COUTINHO, 2006, p.36).

Na *sociedade civil*, as classes buscam a conquista de aliados, através de seus aparelhos privados de hegemonia, ou seja, usa o convencimento para se alcançar a *hegemonia*, a direção e legitimação em torno de suas propostas políticas. Desta forma, se constrói o *consenso*, que em alguns casos pode contradizer o *sensu comum*, já estabelecido, e que ao ser alcançado garante a direção política que permitirá ao grupo social, ser a classe que por ter o apoio das demais ou da maioria, torná-se a *classe hegemônica*, conquistando, deste modo, a condição de vir a ser a classe dirigente da *sociedade política*.

Na sociedade política ou Estado as classes exercem a dominação por meio da coerção que ocorre através dos *aparelhos repressivos de Estado*, controlados pela burocracia executiva e policial-militar. O aparelho de coerção estatal se manifesta no sentido de garantir dentro da legalidade, a disciplina dos grupos que não aceitam, nem de forma ativa ou passiva, em um determinado momento de crise, o que está constituído para toda a sociedade, através do que foi acordado para a direção política. É utilizado, de maneira geral quando fracassa o *consenso* espontâneo. Cabe aqui ressaltar que Gramsci diferencia como *classe dirigente*, àquela que obtém dos demais grupos o *consenso* para dirigir, tornando-se “direção intelectual e moral”. E como *classe dominante*, àquela que tende a submeter ou ‘liquidar’ também, pela força os grupos adversários, dirigindo o Estado através de uma ditadura.

Para Gramsci, o conceito de *sociedade civil* não se contrapõe ao conceito de Estado e tão pouco está centrado no interesse da propriedade privada e do mercado. O conceito de *sociedade civil* procura dar conta dos fundamentos da produção social, da organização das vontades coletivas e de sua conversão em aceitação da dominação, através do Estado. Assim, o conceito de Gramsci permite que se compreenda como a *sociedade civil*, através de seus *aparelhos privados de hegemonia*, produzem coletivamente visões de mundo, formas de ser adequadas ou contrárias ao interesse do mundo burguês, e capazes de se opor aos interesses hegemônicos da burguesia. Considera que *sociedade civil* é duplo espaço de luta de classes, intra e entre classes (FONTES, 2006).

Fontes (2006), afirma ser possível se compreender a *sociedade civil* como lugar de reflexão, formulação, da consolidação de projetos sociais e das vontades coletivas. A *classe dominante* imbricada no Estado garante a função do “Estado educador”, que irá atuar de acordo com os interesses da *classe dirigente e dominante*, através da mediação com os *aparelhos privados de hegemonia* como os partidos políticos, a mídia, a escola, entre outros que buscam afirmar para todos os grupos sociais uma determinada visão de mundo.

Nas sociedades capitalistas avançadas, a sociedade civil se constitui, enquanto espaço independente da sociedade política e como a base material onde ocorre através dos *aparelhos privados de hegemonia* que podemos denominar, também de organismos sociais coletivos voluntários, ou *sujeitos coletivos* ou entidades que são relativamente autônomas em relação à sociedade política (Estado). Gramsci aponta que nas sociedades capitalistas avançadas, entre a estrutura econômica e o “Estado-coerção”, surge a *sociedade civil* como mediação necessária para se obter, ideologicamente, o *consenso ativo* e organizado das massas, como base para a dominação (COUTINHO, 2006).

A *sociedade civil* pode se caracterizar através de dois tipos de Estado. Aqueles com formação social do *tipo oriental* e a do *tipo ocidental*. Cada um destes tipos tem relação direta com o período histórico e com o nível de desenvolvimento dos processos de socialização das forças produtivas, pela ampliação do espaço de participação política. Do *tipo oriental* é encontrada no liberalismo de participação restrita, caracterizando um Estado forte e uma *sociedade civil* frágil e gelatinosa. O *tipo ocidental* ocorre no capitalismo avançado, onde se encontram movimentos de massa organizados, sindicatos e partidos políticos fortes. Existe uma relação equilibrada entre a *sociedade civil* e Estado (GRAMSCI, apud COUTINHO, 2007).

Vale destacar que a classe dominante, especialmente em Estados do tipo oriental, em função de se precaver de uma reação da classe subalterna, promove estratégias políticas, a partir do apoio de frações de sua base de apoio, promovendo na concepção gramscianas, mudanças pelo alto que são explicitados nos conceitos de *revolução passiva e transformismo*. São categorias interpretativas que, para Coutinho (2007), colaboram para revelar traços fundamentais de nossa formação histórica.

A concepção de Gramsci de *revolução passiva* apresenta dois momentos: *restauração* e *renovação*. O primeiro (*restauração*) é uma reação à possibilidade de transformação de baixo para cima, ou seja, partindo das *classes subalternas*. O segundo (*renovação*), quando as mudanças demandadas pela população são assimiladas e postas em prática pelas camadas

dominantes. A condição para estas mudanças é dada, pelo *subversivismo* esporádico, elementar e desorganizado que segundo Gramsci, leva a classe dominante a estabelecer transformações, ou seja, uma *revolução passiva* considerando momentos de *restauração* e ou *renovação* (COUTINHO, 2007).

Como efeito de uma revolução passiva, Gramsci aponta a prática do *transformismo*, que é uma forma de desenvolvimento histórico e de fortalecimento do Estado em detrimento da *sociedade civil*, neste caso as formas ditatoriais se sobrepõem sobre as formas hegemônicas (COUTINHO, 2007). Como uma “ditadura sem hegemonia” não pode prescindir de um mínimo de *consenso*, Gramsci indica que o *transformismo*, estratégia na qual a facção dominante no poder busca incorporar as demais facções dominantes e setores das classes subalternas. Esta estratégia ocorre de duas maneiras: Por cooptação de personalidades políticas singulares denominando-se como *transformismo molecular*; e *transformismo de grupo* quando o núcleo de poder faz a cooptação de grupos inteiros para sua base de apoio.

Em países em que a *sociedade civil* se estabelece (ocidentalização), a conquista da *hegemonia*, ou do *consenso* ou da direção política pelas classes subalternas se torna possível, pelo que a concepção gramsciana denominou de “guerra de posição”, que permite que uma determinada classe se torne *dirigente*, antes mesmo de conquistar o poder, devendo, também, continuar como *dirigente*:

“Um grupo social pode e mesmo deve ser dirigente (hegemônico) já antes de conquistar o poder governamental (é essa uma das condições fundamentais para a própria conquista do poder); depois quando exerce o poder, e mesmo que o conserve firmemente nas mãos, torná-se dominante, mas deve continuar a ser também ‘dirigente’” (GRAMSCI apud COUTINHO, 2007, p.150).

A *guerra de posição* consiste na batalha para conquistar a *hegemonia* em torno de um projeto político societário, ocupando posições e espaço político na sociedade. A *guerra de posição*, inicialmente, travada na *sociedade civil*, busca a direção política-ideológica e o *consenso* dos setores majoritários da população. É a estratégia gramsciana para sociedades do tipo ocidental, em substituição a “guerra de movimento”, proposta por Marx e Engels, e mais adequada aos Estados do *tipo oriental* que têm debilidade na organização das massas populares e onde se impunha o choque frontal com o Estado-coerção (GRAMSCI, apud COUTINHO, 2007).

É preciso que tenhamos claro que para Gramsci, nem tudo que faz parte da sociedade civil é “bom” (ela pode ser hegemonzada pela direita) e nem tudo que vem do Estado é “mau” (ele

pode expressar demandas universalistas que se originam nas lutas das classes subalternas) (COUTINHO, 2006, p.54).

Atualmente, ainda que sem perder de vista a complexidade da *sociedade civil* onde diferentes projetos societários estão em permanente disputa, vale destacar os que têm base no modelo que predomina nos EUA, o *liberal – corporativo* e o modelo de *democracia das massas*, por muito tempo preponderante nos países europeus mais desenvolvidos. Estes dois modelos têm buscado se constituir, hegemonicamente, como eixos de projetos societários tanto na esfera política, social e até cultural. O *modelo liberal – corporativo* marca o surgimento de uma terceira esfera que se articula entre o Estado e o mercado, expressa os ideais neoliberais, através do qual seus promotores criaram o “Terceiro Setor” que é uma ressignificação da sociedade civil. Esta terceira via é criada com a intenção de (des)responsabilizar o Estado de suas funções sociais. Assim, estimularam organizações (ONG, OCIPS) voltadas para interesses, essencialmente, corporativos, setoriais e privatistas. Desta forma procuram “despolitizar” a *sociedade civil*, situando-a para além do Estado e do mercado, tornando-a um espaço filantrópico e solidário (COUTINHO, 2006).

No modelo *democracia das massas* as classes subalternas e seus organismos associativos (movimentos sociais, partidos, sindicatos) apontam para a proliferação dos movimentos sociais de base, para um sindicalismo combativo e politizado, partidos políticos estruturados com base em programas, socialmente homogêneos buscando construir uma vontade coletiva majoritária capaz de conquistar a hegemonia. Isto significa na concepção gramsciana elevar a política do nível “econômico – corporativo” para o “ético – político” da “pequena política” para a “grande política” (COUTINHO, 2006).

#### **1.4 A Sociedade Civil Brasileira: suas características e contradições**

Refletindo sobre as características relevantes da constituição do Estado e da sociedade civil do Brasil, temos a leitura de Coutinho, no qual grande parte de nossa reflexão está baseada, e que com base no conceito de “via prussiana” de Lênin e de “revolução passiva” de Gramsci, demonstra, respectivamente, que a transição para o capitalismo se deu conservando elementos da velha e da nova ordem, ou seja, mantendo-se os interesses da elite latifundiária e da emergente classe industrial; conciliando interesses entre a fração moderna e a atrasada das

classes dominantes, excluindo, passivamente, a participação das parcelas populares do processo de mudança.

Carvalho (2007), nos diz que a presença de uma classe dominante que acorda entre suas frações uma mudança estrutural na sociedade é, no caso brasileiro, uma das conseqüências da conquista de um povo seminômade, dominado e exterminado pela guerra, pela escravidão e pela doença; de uma economia baseada na necessidade de grande quantidade de mão de obra escrava para a produção agrícola dos latifúndios; de uma sociedade que surge marcada por grande desigualdade entre os senhores de engenho (latifundiários) e outros habitantes (não escravos), índios e escravos; de um processo de colonização que deixou como herança uma sociedade escravocrata, uma população analfabeta, uma economia latifundiária baseada na monocultura e um Estado absolutista.

Essas características, mesmo já à época da independência, impediram a constituição de uma cidadania brasileira. Não eram cidadãos os escravos, pois não tinham direito civis básicos (integridade física, a liberdade, à vida); não eram cidadãos os senhores de engenho, pois embora, fossem livres faltava-lhes o sentido da cidadania, a noção de igualdade de todos perante a lei; à população livre faltava-lhes, praticamente, todas as condições para o exercício dos direitos civis, em especial a educação e a justiça. Vê-se, por exemplo, que não interessava à coroa portuguesa, investir na educação primária, inicialmente nas mãos dos jesuítas, e até a vinda da família real para o Brasil, Portugal não permitiu a criação de universidades na colônia.

Em 1872, apenas 16% da população brasileira era alfabetizada. Entre 1772 e 1872 foram formados na Universidade de Coimbra 1242 brasileiros, enquanto que em colônias espanholas, as 23 universidades espalhadas pela América Latina, formaram 150 mil pessoas. (CARVALHO, 2007, p. 23).

Quanto à justiça, esta era mero instrumento de poder nas mãos dos senhores de engenho. A justiça do governo terminava no portão das fazendas; a justiça do rei era limitada por não chegar aos locais mais longínquos, ou por sofrer a oposição dos senhores de engenho por falta de autonomia das autoridades locais, ou ainda por estar sujeita à corrupção dos magistrados (CARVALHO, 2007).

Com estas características e sufocando todas as revoltas dos escravos e os movimentos republicanos que requeriam a independência do país, a colonização portuguesa levou o Brasil



a ser um Estado, antes de ser uma nação e com uma elite dominante que nada tinha a ver com o povo, imposta de cima para baixo e de fora para dentro. E todos os principais acontecimentos históricos deram conta de ser o país um Estado *do tipo oriental*, no sentido gramsciano, quando a *sociedade civil* é débil e não está, suficientemente, organizada para interferir no destino da nação. É frágil, enquanto o Estado é forte e promove mudanças, que mesmo quando atende ao interesse da maioria do povo, atende muito mais aos seus próprios interesses, o da classe dominante.

Desta forma, se explica o porquê da “via prussiana” de Lenin ou da revolução passiva, na concepção de Gramsci, tanto no processo de independência do Brasil, ou da proclamação da república, no século XIX, com um povo, em sua maioria, destituído de direitos, ou ainda, como nos anos 30, no século XX, quando então, dissidências oligárquicas agrárias e dissidentes militares do movimento tenentista promovem um intenso e rápido processo de industrialização pelo alto, entregando a direção do país à elite do capital industrial que assim permaneceu até os anos 90, quando foi substituída pela elite do capital financeiro.

Coutinho (2006) aponta que a década de 30 inaugura um longo período populista e vai reafirmar um “Estado autoritário” (burguês, centralizador, intervencionista e corporativista) em uma sociedade que se modernizando faz emergir interesses diversos e conflitantes, passando a requerer a criação de mecanismos de representação desses interesses. A estratégia prussiana de construção da nacionalidade brasileira, evitando o fortalecimento da *sociedade civil* independente, incorpora o movimento sindical ao Estado, através da criação do Ministério do Trabalho, impondo uma determinada forma de organização aos trabalhadores e a subordinando, legal e financeiramente, até a Constituição de 1988. Incorpora, também, ao Estado os interesses da burguesia e neste caso, tanto através de sindicatos análogos aos dos trabalhadores como através das câmaras setoriais como o Instituto do Café, do Açúcar etc.

A autonomia do movimento sindical brasileiro ficou comprometida, na medida em que dependia de uma carta sindical e financiamento (recolhimentos feitos através de impostos cobrados aos trabalhadores, diretamente da folha de pagamento) que eram repassadas através do Ministério do Trabalho. Também, greves poderiam ser decretadas de acordo com interesses do governo. Na representação sindical da área de saúde, ainda na década de 90, se percebia os reflexos desta forma de organização, ao se observar a influência dos donos de hospital sobre a gestão do sindicato de seus empregados, que como muitos outros, não priorizava a sindicalização de filiados ou mesmo a participação democrática no processo

eleitoral. Sobrevivendo, exclusivamente, do imposto sindical e da contribuição assistencial enquanto repasses do governo.

Mesmo assim, a partir de 1930 floresce uma sociedade civil que se torna mais ativa, possibilitando, ainda que fora da legalidade, mas não na clandestinidade, a criação de uma central sindical e do Partido Comunista do Brasil, com representatividade suficiente para importante interlocução com o governo. De certa forma, esta conjuntura anuncia os sintomas da crise do populismo que só teve esses pactos destruídos com o golpe militar de 1964. O golpe militar, mais uma revolução passiva, realizou pelo alto, de forma conservadora, as reformas que eram reivindicadas pelo movimento social.

Como já vimos em outros períodos, a elite brasileira na ditadura militar continua como classe dominante, sem ser classe dirigente. O consenso de importantes segmentos populares, como da classe operária (trabalhadores de carteira assinada) e uma hegemonia seletiva, alcançada pelo populismo se perde na medida em que a ditadura reprimiu na sociedade civil todas as organizações, que por princípios ideológicos não fossem assimiláveis. Fechou-se assim, qualquer espaço para ouvir as contribuições das classes subalternas. Contudo, a ditadura militar preservou a legislação sindical anterior, o que permitia a manutenção e a criação de sindicatos. Mas, tais sindicatos eram completamente dependentes da política e do financiamento do Ministério do Trabalho, portanto, mais cooperativos com a manutenção da ordem do Estado.

É interessante observar que o Estado brasileiro sempre esteve a serviço dos interesses privados; ou seja, apresentavam fortes características patrimonialistas, sendo tratado como patrimônio pessoal de seus governantes (WEBER, apud COUTINHO, 2007). Com isto, criam-se as condições favoráveis para a expansão do capital privado, implementando através das empresas estatais, subsídios para ampliar as condições de lucro das empresas privadas.

Nos países onde ocorreu a dominação burguesa com *hegemonia*, e onde a *sociedade civil* estava fortemente constituída a classe dirigente abriu concessões às demandas das classes subalternas, no sentido de construir o *consenso* entre governantes e governados. O exemplo mais contundente é o *Welfare State*, nos países desenvolvidos. No Brasil o que foi alcançado, juridicamente, na década de 30 e na Constituição de 1988, nem sempre foi ou está implementado na prática, daí tantas ações na justiça do trabalho. A isto, Francisco de Oliveira chamou de “Estado de mal-estar social” (COUTINHO, 2006).

Considerando as características da sociedade civil no Brasil, à época, Coutinho (2006) afirma que a ditadura militar no Brasil não foi fascista, já que isto implicaria na necessidade de se apoiar em uma forte base social, sobretudo, das camadas médias da população e também

de setores populares através de seus sindicatos, associações, partidos políticos, etc. Como a ocidentalização da relação entre o Estado e a sociedade civil, não havia se desenvolvido plenamente, as classes dominantes não precisaram recorrer a esses mecanismos, para evitar a ascensão de uma classe subalterna ao poder.

Ao contrário de um regime fascista, a ditadura no Brasil procurou desmobilizar e reprimir a *sociedade civil* e professar a não ideologia. Durante a ditadura militar um sinal desta marca ideológica, comum, entre nós brasileiros, foi o ditado popular “política, futebol e religião não se discutem” e também, a frase, dita com ares de gente importante: “sou apolítico”.

Ainda assim, a *sociedade civil* cresceu enormemente ao longo desse período. Nas décadas de 70 e 80 floresceram as organizações, tanto empresariais, quanto populares, e as lutas sociais foram intensas. As principais entidades empresariais criticavam a intervenção realizada pelo Estado na economia e reivindicava maior espaço de atuação privada. Os movimentos populares reivindicavam a extensão de serviços públicos, em especial transporte, educação, habitação, saneamento, saúde (FONTES, 2007). O movimento da Reforma Sanitária, iniciado neste contexto e sobre o qual nos deteremos mais adiante, mobilizou profissionais de saúde, associações de moradores e sindicatos na luta pelo direito a saúde pública, definido na Constituição de 1988.

Este desenvolvimento da *sociedade civil* brasileira ocorre em função do crescimento das forças produtivas. Ao se tornar mais complexa a ordem capitalista, passa a exigir uma *sociedade civil* capaz de dar conta dos múltiplos e diversos interesses gerados e, também, pelo fato da ditadura não ter constituído um partido de massas (como em uma ditadura fascista), capaz de lhe dar sustentação e evitar a organização da sociedade.

Enfim, um Estado autoritário que buscava reprimir a *sociedade civil* e que a viu se manifestar no declínio do regime, quando buscou inverter o processo de abertura, através do processo de anistia, que vinha de cima para baixo, fortemente seletivo, e que ganhou força com o slogan “Anistia geral e irrestrita”. Com o projeto de abertura criou-se também o multipartidarismo, que fortaleceu ao invés de enfraquecer a oposição, como queria a ditadura. A *sociedade civil* pode expressar seu pluralismo ideológico partidário e a demonstrar sua unidade em torno da democratização do país manifestada no movimento ‘diretas já’ e contra a ditadura.

No entanto, na transição “negociada”, combinando processos “pelo alto” e de movimentos populares “de baixo” foi predominante a solução conciliadora “pelo alto”, o que

trouxe como consequência um regime político que reproduziu, ainda que de modo atenuado, traços perversos do modo passivo das transformações sociais brasileiras (COUTINHO, 2006).

Uma transição desse tipo que poderíamos chamar de “fraca” implicava certamente uma ruptura com a ditadura implantada em 1964, possibilitando em consequência a criação de um regime de liberdades formais; mas conservava muito dos traços autoritários e excludentes que caracterizaram o modo de se fazer política no Brasil (COUTINHO, 2006, p. 46).

Essa transição “fraca” influenciou a interpretação do conceito gramsciano de *sociedade civil* no pensamento social brasileiro da época, visto que na luta contra a ditadura militar, *sociedade civil* se tornou sinônimo do que estava contraposição ao Estado ditatorial. Perdendo-se desta forma o par da concepção gramsciana *sociedade civil* / Estado. Entende-se em oposição, e assim tudo que vem da *sociedade civil* passa a ser visto como positivo e o Estado expressando a ditadura, ficou identificado negativamente (COUTINHO, 2006).

Na medida que se esvaziava e despolitizava o conceito gramsciano, novas formulações davam conta de fundamentar a sociedade civil como um “terceiro setor solidarista”, base para se estabelecer o modelo *liberal-corporativo*. Forma que as velhas classes dominantes, percebendo não mais poder dominar pela coerção, buscam para obter o consenso e neutralizar a *sociedade civil* como espaço de luta de classe.

Com a eleição de Fernando Collor e de Fernando Henrique Cardoso, a burguesia brasileira obtém o consenso da população para seu projeto neoliberal de sociedade, período em que colocaram em prática o modelo *liberal-corporativo*. Estimularam a auto-organização da sociedade civil em função de interesses puramente corporativos, setoriais ou privatistas, a transformando no “terceiro setor”, para o qual o Estado procurou transferir suas responsabilidades relativas às políticas sociais (COUTINHO, 2006).

Neste sentido, o modelo norte-americano de *sociedade do tipo ocidental* é o pretendido pela burguesia para o Brasil. Combinando o corporativismo de Vargas, sem buscar atrelar o sindicalismo ao Estado, mas que ao estimular a liberdade sindical pretende estimular o pluralismo sindical e o sindicalismo de resultados. Desta forma, apenas os setores mais organizados em sindicatos fortes teriam as condições para preservar seus direitos, e possivelmente, fornecer a base social, o *consenso* para o projeto hegemônico, designado pelo autor de *liberal-corporativo*.

Coutinho (2006) afirma que a principal tarefa da esquerda é lutar por um modelo de Estado forte, que coloque o interesse público como norte de sua ação e que seja permeável às pressões que vêm das classes subalternas. Desmistificar a leitura liberal de que sociedade civil

é o ‘terceiro setor’ e de que tudo que dela vem é bom, e tudo que vem do Estado é ruim. Redefinir o que é espaço público, onde deverão estar presente os organismos da sociedade civil, o que significa aumentar os mecanismos de participação, de socialização da política, buscando meios para o aprofundamento da democracia.

### **1.5 Relação Estado – Sociedade Civil no Brasil e a Participação Social na Política Pública de Saúde**

Nesta seção apresentamos o desenvolvimento das políticas públicas de saúde, a partir do início do século XX, com base nos conceitos gramscianos de Estado e sociedade civil, utilizando, também, suas categorias: revolução passiva, transformismo, hegemonia civil, guerra de posição, dentre outras necessárias para o entendimento do processo histórico brasileiro.

Coutinho (2006), considerando as peculiaridades históricas brasileiras, nos diz que o Brasil se conformou como Estado, antes de se conformar como nação. Cristina Fonseca, pesquisadora da área de política pública de saúde da Era Vargas<sup>7</sup>, afirma com base em Hochman (1998) e Castro Santos (1995), que as ações públicas das primeiras décadas do século XX, permitiram a penetração do poder público, fazendo com que as ações de combate às endemias se adequassem, em particular, ao processo de construção do Estado (state building) e de construção da nação (nation building). Estes autores constataram, também, que a partir da década de 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) o governo federal ampliou sua participação nas ações de saúde ao criar postos de profilaxia rural, através de convênios com governos locais para o combate a endemias.

É importante ressaltar que as políticas públicas, como as ações na área de saúde, do governo varguista, se davam pelo interesse e como estratégia para se constituir uma força hegemônica de enfrentamento às oligarquias no interior do país. As disputas políticas, entre grupos agrários e grupos urbanos emergentes e as divergências entre os membros da estrutura oligárquica, impediam a composição de uma força política hegemônica o que levou a oligarquia agrária a aliar-se com setores que se opunham a oligarquia agroexportadora (FONSECA, 2007). Esta ausência de hegemonia entre as frações das classes dominantes faz com que continue cabendo ao Estado brasileiro, o papel de protagonista dos processos de

---

<sup>7</sup> Período: Da Revolução de 1930 ao Estado Novo (1945).

transformação e, também, de direção das próprias classes economicamente dominantes. A isto Gramsci denomina de *ditadura sem hegemonia*.

Até a década de 30, o sistema republicano brasileiro não havia alterado o padrão das relações sociais e econômicas que continuavam oligárquicas, familiares e autoritárias. Deste modo a intervenção do Estado não representava uma ameaça, mas, sim a única esperança de proteção contra as oligarquias (FONSECA, 2007). A iniciativa de alterar as relações econômica e, conseqüentemente, as sociais, parte do Estado brasileiro. Pode-se dizer que também, não havia população organizada para apresentar as demandas. Corroborando isto a afirmação de Carvalho (2007), quando conclui que até 1930, não havia povo politicamente organizado nem sentimento nacional consolidado:

A grande maioria do povo tinha com o governo uma relação de distância, de suspeita, quando não de completo antagonismo. Quando o povo agia politicamente, em geral o faziam como reação ao que considerava arbítrio das autoridades. Era uma cidadania em negativo, se pode dizer assim. O povo não tinha lugar no sistema político, seja no império, seja na República (CARVALHO, 2007, p.83).

Uma destas reações no início século, ocorre no setor saúde, com a Revolta da Vacina. Manifestação popular provocada, pela política governamental, implementada por Osvaldo Cruz, como dirigente dos serviços de saúde do Distrito Federal, dando combate às doenças infecciosas (febre amarela, peste e varíola), basicamente na Cidade do Rio de Janeiro e nos portos, pela necessidade de livrar o país dos prejuízos causados ao comércio exterior pelas condições de higiene da cidade.

Esta realidade configura mais uma revolução passiva da história do Estado brasileiro, e as reações como esta do setor saúde, a reflexão gramsciana denomina de subversivismo<sup>8</sup> esporádico que demonstra a possibilidade de uma reação da população (momento de restauração da revolução passiva) e em resposta as camadas dominantes assimilam e colocam em prática uma política que atenda ao que é demandado pela população (momento de renovação da revolução passiva).

Coutinho (2007) chama a atenção para a década de 1920, quando ocorre a fundação do PCB – Partido Comunista do Brasil, a primeira revolta militar tenentista e o movimento operário lutava por direitos políticos e sociais, manifestações caracterizadas como um

---

<sup>8</sup> Subversivismo esporádico – Expressão utilizada (GRAMSCI, apud COUTINHO, 2007) para dizer de momentos de subversão do povo, ao agir por um sentimento de revolta incontida, mas sem uma organização social estruturada.

subversivismo esporádico, criando as condições para a Revolução de 30. Esta conjuntura levou uma fração da oligarquia agrária, ligada à produção para o mercado interno a se colocar à frente da Revolução de 30, se sobrepondo à oligarquia ligada à exportação. Este foi um momento de restauração de nossa revolução passiva de 30. Com Vargas, temos a instituição das políticas públicas de saúde, educação e previdência, que caracteriza o momento de renovação, quando demandas populares são incorporadas pelo Estado e transformadas em políticas públicas na prática.

As mudanças necessárias ao desenvolvimento capitalista brasileiro, ao ocorrer pelo alto, leva a ditadura varguista, em busca de base hegemônica, a cooptação de bases sociais através que a teoria gramsciana denominou por *transformismo*<sup>9</sup>. Vargas desenvolve uma engenharia política, com a criação do Ministério do Trabalho Indústria e Comércio – MTIC e a legislação trabalhista e previdenciária, respondia aos conflitos urbanos, relacionados às questões do empresariado e às necessidades do trabalhador urbano, inclusive às de assistência à saúde. Isto lhe permitiu, incorporar à sua base de apoio tanto o empresariado como os trabalhadores, na vida política do país, obtendo assim, o controle sobre estes dois importantes segmentos sociais.

Com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública – MESP, para atender à área rural em especial, aos problemas de saúde das populações fora do âmbito do mercado formal de trabalho, o governo varguista buscou estabelecer, também, uma inter-relação entre o governo central e o poder local, estabelecendo-se como contraponto aos interesses privados das oligarquias regionais que impediam a construção de um Estado nacional. Vários autores afirmam que o processo de industrialização trouxe complexidade às relações sociais, fazendo florescer a *sociedade civil* brasileira nos anos 30.

Em relação a estas duas iniciativas institucionais, marco da política pública de saúde brasileira, um aspecto a ser destacado é que a política de saúde do MESP - Ministério da Educação e Saúde Pública, criada com marco assistencial universalista, não é pautada por reivindicações da população, ou por partidos políticos que tenham se mobilizado para esta conquista. Isto porque, a sociedade civil, ainda estava incipiente, e os aparelhos privados de hegemonia da classe subalterna, iriam, ainda, se estabelecer.

O MESP tem origem nas iniciativas da segunda fase do movimento sanitarista, do saneamento rural, com o combate de doenças endêmicas (ancilostomíase, malária e mal de

---

<sup>9</sup> Transformismo - estratégia na qual a facção dominante no poder busca incorporar as demais facções dominantes e setores das classes subalternas. Pode ocorrer como *transformismo molecular*: cooptação de personalidades políticas singulares; ou como *transformismo de grupo*: cooptação de grupos inteiros da sociedade (COUTINHO, 2007).

Chagas), levando à descoberta do sertão brasileiro com as campanhas relatadas nos cadernos de viagem dos médicos Artur Neiva e Belisário Pena, que ficaram a frente da organização de uma corrente nacionalista que não aceitava o determinismo racial e climático, como justificativa para as péssimas condições de saúde na área rural. Este movimento propiciou que a Política de Saúde da Primeira República se apresentasse, também, como um caminho para a construção da nação (CASTRO, 1985).

Fonseca (2007), também, afirma em seus estudos que fica explícito que o interesse do governo central do período varguista na política de saúde, se dava em função desta representar um instrumento de fortalecimento do poder público no interior do país, independente da existência de grupos de pressão na sociedade. A mesma autora com base em Santos (1987) afirma que a forma de organização da política social urbana, destinada aos inseridos no mercado de trabalho, levou a um modelo de conciliação contida no conceito de cidadania regulada de Santos (1987), onde são cidadãos, apenas àqueles que se encontram inseridos em uma ocupação reconhecida e definida por lei. Ficam, então, marginalizados todos os trabalhadores urbanos e rurais que não estavam dentro do marco da cidadania regulada.

Através do MESP – Ministério da Educação e da Saúde Pública, se reconhecerá a saúde como um direito universal e assegurá-lo, implicava na presença do governo federal em todo o país e a delimitação da função de cada nível de governo. Para este fim, seria necessário o governo central considerar o prestígio das oligarquias locais. Relacionamento que a partir da década de 1930, sofreria modificações significativas, tanto considerando as regras constitucionais estabelecidas em 1934, como após 1937, com uma relação mediada por interventores. Em ambos os períodos, com mais condições de implementar e demarcar as principais características de uma política pública, como destaca Fonseca (2007): normatização, centralização e nacionalização da primeira política nacional de saúde brasileira.

Com o processo de industrialização surgem as iniciativas para se constituir *sujeitos políticos coletivos*, ou seja, indivíduos que se organizam de baixo para cima para lutar pelos seus interesses, em “aparelhos privados de hegemonia”, independentes do Estado e contrariando os interesses liberais (GRAMSCI, apud COUTINHO, 2000).

Ainda que com todas as restrições (a legislação trabalhista de Vargas, atrelando financeiramente os sindicatos, um Estado capaz de usar, predominantemente, a coerção como recurso político), as condições objetivas para o surgimento de uma *sociedade civil* foram dadas e ou reforçadas a partir dos anos 30 (COUTINHO, 2000). Esta socialização da política buscou ampliar os direitos sociais, em especial os previdenciários, desde o final do Estado Novo até 1953, mas, mesmo com o apoio de Vargas, a luta foi infrutífera.



Durante o processo de *ocidentalização a sociedade civil* brasileira enfrentará duas ditaduras: a de Vargas em 1937 e o golpe militar em 1964, ocasiões em que foi duramente atacada. Neste processo, foi deflagrada a *guerra de posição* da *classe subalterna* na *sociedade civil* brasileira, travada no sentido de conquistar espaços para dar a direção político-ideológica, o consenso dos setores majoritários da população, para se alcançar e manter o poder do Estado (GRAMSCI, apud COUTINHO, 2007).

O resultado pode ser observado, em especial, desde 1945, pela crescente participação política do povo, tanto nas eleições como na ação política organizada em partidos, sindicatos, ligas camponesas e outras associações, e se refletiu nas conquistas da Constituição Federal de 1946: manutenção de conquistas anteriores como o voto secreto; voto a todos os cidadãos, homens e mulheres com mais de 18 anos, excetuando-se soldados e analfabetos; os juízes eleitorais profissionais. Estas conquistas, embora, não eliminasse, diminuía a fraude eleitoral (CARVALHO, 2007).

Em 1960, com João Goulart na presidência da república, é aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social, que uniformizava as normas, mas, não unificava o sistema previdenciário. Em 1963, a legislação trabalhista é estendida ao campo, através do Estatuto do Trabalhador Rural, mas, mesmo previsto o direito previdenciário a estes trabalhadores, aos autônomos e às empregadas domésticas, não estava garantido. Esta situação persistirá até que em 1966, o governo da ditadura militar unificou os institutos previdenciário, (aposentadoria, pensão e assistência médica) e cria o Instituto Nacional da Previdência Social – INPS. Em 1971 com a criação do Fundo de Assistência Rural – FUNRURAL, serão incluídos os trabalhadores rurais à previdência social. A distribuição dos benefícios é entregue aos sindicatos rurais, inclusive a saúde. Em muitas localidades a assistência médica destes trabalhadores e até mesmo de fazendeiros, passava a ser realizada pelo médico ligado ao sindicato rural.

O governo da ditadura militar, segundo Coutinho (2007) apesar da utilização da coerção e mesmo do terrorismo de Estado, não foi um regime com bases de massa organizadas, como no fascismo, não alcançando assim, uma hegemonia real na *sociedade civil*. Para obter um consenso mínimo, tolerou a existência do parlamento e de um partido de oposição. O consenso buscado, e por vezes alcançado, junto à população foi o consenso passivo, baseado na atomização das massas, que não se expressava através de aparelhos privados de hegemonia organizados de baixo para cima, para dar apoio a ditadura (COUTINHO, 2007). A estratégia era a da - ideologia da não ideologia - se contrapondo desta forma a outras ideologias e aos possíveis conflitos políticos, postos como entraves ao desenvolvimento econômico, e bem expresso por este ditado popular: ‘Política, religião e futebol não se discute’.

Ao fim da ditadura militar, conformando o processo de ocidentalização, temos a proliferação de *aparelhos privados de hegemonia*<sup>10</sup> da classe subalterna, como o Movimento Sem Terra – MST, partidos políticos, centrais sindicais, como a Central Única dos Trabalhadores – CUT, que unificou os movimentos dos trabalhadores; movimento eclesial de base estimulando a população a se organizar por suas necessidades de educação e de saúde, que culminou no Movimento da Reforma Sanitária, entre outros exemplos que poderiam ser relacionados.

Na disputa pela *hegemonia civil*<sup>11</sup>, a *guerra de posição* efetivada pela ação política destes aparelhos de hegemonia da classe subalterna vem possibilitando a disputa com a classe dominante, pela direção político-ideológica e pelo consenso dos setores majoritários da população (COUTINHO, 2007), o que vem contribuindo, para os processos historicamente constituídos, que foram conformando a nação brasileira como *Estado ampliado*<sup>12</sup>, na teoria gramsciana. É neste contexto que se insere a luta nos espaços democráticos de participação social na política pública de saúde.

---

<sup>10</sup> Aparelhos privados de hegemonia: São entidades criadas para representar interesses privados independentes da vontade coercitiva do Estado.

<sup>11</sup> Hegemonia civil: é o consenso buscado pelos aparelhos privados de hegemonia na sociedade civil.

<sup>12</sup> Estado ampliado em Gramsci compreende a sociedade política (aparelhos militares e burocráticos de dominação e de coerção) e a sociedade civil (conjunto de aparelhos privados através dos quais uma classe luta pela hegemonia e pela direção político-moral). A sociedade civil inclui, tanto os aparelhos privados de hegemonia da classe dominante como o da classe subalterna. (GRAMSCI apud COUTINHO, 2007).

## **2. A PARTICIPAÇÃO POPULAR NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE**

Neste capítulo abordaremos a participação popular na política pública de saúde sociedade a partir da Reforma Sanitária e do marco de sua institucionalização através, do controle social no SUS – Sistema Único de Saúde, durante os governos neoliberais dos anos 90, buscando a estabelecer a relevância da participação social a partir da municipalização.

### **2.1 A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde**

A Reforma Sanitária foi fruto do anseio dos movimentos populares, de trabalhadores da saúde, intelectuais e sindicalistas que foram, ao longo das décadas 70 e 80, fortalecidos por várias lutas e vitórias que requeriam, não só saúde, mas melhorias na qualidade de vida. Deste modo, resultou em um movimento pela democratização da saúde, indo além de um marco na luta por uma política pública para a universalização do acesso à assistência de saúde, mas delineado por um “desejo de transformação social” (PAIM, 2008).

Como consequência, em 1986, a sociedade civil se organiza para participar da 8ª Conferência Nacional de Saúde que, embora, fossem realizadas no país desde 1941, nelas não se contemplava a participação popular. A grande mobilização social em torno da questão da saúde, permitiu um avanço importante na construção da democracia, inscrevendo na Constituição Brasileira de 1988 a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Formam o tripé de seguridade social na Constituição brasileira, a assistência social, de caráter redistributivo, objetivando proteger as populações mais desprotegidas; a previdência social de caráter contributivo organizada pelo princípio da solidariedade entre as gerações, havendo com isso a necessidade da contribuição financeira dos trabalhadores mais jovens para que os que completam seu tempo de contribuição possam se aposentar; e a saúde, de caráter universal significando que independente condição sócio-econômica ou de contribuição, toda a população tem o direito de acesso à assistência de saúde. A assistência à saúde, a partir de então, deveria ser viabilizada integralmente, em todos os níveis de complexidade, de maneira a proteger a saúde (promoção e prevenção) e tratar os doentes nos diferentes estágios da doença (tratamento, prevenção e reabilitação).

A organização da atenção à saúde passa a ser pautada nos princípios e diretrizes da universalidade, integralidade, descentralização/hierarquização, equidade e participação social, e regulamentada nas leis 8080/90 e 8142/90 que institucionalizam o Sistema Único de Saúde - SUS. A partir de então, o Estado brasileiro deve garantir a todos os cidadãos o direito de acesso (universalidade) ao SUS. Não como ação assistencial, forma que até então, era prestada para prover mínimos existenciais às pessoas carentes, mas como direito constitucional, atendendo na integralidade às suas necessidades de saúde.

Em cada município a assistência à saúde deveria ser planejada e organizada para atender às necessidades dos moradores do lugar, através da descentralização e hierarquização das unidades de assistência à saúde. A hierarquização se refere à organização da rede de serviços, contemplando desde as ações básicas, até às que exigem tecnologias mais complexas para o tratamento e reabilitação da saúde, o que exigirá equidade na distribuição de recursos financeiros, para adequar a rede de assistência de cada município.

A rede de assistência, no sentido da unidade física (postos ou centros de saúde, hospitais) deveria considerar a rede já instalada, ou seja, os serviços de saúde já existentes. E a construção de novas unidades de saúde para atender ao perfil epidemiológico da região. Ou seja, atender aos diferentes tipos de agravos à saúde a que a população está exposta. A organização do sistema de saúde local tem por prerrogativa apresentar propostas para que um plano de ação seja elaborado para o atendimento das demandas locais apontadas.

As diferenças regionais de nosso país continental, no que se refere à rede instalada para o atendimento público, ficam nítidas e com base nos determinantes do processo saúde doença, o modelo de atenção à saúde deve ser redimensionado. O modelo de atenção à saúde tradicional (hospitalocêntrico), traz no seu bojo os interesses corporativos do capital que atua na indústria e nos serviços de saúde.

Para atender aos princípios da universalidade, da integralidade das necessidades de saúde, bem como da equidade, o financiamento da saúde, como política pública, requer a criação de um fundo de financiamento com participação dos governos municipal, estadual e federal que será alvo do controle da sociedade.

A partir da Constituição Federal de 1988, tendo como marco a democratização das relações entre Estado e sociedade, a participação da sociedade foi institucionalizada através do controle social nas políticas públicas de saúde. Neste espaço a sociedade civil defenderá seus projetos de modelo de atenção à saúde participando das discussões, deliberações e acompanhamento da implantação e do financiamento da política de saúde. Também, este será

o locus de enfrentamento político, onde as forças políticas presentes na sociedade civil irão defender modelos de políticas públicas de acordo com seus interesses.

Diferentemente, por exemplo, da legislação previdenciária e trabalhista, a legislação da saúde e de outras políticas públicas foram alcançadas pela mobilização de *sujeitos coletivos*<sup>13</sup>, organizados em *aparelhos privados de hegemonia* da classe subalterna e da classe dominante que disputaram na *sociedade civil* a legislação vigente. Estas forças continuarão se movimentando para defender seus interesses e modelo de sociedade, estabelecendo ou dificultando na prática, o que foi conquistado na lei. Nesta empreitada estiveram presentes os *sujeitos coletivos* organizados nos movimentos sociais, sindicatos, associações de bairros, comunidades de inspiração religiosa e partidos políticos, que disputaram e implementaram o projeto de política pública de saúde vencedor na sociedade civil como política de Estado, consagrado na legislação que institui o SUS – Sistema Único de Saúde no início dos anos 90.

Este é, sem dúvida, um legado da Reforma Sanitária, que segundo Paim (2007) é um projeto concebido para ir além de uma reforma do setor saúde, embora, a legislação só tenha conseguido estabelecer a organização do sistema de saúde, no caso do SUS. Segundo este autor, tornou-se necessário um esforço, no sentido cultural e político de se reconceituar as necessidades de saúde, com crítica as práticas sanitárias vigentes e de forma a dar ênfase às condições de saúde e seus determinantes.

Deste modo, vale esclarecer que o SUS é a face institucional do Movimento da Reforma Sanitária que foi alcançado pela mobilização em torno de um projeto contra-hegemônico oriundo da sociedade civil, do qual *sujeitos coletivos* da classe subalterna participaram. Projeto este vitorioso, em um cenário de correlação de forças políticas favorável e em determinado momento histórico, quando se buscava a democratização do Estado brasileiro. Porém, a Reforma Sanitária não se resume ao SUS - Sistema Único de Saúde. Ainda que tenha como referência a saúde, propõe-se uma reforma para além do setor saúde, uma reforma social (PAIM, 2008). Para tal, mudanças culturais precisarão ocorrer. O estabelecimento de um novo *sensu comum* dependerá da qualidade da ação de *intelectuais orgânicos* que com referência na saúde como qualidade de vida, portanto como resultado das condições de existência no lugar onde se vive (território), poderiam mobilizar a classe subalterna para uma participação democrática mais efetiva em torno de suas necessidades.

---

<sup>13</sup> Sujeito Coletivo – Organizações que se organizam independentes do Estado em prol de um interesse coletivo.

## 2.2 Os Governos dos anos 90, o Movimento da Reforma Sanitária e o SUS

Se os anos 80, no Brasil, foram momentos profícuos no que se refere à legislação democratizante, a década de 90 foi o período em que os brasileiros viram avançar as políticas neoliberais, de desmonte do Estado, a desregulamentação dos direitos trabalhistas e a subordinação dos direitos sociais à lógica econômica, subvertendo, assim, o preceito constitucional de 1988 (IAMAMOTO, in Matos, 2004). Neste sentido, utilizando todos os recursos da agenda neoliberal, a *classe dominante*<sup>14</sup>, presente na sociedade política (instâncias governamentais) e na sociedade civil, inclusive no controle social da saúde, foi estabelecendo estratégias políticas que lhe fosse favorável.

Assim, as forças sociais que no âmbito da saúde produziram um projeto alternativo, com centralidade no setor saúde, mas com objetivo de uma reforma social, foram ao logo dos anos 90, alvo do processo de *transformismo* dos governos neoliberais. Deste modo, o SUS, legado da Reforma Sanitária, apesar do avanço na Constituição de 1988 e de todo o aparato legal, não foi implementado como idealizado pelo movimento. Paim (2008) cita Scorel (1995), para demonstrar como o Estado brasileiro incorporou de forma contraditória a proposta das forças sociais organizadas na sociedade civil, como se segue:

Muito da proposta foi colocada em prática, mas por vezes de maneira tão tortuosa e até mesmo deturpada que as consequências negativas da implementação não podem ser atribuídas a problemas relativos a princípios gerais equivocados, diretrizes fora da realidade ou propostas mal elaboradas. (PAIM, apud SCOREL, 1995, p.155).

O governo Collor, logo em seu início, ao sancionar a lei 8080/90, e vetar todos os artigos referentes ao controle social, a descentralização da gestão e os repasses financeiros entre as esferas de governo, instigou a mobilização do movimento, principalmente de secretários de saúde, junto ao Congresso Nacional.

Do ponto de vista legal, a configuração do controle social na política pública de saúde instituída pela lei 8142/90, foi um importante passo no sentido da organização e da participação dos setores populares.

---

<sup>14</sup> Classe dominante: A classe social que tem o domínio econômico, sem necessariamente, ser dirigente, embora exerça o poder sobre as demais classes. O exercício do poder pode ser coerção (uso da força com base no arcabouço legal) ou pelo convencimento passivo. Classe dirigente: A classe que na sociedade civil, conquista a hegemonia em torno de seu projeto político lhe permitindo conquistar o poder governamental e ser, dominante, além de dirigente.

Mas, no vácuo do movimento social diante da força política do primeiro governo civil eleito pelo voto direto, atuou o protagonismo dos gestores estaduais e municipais, através do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, tanto na negociação como no corpo da lei 8142/90, na medida que se colocaram como membro nato do Conselho Nacional de Saúde, permitindo que posteriormente, defendessem e aprovassem neste conselho, a criação da Comissão Intergestores Tripartite - CIB. O funcionamento desta comissão, como mecanismo de seleção dos assuntos a serem discutidos no Conselho Nacional, levou o controle social, nos lugares onde estava organizado, a perder o espaço político, conforme proposto na Reforma Sanitária, o limitando à apenas a função de homologar as decisões tomadas em outras instâncias (PAIM, 2008).

Deste modo, estes agentes, embora, militantes da Reforma Sanitária, mas também, representantes do Estado nos níveis estadual e municipal, portanto, também, com compromissos partidários, em espaços políticos que, historicamente, representam os interesses da classe dominante, ainda que com objetivo de fortalecer o SUS, devolveram aos demais *sujeitos coletivos* do movimento popular parâmetros legais que os limitavam enquanto controle social ao nível dos estados e municípios. Lócus onde cada membro do CONASS e do CONASEMS representa o poder do Estado e estabelece a interlocução do controle social.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema “Municipalização é o Caminho” ocorre em 1992, quando o governo Collor vivia seus últimos momentos. A sociedade civil, fortalecida pelo “Fora Collor”, pela mobilização na conferência e também, pelo apoio do CONASEMS, levou o governo seguinte, de Itamar Franco, que manteve Adib Jatene como ministro da saúde, a efetuar estratégias no sentido de descentralizar as ações de saúde.

Como instrumento para a descentralização, também foi aprovado neste período a Norma Operacional Básica 01/93 – NOB 93, que estabelecia os diferentes níveis da gestão municipal em saúde (incipiente, parcial, semi-plena e plena). Esta norma possibilitaria também, organizar a atenção em saúde de forma a atender o princípio da integralidade, constituindo para tal uma rede de referência e contra-referência, e ainda no redirecionamento do modelo de atenção à saúde. O repasse do recurso financeiro estaria vinculado aos níveis de gestão da rede instalada dos municípios e ao funcionamento dos conselhos de saúde.

Este poderia ser um momento de fortalecimento do controle social e da possibilidade da constituição de novos sujeitos sociais. Porém, a organização da sociedade civil não ocorreu de forma homogênea. A pequena rede instalada de serviços de saúde, a dificuldade de fixar profissionais de saúde provocando, inclusive, a alta rotatividade, principalmente, de

profissionais de nível superior que trabalham em vários municípios. O modo simples de viver, a cultura de resolver muitos problemas de saúde com soluções domésticas. Tudo isso contribuiu para que principalmente, fora dos grandes centros urbanos, a população, por não ter a cultura de lutar por direitos sociais, não se encontrasse estimulada, ainda, a se organizar como sujeitos coletivos.

Toda esta conjuntura contribuiu para instituir o controle social de cima para baixo, na medida que secretários de saúde, se viram tangidos por esta legislação a instalar os conselhos municipais de saúde, para receberem o financiamento do fundo de saúde.

Esta realidade, ainda no final da década de 90, fez com que a participação e o controle social se encontrasse em estágios de muita fragilidade. Foi o que se observou no trabalho do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, quando se deu início a um projeto de interiorização do controle social, capitaneada pelo Conselho Estadual de Saúde, através do qual se buscava conhecer a estrutura, composição e o funcionamento dos conselhos municipais de saúde nas diferentes regiões do estado.

Em muitos municípios a fragilidade da participação e do controle social foi constatada pelas dificuldades vinculadas à representatividade, a paridade nos percentuais apontados na legislação, organização e estrutura. Nas cidades de menor porte, onde era pequena a organização da sociedade civil, foram observadas dificuldades na organização dos trabalhadores em torno de seus direitos. A rede pública de saúde constando de poucas unidades, trabalhadores da saúde com vínculos precários e com as categorias mais especializadas trabalhando em diversos municípios, portanto dificultando a organização em torno do SUS.

Com Itamar Franco, observou-se como avanço a descentralização da gestão, a extinção do INAMPS, a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) e dos medicamentos genéricos. Teve início a Reforma Psiquiátrica e criação da regulação da Assistência Médica Suplementar (AMS) pela Agência Nacional de Saúde (ANS), assegurando que os Planos e os Seguros de Saúde deveriam ressarcir ao SUS pelo atendimento de seus associados em unidades públicas de saúde. Mas, por outro lado, é neste governo que o Ministro da Previdência, Antonio Brito, ao propor receita específica para a saúde, quebra a concepção solidária em cujo tripé (saúde, previdência e assistência social) se apoiava a seguridade social (PAIM, 2008).

Dentre as conseqüências desta política para a participação nos fóruns estabelecido na legislação do SUS, vale destacar o que se relaciona a extinção do INAMPS, à criação do Programa de Saúde da Família, à regulação da Assistência Médica Suplementar, bem como à



quebra da concepção solidária que retirou o setor saúde do financiamento da seguridade social.

As dificuldades com a extinção do INAMPS também refletiram na representação dos trabalhadores do setor público de saúde de nível federal, que resistiram e não foram defensores de primeira hora da criação do SUS. Isto, pode ter ocorrido, entre outros motivos, pelo fato de como os funcionários públicos só se organizaram após a Constituição de 1988, não tendo participado como *sujeitos coletivos* do projeto da Reforma Sanitária nos anos 80. Além disso, o eixo de suas bandeiras de luta estava na manutenção de seus direitos trabalhistas, ameaçados pelo neoliberalismo dos anos 90.

Esta resistência também poderia estar relacionada a outras questões, contidas na preocupação da descentralização da gestão, gerando preocupações, tais como jornada de trabalho, vínculo trabalhista, plano de cargos e salários, vinculação da gestão dos serviços a outros níveis de governo, entre outros. Observamos, ainda que os trabalhadores do setor saúde e da previdência social, base do SINDSPREV/RJ, não encontravam dificuldades para obterem assistência à saúde, uma vez que gozavam da cobertura da Assistência Médica Suplementar pelo Plano de Saúde do Grupo Executivo de Assistência Patronal - GEAP, com alguns segmentos atuando diretamente dentro dos serviços de saúde. De certa forma, isto explica o fato da assistência à saúde não ser uma prioridade na direção do sindicato. Neste sentido, no Estado do Rio de Janeiro, nos anos 90, observa-se reservas da direção do SINDSPREV-RJ quanto à participação nos fóruns de controle social do SUS, não comparecendo para disputar a ocupação destes espaços.

O (des)financiamento do setor saúde pelo Ministro Antônio Brito levando a assistência ao caos, aliado à regulação da AMS – Assistência Médica Suplementar, levam os trabalhadores mais organizados, a pleitearem em suas pautas de Acordo Coletivo os planos de saúde. Estes fatos criaram mais um empecilho, para que importantes *sujeitos coletivos* da *classe subalterna* que, até então, não participavam, efetivamente, do Movimento da Reforma Sanitária, viessem a participar da discussão desta política pública.

Outro destaque deve ser dado à criação do Programa da Saúde da Família, que além de se tornar uma realidade de acesso aos serviços de saúde nas áreas mais carentes das cidades, representava a possibilidade de vínculo de trabalho, ainda que precário, em muitos casos sob a gestão financeira da liderança local. O programa, ao mesmo tempo em que fortalecia, politicamente, essas lideranças em suas comunidades, as desmobilizavam para outras prioridades contidas no ideário da Reforma Sanitária e que estavam na contra-mão do Estado neoliberal dos anos 90.

Entre estas prioridades, destaca-se a integralidade e a mudança do modelo de atenção à saúde, para as quais a participação destes *sujeitos coletivos* da *classe subalterna* era fundamental. A integralidade de atenção à saúde tem, então, como ponto de partida a melhoria da qualidade de vida. No modelo em vigor, tradicional e de interesse da *classe dominante*, além do objetivo de tratar o trabalhador para retorná-lo o mais breve possível à força de trabalho, está também o interesse do grande capital das indústrias farmacêuticas e de tecnologias que atuam mediante a doença e não pela qualidade de vida para manter a saúde.

Como conseqüência do caos causado pelo (des)financiamento no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, a crise no sistema público de saúde passou a levar segmentos da classe média, com melhores condições de renda, a buscarem a assistência médica nos planos e seguros de saúde. Para os mais pobres a assistência seria ofertada através de uma 'cesta básica' (PAIM, 2008).

Outras conseqüências, no governo de Fernando Henrique, se refletiram na organização da participação em saúde, entre as quais destacamos o sucateamento, a precarização das relações de trabalho na rede pública de saúde, o estímulo às demissões voluntárias no serviço público, inclusive, nos serviços de saúde, etc. Este cenário dificultava a mobilização e a participação dos trabalhadores que se mantiveram nos postos de trabalho.

Assim, com todos os trabalhadores envolvidos na luta pela manutenção dos postos de trabalho, pelos direitos trabalhistas, contra diferentes tipos de precarização, não houve espaço para buscar o consenso na sociedade civil, com outros *sujeitos coletivos* em torno do projeto da Reforma sanitária. Para o conjunto da classe trabalhadora, outra proposta se apresentava como alternativa de atenção à saúde, e dividia a classe subalterna: Os planos de saúde que passaram a constar da pauta de acordo coletivo.

Para a militância do Movimento da Reforma Sanitária o essencial foi evitar a revisão constitucional que acabava com o princípio da universalidade – saúde como direito de todos e dever do Estado – mas insuficiente para manter o financiamento e evitar a estratégia de desmonte do SUS – Sistema Único de Saúde. O setor saúde passou a ser financiado por repasses do Tesouro e não pela seguridade social, arrecadação oriunda da contribuição de patrões e empregados nas folhas de pagamento salarial, ocasionando perda de bilhões de reais para o sistema (PAIM,2008).

Mas, se consideramos que os objetivos e metas da Reforma Sanitária apontam para uma mudança cultural no modo de conceber a saúde (PAIM, 2008), podemos compreender as peculiaridades postas na organização e na democratização do SUS. Destacamos, de acordo com o interesse de nosso estudo, a municipalização e a mudança no modelo de atenção à

saúde, que reforçam na concepção do Movimento da Reforma Sanitária a importância da participação social.

### **2.3 Controle Social: A conceituação e a experiência no SUS**

Assim como o SUS – Sistema Único de Saúde é a institucionalização de parte dos objetivos da Reforma Sanitária, também o controle social do SUS deve ser entendido como a forma institucionalizada da participação social prevista tanto no ideário da reforma como na Constituição Federal. Neste sentido, vale resgatar algumas concepções sobre os limites e desafios postos para o controle social apresentados por Stotz (2006) e Bravo (2008).

Stotz (2006) parte do conceito de controle social originado nas Ciências Sociais por Emile Durkheim, que está relacionado à limitação pela sociedade, das ações (valores, normas, comportamentos) dos indivíduos. O controle social estaria baseado nos valores e normas da comunidade, do mercado e do Estado, dizendo respeito à ordem social. Por exemplo, o setor de saúde, ao estabelecer e julgar as atitudes e comportamentos adequados à manutenção da saúde estaria, também, determinando as bases comportamentais, sobre as quais se desenvolvem a vida política, social e econômica (CAMPOS; OLIVEIRA; SINGER apud STOTZ, 2006). Alguns exemplos:...Não fume. Fumar provoca câncer;... Use preservativo para fazer sexo seguro.

Sendo as Ciências Sociais e seu objeto marcados por uma ‘interpretação dupla’ (GIDDENS, 1991, ALVAREZ, 2004 apud STOTZ, 2006), nos possibilita resgatar a trajetória do significado dado ao controle social no processo de redemocratização do Estado brasileiro, no sentido contrário ao conceito original de Durkheim. Neste caso, significando o controle da sociedade sobre o Estado que se manifesta, sobretudo a partir da 9<sup>o</sup> Conferência Nacional de Saúde.

Assim como no contexto do enfrentamento com os governos neoliberais dos anos 90, a luta dos trabalhadores para manter os direitos já conquistados, também se encontrava na contra-mão do neoliberalismo. A implementação de uma política pública era parte de uma reforma que pretendia ir além do setor saúde, pretendendo-se uma reforma social. Porém, diante desta conjuntura, a Reforma Sanitária foi sendo reduzida ao SUS e a participação social, fundamental para uma reforma social, foi sendo reduzida ao controle social do SUS. E o controle social, por sua vez, deslocou-se do âmbito da formulação para o da fiscalização da gestão do sistema de saúde (STOTZ, 2006).

Bravo (2007), embora, reafirme que a expressão controle social, historicamente, na sociologia, tenha sido entendida no seu sentido coercitivo, destacando como exemplo, o controle do Estado ou do empresariado sobre as massas, lembra que na Constituição Brasileira o sentido é o da participação social. Este sentido é um marco nos anos 80 da expectativa da redemocratização do Estado brasileiro, apresentando uma evolução do conceito do controle social. Carvalho (1995) aborda a evolução do controle social, identificando quatro momentos diferenciados:

(...) o Estado controlando a sociedade; a sociedade apenas completando o Estado; a sociedade combatendo o Estado; e a sociedade participando das decisões do Estado (CARVALHO, 1995, apud BRAVO, 2007).

É neste último estágio que o conceito de controle social se identifica com a democratização do Estado. Bravo cita Luckács (1985) para realçar a idéia de democracia como processo e Ingraó (1980), para observar a necessidade de que seja ampliada, existindo de forma direta, sendo de base e articulada à democracia representativa para se realizar como democracia progressiva, democracia de massa. Nestas bases, toma corpo a participação social requerida pela Reforma Sanitária que ao longo dos anos 80 mobilizou sindicatos, associações de moradores, movimentos sociais diversos, mas não de forma homogênea, na medida em que foi se institucionalizando através de seu principal instrumento, o Sistema Único de Saúde.

O controle social, regulamentado pela Lei 8142/90, estabelece duas instâncias formais de participação social: a conferência de saúde e os conselhos de saúde. Espaços estes onde se poderia disputar e construir o projeto hegemônico da classe subalterna. Porém, ao longo da década de 90, com o país submetido ao neoliberalismo, a participação social, um dos eixos da Reforma Sanitária, fundamental para a democratização do Estado, para lutar por outra lógica de financiamento e de modelo de atenção, por saúde como condições de vida e trabalho, foi sendo, institucionalizada, minimizando sua possibilidade de mobilizar a sociedade civil, em especial a classe subalterna, para estabelecer passos mais eficazes na direção do processo de democratização.

Também a criação das Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite, embora tenha se dado em um contexto de defesa do SUS – Sistema Único de Saúde, na prática, como já foi afirmado anteriormente, significou o esvaziamento do poder de decisão do controle social nas instâncias em que estavam organizados, na medida que estas comissões compostas por secretários municipais e estaduais de saúde eram deliberativas (PAIM, 2007).

As conferências de saúde foram, cada vez mais, deixando de ser o ponto de partida para a mobilização popular. Passaram a ter como meta principal, a escolha dos delegados que começa a ser definida desde os conselhos locais (distrital/ municipal) ascendendo ao estadual e ao nacional, impedindo a participação de outros sujeitos coletivos que não estejam nestes espaços (STOTZ, 2006). A ausência desta mobilização popular, ao longo dos anos, fragiliza os *sujeitos coletivos*, por impedir a ampliação do movimento da saúde na sociedade e conseqüentemente, não atraí novos quadros para um processo de democratização que precisa se estender.

Não conseguindo assumir o seu papel de proponente das políticas públicas necessárias, os *sujeitos coletivos* membros do controle social, ficam limitados às pautas e proposições encaminhadas pelos secretários de saúde estaduais e municipais ou por grupos técnicos do Ministério da Saúde ou pela ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), de onde vieram muitos dos intelectuais orgânicos da Reforma Sanitária. A atuação acaba por priorizar e se restringir à fiscalização dos serviços de saúde, dada a demanda por atendimento que gera grande pressão na agenda dos conselheiros, impedindo-os de atender a outras preocupações, tais como a mudança de modelo de atenção e a fiscalização da execução da política de saúde aprovada nas conferências (STOTZ, 2006).

Durante os anos 90, importantes *sujeitos coletivos* do movimento sanitário passaram por estágios de ambigüidades, que possibilita a idéia gramsciana de *transformismo*, e permite compreender melhor em que contexto a *classe subalterna*, pressionada pela demanda de atendimento, vai se distanciando da reforma social preconizada pela Reforma Sanitária para priorizar o direito da universalidade e integralidade ainda que restrito, à apenas ao direito ao acesso aos serviços de saúde.

Pode se vislumbrar além do esforço do Estado de criar obstáculos à Reforma Sanitária, estratégias que levantam a possibilidade de *transformismo* na concepção gramsciana, ainda que seja pela necessidade de sobrevivência em um cenário inóspito. Neste sentido, podemos refletir sobre uma manifestação pública do Presidente do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES (Gestão 94-96) Prof. Volney Garrafa: (...) os companheiros estavam atarefados com a administração e com pouco tempo para a militância, resultando na baixa participação e na pequena pressão (GARRAFA, apud PAIM, 2008. Pág. 215). Afirma, ainda, Paim (2008), que apesar do movimento sanitário ter se mantido articulado durante o primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, exibia ambigüidades:

Na verdade, o que está se passando é uma relegação da própria Reforma Sanitária, pelos próprios integrantes do movimento, que, após aprovação da base jurídico legal, passaram a tratar somente o SUS, esquecendo-se que este é apenas uma estratégia de um projeto maior de democratização da saúde, que inclui a questão da intersetorialidade e a mudança da cultura médica e tecnológica vigente que associa qualidade ao consumo de tecnologia sofisticada (RODRIGUES NETO, 1997 apud PAIM, 2008, p. 209).

Reforçando nossa idéia destacamos:

(...) Com o recuo dos movimentos sociais (inclusive os vinculados ao projeto da Reforma Sanitária), quando a própria ABRASCO priorizava a sua legitimação junto ao Estado, através da Capes e do CNPq, e muitos militantes resignaram-se com “a arte do possível” o espaço político passou a ser ocupado por gestores desde o governo Collor (PAIM, 2008, p. 209).

Deste modo se instaura a dificuldade na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde nas bases municipais e estaduais, dificultando a formulação de proposta hegemônica. Este papel passa a ser desempenhado pelos secretários de saúde que compõem o seguimento de gestores nos conselhos e nas conferências de saúde.

No seguimento de usuários, a representação tem se constituído, em sua maioria, por participantes de Movimentos Populares Urbanos, Clubes de Serviços (Lions, Rotary e Maçonaria) e Associações de Portadores de Patologias e/ ou Deficiências. Os sindicatos de trabalhadores em geral, na maioria dos casos, não têm priorizado a participação neste fórum e os sindicatos que representam os profissionais de saúde, também, não são tão presentes. Bravo (2007) sugere que isto ocorra devido a dificuldade do Movimento Sindical pensar a cidade e as políticas públicas, além da fragilidade da relação entre usuários e profissionais de saúde e da pouca articulação entre partidos políticos, sindicatos e movimentos sociais.

Entendemos que estas sejam razões que dificultam a hegemonia em torno de um projeto comum no âmbito da saúde pública, bem como do esvaziamento em torno da pauta da Reforma Sanitária.

Outro fato relevante em relação à participação social, é que a partir de institucionalizada como controle social, nos anos 90, por exigência legal, ocorreu a obrigatoriedade de o município criar o conselho de saúde para recebimento dos recursos financeiros do Fundo de Saúde, mesmo sem a necessária participação e mobilização social. A motivação administrativa para a criação dos conselhos de saúde se confronta, então, com a concepção que está na base de sua idealização na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Disto vai decorrer o desrespeito à proporcionalidade entre os seguimentos participantes dos conselhos e das conferências, além das representações sem base, contribuindo para o esvaziamento de todas as possibilidades que a participação social poderia representar para que a sociedade

avançasse no alcance dos ideais da Reforma Sanitária. Nesta década ocorreu a criação de 90% dos conselhos municipais e estaduais de saúde do país instaurando o controle social de cima para baixo (STOTZ, 2006).

Deste modo, podemos afirmar que o processo de participação social não ocorreu de maneira homogênea em todo país, e as experiências bem sucedidas foram ficando restritas aos municípios onde a sociedade civil apresentava maior nível de organização e participação.

Uma preocupação dos movimentos sociais, principalmente, entre os que não participam das instâncias de controle social, se baseia nos mecanismos de deliberação que, se viciados, podem, apenas, buscar o consentimento passivo das classes subalternas para referendar projetos que conservem as relações vigentes e o domínio da classe dominante. Assim, Correa (2006) alerta que mesmo tendo sido conquistado pela pressão popular, contraditoriamente, o controle social das políticas públicas pode se constituir em um mecanismo de legitimação do poder dominante. E dentre os desafios para efetivação do controle social, além do que é definido pela pré-determinação política e de nível econômico em uma sociedade capitalista, a autora aponta:

os limites do seguimento dos gestores: a não transparência das informações e da própria gestão, manipulação dos dados epidemiológicos, artifício contábil no manuseio dos recursos do Fundo de Financiamento da Saúde, ingerência política na escolha de conselheiros, manipulação de conselheiros na aprovação de propostas. E em relação aos usuários a que nós, por julgar semelhante acrescentamos, os profissionais de saúde os limites à efetivação do controle social: são a fragilidade política das entidades representantes, pela não organicidade entre representantes e representados, pela não articulação em prol de projetos comuns, pelo corporativismo defendendo interesses somente de sua entidade, pelo não acesso a informações, pelo desconhecimento sobre seu papel e sobre a realidade de saúde na qual está inserido (CORREA, 2006, p. 20).

Matos (2004), considerando os termos de Iamamoto, afirma que mesmo com a institucionalização das políticas públicas, no marco legal, torna-se fundamental que a classe subalterna aglutine a sociedade em torno deste projeto, pois:

têm-se, de um lado, um projeto de caráter universalista e democrático (do qual a seguridade social da Constituição Federal de 1988 é uma expressão) que não é uma ilusão, mas sim uma possibilidade real, já que tem bases históricas reais, pois é sustentado por forças vivas da sociedade. No outro extremo há um projeto de inspiração neoliberal, que subordina os direitos sociais à lógica orçamentária, subvertendo, assim, o preceito constitucional (IAMAMOTO, 2002, p. 32-33 apud MATOS, 2004, p.2).

Com o pressuposto gramsciano que considera a sociedade civil um espaço de disputa entre classes sociais, do ponto de vista legal, o controle social inscrito na Constituição de 1988, segundo Bravo (2002, apud CORREA, 2006) “é o da participação da população na

elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais”, propiciando “novas bases de relação Estado-sociedade, com a introdução de novos sujeitos políticos na construção da esfera pública democrática” (BRAVO, apud CORREA, 2006).

A proposição para essas novas bases de relação Estado-sociedade só foram possíveis e só irão se manter através do tempo, pela continuidade do processo de orientalização/ocidentalização da sociedade civil brasileira, iniciado na década de 1930. A organização nos anos 80 dos seguimentos populares (*classe subalterna*), em busca de melhores condições de vida, organizando-se como sujeitos coletivos em aparelhos privados de hegemonia, efetivaram com sucesso a *guerra de posição*. Viu-se o ressurgimento dos movimentos de oposição ao governo militar e a (re) democratização do país, resultando no controle social na política pública de saúde como espaço da relação Estado-sociedade. Nesse sentido, se configura como lócus da luta entre as classes subalternas e dominantes.

Como consequência desta disputa, as estratégias da classe dominante, presentes no Estado (sociedade política), tanto não priorizaram a organização estrutural (física) e funcional (regimentos, comissões, direção) das instâncias de controle social (conferências e conselhos de saúde). Também, usam o *transformismo* como mecanismo de limitar o avanço da classe subalterna, através dos financiamentos oferecidos as organizações constituídas como ONGs e OCIPS.

Assim, as classes subalternas atuantes no controle social da saúde, devem, para dar continuidade ao processo de ocidentalização de nossa sociedade civil e para enfrentarem as forças da classe dominante, refletir sobre o que afirma Correa (2006), que partindo do conceito gramsciano de Estado, considera o campo das políticas sociais como contraditório, pois através delas o Estado controla a sociedade, ao tempo que apreende algumas de suas demandas.

As classes subalternas devem buscar ampliar a discussão da saúde, com base nas condições de vida e trabalho, buscando a inserção de *sujeitos coletivos* ainda hoje afastados deste espaço de participação democrática. Procurar-se-ia, assim, obter o consenso e a hegemonia para os projetos de seu interesse. Neste sentido, Correa (2006), com base em Gramsci, sugere:

Na perspectivas das classes subalternas, o controle social deve se dar no sentido dessas formarem cada vez mais consensos na sociedade civil em torno de seu projeto de classe, passando do momento “econômico-corporativo” ao “ético-político”, superando a racionalidade capitalista e tornando-se protagonista da história, efetivando uma “reforma intelectual-moral” vinculada às transformações econômicas (CORREA, 2006, p. 7).



Pelo que se observa, a classe subalterna inserida no controle social do SUS não conseguiu escapar do *senso comum* estabelecido no modelo de atenção à saúde baseado no momento *econômico corporativo*, base do modelo de assistência hospitalocêntrico que prima pelo cuidado da doença e não pela manutenção da saúde e pelo qual se incorpora a visão de saúde como mercadoria. Com esta realidade, temos que o movimento da Reforma Sanitária recuou diante da ordem neoliberal dos anos 90. A Reforma Sanitária não se completou, ficando nos marcos legais da legislação do SUS que, segundo Paim (2008), não se propunha apenas a uma reforma do setor saúde, mas intersetorial e, para além das políticas sociais e da saúde.

Deste modo, a agenda de luta dos anos 90 foi sendo pautada pela política neoliberal que, incessantemente, buscava estabelecer a política do Banco Mundial. Para o setor saúde, isto significava, além do geral (desregulamentação e precarização do trabalho, através de terceirizações e privatização da gestão de serviços de saúde...), as políticas focais e a manutenção de um modelo de assistência centrado na cura da doença. Assim, se requisitava que os gastos se fizessem, principalmente, em torno de medicamentos e de exames cada vez menos complementares, e cada vez mais de alta complexidade e custos. Não se investiu de forma efetiva em modelos de atenção à saúde baseados em políticas multisetoriais, na participação social, na promoção da saúde, enfim, na saúde como qualidade de vida.

Baseada neste *senso comum*, a classe subalterna não construiu um projeto alternativo que superasse a racionalidade capitalista tendo, como fator preponderante, transformações econômicas que dessem conta da melhoria da qualidade de vida para a manutenção da saúde. Este período foi de embate com os governos neoliberais pela implementação de uma política pública, que ousava seguir na contramão da proposta da classe dominante. Os aparelhos privados de hegemonia da classe dominante foram usados para promover a saúde como mercadoria e para desqualificar a saúde pública.

Com a compreensão de que o controle social não tenha, efetivamente, alcançado o propósito que se tinha desenhado na Reforma Sanitária para a participação social das organizações populares, e sendo absolutamente necessário buscar caminhos, temos a contribuição de Stotz (2006).

é importante assinalar que os conceitos de participação popular, de democracia e de educação envolvidos nas experiências remetem a outro modo de pensar e fazer política, o modo próprio a uma aliança entre as classes trabalhadoras das cidades e do campo (...) Significa deslocar a ênfase da atuação dos conselhos de saúde, em todos os níveis de organização, do âmbito da gestão para a formulação da política e, logo, do planejamento em saúde (...) Esse deslocamento implica na ampla mobilização popular e garantia da participação democrática nas conferências de saúde (STOTZ, 2006, p.158).

As possibilidades para que esta ampla mobilização popular venha a ocorrer, se dará na medida em que os *sujeitos coletivos*, representantes de *classes subalternas*, presentes nas instâncias de *controle social*, percebam que as mudanças que ensejam não prescindem de um projeto, de uma formulação política, de um planejamento em saúde que aglutine mais do que a militância costumeira do movimento da saúde. Devem buscar reverter a lógica da organização do *controle social* dos anos 90, que limita a participação de outros sujeitos sociais, que não fossem conselheiros de saúde, nas plenárias e nas conferências de saúde. Entendendo que quaisquer dos seguimentos (governo, profissionais de saúde ou usuários) poderiam buscar ampliar a mobilização e a discussão em saúde.

#### **2.4 A participação social como base para a Reforma Sanitária**

A Reforma Sanitária ocorreu no Brasil em uma época em que setores progressistas da *sociedade civil* se organizavam por melhores condições de vida e pela democratização do país em plena ditadura militar, e também, como sujeitos coletivos da *classe subalterna*, necessitados de políticas públicas de toda ordem e engajados, politicamente, no processo de elaboração de um novo *senso comum*, buscando Uma nova direção para a política pública de saúde. Esta fase, segundo Coutinho (2006), expressou um avanço no processo de ocidentalização da sociedade civil brasileira, e a importância de sua mobilização para se avançar no processo de democratização via Reforma Sanitária.

Portanto, a política que inscreveu o controle social no SUS tem base na organização de *sujeitos coletivos* que lutaram pelo processo de democratização do Estado brasileiro, ou seja, para além das mudanças requeridas para o setor saúde. A motivação para tal, se dava a partir do reconhecimento das necessidades de políticas públicas no locus em que habitavam, que se localizava em um bairro, distrito ou região de determinado município. Deste lugar em que se morava ou se trabalhava, surgiam *sujeitos coletivos* que, inseridos nas relações locais e conhecedores da realidade local, poderiam contribuir com a mobilização necessária para o levantamento dos determinantes do processo saúde-doença e para as intervenções adequadas no âmbito da saúde e demais políticas públicas. Um novo modelo de atenção á saúde que considerasse os determinantes do processo saúde-doença, ou seja, as condições de vida da população, poderia ser construído.

Durante o período da ditadura militar, ainda que, em pleno milagre econômico, acentuou-se a distância entre os mais pobres e os mais ricos, defendendo-se a lógica ‘do bolo precisa crescer para depois dividir’. A mobilização no sentido de se alcançar melhores condições de existência e “dividir o bolo”, dependia, como ainda hoje, de muita mobilização e participação social. A participação social era e continua sendo fundamental para que se alterasse um modelo de atenção à saúde centralizado, tanto no sentido do planejamento como no financiamento das ações dos governos federal e estaduais.

A participação social do Movimento da Reforma Sanitária apontou que a municipalização da gestão dos serviços de saúde era uma forma de aproximar o Estado e a sociedade civil. Esta municipalização, alcançada através da mobilização em torno da 9ª Conferência Nacional de Saúde e regulamentada pela Norma Operacional Básica 01/93 – NOB 93, possibilitou que a população, através de seus *sujeitos coletivos*, se mobilizasse e apresentasse suas demandas de políticas públicas de saúde ao gestor municipal, que está muito mais próximo de sua realidade do que o nível de governo estadual ou federal.

Com este processo que entendemos como municipalização ou descentralização da gestão do SUS, criou-se a condição para acompanhar junto ao poder público municipal o atendimento das necessidades locais de saúde, demandadas pela sociedade civil organizada no âmbito da política pública de saúde. Este é um mecanismo de democratização, garantido constitucionalmente como princípio e direção do SUS, que ocorre através do controle social, forma de institucionalização da participação social.

Assim a participação social seria, também, essencial para que outras mudanças pudessem ocorrer. Uma destas, já apontada, a aquela época, pelo Movimento da Reforma Sanitária, é a necessidade de um novo modelo de atenção à saúde, pensado a partir das condições de vida e trabalho. Daí a Reforma Sanitária ter como meta uma reforma para além do setor saúde, mas uma reforma social (PAIM, 2008). Um novo modelo de atenção à saúde, fugindo do modelo tradicional, que além de contrariar interesses financeiros da indústria e comércio do setor, dados pelo capital da classe dominante, apresentariam as prioridades da classe subalterna, não só para o setor saúde, mas, também, para outras políticas públicas. Sendo indispensável para isso a democratização da política pública de saúde.

Portanto, a luta por um novo modelo de atenção significava o desenvolvimento de uma nova cultura. Isto seria possível a partir de muita organização e participação social, com *sujeitos coletivos* organizados a partir do lugar onde se vive e se conhece, inclusive próximo do poder político responsável por responder pela solução.

Porém, mesmo com todo arcabouço jurídico alcançado pelo SUS, a Reforma Sanitária não se completou nos moldes em que foi idealizada. O *consenso* em torno de um novo modelo de atenção à saúde baseado nas determinantes do processo saúde-doença e nas condições de vida e trabalho, não avançou suficientemente, nem entre a militância participante do movimento da saúde, quiçá como projeto hegemônico da sociedade civil.

O modelo de atenção da vigilância em saúde, baseado na promoção de saúde é uma das alternativas possíveis, na qual a participação social é imprescindível, tanto no sentido de se reconhecer possibilidades e limitações do lugar onde se vive e se buscar as políticas públicas para superação das condições adversas, como para se estimular um hábito, uma cultura que pode permitir à classe subalterna estabelecer um novo *sensu comum*, não só sobre suas necessidades de atenção á saúde, mas, também, em relação a pratica política de organização e participação social.

Enfim, o papel do controle social no SUS – Sistema Único de Saúde, se considerado para além das necessidades do que foi instituído, pode e deve estar além do que tem sido até o momento, resgatando-se a participação social com o propósito de se avançar para os ideais do Movimento da Reforma Sanitária.

### **3. PERSPECTIVAS PARA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE**

Neste capítulo, tratamos da criação, no governo Lula, da Secretaria de Gestão Participativa – SGP, que posteriormente foi reestruturada ampliando suas funções, e sendo denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP. Apresentamos, também, os depoimentos resultantes da pesquisa empírica realizada com gestores, usuários e profissionais de saúde com militância no SUS.

#### **3.1. O Governo Lula na Política Pública de Saúde: A Criação da SGEP**

A eleição e a posse de Luiz Inácio Lula da Silva, embora tenha gerado muita expectativa e assumido como conquista pelos movimentos populares, foi também visto com reservas pela Diretoria Nacional do CEBES, um dos principais sujeitos coletivos da Reforma Sanitária. Apesar de contar, em todas as secretarias do Ministério da Saúde, com dirigentes que participaram da Reforma Sanitária, o seu editorial, como destaca Paim (2008), alertava que

no governo há setores que desconhecem a história de luta para conquistar o direito à saúde e a unificação dos sistemas no SUS. Dirigentes progressistas consideram a Reforma Sanitária, ainda parcialmente implantada, uma utopia (Editorial, 2003, p.3 apud PAIM, 2008).

Nem tudo seriam flores. As políticas públicas, tal qual em governos passados, ficariam submetidas à política econômica. E das intenções iniciais para a participação social nas políticas públicas algumas decepções estariam por vir.

A frustração pode ser representada pela Inter-Redes de Direitos e Políticas, que tendo surgido, ainda no período de campanha, se configurando como espaço de organização e luta, reuniram em processo de consulta à sociedade, 2.200 entidades da sociedade civil, representativas de movimentos sociais, organizações não governamentais e trabalhadores da cidade e do campo e, em menor número, setores do empresariado de todo país, mobilizados para contribuir para elaboração do Plano Plurianual de Investimentos (PPA), período 2004-2007 (STOTZ, 2009).

Embora esta participação da sociedade tenha se feito presente desde o período eleitoral, o resultado ficou aquém das expectativas dos *sujeitos coletivos* que se mobilizaram para este fim. As contribuições não foram incorporadas, na medida em que as orientações estratégicas e as ações e programas do governo não estavam em discussão, concluindo-se pela submissão das demandas expressas no processo de consulta às diretrizes impostas pela política econômica (STOTZ, 2009).

Também no Conselho de Desenvolvimento Econômico, a participação social mais serviu para referendar a reforma previdenciária e limitar a ação dos setores que pretendessem lutar por seus privilégios na estrutura da previdência pública, do que para ampliar seu caráter redistributivo, pela ampliação para os trabalhadores do mercado informal. Ou seja, a reforma foi, em sua essência, de caráter tributário (STOTZ, 2009).

O setor saúde, apesar do contingenciamento de recursos e tantos outros problemas de financiamento que foram decorrendo, apresentou, inicialmente, mudanças estruturais que criaram expectativas. Entre as mudanças na estrutura do Ministério da Saúde está a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho em Saúde que tem como função formar recursos humanos para a saúde e regulamentar as profissões e o mercado de trabalho na área. A criação desta secretaria busca enfrentar a questão de recursos humanos para o SUS que é um grande problema do sistema. A criação da Secretaria de Atenção à Saúde que visou unificar as ações de atenção básica, ambulatorial e hospitalar. E a Secretaria de Gestão Participativa que tem como função fortalecer o controle social, organizar as conferências de saúde e estabelecer a comunicação do ministério da saúde com outros níveis de governo e com a sociedade (BRAVO, 2006).

Dentre estas secretarias destacamos a SGP – Secretaria de Gestão Participativa, por ser esta nova estrutura ministerial do governo Lula, a peça central de nosso objeto de estudo.

### 3.1.1. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde –SGEP/MS<sup>15</sup>

É criada no primeiro governo Lula, na estrutura do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão Participativa – SEGEP/MS, pelo Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, na gestão do Ministro da Saúde Humberto Costa, estando a frente desse processo o Sanitarista Sérgio Arouca, um dos principais intelectuais orgânicos do Movimento da Reforma Sanitária.

a Secretaria de Gestão Participativa (SGP) foi criada em 2003 (Decreto Nº 4.726, de 09/06/2003), representando ousada inovação no desenvolvimento dos processos participativos e aperfeiçoamento da Democracia do Estado, com uma estrutura inicial voltada para a institucionalização e organização de Políticas de Gestão Participativa, mediante um conjunto de Ações e Programas, através dos seguintes eixos: Mobilização social para a gestão participativa; Produção de conhecimento e práticas de gestão participativa; Controle Social na Saúde; Articulação Inter e Intra-setorial para a gestão participativa; Ouvidoria do SUS; Informação e Comunicação para a gestão participativa e Planejamento em Saúde (BRASIL, MS/SGEP, 2006).

Uma das primeiras atividades desenvolvidas pela SGP/MS ocorreu pela composição, com outras estruturas do Ministério da Saúde, da equipe do “Projeto Saúde 2004”, que subsidiou o Plano Plurianual/PPA 2004-2007, o debate da 12ª Conferência Nacional de Saúde e o Plano Nacional de Saúde – Um Pacto pela Saúde no Brasil.

O projeto *SAÚDE 2004* é uma iniciativa da Escola Nacional de Saúde Pública/Escola de Governo em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, desenvolvida em parceria com a Secretaria-Executiva, a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, a Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), com o apoio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud). O projeto visa a subsidiar o planejamento governamental setorial, em especial a implementação do PPA 2004-2007 e a formulação de diretrizes para elaboração do Plano Nacional de Saúde, bem como o processo de preparação da 12ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, MS, 2003).

O objetivo desta primeira atividade guarda estreita relação com o objeto do trabalho de uma secretaria que se estrutura para desenvolver e aperfeiçoar os processos participativos da Democracia do Estado.

O projeto visa a subsidiar o planejamento governamental setorial, em especial a implementação do PPA 2004-2007 e a formulação de diretrizes para elaboração do Plano Nacional de Saúde, bem como o processo de preparação da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Objetiva, principalmente, contribuir para a ampliação da visão dos problemas relativos ao cuidado à saúde do cidadão brasileiro, explorando novos canais de interlocução com

---

<sup>15</sup> A pesquisa documental foi realizada a partir dos Relatórios da SGEP/MS, com análises de nível nacional, o que não permite observar as contradições entre sociedade civil e governo, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

diferentes segmentos da sociedade civil e política, para a requalificação ou inclusão de temáticas ainda não identificadas ou insuficientemente trabalhadas na dinâmica político-institucional do SUS, a partir de uma perspectiva regional de problemas nacionais e locais. Consiste no levantamento e na análise de problemas relacionados ao acesso às ações e aos serviços de saúde e à operação do sistema, a partir do diálogo do Ministério da Saúde com diferentes atores sociais que interagem com o Sistema Único de Saúde, mas não têm participação direta nos espaços institucionais formais de gestão participativa do SUS (BRASIL, MS, 2003).

Esta primeira aproximação com a região sudeste, onde se localiza o Estado do Rio de Janeiro, levantou, em relação ao controle social, informações que demonstram a importância de se ampliar e qualificar a participação social.

*“não há controle social, por vezes há terceirização de serviços numa mesma organização social (“terceirização da terceirização”)”. Nesse contexto, os Conselhos de Saúde não têm tido força suficiente para decidir sobre a alocação de recursos. Houve recomendação de que a 12ª Conferência Nacional de Saúde avalie o impacto das organizações sociais na saúde. Os participantes da Oficina dos Tribunais de Contas e MP também apontaram limites do controle externo: “a ação do Ministério Público é no varejo e... prejudicial ao Sistema. ... muito focado em processos específicos e de alta complexidade”; “o Ministério Público deve saber dialogar e interagir com os atores e não entrar de sola, para que seja possível instituir mudanças”; “o MP deve colaborar com os Conselhos de Saúde, trabalhar junto e apoiar”; “O MP precisa ter interface com o Conselho local de saúde (BRASIL, MS, 2003).*

Apresentaremos as ações desenvolvidas no Estado do Rio de Janeiro com base nos Relatórios de Gestão da SGP/MS divulgados e disponibilizados no site do Ministério da Saúde.

Uma das primeiras ações a serem destacadas, está relacionada à área técnica de Mobilização Social para a Gestão Participativa em Saúde. Referimo-nos aos Seminários de Gestão Participativa em Saúde da Região Metropolitana I e II do Rio de Janeiro. Para estes seminários foram realizadas reuniões preparatórias que contaram com participantes dos municípios de Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti e Seropédica, que formam a Baixada Fluminense, denominada de Região Metropolitana I, e Rio de Janeiro. A Região Metropolitana II é formada pelos os municípios de Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tangá. Estes seminários tiveram como produto os Cadernos Metropolitanos correspondentes a cada região (BRASIL, MS/ SGEP, 2006).

Foram realizados convênios com a Fundação Universitária José Bonifácio – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e com a Universidade Estadual do Rio de



Janeiro (UERJ). Com a Fundação Universitária José Bonifácio (UFRJ), o objetivo foi o estudo do processo de formação, articulação e consolidação da gestão participativa, através da pesquisa de investigação dos processos de gestão participativa dos sistemas de saúde em municípios e regiões metropolitanas brasileiras. Neste convênio, a prioridade foi não só para o Estado do Rio de Janeiro, mas também para os Estados do Ceará, Pará, Goiás, Minas Gerais, São Paulo, Paraná e Rio Grande do Sul.

Com a UERJ, o objetivo visou o fortalecimento da gestão democrática na saúde, por meio do fomento à participação e mobilização da sociedade no Estado do Rio de Janeiro, através da pesquisa sobre o Mapeamento dos Conselhos de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e para a realização de 10 Seminários nas 08 regiões do Estado e realização de seminário estadual..

Estes Seminários de Gestão Participativa em Saúde foram desenvolvidos em uma ampla parceria envolvendo o Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I, a Associação de Prefeitos da Baixada Fluminense, o Conselho de Secretários Municipais de Saúde da Região, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, as Universidades Estadual e Federal do Rio de Janeiro, e o Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro.

Segundo o Relatório de Gestão da SGP/MS, nestes seminários foram apresentados os seguintes panoramas: sanitário; da organização dos serviços; da transferência de recursos; e da participação popular na região. O segundo seminário discutiu o Programa Saúde da Família, como estratégia reorganizadora do sistema de saúde. O seguinte, com o tema Reorganizando o SUS na Região, possibilitou a construção de uma Agenda Pública em Saúde com os seguintes eixos:

construção de um Plano Regional de Saúde com amplo envolvimento da sociedade, reorganização do SUS na região com ênfase na Atenção Básica por meio da Expansão da Saúde da Família, aperfeiçoamento da Cooperação regional e estímulo à Gestão Participativa, cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 por todas as prefeituras da região, superação da precarização do trabalho em saúde por meio de Concurso Público Regional de Base Local e promoção de uma maior articulação da Saúde com as políticas públicas da área social (BRASIL, MS, SGEP, 2006).

O tema “Reorganizando o SUS na Cidade do Rio de Janeiro” teve como objetivo a potencialização da participação social na formulação e na gestão da política pública de saúde, fortalecendo e articulando os conselhos municipais e distritais de saúde do município do Rio de Janeiro, na perspectiva de ampliar a democracia participativa. Uma agenda comum foi

criada através de um Plano Metropolitano/Regional de Saúde, para superar a desarticulação entre os municípios da Região Metropolitana I.

O quinto Seminário, visando uma integração de toda a Região Metropolitana do Estado, relaciona a produção da saúde na região com o cumprimento de metas sociais/sanitárias em saúde. Utilizando-se a mesma metodologia, os seminários se repetiram na Região Metropolitana II.

Um dos produtos destes seminários foi a criação de uma Agenda Pública em Saúde, que entre outros pontos permitiu a elaboração do Plano Regional de Saúde, cujas diretrizes versaram sobre a atenção básica, a urgência/emergência, a modernização da gestão municipal de saúde, a média e alta complexidade ambulatorial, a assistência hospitalar e a gestão do trabalho. Cada seminário também gerou a série dos Cadernos Metropolitanos e um vídeo que disponibilizam informações para facilitar as tomadas de decisão.

Os seminários foram fundamentais para corrigir a legislação de muitas prefeituras frente à paridade nos conselhos municipais.

Com relação à Região Metropolitana II, um dos resultados concretos do Seminário foi o processo de rápida adequação dos Conselhos Municipais de Saúde da região à Resolução 333 do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que durante a apresentação do panorama da participação social ficou evidente a inadequação dos Conselhos à Resolução 333 (BRASIL, MS, SGEP, 2006).

Da área de Produção do Conhecimento e Práticas de Gestão Participativa, destacamos a realização de oficina de trabalho com os hospitais federais próprios do Ministério da Saúde, para discussão do documento elaborado sobre Conselho Gestor. Os hospitais integrantes foram os seguintes: Instituto Nacional do Câncer, Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, Hospital Geral de Bonsucesso, Grupo Hospitalar Conceição (RS), Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras, e Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. Atualmente, o Conselho Gestor está implementado em todos os hospitais federais próprios do Ministério da Saúde do Rio de Janeiro.

Outras ações foram desenvolvidas ao nível nacional, das quais destacamos o estabelecimento de parcerias desta área em questão, visando investigar como os diferentes tipos de movimentos atuantes saúde – urbanos, sindicais, de portadores de patologias, de mulheres, de etnias, entre outros – concebem o SUS “ideal” e como avaliam o sistema em geral e suas relações com demandas específicas. Destacamos, ainda, o Convênio com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) para a Construção da Rede Nacional

de Observatórios da Gestão Participativa do SUS, objetivando identificar 05 centros colaboradores (sendo 01 por cada Região do país), que deverão acompanhar e difundir as ações de gestão participativa de estados (05) e municípios (80) brasileiros. Tem-se, ainda, o convênio com o CONASEMS para identificar e divulgar experiências exitosas e inovadoras em gestão participativa e a instituição do Prêmio Sérgio Arouca.

Em relação à Ouvidoria, houve a incorporação de nova tecnologia para atendimento telefônico eletrônico em nível nacional, Unidade de Resposta Audível - URA, que permitiu um substancial aumento na capacidade de atendimento e a possibilidade de realização de pesquisas avaliativas. A análise dos dados segundo a região de origem dos usuários demonstra que a região Sudeste apresenta o maior percentual de manifestações: 42,4%; a região Nordeste, 26,4%, a Sul, 10,8%, Centro-oeste, 8,8% e a região Norte apenas 4,5%.

O Departamento de Ouvidoria estabeleceu parceria com o DATASUS, possibilitando a análise das tecnologias de informação em uso no DOGES, propiciando o planejamento de aquisições para modernização dos equipamentos de computação e multimídia integrados à telefonia. Entre outros avanços, damos destaque ao planejamento de projetos indispensáveis ao gerenciamento operacional, como por exemplo, um modelo de relacionamento entre as Ouvidorias do SUS.

Em agosto de 2005 a SGP/MS é reestruturada passando a abrigar estruturas que funcionavam em outras secretarias do Ministério da Saúde atuando com funções de apoio ao SUS.

Passa a ser denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, composta por quatro Departamentos, além de apoiar o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde: Departamento de Apoio à Gestão Participativa; Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS; Departamento de Ouvidoria Geral do SUS e Departamento Nacional de Auditoria do SUS (BRASIL, MS, SGEP, 2006).

A Portaria GM nº 1865 de 11/10/2005 incorpora à SGP as ações do Programa de Educação Permanente e Qualificação Profissional no Sistema Único de Saúde, cujas ações são: Apoio à Formação Permanente de Agentes para o Controle Social; e Promoção dos Princípios da Educação Popular em Saúde. Incorpora, também, as ações do Programa Brasil Quilombola através da ação de Atenção à Saúde das Populações Quilombolas. A Secretaria passa a ser denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP(MS/SGEP, 2006). A mudança que incorpora estas novas ações foi aprovada no Decreto nº 5841 de 13 de julho de 2006 e a estrutura política da nova secretaria definida pelo PARTICIPASUS.

### 3.1.2. A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - PARTICIPASUS

A estrutura política da SGEP/MS, em seu conjunto, está consolidada na Portaria Ministerial nº 3027 de 26/11/2007, com o documento – PARTICIPASUS - Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, e foi aprovada na gestão de José Gomes Temporão, terceiro Ministro da Saúde da era Lula, após aprovação no Conselho Nacional de Saúde e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite<sup>16</sup>. A Secretaria de Gestão Participativa após reformulação, como Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP/MS, passa a englobar ações de auditoria do SUS, bem como de monitoramento e avaliação da gestão do SUS, tendo como missão principal o fortalecimento da gestão e do controle social, objetivando o fortalecimento do SUS.

A SEGP/MS passa a ser formada pelas seguintes estruturas: Departamento de Apoio a Gestão Participativa e o Controle Social no SUS; Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão no SUS- DEMAGS; Departamento de Ouvidoria Geral do SUS - DOGES e Departamento de Auditoria do SUS - DENASUS.

Foram estabelecidos os seguintes princípios e Diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS:

1 - Reafirmação dos pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito universal à saúde de responsabilidade do Estado, como *universalidade, equidade, integralidade e participação social*. 2 - Valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os conselhos e as conferências de saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular. 3 - Promoção da inclusão social de populações específicas, visando à equidade no exercício do direito à saúde. 4 - Afirmação do protagonismo da população na luta por saúde a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes. 5 - Integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social, entendidos como medidas para o aprimoramento da gestão do SUS nas três esferas de governo. 6 - Ampliação dos espaços de ausculta da sociedade em relação ao SUS, articulando-os com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas de saúde. 7 - Articulação com as demais áreas do Ministério da Saúde na implantação de mecanismos de avaliação continuada da eficácia e efetividade da gestão do SUS. 8 - Articulação das ações referentes à gestão estratégica e participativa desenvolvidas pelo Ministério da Saúde com os diversos setores, governamentais e não-governamentais, relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde. 9 - Fortalecimento das formas coletivas de participação e solução de demandas. (BRASIL, MS, 2008, p. 13)

---

<sup>16</sup> Comissão Intergestores Tripartite – Comissão formada pela representação de secretários municipais e estaduais de saúde e do Ministério da Saúde.

Neste contexto, promove-se a 13ª Conferência Nacional de Saúde – CNS, com etapas municipais e estaduais, num total de 4.313 conferências municipais e 27 estaduais. A Conferência afirmou a necessidade de

“Estimular e fortalecer a mobilização social e a participação cidadã nos diversos setores organizados da sociedade, com a aplicação dos meios legais disponíveis, visando efetivar e fortalecer o Controle Social na formulação, regulação e execução das políticas públicas, de acordo com as mudanças desejadas para a construção do SUS que queremos” (BRASIL, MS, SGEP, 2007).

O PARTICIPANET SUS foi desenvolvido em parceria com a FIOCRUZ, como um sistema composto pelo cadastro, perfil e indicadores de avaliação dos conselhos de saúde, com o objetivo de identificar as questões relacionadas ao funcionamento dos conselhos de saúde em todos os municípios brasileiros. Apresenta um diagnóstico dos Conselhos de Saúde onde entraves importantes foram apontados. No diagnóstico consta a ausência de outras formas de participação, a falta de mobilização e a dificuldade para a formulação de estratégias e políticas para a construção do novo modelo de atenção à saúde, e a baixa representatividade e legitimidade de conselheiros nas relações com seus representados (BRASIL, MS, 2008).

Além destes, outros itens do perfil dos conselhos de saúde, como o não-exercício de seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados, as precárias condições operacionais e de infra-estrutura, falta de regularidade de funcionamento dos conselhos de saúde e a falta de transparência nas informações da gestão pública, estão entre as dificuldades apontadas pelo diagnóstico realizado pelo PARTICIPANET SUS (BRASIL, MS, SGEP, 2008).

A Política Nacional para Educação Permanente, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, foi desenvolvida com a ENSP/FIOCRUZ, através de projetos de formação de conselheiros e lideranças de saúde, em parceria com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, com as universidades e entidades de usuários ou trabalhadores de saúde.

Na perspectiva da inclusão digital, foram desenvolvidas duas linhas de projetos. Uma, com o objetivo de capacitar os conselheiros de saúde; e outra, no sentido de estruturar os Conselhos de Saúde.

O Programa de Inclusão Digital dos Conselhos de Saúde – PID em destaque neste ano atuando na formação dos conselheiros e garantindo conectividade em parceria com o Ministério das Comunicações, o componente aquisição quanto a distribuição de equipamentos (computadores, antena parabólica, web cam, televisão e DVD) e a capacitação (...) Outra estratégia que vale destacar é a participação da SGEP no Programa de Inclusão Digital dos Conselhos de Saúde em parceria com o CNS, Banco do Brasil e Escola Nacional de Saúde Pública – Ensp – Fiocruz, que visa apoiar a estruturação dos 5.564 Conselhos Municipais, os 27 Conselhos Estaduais e oferecer curso de capacitação em informática e informação e

comunicação em saúde, na perspectiva de se construir uma rede de comunicação no âmbito dos conselhos de saúde. A capacitação dos conselheiros se dará por meio de cursos presenciais (já iniciada) para os conselheiros do CNS, estaduais e das capitais e à distância por meio de EAD para os 100.000 conselheiros municipais de todo o país até 2010. (...) Neste projeto foram adquiridos 3.170 computadores a serem destinados aos conselhos estaduais e municipais de saúde (BRASIL, MS, SGEP, 2008, 2009).

Também, provocado pela reestruturação, no que se refere à incorporação da Política de Promoção da Equidade à Saúde de Populações em Condições de Vulnerabilidade e Iniquidades, foram desenvolvidas ações junto aos gestores municipais e aos grupos populacionais demandantes de políticas de acesso e atendimento de demandas específicas.

junto aos gestores municipais sensibilizando-os a adotarem estratégias de inclusão social como meta para o SUS. Em relação à População Negra foram implementadas ações de implantação efetiva da política de saúde da população negra (...) Criação do Comitê Técnico Nacional de Saúde da População Negra (...) Atenção à saúde dos portadores de Anemia Falciforme; Melhoria das informações estatísticas em saúde pela inclusão do quesito “cor” nas declarações de nascidos vivos e de óbitos nos sistemas SIM e SINASC; Ação estratégia em saúde e saneamento para as populações quilombolas; Fortalecimento da participação dos movimentos negros no controle social do SUS; Construção do pacto pela promoção da equidade na saúde da população negra entre as 3 esferas de gestão do SUS.(...) Oficinas de sensibilização dos gestores municipais com remanescentes de quilombos, para qualificar e intensificar ações de inclusão dos Quilombos no SUS (...) sensibilização das SES e SMS (capitais) para criação de comitês de promoção da equidade em saúde (...) fortalecimento da presença das lideranças dos movimentos negros no processo de controle social do SUS, especialmente nos Conselhos de Saúde. Assim, foram apoiados projetos de mobilização da população negra para defesa do SUS e fortalecimento do controle social (BRASIL, MS, SGEP, 2007).

Outros grupos populacionais tiveram suas demandas sob a responsabilidade da nova estrutura da SGEP/MS e para os quais se desenvolveram atividades específicas.

Para a População do Campo, o Comitê da Terra foi rearticulado a partir de sua nova constituição definida em recente Portaria Ministerial, e teve construído uma agenda de sua atuação. A SGEP realizou Fóruns para construção de estratégias de implementação das Agendas Regionais de inclusão da População do Campo no SUS. Complementando esta estratégia foram produzidos e divulgados materiais pedagógicos para o fortalecimento da inclusão da População do Campo no SUS. O Comitê Técnico da Saúde para GLTB promoveu o atendimento das demandas específicas deste grupo populacional e requereu uma articulação de diversas áreas do MS. Desta forma, o Comitê tem atuado na auscultação de demandas e provocação de respostas nas áreas do MS traduzíveis em normas, programas ou ações específicas. A População Cigana tem recebido uma atenção diferenciada quanto à estratégia de implementação, pois há pouco conhecimento quanto às suas demandas e problemas de saúde (BRASIL, MS, SGEP, 2007).

O Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS articula, além dos indicadores tradicionais, os indicadores das desigualdades e iniquidades sociais, de determinantes de saúde, de ações intersetoriais entre outros. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das

políticas, ações e serviços nesta área, visando à informação em tempo oportuno para subsidiar a tomada de decisão, bem como a identificação, solução e redução de problemas e a correção de rumos (BRASIL, MS, 2008).

O processo de monitoramento e avaliação da gestão contribuiu para uma aproximação entre a SGEP e outras área de atuação do Ministério da Saúde. Destacamos, como um dos resultados desta aproximação, a edição da Revista Painel, de responsabilidade do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, que oferece informações sobre temas que compõem o Pacto pela Saúde<sup>17</sup>, além dos determinantes sociais do processo saúde.

O Painel de Indicadores do SUS é fruto de um intenso trabalho que contou com a colaboração de todas as áreas do Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS, na tentativa de oferecer aos conselheiros de saúde e à população em geral informações úteis na luta pelo aprimoramento constante do SUS na tentativa de oferecer aos conselheiros de saúde e à população em geral informações úteis na luta pelo aprimoramento constante do SUS (...) Neste sentido, utilizou-se uma abordagem epidemiológica, integrando diversos dados disponíveis nos diferentes sistemas de informação do SUS, em uma linguagem acessível a não técnicos (...) apresenta aos leitores um breve perfil dos impactos da transição demográfica, das mudanças no modo de vida e das políticas públicas nos indicadores sociais. Dessa forma, ele também contribui para a formação de consciência crítica e serve de estímulo aos processos de intervenção social. Em suma, a publicação busca uma aproximação panorâmica da situação de saúde no Brasil, visando a democratização da informação e um maior empoderamento dos mais de 5.600 Conselhos de Saúde existentes em todo o país (BRASIL, MS, SGEP, 2007).

Deu-se a continuidade na elaboração da publicação dos Painéis Temáticos, tendo sido lançado na Conferência Nacional de Políticas para Mulheres o “Painel Temático Saúde da Mulher”. A divulgação do filme “Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde”, com a distribuição de cerca de 5 mil cópias aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, Universidades e Escolas Técnicas da área da saúde, entidades da sociedade civil relacionadas com o SUS e órgãos públicos ligados às políticas que atuam como determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, MS, 2008).

A democratização dessas informações é fundamental, na medida em que o Pacto pela Saúde e seus desdobramentos Pacto pela Vida e o Pacto de Gestão, são monitorados por indicadores que devem ser de conhecimento geral, permitindo a população cobrar à instância responsável pela meta pactuada.

---

<sup>17</sup> Pacto pela Saúde - Uma nova orientação no relacionamento entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e as Secretarias Municipais onde são pactuadas metas que devem ser cumpridas por cada uma destas instâncias.

De acordo com Art. 14 da Portaria n.º 699, de 30 de fevereiro de 2006, o Monitoramento do Pacto pela Saúde, especialmente nas dimensões Pacto pela Vida e Pacto de Gestão, tem o objetivo de desenvolver ações de apoio para a qualificação do processo de gestão (...) considerando as pactuações realizadas. A Portaria também determina que seja um processo permanente, orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o respectivo Termo de Compromisso de Gestão e dos cronogramas pactuados. (BRASIL, MS, SGEP, 2007).

Buscando fortalecer a sociedade para a gestão participativa nos Conselhos de Gestão Participativa das unidades de saúde, a SGEP/MS passou a apoiar técnica e financeiramente, nas cidades com mais de 500 (quinhentos) mil habitantes, organizações não governamentais e universidades para capacitação de lideranças sociais para a defesa do SUS e as respectivas secretarias municipais para que implementassem estes conselhos nas unidades da rede de saúde.

Ainda em política de monitoramento se desenvolveu, com o apoio da FIOCRUZ, uma base de dados de âmbito nacional, com o objetivo de prover a SGEP/MS de informações para o planejamento e a execução de atividades que visam fortalecer os Conselhos de Saúde. Estas informações foram disponibilizadas para os gestores dos diferentes níveis de gestão tomarem providências adequadas ao fortalecimento político destes conselhos. Segundo a SGEP (2007), trata-se de dar continuidade ao Projeto de Gestão e Monitoramento dos Conselhos de Saúde para controle social, incluindo o perfil dos conselhos e redes de observatórios de Gestão Participativa.

O Departamento de Auditoria do SUS tem sua atuação marcada pelo trabalho conjunto com o Departamentos de Monitoramento e Avaliação e com o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Esta integração é fruto da elaboração de instrumentos de gestão desenvolvidos durante o Planejamento da SGEP, o PPA – 2008/2011 e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, tendo contribuído com o processo de implantação do Sistema Nacional de Auditoria, focadas nos componentes estaduais e nos municípios da capital. O Sistema de Auditoria - SISAUD-SUS integra e democratiza as informações sobre os processos de auditoria, cooperação técnica e desenvolvimento.

Estão em curso cerca de 800 auditorias, e 50 cidades estão testando o SISAUD-SUS (...) Já foram atualizados 70% dos equipamentos de informática, estão sendo incorporados 200 computadores portáteis para as equipes de campo e está instituída a Comissão Corregedora Tripartite, composta por representantes do Ministério da Saúde e dos Conselhos de Secretários Municipais - CONASEMS e Estaduais - CONASS (BRASIL, MS, SGEP, 2008).

Em relação ao financiamento, o Plano Plurianual, definiu os determinantes e condicionantes de saúde e gestão em saúde e as diretrizes a serem seguidas pela SGEP/MS,



no que se refere à implementação de políticas intersetoriais, tendo em vista o Pacto pela Saúde - acordo assumido entre os gestores responsáveis pela implementação do SUS, visando estabelecer novas estratégias na gestão, no planejamento e no financiamento do sistema. Foram instituídas duas portarias para regulamentar o repasse financeiro da união para estados e municípios. São elas a Portaria Ministerial n° 3060/2007, e sua reedição, em 2008, como Portaria Ministerial n° 2588/ 2008 que regulamenta a transferência do recurso financeiro de forma automática (do fundo da união diretamente ao fundo estadual ou municipal).

A PNGP<sup>18</sup> promove a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo; amplia os espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças; aumenta a escuta do cidadão usuário e da população em geral, reformulando o conceito e a dinâmica das ouvidorias; muda o conceito de auditoria, normas e procedimentos, substituindo antigas práticas voltadas para a assistência individual e focadas no erro, reforçando a preocupação com o acompanhamento dos serviços de saúde, das ações preventivas, da qualidade de assistência e da gestão de análise dos resultados; renova à qualificação da gestão do Sistema com a criação do monitoramento e avaliação da gestão do SUS, além de ser um exemplo importante da necessidade de integração entre as áreas da SGEP, pois mantém estreita relação com os demais departamentos citados (BRASIL, MS, SGEP, 2009).

Percebemos que no governo Lula a participação se institucionaliza. A natureza dessa participação, entretanto, não chega a ser significativa a ponto de levar a uma efetiva mobilização social. As perspectivas para uma efetiva participação social na política pública de saúde é, ainda, uma questão que buscamos conhecer a partir da visão dos militantes da saúde participantes de nosso estudo.

### **3.2. Perspectivas para a Ampliação e Qualificação da Participação e do Controle Social – na voz dos militantes da saúde**

Referimo-nos neste tópico ao modo como organizamos nossa pesquisa empírica. Assim sendo, explicitamos desde a questão que configura nosso objetivo principal, as reflexões preliminares que constituem nossa hipótese, adensada ao longo de nosso estudo, e as características metodológicas que possibilitam melhor compreensão de como buscamos as informações aqui apresentadas.

---

<sup>18</sup> PNGP – Política Nacional de Gestão Participativa

### 3.2.1. Questões Preliminares sobre as Entrevistas

Como questão central, buscamos compreender as perspectivas, no Rio de Janeiro, da participação social promovida pela proposta do governo Lula, através da criação da SGEP/MS na percepção dos militantes do SUS, na condição de usuários, profissionais de saúde e gestores.

Considerando que a relação entre Estado e sociedade civil no Brasil é marcada por sucessivas *revoluções passivas e transformismos*, questionamos em que medida a criação da SGEP/MS, implicaria cooptar células ou movimentos inteiros organizados em torno da política pública de saúde.

Outra possibilidade que levantamos, está em considerar que o governo Lula, eleito com substancial apoio da classe subalterna e como resultado de acordos estabelecidos com a classe dominante, possibilitou à fração da classe subalterna ocupar alguns cargos do executivo de Estado, sem, contudo, exercer a hegemonia na sociedade civil. Ao mesmo tempo, é possível, tendo militantes de movimentos sociais ocupando estes cargos do executivo, se estabelecer, ainda que com limites, a estratégia de *guerra de posição*? Esta travada no âmbito da sociedade política e em diversos setores da sociedade civil, implicitamente apoiada por estruturas da primeira, a partir de determinadas políticas públicas?

Neste sentido, a democratização da política pública de saúde pela SGEP/MS, implicaria na qualificação e ampliação da participação popular, criando, efetivamente, as condições para o surgimento de uma nova cultura de participação política para se estabelecer as bases da construção social da saúde; para a possibilidade da ação de *intelectuais orgânicos e sujeitos coletivos* da classe subalterna; para a disputa da *hegemonia* na sociedade civil. Tudo isto, alimentado por um processo que gera e estimula as condições para uma nova cultura de participação política, possibilitando o consenso das classes subalternas geradas em torno da produção social de saúde.

As entrevistas foram realizadas durante a I Conferência Estadual de Saúde Ambiental, dada a oportunidade da presença de militantes da saúde, devendo-se isto á relação deste evento com as bases da Reforma Sanitária, entre as quais destacamos as que apontaram a necessidade de mudanças intersetoriais para que se viabilizasse a produção social da saúde, e para as quais não se pode prescindir da participação social.

Neste sentido, entendemos como relevante buscar entre estes participantes os sujeitos de interesse de nossa pesquisa, considerando que este evento estava reunindo a militância que

contribuiria para definir, no nível nacional, o que está colocado como objetivo geral desta conferência, qual seja “*definir diretrizes para uma política de saúde ambiental para o país*”. E, ainda, a relação com a saúde e a ampliação e a qualificação da participação social era um de seus objetivos específicos, a seguir destacados.

- Promover e ampliar a consciência sanitária, política e ambiental da população a respeito dos determinantes socioambientais num conceito ampliado de saúde;
- Promover o debate social sobre as relações de saúde, ambiente e desenvolvimento, no sentido de ampliar a participação da sociedade na construção de propostas e conhecimentos que garantam qualidade de vida e saúde das populações em seus territórios;
- Identificar na sociedade civil as experiências positivas que estão sendo feitas territorialmente e em contexto participativo, os problemas referentes ao binômio saúde-ambiente e as demandas da sociedade para o poder público;
- Sensibilizar as populações para que constituam instâncias colegiadas que tratem de temas relacionados à saúde ambiental, de forma a disseminar informações, debater e decidir sobre as políticas de saúde, ambiente e desenvolvimento;

Entendemos, desta forma, que neste evento estariam presentes *sujeitos coletivos* militantes do SUS, que exercem o controle social, bem como sujeitos oriundos de outros movimentos sociais que nos permitissem identificar a visão sobre as perspectivas de ampliação e qualificação da participação social criadas pela SGEP/MS.

Os sujeitos sociais entrevistados tiveram o perfil categorizado a partir do seguimento em que se inserem como militantes do SUS, explicitados na lei nº 8142/90 e na Resolução 333/90. Não consideramos a proporcionalidade entre os seguimentos nem excluímos os que não fossem conselheiros de saúde. Nestes grupos, buscamos como entrevistados aqueles que tivessem atuado como gestores, usuários e profissionais de saúde em instâncias do controle social, no mínimo, desde 2003, quando teve início o primeiro governo do Presidente Lula.

Ampliando para além do controle social, buscamos, além de conselheiros de saúde, militantes de movimentos sociais com discussão e inserção nas questões do SUS, também, no mínimo, desde 2003. Todos foram categorizados pela sua atuação política enquanto usuários, gestores ou profissionais de saúde, embora na discriminação do seguimento de usuário seja apontado, quando adequado, a condição do entrevistado como profissional de saúde. Um

terceiro critério foi o de aceitação para participar da entrevista, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pela pesquisadora e pelo entrevistado. Ao todo, foram 13 os entrevistados, conforme as seguintes categorias:

**Segmento de Gestores de Saúde:**

- 01 gestor federal
- 01 gestor estadual
- 01 gestor municipal

**Segmento de Usuário do SUS:**

- 01 usuário do Conselho Estadual de Saúde do RJ
- 01 usuário do Conselho Municipal de Saúde (noroeste fluminense)
- 01 usuário do Conselho Municipal de Saúde (região metropolitana I)
- 01 profissional de saúde<sup>19</sup>/ seguimento de usuário do Conselho Municipal de Saúde (Baixada Fluminense)
- 01 profissional de saúde<sup>20</sup>/ seguimento de usuário – Conselho Distrital de Saúde
- 01 usuário de saúde – Conselho Estadual de Saúde
- 01 profissional de saúde – Movimento Social

**Segmento de Profissionais de Saúde:**

- 01 profissional de saúde – Conselho Nacional de Saúde/ Conselho Distrital de Saúde do Rio de Janeiro
- 01 profissional de saúde – Movimento sindical da saúde/ Saúde do Trabalhador
- 01 profissional de saúde – Movimento sindical da saúde

Adotamos um roteiro de entrevista semi-estruturado para permitir que o entrevistado pudesse discorrer sobre o tema de maneira mais livre, embora partindo de nossa questão central.

**O roteiro foi organizado com as seguintes questões:**

---

<sup>19</sup> Profissional de Saúde militante tanto no movimento dos trabalhadores como no de usuários.

<sup>20</sup> Profissional de Saúde prestando assessoria em entidade de usuários.

- Como você vê, atualmente, a participação social no setor saúde?
- Você acha necessário ampliar a participação social conforme preconizado pela Reforma Sanitária? Quais seriam as estratégias?
- Quais as dificuldades (limites) que precisam ser superadas no sentido de democratizar, estimular e qualificar a participação popular?
- Neste sentido, qual o papel que a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/MS tem desenvolvido desde a sua criação em 2003, aqui no Rio de Janeiro?

### 3.2.2 Os Resultados das Entrevistas

Os resultados foram abordados tendo como categoria central a participação social, de acordo com os seguintes eixos de análise:

- a) A Percepção sobre o papel da SGEP/MS na ampliação e qualificação da participação social.
- b) Procedimentos práticos para ampliação e qualificação da participação social
- c) Políticas instituídas com base na ampliação e qualificação da participação social
- d) As perspectivas e contradições da ampliação e qualificação da participação social

A participação social no SUS implementada pela política da SGEP/MS no Rio de Janeiro, na indicação dos entrevistados, é a seguir apresentada, a partir dos eixos acima definidos e com os respectivos comentários.

#### **a) A Percepção sobre o papel da SGEP/MS na ampliação e qualificação da participação social.**

A pesquisa empírica demonstra que a criação da SGEP/MS ocorreu por uma decisão de governo. Considerando que intelectuais orgânicos do Movimento da Reforma Sanitária estavam compondo o primeiro escalão do governo Lula, isto pode ser uma explicação para se criar estratégias que pudessem resgatar as bases da democratização da política pública de saúde para uma reaproximação do projeto original, vistos os limites impostos pelos governos neoliberais da década de 90. Porém, como se vê na seqüência das apreciações abaixo, ao destacarmos os diálogos colhidos com representante do seguimento de profissionais, verificamos que, inicialmente, existiu preocupação pela origem da iniciativa.

A criação da Secretaria de Gestão Participativa aconteceu logo no processo de eleição do Lula, houve toda uma articulação de várias pessoas, o Arouca, inclusive, foi uma das pessoas que estavam a frente dessa articulação, na proposição de que fosse, já no primeiro momento governo Lula, convocado a Conferência Extraordinária de Saúde (...) Mas nesse intervalo, 2002 eleição, e início de 2003, quando houve a posse do Lula, e o Humberto Costa assumiu o Ministério da Saúde, foi feita também toda uma nova forma de 'pensar' do Ministério da Saúde. Dessa nova maneira de pensar o Ministério da Saúde, uma das coisas que foi sugerida, foi exatamente a criação de uma área no Ministério que pudesse dar conta dessa idéia da Gestão Participativa. Que é mais até do que uma das diretrizes do SUS, estratégicas, que a

questão do controle social, da participação, isso é uma marca, o DNA do SUS, a questão da participação e do controle social. Isso é uma estratégia da organização do Sistema único de Saúde. E até para dar o valor devido a essa compreensão de que sem a participação da sociedade, e sem essa construção participativa e democrática, nós não conseguimos transformar esses direitos proclamados na Constituição em direitos efetivos (Informação verbal<sup>21</sup>).

Sem negar que o objetivo de criação da SGEP/MS estava relacionado ao resgate das bases da Reforma Sanitária, o profissional de saúde entrevistado aponta a preocupação com uma proposta que não chegou pelos sujeitos coletivos organizados na sociedade civil e sim por uma das bases políticas de apoio ao governo recém eleito. Eis o que diz sobre a criação da SGEP/MS:

No controle social a gente se encontrava preocupado, quando foi criado a SGEP, porque ela não vem de um debate coletivo com a sociedade civil, ela vem por uma decisão da época, do grupo do Arouca que retornava a gestão. E se buscava um lugar de importância para eles no sentido de resgatar as bases da reforma sanitária, de tentar rever porque a política de saúde tomou um rumo tão diferente do que era previsto na sua origem, e o que era possível para resgatar esse rumo. O conselho nacional de saúde vem com muita preocupação com a interferência governamental nas ações da sociedade civil organizada, ou seja, uma movimentação natural dos grupos na sua forma de se articular, de se construir, até que ponto isso se poderia caracterizar uma cooptação dos movimentos. Isso era um pouco mais pelo cuidado com o controle social, de maneira que isso não significasse uma intervenção de governo. Para a sociedade civil muito arriscada. (Seguimento de Profissional de Saúde).

No seguimento de profissionais de saúde que atuam no movimento de saúde não vinculado diretamente aos conselhos de saúde, encontramos depoimentos que desconhecem a existência da SGEP/MS, que denotam heterogeneidades relacionadas a base de inserção da militância política ou de exercício profissional. Observamos, a partir de nossa inserção como militante do SUS, que os trabalhadores e a militância das unidades de saúde do Ministério da Saúde, através do SINDSPREV/RJ e suas delegacias sindicais, se mantiveram distantes e alheios às instâncias de participação e controle social no Estado do Rio de Janeiro, durante toda a década de 90. Muito pontualmente, participaram de instâncias institucionalizadas, como por exemplo, a Mesa Estadual de Negociação do SUS<sup>22</sup>. Isso se deve, provavelmente, ao fato de não reconhecerem nestas instâncias, o poder de deliberação sobre questões corporativas de interesse de suas bases de representação. Disto ainda decorre o desconhecimento de militantes desta base das estruturas do Ministério da Saúde que tenham relação com a participação e o controle social, conforme o depoimento apresentado:

<sup>21</sup> Informação verbal obtida em entrevista com o Seguimento de Gestor de nível federal, em 2009.

<sup>22</sup> Mesa Estadual de Negociação – Instância de negociação permanente de caráter consultivo e propositivo reunindo gestores e sindicatos da área de saúde, instituída pela Resolução N° 1464/2000.

Eu vi um comentário sobre a criação dessa secretaria, mas, não deu para ter certeza como é o funcionamento, até então eu não obtive nenhuma informação com maior especificidade sobre essa secretaria. Pra mim é um assunto novo que agora que estou tomando conhecimento através da sua pessoa (...) é de suma importância, principalmente, os militantes da área da saúde participarem e acompanharem essa discussão da saúde no controle social. A gente sabe que os próprios sindicatos, até os da saúde, ainda é muito irrisória a discussão do controle social pelo movimento sindical (...) O sindicato (SINDSPREV/RJ) na sua diretoria, durante a década de 80 e 90, 93, foi muito difícil da gente discutir a saúde no Rio, dentro do próprio sindicato. O sindicato tinha sua luta voltada mais para as questões trabalhistas, para o local de trabalho, em relação às questões economicistas e a saúde não era vista como uma necessidade de ser discutida (Seguimento de Profissional de Saúde).

A entrevista com o seguimento de usuário revela que em sua percepção a finalidade da criação da SGEP/MS resgata a participação social conforme sinalizado na Constituição Federal, período anterior à regulamentação nos anos de 1990.

Ela (a SGEP/MS) trabalha a questão do controle social, mas com uma outra vertente, que é a participação da comunidade conforme é colocado na Constituição... E eu vou dar um exemplo clássico: na Portaria 399<sup>23</sup> que é do pacto pela vida, é a primeira vez que alguém diz que parte dessa sociedade organizada não precisa estar relacionada às instituições (Seguimento de Usuário).

Embora nosso objeto de estudo se detenha na SGEP/MS, a entrevista com um profissional de saúde do movimento social nos levou a constatar que no início do governo Lula ocorreu, na SEGETS/MS, uma iniciativa visando o fortalecimento da participação e do controle social, que mais tarde, não em sua plenitude, porém em parte, migra para a responsabilidade da SGEP/MS.

Eu não acompanhei a SGEP no governo Lula. Acho que dá para falar do primeiro momento do governo Lula até a crise do “mensalão” no governo Lula, onde teve troca de ministros da saúde. Saindo da classe que era do PT e entrando um ministro que era do PMDB. Eu acompanhei na primeira gestão do Ministério da Saúde do governo Lula, na época em que o Humberto Costa era ministro, eu era representante da executiva nacional dos estudantes (...) na articulação que começou a se estabelecer na outra secretaria que também foi criada no governo Lula, Secretaria de Gestão do Trabalho e Saúde, na qual Maria Luiza era coordenadora (...) que tinha um papel importante na maneira de pensar como que o governo Lula tece o fortalecimento do controle social (...) foi criada uma série de políticas que a gente chamava, na época, de “dispositivos disparadores de políticas” que tinham por objetivo mexer com a formação dos trabalhadores de saúde e também mexer com as disputas nas arenas da construção dos conselhos com objetivo de fortalecer vários atores que não estavam sendo fortalecidos até então. Então a gente teve estratégias de fortalecer o controle social não só na SGEP (...)por exemplo, muito conhecido, nos pólos de educação permanente, que é ampliar os debates dos projetos que estão sendo financiados a nível local, mas também com a criação da ANEPS que é Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde, onde vários movimentos sociais foram convidados a construir essa rede, com o objetivo de fortalecer e unir práticas que atuavam no mesmo território, no mesmo município, mas que não se conheciam. A idéia era que uma rede se fortalecesse e com isso se

<sup>23</sup> Portaria 399/ 2006 - Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.



fortalecesse, também, o controle social (Seguimento de Usuário/ Profissional de Saúde/Movimento Social).

A queda do Ministro da Saúde do Partido dos Trabalhadores e a diminuição do poder político dentro do Ministério, reduzindo o espaço de intervenção na perspectiva da ampliação e da qualificação da participação e do controle social, foi também, referenciada.

Com a queda do Humberto Costa em 2005, e a saída da Maria Luiza da coordenação das SEGETS, todas as propostas de “disparadores de políticas” que até então tinham por objetivo fortalecer outros atores sociais, deixaram de receber investimento. A forma de conduzir as políticas das SEGETS mudou. Se direcionam os esforços da SEGETS para outra direção, e os movimentos sociais deixam de ser acolhidos pelo Ministério da Saúde naquela secretaria. Das políticas que existiam esses “disparadores” só a ANEPS foi preservada, mas não preservada dentro da SEGETS, ela encontrou espaço de atuação dentro da SGEP, ela migrou para a SGEP. E só a partir daí que eu tive a oportunidade de acompanhar um pouco o trabalho da SGEP, então a ANEPS, continuou recebendo um investimento político e financeiro da SGEP, e articulando projetos de educação popular em saúde, articulando um encontro de diversos atores para fortalecer o controle social (Seguimento de Usuário/ Profissional de Saúde/Movimento Social).

## **b) Procedimentos práticos para qualificação e ampliação da participação social**

Os procedimentos ou iniciativas no sentido da qualificação e da ampliação da participação social ocorreram, inicialmente, através da organização, em todo o país, de seminários abertos à participação da população, organizados como sujeitos coletivos ou simplesmente como cidadãos.

Uma das coisas que a gente resolveu estar trabalhando naquele momento, era incentivar seminários de gestão participativa a nível nacional. Envolvendo gestores, usuários, e quem mais quisesse, quer dizer, era aberto, não era uma estrutura de conferência. Era um espaço aberto. Que não precisava de delegação nem nada. Bastava ser cidadão da região, do local, e de qualquer coisa que pudesse participar ali livremente (Seguimento de Gestor).

Os seminários cumpriram então o papel de levantamento situacional, considerando os problemas sanitários e a rede de atenção à saúde existente e, também, a organização do controle social na base municipal, permitindo verificar se na constituição dos conselhos de saúde a paridade entre usuários (50%), profissionais (25%) e gestores públicos e privados (25%) estava de acordo com a Resolução nº 333/2003<sup>24</sup>. Além de possibilitar a agregação de outros sujeitos coletivos ou cidadãos interessados na discussão da política pública de saúde.

---

<sup>24</sup> Resolução 333/2003 dispõe sobre as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde.

Fizemos os seminários com uma metodologia muito interessante, que era o panorama sanitário das regiões. Quais os problemas de Saúde? De que maneira está organizado o sistema para dar conta desses problemas? Visão sanitária, panorama da assistência e o panorama da participação. Que era até para a gente estar atualizando em cada local, se realmente havia respeito à Resolução 333/2003 via incentivo dos municípios para que essa participação se desse de uma forma adequada (Seguimento de Gestor). Na Metropolitana II, eu me lembro de um caso interessante, que todos os municípios resolveram constatarem no seminário de gestão participativa, porque praticamente nenhum deles estava respeitando a Resolução 333, que era da paridade do conselho. Foi feita toda uma movimentação, que ao prazo de um determinado período, por volta de um ano, e todas as câmaras de vereadores e municípios se adequaram a Resolução 333 (Seguimento de Gestor).

Existe, na cidade do Rio de Janeiro, uma estrutura que, administrativamente, nos referimos como Escritório Regional do Ministério da Saúde, responsável pelo gerenciamento dos hospitais federais aqui situados. Em sua estrutura, passou a funcionar uma equipe descentralizada da SGE/MS, o que poderia, também, ter contribuído para que esses seminários fossem organizados em todas as regiões do Estado do Rio de Janeiro a partir da parceria que se estabeleceu com o Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e com duas universidades.

Aqui no Rio de Janeiro a gente trabalhou de uma maneira, talvez, a mais abrangente de todas, porque a gente conseguiu com o Conselho Estadual, que foi um protagonista importante nesse processo aqui no Rio de Janeiro, junto com a secretaria de gestão participativa, e uma parceria com duas universidades públicas, que foi a UFRJ - o Instituto de Saúde coletiva da época, e a UERJ na área da Maria Inês Bravo. Nessa parceria das duas universidades com o conselho e a secretaria de gestão participativa do Ministério da Saúde, a gente organizou seminários de gestão participativa em todas as dez regiões do Estado, inclusive tirando os Cadernos Metropolitanos...A gente fez uma publicação nacional chamada Cadernos Metropolitanos (Seguimento de Gestor).

A fala dos entrevistados revela que houve um grande envolvimento na organização desses seminários, tanto por parte da secretaria executiva do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, inclusive com a participação de seus conselheiros, como das universidades.

Nós fizemos encontros imensos, com uma participação imensa da sociedade, onde se tirou uma série de agendas que foram praticadas, e um legado desses encontros estão aí. ...Houve realmente uma novidade do ponto de vista de estar criando esses espaços de uma gestão pública mais participativa. Várias decisões foram tomadas (Seguimento de Gestor).

A iniciativa possibilitou que os gestores municipais, ainda que não organizassem no nível municipal uma secretaria de gestão participativa, passassem a colocar a ampliação da participação social como meta desejável, como podemos observar diante do depoimento abaixo:

existe a perspectiva da Secretaria estar preparando seminários, discussão com o SUS, nos diferentes setores, nas diferentes comunidades, para que haja a ampliação dessa discussão, para que haja renovação dessa discussão, para que haja maior acesso da sociedade como um todo na discussão do SUS, e não que fique só, embora o Rio tenha praticamente 800 conselheiros de saúde entre os municipais e distritais, mas mesmo assim, muita gente, muita das organizações sociais, a sociedade civil organizada, em outros aspectos ele acaba não se integrando nessa discussão (Seguimento de Gestor Municipal - 03).

Em relação a estes seminários, que deram início às atividades da SGE/MS no Estado do Rio de Janeiro, encontramos depoimentos do seguimento de usuários que se referem de maneira diferenciada, seja como um momento de aprendizado:

Eu me lembro que em 2003 nós fizemos capacitação para conselheiros de saúde, e a gente teve um aprendizado tão rico através da professora Inês Bravo, no conselho estadual de saúde, e foi um momento tão maravilhoso para todos nós, para o estado do Rio de Janeiro, para o município do Rio e para outros municípios, porque o conselho de saúde conseguiu atingir outros municípios (Seguimento de Usuário).

Seja com a expectativa de uma continuidade do projeto, como vemos abaixo:

Eu queria fazer dois comentários. Primeiro que eu participei do grupo que discutiu os Cadernos do Estado do Rio de Janeiro, um bando de “kamikases” que saíam por aí desesperadamente, e os cadernos, eles pra mim são essenciais, só que eles tinham, na minha visão, dar continuidade, o projeto tinha que continuar, e nós tínhamos que apresentar os resultados dos projetos em uma mesa com os atores, e tentar afinar algum equívoco que os cadernos apontavam, ou que estimulou a discussão Mas deixa-me falar uma coisa para que não tenha dúvida. Os projetos dos cadernos foram excepcionais. O que faltou para mim foi a devolutiva. Teria que ter uma segunda parte, para o grupo que trabalhou os cadernos e aplicou os seminários, pudessem fazer uma avaliação de como vão implantar a situação diagnosticada. Porque senão você fica com uma coisa muito bonita, e que viram letras mortas. Então, se você tiver esse meio, essa inserção, é que o grupo que fez retorne um tipo de devolutiva, que se faça isso. Então nós vamos ver o que foi aplicado, o que evolui, monitorar. Porque sabe como ficou? Ficou um serviço bem feito, mas, não acabado porque não deram continuidade, independente, se isso gere, ou não, despesa. Porque a despesa inicial é importante porque foi feita. Tem que ser com o grupo que fez? Não sei. Mas para mim tinha que dar seqüência e retorno daquele trabalho. Porque foi um trabalho que mudou a cabeça do Conselho estadual de Saúde. As pessoas não admitem, mas através desse grupo de doidos, é que nós começamos, a saber, o que acontecia nos Conselhos Municipais, que até então o Conselho Estadual estava dentro de seu aquário sem saber o que iria fazer (Seguimento de Usuários).

Ou, ainda, como uma vaga lembrança, quando a questão se referia a alguma atividade promovida pela SGE/MS.

Já ouvi sim, mas no município nós não vemos ação concreta. (Seguimento de Usuário)

A referência a estes seminários pelo depoimento do seguimento de profissionais de saúde é marcado pela participação da SGE/MS e pela abrangência a todos os municípios do estado.

Eu participei do projeto de políticas públicas da UERJ coordenado pela professora Maria Inês Bravo, e esse a gestão participativa esteve lado a lado, nas reuniões mensais, nos encontros que foram feitos nos 92 municípios do Estado, com várias seminários de saúde, com a organização da Metropolitana I, II, III, IV e V. Sempre essas alunas atentas a estar colhendo material e a gestão participativa ajudou muito na elaboração dos cadernos que foram distribuídos a título zero para todos os participantes (Seguimento de Profissional de Saúde).

Linhas de financiamento foram abertas e projetos de interesse foram apresentados e realizados, conforme o relato do depoimento que se segue:

Eu percebi que alguns grupos mais organizados da sociedade civil conseguiram fazer projetos para a secretaria que tiveram financiamentos ministeriais, eu reputo o projeto que foi feito com a professora Inês Bravo na UERJ, que é um trabalho muito legal de mapeamento dos conselhos de saúde, ela deu um perfil dos conselheiros, um perfil da organização desses conselhos, da estrutura física deles, olhando um pouco o perfil de cada município, de cada região (...) E o outro foi um trabalho um pouco menor, mas que esse sim nasce das bases, que foi o trabalho que a escola técnica de saúde fez aqui, com os municípios da Região Norte e Noroeste que se organizaram em forma de pólos de educação permanente e pautaram a necessidade de apoio financeiro estrutural para capacitar os conselheiros, entendendo que os conselheiros não tinham nenhuma condição naquele momento, de discutir a política de gestão de trabalho e educação, porque eles desconheciam, eles não tinham instrumentos para fazer isso (...) então foi muito legal porque foi a primeira vez que eu vi um projeto que realmente nasce da base do conselho de saúde das lideranças que você tem naquele conselho (Seguimento de Profissional de Saúde).

Outro procedimento prático se deu com o Programa de Inclusão Digital – PID que permitiu que os conselhos de saúde fossem estruturados de maneira a permitir que os conselheiros tivessem facilitado o acesso à informação e, também, a processos de formação.

Então o que a SEGEP fez com isso, criou um programa chamado PID, Programa de Inclusão Digital. Hoje, nós podemos dizer que vários conselheiros conseguiram ter acesso ao computador através do Programa de Inserção Digital, nós podemos dizer que os conselhos municipais de hoje tem um computador, através do trabalho da SEGEP, nós podemos dizer (...) chegou a impressora, e agora está chegando com uma parabólica, uma televisão com curso presencial ou a longa distância, com grade definida também pela SEGEP (Seguimento de Usuário).

Ainda reafirmando procedimentos práticos, houve referências aos processos de formação para conselheiros de saúde sobre finanças, o que permitiu que, conhecendo-se os procedimentos financeiros, ganhassem independência do gestor público para desenvolver as atividades técnicas e políticas, pertinentes ao exercício da representação, conforme exposto pelo entrevistado.

E para acabar com essa loucura, e você entender muito melhor, desde Belo Horizonte na oficina da região sudeste, das comissões intersetoriais de finanças, a SGEPE entra com o PID dentro das Comissões de finanças. Para discutir o que? Dotação orçamentária, rubrica nos conselhos. Fala-se há dez anos, o conselho não tem gestão, o conselho não tem isso, não tem aquilo, mas ninguém ensinou o conselheiro como é que ele insere a rubrica que gera a passagem, que gera o deslocamento, que gera o dia a dia. Como é que eu cheguei aqui hoje? Como é que eu cheguei aqui ontem? Isso gera despesa. E quem financia essa despesa? O

Poder Público através da participação da sociedade em seguida na gestão através do orçamento (Seguimento de Usuário).

Ao nível nacional, talvez com pouco reflexo aqui no Estado do Rio de Janeiro, em especial na capital, foi criado em 2003, dentro da SGEP/MS, o Grupo da Terra, com objetivo de atender um grupo populacional que historicamente tem dificuldade de acesso aos serviços de saúde. O próximo depoimento nos apresenta o acontecido.

Foi criado o Grupo da Terra em 2003 que era destinado a alcançar junto com os movimentos sociais construir uma proposta de política de saúde para a população do campo. Tendo claro que a política do Brasil tem uma dívida histórica com a população do campo, porque nunca existiu uma política destinada para atender essas populações, que segundo o IBGE são 19% da população brasileira, não tem acesso ao Sistema público de saúde. E o que está sendo oferecido hoje, só é a chegada de um PSF, que é um PSF urbano piorado, porque chega sem médico, sem enfermeiro, quando tem um médico é uma vez por semana. Então é um PSF piorado (Seguimento de Usuário/ Profissional de Saúde/Movimento Social).

### **c) Políticas instituídas com base na ampliação e qualificação da participação social**

A SGEP/MS representou um espaço importante, pelo depoimento que apresentamos a seguir, materializado na formulação de uma política de inclusão de um grupo social cuja especificidade ainda não era atendida pelo SUS, havendo limites em relação ao acesso aos serviços e à atenção integral de saúde.

Então esse grupo que parecia um grande avanço dentro da SGEP, criado em 2003, porque inseria de fato os movimentos sociais na construção, ele formulou uma proposta de política que se chama Política nacional de Saúde Integral na Atuação dos Povos do Campo e das Florestas, como seringueiros, quebradeiras de coco, que não se reconhecem como pessoas do campo, foi inserido o “das Florestas”. Então foi formulada uma proposta de política que foi apreciada no Conselho Nacional de Saúde, foi aprovada, e até hoje os ministros da saúde não instruíram essa política, a gente já está em 2009 e desde de 2003 os movimentos sociais tem dedicado energias fortes para construir essa política. Eu acho que isso representa o quanto as políticas de fortalecimento do controle social e a relação com os movimentos sociais tem um espaço, uma participação política muito restrita, muito pequena dentro do próprio Ministério da Saúde (Seguimento de Usuário/ Profissional de Saúde/ Movimento Social).

A importância da ampliação e qualificação da participação e do controle social parece ter sensibilizado as secretarias municipais, de modo que, mesmo quando não se criando uma secretaria à semelhança da SGEP/MS, fortalecem-se estruturas que buscam objetivos semelhantes. É o que levantamos junto ao depoimento deste gestor municipal.

Embora não tenha na sua estrutura, os pilares da gestão participativa estão sendo contemplados como, por exemplo, nas ouvidorias, como educação popular, o município tem um Núcleo de Ciência, Cultura e Saúde, que trabalha com a educação popular. Para você ter uma idéia, você tem um grupo de teatro que discute *Brecht* com agentes de endemias e agentes de comunitários de Saúde. Então, embora não tenha na sua estrutura a sub-secretaria,

ou o que seja, de gestão participativa, os pilares da gestão participativa, como ouvidoria, educação popular e outras, eles estão incluídos dentro dos programas que existem na Secretaria (Seguimento de Gestor Municipal).

#### **d) As perspectivas e contradições da ampliação e qualificação da participação social**

A partir do diálogo inicial proposto pelo nosso roteiro semi-estruturado, as entrevistas, partindo de questões diversas que foram se sucedendo, apontaram para impressões sobre as perspectivas, em alguns casos, e contradições, em outros momentos, da participação social. No primeiro diálogo, ao se levantar a crítica sobre a militância profissional, no sentido dos conselheiros se repetirem nos Conselhos de Saúde, suscitou-se um depoimento que estabelece a relação entre a democracia representativa dos Conselhos de Saúde e a democracia participativa dos sujeitos sociais.

Eu não estou no grupo que acha que os Conselhos são...Eu acho que tem problemas como todas as formas de organização que precisam o tempo inteiro estar sendo revitalizada. Eu acho que o papel dos Conselhos no Sistema Único de Saúde, incontestavelmente, ela é predominantemente positiva. Eu não tenho a menor dúvida com relação a isso. Eu acho também que os Conselhos têm um papel próprio, a natureza do instrumento do Conselho que é uma representação. As pessoas que são dos Conselhos e são escolhidas pelas suas entidades para estarem representadas no Conselho, elas tem uma base também de representação. O que nós estamos falando quando a gente pensa na ampliação, e nessa radicalização da democracia é também importante para os Conselhos. Os conselhos são os primeiros a estarem apontando para essa necessidade. Eu não vejo nenhuma contradição. São duas dinâmicas, que são autônomas, cada uma tem um papel e uma representação e ao mesmo tempo dialogam entre si. Na verdade o que a gente quer é uma sociedade de protagonistas, de sujeitos, de cidadãos. Quanto mais protagonismo, autonomia e influência que o cidadão comum tiver, melhor também serão seus órgãos de representação. Quanto mais a sociedade é viva e atuante, cidadã, melhor também esses órgãos de representação de conselho, e no fundo esse grande diálogo entre a democracia representativa e participativa. Porque a democracia representativa tem o seu papel, como os Conselhos são uma parte dessa democracia representativa. E ao mesmo tempo esse diálogo, com essa dinâmica mais ampliada, mais abrangente, que é o cidadão protagonista e sujeito, e que possa cada vez mais estar qualificando a relação com a sua representação (Seguimento de Gestor de Saúde).

Em relação às possibilidades criadas pela SGE/MS na ampliação e qualificação da participação social, se registra nesse depoimento sobre esta política de governo, o risco de uma cooptação dos movimentos sociais.

Então a gente pedia para que o Ministério tivesse cuidado com essa secretaria, ela poderia ser um instrumento contrário a organização do controle social, um instrumento de intervenção direta do Estado, do governo na organização social do país, de uma maneira perigosa, porque nem todo governo defende uma sociedade livre, respeitando diversidades, a gente tem medo porque quando você cria uma estrutura organizacional no Ministério, você não cria para um mandato de governo, você cria para um Ministério que pode ser usada de um jeito ou de outro. Eu acho que o conselho nacional de uma certa maneira atua de uma forma bem coerente. Existiam aqueles que a princípio queriam que ela acabasse, e existiam outros que como eu que defendiam que ela tinha que modificar o rumo, e ela tinha que ter gestor com uma visão política mais embasada, que tivesse vindo de movimentos sociais, que soubesse qual o linear, qual é o limite que você tem entre governo e sociedade, o que é sociedade civil,

respeito a organização da sociedade civil de uma maneira mais livre...E o Antonio Alves tem cumprido esse papel (Seguimento de Profissional de Saúde)

Quanto ao financiamento de projetos, os diálogos demonstram os limites impostos tanto pelos entraves burocráticos relativos aos projetos apresentados para serem financiados, como pela tênue medida que deve manter independente a sociedade civil do Estado, ainda que a política pública tenha partido da necessidade de juntar sujeitos coletivos para qualificar a participação social. Vejamos os depoimentos que se seguem:

Agora é uma secretaria como o ministério da saúde, amarrada, truncada, submetida àquele grupo horroroso que controla a parte orçamentária do Ministério. Então os projetos as vezes demoram três anos, dois anos para terem seu recurso liberado. E muitas a instituição, a organização social que você tinha já mudou de gestão, já mudou a sua composição, local e política, e quando o projeto é liberado às vezes pode perder inclusive o sentido de ser feito, porque perdeu o tempo histórico para ele (Seguimento de Profissionais de Saúde).

O risco dos movimentos sociais que se organizam dependentes do financiamento do governo, sem saber fazer articulações independentes para alcançar as metas de seu interesse foi sinalizado.

Então teve uma grande confusão entre os movimentos sociais, primeiro aconteceu com a ANEPS, foi criado pela SEGETS, surgiu tendo financiamento público e quando a SEGETS muda de gestor, deixa de ter investimento público e fica um pouco perdida, sem saber como fazer as articulações, tanto que ela recorre a SEGEP para pedir financiamento para conseguir realizar os encontros. A avaliação pode ter sido muito positiva no primeiro momento, mas parece que os atores políticos que foram fortalecidos ficaram um pouco presos, não conseguindo se ver de uma forma separada da gestão que fortaleceu eles (Seguimento de Usuário/ Profissional de Saúde/ Movimento Social).

Além das peculiaridades criadas pelo financiamento, foram levantados aspectos relacionados aos períodos de gestão do Ministério da Saúde. Inicialmente, apresentamos o depoimento sobre o posicionamento público do Ministro da Saúde em relação à criação das fundações estatais, após a proposta ser rejeitada na 13ª Conferência Nacional de Saúde.

Eu acho que essa secretaria trouxe algumas coisas, mas ela poderia estar muito mais fortalecida, se também o Ministério e o ministro tivessem uma visão democrática de saúde. Quando o ministro conflita com os movimentos sociais, encaminha uma proposta que é rejeitada numa conferência de saúde, a revelia de qualquer preocupação em consequência disso, que vive em linha de colisão com o Conselho Nacional de Saúde, você não vai esperar que esse é o ministro que vai dar sustentabilidade econômica aos projetos numa secretaria de gestão participativa, só sendo inocente para achar que vai ser. É importante a gente desassociar o que era a SGEP, gestão Humberto Costa, e o que é SGEP, hoje com o Temporão (Seguimento Profissionais de Saúde).

E sobre a política elaborada no interior da SGE/MS, aprovada no Conselho Nacional de Saúde e não priorizada na agenda do Ministério da Saúde, o depoimento que registramos corrobora o diálogo acima:

Aparentemente pode parecer contraditório porque o ministro da saúde hoje, que é considerado uma referência no movimento sanitário, mas a gente vê que não. A gente vê que mesmo as pessoas que tem relação com o chamado Partido Sanitário, que é um sanitarista, tem abandonado essa agenda de fortalecer os atores políticos que fazem, ainda hoje, um movimento de resistência muito grande dentro do Brasil. Como o MST, são marginalizadas (...) porque não tem prioridade na pauta do Ministério da Saúde (...) uma proposta de política que o governo Lula tinha se comprometido em criar já no seu primeiro governo e tudo indica que vai acabar o governo Lula no ano que vem, e não terá sido assinada a criação da política para a população do campo e das florestas (...) Os movimentos sociais dedicaram 06 anos das suas energias, e a gente sabe de todas as dificuldades, para construir uma política que não sai do papel. Eu acho que essa política é exemplo bem concreto e bem importante, para gente pensar qual a relação desse governo que se diz, vem tentando fortalecer o controle social, tem com os movimentos sociais (...) Mas eu acho que tem que olhar para o governo, não como um governo homogêneo. Existem pessoas que tentam fazer esforços lá dentro para fortalecer, e essas pessoas não são fortes dentro desse lugar, então acabam que na relação geral, são migalhas que são oferecidas aos movimentos sociais na minha opinião, e que tendem a confundir esses movimentos e dificultar para eles a identificação de um inimigo do ponto de vista político (...) Eles têm que receber migalhas e num plano mais concreto, mais geral, não há sinalização de políticas que avancem na reforma agrária, na universalização ao sistema público de saúde, em tornar público os sistemas, pelo contrário, a gente avança na privatização do sistema. De uma forma geral o governo tem mantido próximo os movimentos sociais. É parece muito importante para o governo gerar consenso, ter menos resistências e conseguir até se prolongar no poder (Seguimento de Usuário/ Profissional de Saúde/ Movimento Social).

Quando tratamos da ausência de seguimentos e movimentos importantes da participação e do controle social do SUS e que contribuição a política da SGE/MS poderia dar no sentido de trazer esse sujeitos coletivos, ampliando a participação social no SUS, obtivemos os seguintes depoimentos:

Eu não sei se a SGE seria o órgão, porque ela é uma organização estatal, para promover isso. Eu acho que o Conselho Nacional de Saúde sim. Ele teria esse papel de estar verificando que movimentos sociais hoje estão de fora do controle social, estar fazendo uma auscultação desses movimentos de uma maneira mais próxima, para verificar se não é uma coisa intencional. Por exemplo, existem movimentos aqui no Rio de Janeiro que não querem compor conselhos de saúde, não querem participar de conferências, não querem porque não concordam com o formato, ou porque não acreditam que essa forma de participação tem algum resultado para sociedade e para as pessoas que eles representam dessa sociedade, porque acham que não tem quadro disponível e priorizam outros lugares (...) A gente tem que entender que os movimentos não são iguais, não tem que ser, e eles têm os momentos deles. Existem momentos, por exemplo, da organização sindical que priorizam o Conselho Nacional de Saúde, põe seus melhores quadros, e está lá dentro, e pauta. E tem movimentos que acham um absurdo, que esvazia o Conselho nacional, que ela põe quadros sem relevância, dentro da sua direção, que não pauta (...) E não é essa central, ou aquela central de trabalhadores, não é esse sindicato ou aquele sindicato ou essa categoria ou aquela categoria (...) nesse momento o MST tem pautas muito mais conflituosas do que a saúde, porque a saúde bem ou mal, as pessoas conseguem acessar, se ela é de qualidade ou não eu não entro no mérito, mas elas ainda conseguem ter acesso. Agora o acesso a terra... (...) Eu acredito que não estar no controle social, não é casual, é uma decisão política deles, porque o momento deles não aponta para isso (Seguimento de Profissionais de Saúde).



De modo mais pontual, em relação aos movimentos do campo, o depoimento expressou a importância desses seguimentos, que não têm presença no controle social, de participarem destas instâncias:

Mas, por exemplo, o Movimento do Sem Terra, eu acho que ele tem lugar e assento em quaisquer instâncias dessas. Eu vejo também que essa representação se quiser se fazer valer, ela não terá a menor dificuldade. Eu vejo que muitas vezes, temos que ver o porque que esse movimento que tem tanta relevância, que no fundo traz a bandeira de uma reforma que até hoje o Brasil não conseguiu realizar, que é a Reforma Agrária, entre as reformas democráticas da sociedade brasileira. A Reforma Agrária, com certeza, é uma delas, importantíssima, até porque dessa área da agricultura, não só dos Sem Terra, mas também da pequena agricultura, da agricultura familiar, a pequena agricultura que produz 80% da comida que a gente consome. Claro que esse movimento como estratégia até para a vida da sociedade ele tem assento em qualquer lugar. Eu não sei quais são as barreiras para esses sujeitos coletivos estarem representados em instâncias, como por exemplo, Conselho do Ambiente, Conselho Nacional de Saúde (Seguimento de Gestores).

Ao se levantar a multiplicidade de particularidades (saúde do portador de aids, do renal crônico, do cardiopata, etc...) no movimento da saúde, perguntou-se sobre dificuldades ou facilidades que se criavam no sentido de unificar pautas em torno de um projeto comum da classe subalterna. Os depoimentos apontaram o esvaziamento dos espaços de lideranças capazes de unificar pautas, a dificuldade em se formar novas lideranças em gerações marcadas pelo isolamento, pelo medo e pela ausência de uma cultura de solidariedade; marcadas por uma cultura do mundo virtual, que não fortalece o cuidar do outro, o se ligar na necessidade do comum.

Atrapalha, se você não tiver lideranças centradas que consigam unificar as pautas. E a gente está carente demais de liderança nos movimentos, a gente esqueceu de formar líderes, os líderes foram para outros lugares. Os lugares ficaram vazios, mal ocupados, e hoje você tem um desvio enorme das forças da sociedade civil, da potência que você tinha, por falta de líderes. E os que se destacaram foram buscados para outros lugares. Então, você teve um esvaziamento muito grande, uma descrença. Formar líder no Brasil não é uma prioridade, você ser estimulado desde a escola de 1ª a 4ª série, a se omitir, a não falar, a não se meter na vida do outro, a não dar palpite naquilo que não é da sua alçada, a não opinar. A gente conduz uma geração inteira ao silêncio. Primeiro a geração dos nossos pais, conduzida pela ditadura, pelo temor da morte, pelo temor de ser taxado de comunista, de diferente. Depois nossos pais que nos criaram pelo temor de uma nova ditadura. E nós estamos criando nossos filhos pelo temor do tráfico, das milícias, do poder paralelo que você tem nesse país. Então a gente cria uma juventude que tem medo de falar, que não defende o próximo, que tem medo de se posicionar, que está preocupado em cuidar do seu próprio canto. Sem entender que você mora em um bairro, uma cidade, um país, um mundo, e que tudo está interligado. E que hoje se isola na frente de um computador em um mundo virtual. Você vive um sofrimento diário em casa, no bairro, você tem tiroteio na porta de casa, mas quando você senta na frente do computador é tudo maravilhoso. Então nossos filhos hoje, nossa geração próxima é a geração do isolamento, é a geração do virtual, do ver o mundo como ele poderia ser, e não ver o que está em volta. Então vai ser muito difícil conseguir liderança nesse processo. Vai ser muito difícil você ter movimentos sociais fortalecidos se você tem uma cultura de silêncio, de omissão, de ausência, de um não cuidar do outro. É a vontade de você querer cuidar do outro que faz o movimento social, E isso a gente parou de fazer. Eu não sei se é uma Secretaria de Gestão Participativa, se é uma estrutura de governo que vai fazer. Porque uma sociedade, ela

não é hoje pautada por nenhum desses lugares, ela é pautada por uma mídia muito cruel. Eu acho que onde a gente está errando é na capacidade de intervenção na comunicação de massa que hoje é nenhuma. A comunicação de massa está na mão de quem não quer uma organização social (...) É um enfrentamento diferente, que eu não sei, até onde uma estrutura do Ministério da Saúde pode ir, atuar ou intervir, pode ser que possa, mas eu não enxergo isso de uma maneira clara (Seguimento de Profissional de Saúde).

Ainda considerando as dificuldades para se unificar pautas para a construção de projeto hegemônico da classe subalterna, a partir da produção social da saúde que tem por base a melhoria na qualidade de vida, o depoimento considera a diferença de conjuntura. Considera que os movimentos se organizavam na década de 1970 e na de 1980, caracterizados pela necessidade de se lutar pela mudança de sociedade, superando-se o limite dado pelo controle social estabelecido na legislação do SUS dos anos 90, que mantém a luta estritamente no setor saúde, mantendo-se, assim, o mesmo modelo de atenção.

E depois nesse movimento da reforma sanitária brasileira, na década de 70 e 80, eu acho que quando se criou... Se colocou os determinantes sócio-ambientais de saúde, reconhecendo que a saúde é determinada e impulsionada socialmente, a gente pode perceber que para lutar pela saúde, tem, de se lutar pela mudança da sociedade, que é profunda. Mas os conselhos de saúde, e a forma de participação ficavam restrita ao setor saúde, o conselho do governo é restrito a saúde, que acaba se fechando muito na criação de uma rede assistencial que fica preso ao âmbito biomédico (...) Porque a gente não consegue aglutinar os atores hoje? Eu acho que na década 80 quando foi formulada a proposta do SUS, era uma década de lutas no nosso país. Onde UNE, CUT e PT...O surgimento do MST em 84 eram movimentos que lutavam na mesma direção e aglutinavam muitos atores políticos (Seguimento de Usuário/ Profissional de Saúde/ Movimento Social).

Referem, ainda, às dificuldades de hoje em relação às dos anos de 1980 e 1990, para se aglutinar os movimentos sociais da classe trabalhadora e no que, atualmente, diferencia o MST (Movimento dos Sem Terra) dos demais movimentos que abandonaram o horizonte de luta por um mundo socialista; e, por fim, as dificuldades pela ausência de um partido político que acolha os movimentos sociais que lutam nesta direção.

Fica um pouco repetitivo, com a queda do Muro de Berlim, e com a onda Neoliberal que acontece na década de 90 nos países da América latina, considerado como se o socialismo tinha acabado...Foi vencido pelo capitalismo, porque foi criada pela mídia, a idéia de que não haveria outra forma senão, o capitalismo. E as lutas na década de 90 começaram a perder consciência de classe, de projeção de futuro, de acreditar em um mundo socialista, se restringindo a classes mais corporativas, mais restritas. Por isso que a gente vê o surgimento e a multiplicação na década de 90 de ONGs que tratam de questões muito pontuais. E vê os movimentos da década de 80, sendo restringidos do seu nível de consciência (Seguimento de Usuário/ Profissional de Saúde/ Movimento Social).

Abordando as diferenças entre os grandes movimentos de massa e as conseqüências destas diferenças, em especial em relação às responsabilidades do MST (Movimento dos Sem

Terra) e do Partido dos Trabalhadores que venceu as eleições com a confiança das classes subalternas, manifestam que encontram, atualmente, dificuldades de se aglutinarem em torno de um partido, em função das decepções com o governo:

O que diferenciou o MST desses grandes movimentos, representantes da classe, PT, UNE e CUT, é que esses três abandonaram a promoção de base, abandonaram a luta concreta e apostaram numa luta por dentro dos aparelhos de Estado, onde quem estipula as regras não são os trabalhadores, mas sim, a classe dominante. O que mantém o MST ainda com radicalidade na luta...O cunho socialista, eu acredito que nunca ter abandonado, o trabalho de base, e a palheta de que a base é o que há de mais importante dentro do movimento. Eu acredito que nunca é abandonado, o trabalho de base, e a clareza de que a base é o que há de mais importante dentro do movimento.(...) O PT garantindo ministérios para lideranças da CUT, vai acabar repercutindo no que a gente vê hoje na sociedade brasileira, que tem dificuldade de se organizar, e uma crise de identidade da classe dos trabalhadores. Os movimentos mais críticos tem dificuldade em achar um local onde eles são acolhidos, e que os aglutine, a falta de um partido político que organize a classe trabalhadora. (...) Apesar da importância do MST no país, não será o MST sozinho que terá condições de fazer a mudança na saúde brasileira. E que não consegue perceber até hoje, digamos na sociedade moderna, na sociedade capitalista, de lutas, sempre esteve muito presente o papel do partido em articular os trabalhadores. Apesar da gente ver hoje o Partido Comunista Brasileiro se rearticulando, parece que ainda há uma grande crise da classe trabalhadora em olhar para o partido e se identificar, sentir o desejo de se afiliar e a militar nos trabalhos de base desse partido. Essa é a grande contribuição que o PT conseguiu dar na luta dos trabalhadores do nosso país (...)conseguiu fazer o que o Fernando Henrique fez (...)conseguir ter quebrado as articulações dos movimentos sociais (...) O governo Lula aglutinava para lutar contra o Fernando Henrique e conseguiu grande representatividade da classe trabalhadora nas votações (Movimentos Sociais – Profissional de Saúde).

Estes depoimentos apresentam a visão dos militantes de diferentes *sujeitos coletivos*, organizados, aqui, como usuários e profissionais de saúde e gestores de diferentes níveis de governo, sobre a SGEP/MS, a partir de seu papel de estimular e contribuir para a construção de agendas públicas em saúde, fundamentadas nos direitos do cidadão, ampliando a participação e o nível decisório em interação com os processos de descentralização e mudanças de cultura de gestão (MS/SGEP, 2008).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossas considerações apontam para as contradições típicas de um governo de coalizão, composto por frações da classe subalterna que negociam o poder com a classe dominante..

Os documentos consultados e os depoimentos colhidos nos levam a afirmar que está em curso uma ação política consistente de ampliação e qualificação da participação social no Estado do Rio de Janeiro, cujos limites e perspectivas estão interpretados de modos diferenciados pelos sujeitos *coletivos* que se mobilizam em torno do SUS. Esta ação, ainda que originada no setor saúde, demonstra, pelos projetos em andamento, uma intersetorialidade com outras áreas estruturais do governo. Porém, as contradições com a qual nos deparamos nos depoimentos sugerem-nos algumas questões.

Inicialmente, nos perguntamos se a ocupação de cargos de primeiro escalão do governo Lula com quadros de sua base de apoio, como da CUT, da UNE, do PT e de outros sujeitos coletivos configura-se como *transformismo*. Em um governo de coalizão com frações da classe dominante, as frações da classe subalterna, em especial, em nosso caso, que concentra militantes da esquerda, podem se organizar no sentido de possibilitar, pelas políticas públicas, as condições que estimulem a organização e a participação de novos sujeitos coletivos? Sendo o Brasil um país onde, historicamente, os avanços sociais foram alcançados por sucessivas revoluções passivas, é importante para a população "receber" semente de uma nova cultura de participação? De uma nova vontade coletiva?

Mas, em que cenário estar-se-ia plantando sementes de uma nova vontade coletiva? Naquele em que, segundo depoimentos, os militantes não conseguem mais confiar devido à decepção com o Partido dos Trabalhadores, devido à cooptação da CUT, da UNE, entre outros? Ainda que seja, outras adversidades devem ser somadas a este cenário. A política neoliberal dos anos 90, de Collor a Fernando Henrique Cardoso, incentivou o crescimento das Organizações Não Governamentais (ONGS) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público- OSCIP, difundidas pelos potentes aparelhos privados de hegemonia da classe dominante (Sistema Globo de Comunicação) como capazes, se subsidiadas pelo Estado, de substituí-lo nas funções sociais. Então, nos deparamos com um universo de *sujeitos coletivos*, organizados nos mais diversos e às vezes minúsculos interesses, no espaço denominado "Terceiro Setor", dado como sinônimo de uma sociedade civil que tivesse evoluído nos moldes do modelo liberal-corporativo, tipicamente americano. Esta forma

dificulta a organização em torno do interesse comum e estimula, entre os *sujeitos coletivos*, a disputa pelos financiamentos de projetos sociais ofertados pelo Estado. Em outras palavras, dificulta a hegemonia em torno de um projeto societário, pautado em interesses universais, que possibilitaria evoluir do *momento econômico-corporativo* das lutas sociais para o *momento ético-político*. Julgamos ser este, também, um cenário a ser considerado, no qual a SGE/MS implementa sua política.

Seria então possível a existência, dentro de um governo de fração da classe subalterna, em coalizão com outras frações da classe dominante, uma política pública que tenha por meta a democratização do conhecimento, da informação, do acesso às políticas de saúde, do financiamento? Isto seria suficiente para superar a forma de organização dos sujeitos coletivos em prol do direito de atenção à saúde, que até em função do tipo de organização (liberal-corporativo) não se configurou, ainda, no marco da saúde como qualidade de vida, conforme pautado pelos ideais da Reforma Sanitária?

Considerando os depoimentos, a mobilização social tem se limitado, até o momento, à reforma do setor saúde nos marcos do modelo médico assistencial e em função das demandas cotidianas do funcionamento do sistema de saúde. Entendemos que o tempo de criação da SGE/MS e de implementação dos projetos é insuficiente para indicar as conseqüências de suas políticas. Mas, nos valendo de Gramsci, sobre a necessidade “da luta persistente e cotidiana para dar aos movimentos espontâneos uma direção consciente, ou seja, uma síntese político intelectual que supere os elementos do corporativismo e transforme tais movimentos em algo homogêneo e universalizante” (GRAMSCI apud COUTINHO, 2007, p. 172), entendemos que esta é uma ação da SGE/MS, que pode iniciar um processo, em torno de uma nova cultura de participação política que leve os sujeitos coletivos em questão, a evoluírem do momento econômico-corporativo, de suas demandas pontuais, para o momento ético-político, onde é possível uma elaboração hegemônica da classe subalterna.

## REFERÊNCIAS

- ABRÃO, B.S. **História da Filosofia**. São Paulo: Nova Cultural Ltda, 1999.
- ACANDA, J.L. **Sociedade Civil e Hegemonia**. Rio de Janeiro: UFRJ. 2006.
- BRAVO, M.I.S. Política de Saúde no Brasil. *In: Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*, 2006.
- BRAVO, M.I.S., Pereira, P. **A Política Social e Democracia**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Relatório de Gestão 2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Relatório de Gestão 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Relatório de Gestão 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Relatório de Gestão 2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Programa Radis/Escola Nacional de Saúde Pública. Jornal da 12º Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Caco Xavier, 2003.
- CARVALHO, J.M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 9. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2007.
- CORREIA, M. V. C. . Controle Social na Saúde. *In: \_\_\_\_\_ MOTA, Ana Elizabete, et al.; (Orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.
- COUTINHO, C. N. A democracia na batalha das idéias e nas lutas políticas do Brasil hoje. *In: Fávero, O.; Semeraro, G. (Orgs). Democracia e construção do público no pensamento educacional brasileiro*. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.
- COUTINHO, C.N. O Estado Brasileiro: Gênese, Crise, Alternativas. *In: Lima, J.C.F e Neves, L.M.W. (Org.) Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- COUTINHO, C.N. **Gramsci: um estudo sobre o seu pensamento político**. Rio de Janeiro. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

- FONSECA, C.M. **Saúde no Governo Vargas (1930 – 1945):** dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007
- FONTES, V. A Sociedade Civil no Brasil Contemporâneo: Lutas Sociais e Luta Teórica na Década de 1980. In: Lima, J.C.F e Neves, L.M.W. (Org.) **Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- GRAMSCI, A. **Concepção Dialética da História.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.
- HOBBS, T. **Leviatã ou matéria, forma e poder de um estado eclesiástico e civil.** 2. ed, São Paulo: Abril Cultural, 1979. (Coleção Os Pensadores)
- HOCHMAN, G. **A era do saneamento.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- LOCKE, J. Epistola de Tolerância: segundo tratado sobre o governo – Ensaio acerca do Entendimento Humano. In \_\_\_\_\_. São Paulo: Abril Cultural, 1973. ( Coleção Os Pensadores).
- MATOS, M.C. Capacitação de Conselheiros: Possibilidade de Fortalecimento das Políticas Públicas. In: Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, 2, 2004, Belo Horizonte. **Anais...** Minas Gerais, BH, 2004.
- PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- ROUSSEAU, J.J. **Do contrato social:** ensaio sobre a Origem das Línguas: discurso sobre a Origem e os fundamentos da desigualdade ente os homens: discurso sobre as ciências e as artes. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Coleção Os Pensadores)
- SANTOS, L.A.C. O pensamento Sanitarista na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados:** revista de ciências sociais. Rio de Janeiro, v, 28, n.2, p.193-210, 1985.
- STOTZ, E.N. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 30, n.73/74, p.149-160, 2006.
- WOOD, E.M. **Democracia contra Capitalismo:** a renovação do materialismo histórico. São Paulo. Boitempo Editorial, 2003.
- STOTZ, E.N. **Democracia representativa e participativa no Brasil:** da constituinte ao governo Lula. Disponível em: <<http://scholar.google.com.br>>. Acesso em: 17 jun. 2009.