



**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**  
**INSTITUIÇÃO DE CIÊNCIAS DA SOCIEDADE E DESENVOLVIMENTO REGIONAL**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES**

BEATRIZ DE ALMEIDA SERRA PINHEIRO

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL:** Dificuldades do Protagonismo da População no Controle Social a partir da Análise sobre o Conselho Municipal de Saúde de São Fidélis



CAMPOS DOS GOYTACAZES - RJ  
DEZEMBRO / 2017

BEATRIZ DE ALMEIDA SERRA PINHEIRO

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL:** Dificuldades do Protagonismo da População no Controle Social a partir da Análise sobre o Conselho Municipal de Saúde de São Fidélis

Trabalho Final de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social de Campos dos Goytacazes, do Instituto de Ciência da Sociedade e Desenvolvimento Regional da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Me. Matheus Thomaz da Silva

CAMPOS DOS GOYTACAZES  
2017

BEATRIZ DE ALMEIDA SERRA PINHEIRO

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL:** Dificuldades do Protagonismo da População no Controle Social a partir da Análise sobre o Conselho Municipal de Saúde de São Fidélis

Trabalho Final de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social de Campos dos Goytacazes, do Instituto de Ciência da Sociedade e Desenvolvimento Regional da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social sob Orientação do Prof. Me. Matheus Thomaz da Silva

Aprovado em 07 de Dezembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Me MATHEUS THOMAZ DA SILVA (Orientador)  
UFF - Universidade Federal Fluminense

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> IVANA ARQUEJADA FAES  
UFF - Universidade Federal Fluminense

---

JULIANA ALVES FIGUEIRA  
Assistente Social – Secretaria Municipal de Saúde de São Fidélis

CAMPOS DOS GOYTACAZES  
2017

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que além de ter me dado o dom da vida, permitiu que eu chegasse até aqui, debaixo de sua proteção e seu cuidado. E “porque dEle, por Ele e para Ele são TODAS as coisas”.

Agradeço aos meus pais, Geovana e Paulo. Principalmente à minha mãe por nunca duvidar de mim e da minha capacidade, por sempre me incentivar e apoiar todas as minhas escolhas.

Ao padrasto e à madrasta, pelo apoio de sempre.

Às minhas irmãs, Maria e Mariana, por me darem toda a base e o incentivo em todos os momentos. Mas, especialmente a Mariana, que sempre esteve comigo e, assim como eu, escolheu o Serviço Social como profissão e sempre foi um exemplo para mim.

Ao namorado/amigo/companheiro, Hugo, que sempre me apoiou, incentivou e compreendeu. Obrigada por tudo!

A todos os amigos que fiz durante essa jornada, que estiveram ao meu lado somando, especialmente às minhas companheiras e colegas de turma: Deborah Nunes de Azevedo; Juliana Talon; Marcela Lanes; Marcelle Machado; Thayná Pacheco. Vocês foram essenciais em minha caminhada acadêmica! Obrigada pela amizade!

Ao Matheus, meu orientador, que com toda sua competência, tranquilidade e paciência me ajudou a construir este trabalho. Obrigada pela orientação e por todo o ensinamento passado.

À professora Ivana, que aceitou o convite para participar da banca e que certamente contribuiu para uma formação mais sólida.

À minha supervisora de estágio, Juliana, primeiramente por fazer seu trabalho com excelência e ser um exemplo para mim de esforço e dedicação. E, depois, por ter aceitado o convite para participar da banca.

Àqueles que enfrentaram comigo as filas do ônibus e estradas diárias e que permitiram tornar os dias menos tensos e cansativos.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse até aqui.

## RESUMO

Tendo como tema central a “Participação social: dificuldades do protagonismo da população no Controle Social a partir da análise sobre o Conselho Municipal de Saúde de São Fidélis”, este trabalho pretende discutir, essencialmente, o controle social a partir do Conselho de Saúde. Sendo este considerado um instrumento de mecanismo de fiscalização e formulação da política, busca-se analisar se tal instrumento consegue, de fato, responder à lógica do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação à efetivação da direção da política e, principalmente, no que diz respeito à participação e ao controle social. Inicialmente, no primeiro capítulo, será discutido o Estado e sua forma de intervenção a partir das políticas públicas, atentando-se à questão da Saúde e como esta se tornou um direito no Brasil. Os conselhos de saúde serão destacados no segundo capítulo, sendo apontados sua origem, avanços, limites e possibilidades diante da atual conjuntura, bem como o protagonismo da sociedade nesse âmbito. Por fim, haverá uma análise do Conselho de Saúde Municipal de São Fidélis em relação à gestão da política e as estratégias de mobilização social, considerando ainda o desfoque da participação social nas reuniões dos conselhos e, conseqüentemente, das decisões relacionadas à política de saúde do município.

**Palavras-chave:** Participação social; Conselhos de Saúde; Controle Social; Política de Saúde.

## ABSTRACT

With the central theme of "Social participation: difficulties of the protagonism of the population in Social Control from the analysis of the Municipal Health Council of São Fidélis", this paper intends to discuss, essentially, the social control from the Health Council. It is considered an instrument of mechanism for monitoring and formulating policy, it is sought to analyze if such an instrument can, in fact, respond to the logic of the Unified Health System (SUS) in relation to the effectiveness of the policy direction and, mainly, participation and social control. Initially, the first chapter will discuss the State and its form of intervention from public policies, paying attention to the issue of Health and how it became a right in Brazil. The health councils will be highlighted in the second chapter, pointing out their origin, advances, limits and possibilities in the current context, as well as the role of society in this area. Finally, there will be an analysis of the Municipal Health Council of São Fidélis regarding the management of the policy and the social mobilization strategies, considering also the blurring of social participation in council meetings and, consequently, decisions related to the health policy of the County.

**Keywords:** Social participation; Health Councils; Social Control; Health Policy.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>1 O PODER, O ESTADO E A POLÍTICA</b> .....	12
1.1 A Política Social como Objeto de Intervenção do Estado.....	18
1.2 A Saúde como Direito.....	21
1.2.1 O Movimento de Reforma Sanitária.....	27
<b>2 OS CONSELHOS COMO ESTRATÉGIA DE DEMOCRATIZAÇÃO E PARTILHA DE PODER</b> .....	37
2.1 Democracia e Cidadania: Questões Particulares do Brasil.....	37
2.2 Origem dos Conselhos.....	41
2.3 Os Conselhos como Democratização da Saúde.....	43
2.4 Participação Social: Potencialidades e Limites da Democracia no País na Atualidade.....	49
<b>3 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO FIDÉLIS</b> .....	55
3.1 Breve histórico do Conselho Municipal de Saúde de São Fidélis.....	56
3.2 Análise do Plano Municipal de Saúde de São Fidélis – PMS .....	60
3.3 Análise da Participação Social no Conselho de Saúde do Município de São Fidélis: Potencialidades e Limites.....	67
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	73
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	75



## INTRODUÇÃO

Visando à elaboração de um trabalho que busque resgatar parte do arcabouço teórico-metodológico apreendido durante o período de graduação, dissertar-se-á acerca da participação e controle social, apontando seus limites e desafios à população dentro de um contexto de democracia, com ênfase no Conselho de Saúde. Compreende-se, ainda, a importância dessa discussão para o campo do Serviço Social, haja vista que o Assistente Social é um profissional capacitado para construção e formulação das políticas públicas. Além disso, este é ainda um profissional de ponta, que atua diretamente com os sujeitos, o que acaba por propiciar possibilidades de desenvolver e tratar do controle social com os mesmos.

Nesse sentido, no que diz respeito à prática profissional do assistente social, ao se considerar o reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; a ampliação da defesa da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantir dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadores; entre outros (CFESS, 1993) –, entende-se que este deve estar sempre prezando pelo bem-estar dos sujeitos, buscando a garantia do acesso aos seus direitos, tais qual o direito ao acesso à informação e às formas de participação, para que possa intervir na própria realidade. E, neste caso, de forma a possibilitar o investimento na autonomia da sociedade, para que esta tome decisões sobre a saúde e sua própria vida.

Assim, o assistente social deve buscar conduzir sua ação profissional junto à classe trabalhadora, de forma a verificar suas necessidades e sistematizar o trabalho para que seja possível construir respostas. Nesse sentido, torna-se essencial instituir alianças com as populações, tendo como desafio profissional trabalhar para a ampliação do acesso aos direitos, haja vista que é somente através da participação que podemos reconhecê-los e cobrá-los.

Este trabalho irá se desenvolver, portanto, sob a perspectiva do controle social, de formar a analisar o real funcionamento deste espaço como instrumento de participação, considerando os limites postos ao protagonismo da população dentro dos mesmos.

Para uma discussão mais profunda acerca do tema em questão, primeiramente, torna-se necessário utilizar das categorias apresentadas por Gramsci, como “Estado ampliado”, “hegemonia”, “sociedade civil” e outros. Propõe-se analisar, a partir das tais concepções, como os sujeitos coletivos atuam na luta pelos direitos, no campo das políticas públicas, e especificamente nos conselhos de políticas, sendo este campo considerado um espaço democrático, mas em que há correlação de forças e de construção de consensos. Analisa-se, portanto, o conceito e a construção da democracia, além da forma como ela é vivenciada historicamente até os dias atuais.

Nessa lógica, sabe-se que foi a partir do processo de redemocratização do país, em meio aos movimentos populares, que houve o processo de promulgação da Constituição de 1988, a qual introduziu avanços, possibilitando, ainda, em relação à democratização das políticas públicas, a introdução de novos dispositivos capazes de fortalecer o controle social e a participação da sociedade civil nas decisões políticas. Assim, foram constituídas instâncias que garantem o controle social, que também são reconhecidos como espaços de luta: o conselho de saúde e as conferências de saúde. Todavia, essa grande conquista não significou, de fato, sua efetivação. Ou seja, a normatização não garantiu a execução plena dos direitos sociais, ou no caso em questão, o total funcionamento dos instrumentos e espaços de controle democrático.

Considera-se, portanto, que há muitos entraves no setor da saúde para se constituir como mecanismo de direção da política a partir das forças políticas existentes, o que acaba por reforçar uma política conservadora, a qual se manifesta através de práticas clientelistas na relação Estado-sociedade e pela apropriação da esfera pública pelas classes hegemônicas. O que pode ser tratado a partir disso é a questão da fragilização da organização da sociedade civil, fragmentação das demandas, dificuldade de articulação dos projetos sociais, bem como a ausência de uma direção ético-política que tenha capacidade de influenciar na política de saúde através de projetos, como no caso do Movimento de Reforma Sanitária, na década de 1980.

Nessa direção, este trabalho se propõe a fazer uma reflexão em torno do instrumento de controle social – Conselho de Saúde –, em um dado instante, direcionando o foco no seu funcionamento no Município de São Fidélis. Busca-se, ainda, dar ênfase às dificuldades encontradas pela população em estar se inserindo dentro dos espaços de controle, e,

sobretudo, como esse processo acaba por impactar na efetivação do direito de cidadania e expansão da democracia.

A metodologia utilizada para tal discussão se iniciou pela pesquisa bibliográfica de autores que discorrem sobre o tema proposto, com vistas a analisar de forma mais profunda a abordagem escolhida para o desenvolvimento do trabalho. Também foram realizadas pesquisas através das legislações, as quais dão base à normatização do controle social no país. Foi realizada, ainda, pesquisa documental através das atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde de São Fidélis referente ao primeiro e segundo semestres de 2016 e primeiro semestre de 2017, a fim de se obter um panorama acerca da realidade da instituição, como, por exemplo, seu funcionamento, composição, alcances e decisões.

Foram consideradas experiências e dados construídos a partir do projeto de intervenção<sup>1</sup>, o qual foi realizado no período de estágio na Secretaria de Saúde, que abrangeu o controle social como assunto e de que forma o desconhecimento dos espaços de controle pode impactar na efetivação do direito de cidadania dos sujeitos.

Por fim, foi feita uma breve análise do Plano Municipal de Saúde, com o intuito de analisar se as proposições e diretrizes destacadas no documento são discutidas e efetivadas nas ações do Conselho em relação à democratização da Saúde e ao fortalecimento do Controle Social.

O primeiro capítulo traz uma discussão a respeito do Estado e da constituição das políticas públicas e sociais. Para isso, será necessário desenvolver o cenário histórico, político e econômico, o qual impulsiona o surgimento destas, abordando brevemente o papel dos movimentos populares na conquista dos direitos.

No segundo capítulo será abordado como se deu o processo de democratização e cidadania no país a partir de suas determinações históricas. Será discorrido brevemente sobre a origem dos conselhos e como foi o processo de desenvolvimento dos mesmos no Brasil. Será tratada a definição do “controle social” e da “participação social” a fim de que se possa

---

<sup>1</sup> Reconhecer para Mobilizar – o projeto de intervenção foi implementado no segundo semestre de 2016 e pretendeu analisar se os usuários do sistema de saúde do Município de São Fidélis reconhecem o espaço de controle social – Conselho de Saúde de São Fidélis –, levando em consideração os dados apresentados pelo Plano Municipal de Saúde, o qual consta que mais de 60% da população desconhecem o real significado do SUS. Foi possível confirmar a hipótese a partir das palestras ministradas no projeto de intervenção, em que mais de 90% dos usuários na sala de espera do SUS sequer sabiam da existência do Conselho de Saúde.

discutir de forma mais profunda sobre a importância da interferência da sociedade na formulação e avaliação das políticas. Além disso, abrange-se a importância do controle social exercido pelos Conselhos no contexto de redemocratização, direcionando o assunto especificamente para o Conselho de Saúde.

No terceiro capítulo, será realizado um breve histórico do Conselho de Saúde de São Fidélis, apontando seus dados e representantes. Será realizada análise do Plano Municipal de Saúde dos períodos de 2014-2017, relacionando-se com as ações do Conselho durante um determinado período. E ainda será tratada a questão da participação no cenário contemporâneo, apontando suas dificuldades, limitações e potenciais.

Diante disso, o que se espera deste trabalho é que para além de um trabalho de conclusão de curso possa contribuir para estimular uma reflexão crítica acerca da realidade da democracia participativa no país. Considera-se este assunto de extrema importância aos sujeitos que buscam exercer seu direito de cidadania e para pensar em meios de torná-la efetiva a partir da real participação política de tais sujeitos nos espaços de controle social.

## 1 O PODER, O ESTADO E A POLÍTICA

Para que seja possível discutir sobre o “poder”, sua forma de exercício, bem como a instituição do Estado e a constituição das políticas, torna-se necessário compreendê-lo como uma construção histórica que perpassa pelas relações sociais e não como algo natural.

Nesse sentido, utilizar-se-á neste capítulo das abordagens discutidas por Gramsci, além de breves análises dos pensadores clássicos da Sociologia, como Marx e Foucault, com o intuito de fundamentar os conceitos necessários para a compreensão das relações de poder, classes sociais e o Estado. Serão desenvolvidas, ainda, citações de autores contemporâneos, como Coutinho, Carnoy, Teixeira, Albuquerque, dentre outros, os quais propiciam uma melhor compreensão acerca do assunto.

Assim sendo, partindo da compreensão de que o objeto de estudo da ciência política é o poder, nas suas mais variadas vertentes e relações, pode-se analisar que, para Foucault (1989), não existe “o poder”, mas sim seus mecanismos, que se legitimam através de discursos, práticas e instituições. Sendo então, construções instituídas historicamente através das relações sociais, e que nem sempre se apresentam com caráter repressivo, mas também podem gerar prazer e disciplina. Nesse sentido, o poder não está presente somente no Estado, como em uma hierarquia – algo de “cima para baixo”, mas também se encontra presente na sociedade; portanto, perpassa as relações sociais.

Apesar de o poder não se concentrar somente no Estado, torna-se essencial para a hegemonia e eficácia deste que o mesmo perpassa pelas relações, através de exercícios, formas de poder e pelos aparelhos estatais, como as escolas, igrejas, família, polícia, dentre outros. Isso significa que o Estado se desdobra nestes aparelhos para que estes cumpram funções ideológicas e repressivas, haja vista que são estas instituições, constituídas pela sociedade, que reproduzem a lógica desigual inerente ao Estado capitalista.

Sobre este assunto, Albuquerque (1979) destaca que:

O Estado não desdobra suas funções, mas sim seus aparelhos. Os aparelhos sim têm funções: ideológica e repressiva. Exemplo: a polícia funciona na base da persuasão (portanto na base da ideologia), mas, sobretudo, na base da repressão. (...) polícia e escola são totalidades concretas, aparelho e Estado (ou melhor, aparelho de Estado) são entidades totalizadoras e somente as funções ideológica e repressiva aparecem como verdadeiros

conceitos, isto é, entidades teóricas analíticas.(ALBUQUERQUE, 1979, p. 17)

As ideologias são construídas, de uma forma geral, no contexto da formação social, onde o controle social não está nas mãos do Estado, mas sim na sociedade, a qual reproduz os valores, como apontado por Carnoy (1990), o qual se baseou em Marx, e afirma que “não é o Estado que molda a sociedade, mas a sociedade que molda o Estado. A sociedade, por sua vez, se molda pelo modo de produção e das relações de produção inerentes a esse modo.” (CARNOY, 1990, p. 66)

O Estado é aqui compreendido como o elemento facilitador daquilo que lhe convém, pois sozinho não seria possível controlar todas as instituições, por isso no sistema capitalista a classe dominante estende seu poder ao Estado e a tais instituições. Além disso, destaca-se que:

O Estado é o instrumento para adequar a sociedade civil à estrutura econômica, mas é preciso que o Estado ‘queira’ fazer isto, isto é, que o Estado seja dirigido pelos representantes da modificação ocorrida na estrutura econômica. (LUGUORI, 2003, p. 176)

Para melhor compreensão acerca desse assunto, Pereira (2009) afirma que o Estado não é um fenômeno dado, neutro ou pacífico, mas um conjunto de relações conflituosas de diferentes grupos, classes que se confrontam em busca de seus direitos particulares. O Estado não pode ser considerado um fenômeno isolado e autossuficiente, mas algo em relação. Essa relação se dá de forma dialética, em um jogo de oposições e tendo sujeitos com diferentes objetivos e interesses. É a partir da relação com as classes que o Estado assume caráter de poder público e exerce controle político e ideológico sobre elas.

A socialização do poder – efetivada pela articulação entre mecanismos de representação indireta com os organismos populares de democracia de base (Coutinho, 1992) – torna-se passo fundamental para o fortalecimento do processo democrático e do resgate da noção estratégica de cidadania, hoje descaracterizada pelo aparato ideológico neoliberal. (MENEZES, 2012 p. 213)

Entende-se, com isso, que existe sempre uma hegemonia, haja vista que o Estado não é neutro; contudo, de certa forma, também condensa outras vertentes. É importante situar que essa condensação é resultado de luta política e que não se dá de forma espontânea, mas a

partir da organização da sociedade. Isso significa que o Estado representa mais do que um conjunto de instituições com autoridade e com poder coercitivo sobre as classes, mas também se configura como uma relação de poder que deve ser controlada pela sociedade.

Nessa lógica, se torna fundamental compreender o conceito gramsciano de “Estado ampliado” como um espaço democrático e de participação da sociedade, além de ser um espaço de conflitos.

A maior contribuição de Antônio Gramsci ao marxismo foi a sua sistematização a partir do que estava implícito em Marx acerca do Estado no período anterior a 1870, uma ciência marxista de ação política, período o qual o Estado ainda não havia se ampliado.

Gramsci compreende o Estado como:

Todo o complexo de atividades práticas e teóricas com a qual a classe dominante não somente justifica e mantém o seu domínio, mas procura conquistar o seu consentimento ativo daqueles sobre os quais exerce influência. (GRAMSCI, 2000, p. 244)

Gramsci busca então explicar como o Estado pode se ampliar compreendendo que esse processo não pode ser pensado fora de um contexto histórico de lutas políticas, mas como um processo permeado de ações e confrontos. Para isso, tal autor se atém à superestrutura<sup>2</sup> para pensar a hegemonia, supremacia e Estado.

Nesse processo, destaca-se como objeto de análise a relação entre Estado e sociedade. Gramsci então analisa a sociedade civil como fator-chave na compreensão do capitalismo, afirmando que a mesma se encontra vinculada à superestrutura. “Ou melhor, a sociedade civil está num dos eixos da superestrutura, isto é, naquele constituído por um conjunto de organismos e instituições privadas, ao qual corresponde à função de hegemonia.” (PEREIRA, 2009, p. 14.)

É através da relação com a sociedade que o Estado irá envolver todas as áreas da vida social e assumir diferentes responsabilidades, como, por exemplo, atender às demandas da sociedade, e por isso o Estado deve ser pressionado e controlado pela mesma.

---

<sup>2</sup> Reprodução política, jurídica e ideológica, que “representa o fator ativo e positivo no desenvolvimento histórico, é o complexo das relações ideológicas e culturais, a vida espiritual e intelectual, e a expressão política dessas relações torna-se o centro da análise.” (CARNOY, 1990, p. 224)

Nessa lógica, a sociedade civil passa a ser compreendida como o espaço de disputa pela hegemonia; lugar onde se dão e se chocam diversas contradições de interesses, entre as quais a luta de classe, grupos e camadas sociais. Gramsci busca resgatar o conceito de hegemonia na sociedade civil marxiana compreendida como o “predomínio ideológico dos valores e normas burguesas sobre as classes subalternas.” (CARNOY, 1990, p. 90) Assim, a hegemonia pode ser entendida a partir da estreita relação entre a coerção e o consenso, sendo esta ainda uma característica do Estado ampliado.

O Estado ampliado seria formado pela sociedade civil, considerada o “conjunto dos organismos, vulgarmente ditos privados, que correspondem à função de hegemonia que o grupo exerce em toda a sociedade” (GRAMSCI, 2000, p. 10); e a sociedade política, responsável pela coerção, entendida como “o conjunto dos aparelhos ideológicos os quais a classe dominante exerce o monopólio”. (PEREIRA, 2009, p. 16) A primeira é o lugar onde o Estado vai atuar buscando consenso. Não prevalece a força, mas sim as ideias, princípios, valores.

A hegemonia é atributo da sociedade civil e a coerção é atributo da sociedade política. Entende-se que o aparato ideológico é essencial para conquistar o consenso, uma vez que a conquista do consenso é muito mais eficiente do que o uso do confronto, pois ajuda a organizar o processo de resistência através do controle e domínio. É exatamente essa lógica que torna o Estado um lugar de contradição, pois ao mesmo tempo que atende aos interesses das camadas populares, utilizando-se de mecanismos de consenso, ele também exerce domínio sobre essas camadas.

O Estado é, portanto, simultaneamente, um instrumento essencial para a expansão do poder da classe dominante e uma força repressiva que mantém os grupos subordinados fracos e desorganizados.

Pereira (2009), nessa lógica, resgata a concepção gramsciana como possibilidade de entender a relação entre a sociedade civil e política, haja vista que é nessa relação complexa que se pode pensar o Estado ampliado.

Cabe salientar, ainda, que, diferentemente da concepção do Estado ampliado moderno, no Estado restrito, o grupo que ocupa o poder não tem interesse em ampliar o espaço para o debate político, mas se utiliza do controle e domínio para obter hegemonia. Coutinho (1996)



refere-se à noção restrita do Estado como “um organismo que despolitiza a sociedade civil e se vale essencialmente da coerção para exercer suas funções.”. (COUTINHO, 1996, p. 24-25)

Assim sendo, como apontado por Gallo e Nascimento (2006),

Se no tipo de Estado restrito o que predominava eram os aparelhos coercitivos, no Estado ampliado surgem diversas instituições responsáveis pela elaboração e difusão de valores simbólicos, de ideologias, normas e comportamentos”. (GALLO; NASCIMENTO, 2006, p. 100)

A concepção de Estado restrito pode melhor ser compreendida a partir da interpretação marxista, a qual discorre que o poder se manifesta por meio das classes sociais, e o Estado passa a ser compreendido como “comitê da burguesia<sup>3</sup>”. Ou seja, o Estado pode ser analisado como instrumento de dominação de uma classe sobre as outras, sendo ainda fruto de contradições que representam o domínio de classe. Assim, a natureza do Estado obedece à natureza de classes (dominantes – dominados), no contexto do modo de produção capitalista.

Nesse momento, conforme Coutinho (2006), Marx tinha uma visão restrita do Estado, haja vista que se baseava na própria teoria liberal.

Marx, assim, não podia ter uma visão ampliada do Estado, pela simples razão de que o Estado, objetivamente, ainda não se ampliara, não adquirira as novas determinações que adquiriria mais tarde; ele se apresentava efetivamente como um ‘comitê executivo’ dos proprietários, baseado como era em critérios de seletividade restritos e na defesa irrestrita do mercado capitalista. (COUTINHO, 2006, p. 52)

O Estado, para Marx e Engels, surge, então, das contradições entre o interesse do indivíduo e o interesse comum de todos os indivíduos. O Estado capitalista é uma resposta à necessidade de mediar o conflito de classes e manter a ordem, que reproduz o domínio econômico da classe burguesa. O projeto desse Estado é burguês, mas age como um Estado “geral”. Para isso, reproduz a ideologia da classe dominante.

Assim sendo, a função do Estado seria aqui determinada como a conservação e reprodução de tal divisão social, garantindo, assim, que os interesses em comum de uma classe particular se imponham como um interesse geral da sociedade.

---

<sup>3</sup> Termo introduzido pelo pensamento marxista clássico em “O Manifesto Comunista”. (MARX, 1848)

Mais explicitamente, “Marx já indicava o fato de que a divisão de classes – impondo *alienação* da esfera político-estatal em relação real e concreta – impede que o Estado possa representar efetivamente uma vontade geral.”. (COUTINHO, 1996, p. 18)

Portanto, o Estado também se coloca a partir de instituições, leis etc., de forma que as “regras” de convivência beneficiam essa classe, além de produzirem a exclusão de grande parcela da sociedade.

É importante situar que o sistema capitalista, após a era dos monopólios, não mais sobreviveria sem as instituições tomadas pela classe dominante. Elas são necessárias para a manutenção das relações de poder. Na sociedade burguesa, o Estado representa o braço repressivo da burguesia, e é assim que este passa a ser reconhecido como um instrumento de dominação de uma classe sobre as outras.

Para melhor explicação, Marx descreve que o modo de produção capitalista propicia uma direção para a sociedade, e que esta direção é de acumulação do capital. No entanto, posteriormente, Gramsci analisa que esse sentido é construído pela força, coerção e também pelo consenso, como já explicitado.

É nesse sentido que o conceito de Estado ampliado nos permite pensar a importância da participação social no processo de contra hegemonia, uma vez que é através da organização da sociedade, pressão da classe trabalhadora e ocupação de espaços dentro do Estado que se torna possível tencioná-lo e realizar negociações para que seja possível buscar meios de atender aos interesses da sociedade como um todo.

Assim, pode-se dizer que o desenvolvimento das políticas sociais, como forma de responder a tais demandas e necessidades sociais, não depende somente da “vontade” do Estado, mas precisa ser compreendido no movimento das demandas, ou seja, primeiramente surgem na sociedade a partir de conflitos e contradições, para depois serem reconhecidas pelo Estado.

Nessa lógica, à medida que o Estado se amplia há o alargamento da participação social e esta é quem deve pressionar o Estado a instituir políticas públicas e sociais para atender os interesses os segmentos da classe trabalhadora.

## 1.1 A Política Social como Objeto de Intervenção do Estado

Para se iniciar a discussão sobre as políticas sociais é preciso buscar analisar seus traços históricos e significados, a fim de discorrer sobre os elementos da totalidade e realidade social na qual a política social está inserida.

Torna-se fundamental ressaltar que para que seja possível o desenvolvimento de um conjunto de políticas sociais e mecanismos de proteção social, fez-se necessária a constituição do Estado, para, assim, organizar os interesses sociais. As políticas sociais são as formas com que cada capital monopolista se organiza para responder à questão social.

Para Lucchese (2004), políticas públicas são o conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público que visa dar conta de determinada demanda, em diversas áreas. São estabelecidas, a partir disso, diretrizes que visam à resolução de problemas ligados à sociedade como um todo, englobando saúde, educação, segurança e tudo o que se refere ao bem-estar da sociedade.

Boschetti (2009) traz alguns aspectos e elementos que buscam explicar o surgimento e desenvolvimento das políticas sociais em um determinado contexto sociohistórico, econômico e político. Compreende-se que a questão social é referência para o desenvolvimento das políticas sociais a partir do desenvolvimento do capitalismo, sendo este o primeiro elemento que explica seu surgimento. Ou seja, trata-se da própria natureza do capitalismo.

[...] O segundo é o papel do Estado na regulamentação e implementação das políticas sociais, e o terceiro é o papel das classes sociais. Nessa direção, não se pode explicar a gênese e desenvolvimento das políticas sociais sem compreender sua articulação com a política econômica. (BOSCHETTI, 2009, p. 10)

Para melhor compreensão acerca do assunto, Pereira (2010), ao analisar o desenvolvimento das políticas sociais no continente europeu e em outros países, destaca que as mesmas se comportam de diversas formas nos diversos países. Cada conjuntura e cada processo de amadurecimento teórico e político do país leva à construção de um determinado modelo de política e proteção social. Dessa forma, afirma-se que os países acompanham o processo de economia, e assim, as políticas sociais não podem estar desconectadas desse processo.

No Brasil, considera-se que a partir dos anos 1930 as políticas sociais passaram a ser uma modalidade de intervenção do Estado, condicionada pelo contexto histórico a qual emergiram e a partir do agravamento da questão social, a qual é compreendida como “fenômeno inerente ao processo de acumulação capitalista, sendo dele ineliminável.”. (ALVES, 2009, p. 105)

Além disso, a questão social, segundo Yamamoto (2001, p. 11), “se encontra na base da exigência de políticas sociais públicas”. A política social é aqui analisada como instrumento de intervenção direta na classe trabalhadora. Assim, o Estado passa a utilizar as políticas sociais para regular os direitos dos trabalhadores e sua própria relação com a classe.

Isso significa, segundo Alves (2009), que, na concepção de Marx e Gramsci— como visto no item anterior —, o Estado se utiliza da coerção/cooptação para obter sua hegemonia e controle através das políticas sociais, de forma a despolitizar a sociedade civil. Contudo, pode-se dizer que a evolução da questão social na década de 1930 se dá a partir do processo de industrialização brasileira, em que paralelamente a isto, há a formação da classe trabalhadora na cena política, a qual passa a se organizar, permitindo que reconheçam suas condições de vida e de trabalho.

Neste sentido,

Na perspectiva teórico-metodológica [...] torna-se possível o entendimento de que as políticas sociais além de constituírem mecanismos de cooptação utilizados pelo Estado para garantir a hegemonia dos interesses da classe burguesa, devem ser compreendidas enquanto resultados de complexas mediações (sócioeconômicas, políticas, culturais) desenvolvidas pelas forças sociais que se movimentam historicamente na luta pela hegemonia nas esferas estatal, pública e privada. (ALVES, 2009, p. 104)

Isto significa que a classe trabalhadora surgiu como protagonista a partir de sua organização para pressionar o Estado a fim de que esse reconhecesse suas demandas e buscasse meios de atendê-las em meio às contradições do sistema capitalista.

Neste sentido,

A força transformadora dos movimentos sociais de corte progressista, reflete a *práxis* política, que possibilita à classe trabalhadora organizar-se de forma estratégica, exercendo um papel histórico-transformador, consciente, rumo a objetivos políticos coletivamente esperados. (ALVES, 2009, p.105)

Cabe salientar que, de fato, as políticas sociais são estratégias utilizadas pelo Estado para manter as classes subalternas conformadas com suas condições de vida, mas ao mesmo tempo em que responde aos interesses do capital, também atende às necessidades da classe trabalhadora. Portanto, o caráter contraditório das políticas sociais é permeado por interesses e projetos societários antagônicos. Explica-se tal afirmação a partir papel ideológico do processo de conservação da hegemonia, embasado teoricamente por Mészáros<sup>4</sup>, o qual afirma que “a reprodução bem-sucedida das condições de dominação não pode ocorrer sem a intervenção ativa dos fatores ideológicos poderosos, do lado da manutenção da ordem vigente”.

Não obstante, é essencial aqui pontuar que o espaço de constituição das políticas sociais é o “*locus* propício para a negociação dos interesses da classe trabalhadora”, (ALVES, 2009, p. 106), da ampliação e consolidação dos direitos sociais, além de contribuir para a melhoria de suas condições de vida.

A política social emerge, então, em um contexto de industrialização tardia e não se orientava por princípios universalizadores; ao contrário, era marcada pela diferenciação das categorias dos trabalhadores, estabelecidas por uma relação de contrato no mercado de trabalho e ainda mediante contribuições do trabalhador. Assim, as mesmas possuíam um caráter emergencial e paliativo, direcionando-se somente para os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho. Seu exercício era essencialmente clientelista e paternalista.

Resumidamente, Teixeira (2006) destaca os determinantes da intervenção estatal a partir de duas categoriais: o processo de acumulação capitalista e a luta pela hegemonia. A luta das classes dominantes pela intervenção do Estado às suas necessidades sociais, ao mesmo tempo em que resulta em políticas sociais, acaba por provocar a cooptação das classes por meio do Estado, além de legitimar o poder do mesmo.

Além das políticas sociais funcionarem como mecanismo de preservação das desigualdades do mercado, os benefícios concedidos a certas frações da classe trabalhadora caracterizar-se-iam como privilégios de grupos ao invés de direitos universais de cidadania. (TEIXEIRA, 2006, p. 23)

---

<sup>4</sup> Mészáros, 2008 *apud* Gomes 2014, p. 16.

Nesta lógica, enfatiza-se aqui a importância do conceito de Estado ampliado como um espaço democrático e de participação da sociedade e como um espaço de conflitos, conforme relatado por Pereira (2009). Assim, as políticas públicas e sociais não podem ser analisadas como um fenômeno isolado, mas como resultado de luta e resistência da qual a classe trabalhadora é a maior protagonista.

## 1.2 Saúde como Direito

Este item se propõe a discorrer sobre a história da saúde no Brasil e como a mesma se tornou um direito universal garantido pela Constituição de 1988. Para tanto, é essencial dar ênfases aos determinantes políticos e históricos a fim de se entender, posteriormente, as condições em que são criados os Conselhos de Saúde.

Como pôde ser observado a partir da análise discutida até então, nem sempre a saúde foi reconhecida como um direito direcionada a todos os cidadãos, mas foi somente através de lutas e mobilizações que se tornou possível tratá-la como uma política pública que deve ser garantida pelo Estado.

Ao analisar a concepção dos determinantes históricos da área da saúde e sua relação com a sociedade e o papel do Estado com políticas, Teixeira (2006) identifica três variáveis: A primeira diz respeito à economia, compreendendo a necessidade de ampliação e reprodução do capital através do setor da saúde; a segunda refere-se ao nível político, uma vez que as políticas de saúde surgem como processo de legitimação do poder do Estado e ainda como forma de cooptação das classes sociais; e por fim, o nível ideológico, articulando as práticas e valores culturais e morais do universo profissional dos trabalhadores da saúde com a inserção dos mesmos na esfera social.

Esses elementos buscam explicar o crescimento do interesse estatal no setor da saúde assimilando a relação entre o crescimento das necessidades sociais do capital com as demandas do mundo do trabalho. Faleiros (1980)<sup>5</sup> analisa a função das políticas sociais, dentro desse contexto de Estado capitalista, como mera reprodução do modo de produção do capital e Teixeira (2006) salienta que:

---

<sup>5</sup> FALEIROS, V. *A política do Estado Capitalista – as funções da previdência e da assistência social*. São Paulo: Cortez, 1980.

A questão da análise dos determinantes da intervenção estatal passa assim a requerer uma reflexão mais acurada da própria natureza do Estado, recuperando a noção básica da contradição e de suas manifestações históricas concretas. [...] A análise da crescente intervenção do Estado através das chamadas políticas sociais requer, pois, que se compreenda o próprio desenvolvimento da cidadania do Estado moderno, configurando padrões de direitos sociais a cada nação. (TEIXEIRA, 2006, p. 20)

Diante disso, torna-se necessário discutir como a política de saúde se desenvolveu no país, bem como a real função do Estado diante das demandas relacionadas à questão da saúde no contexto do sistema capitalista de produção.

No Brasil, no século XVIII, os atendimentos relacionados à questão da saúde eram muito diferentes do atual. Esses serviços tinham que ser comprados, e assim somente quem possuía dinheiro conseguia atendimento médico. Já quem não possuía condições de pagar pelos serviços era atendido em entidades filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia, por exemplo. Assim, de acordo com Bravo (2009), a questão da saúde no Brasil no século XVIII era pautada na filantropia e na prática liberal. Já no século XIX, com as transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. É nesse momento que começam a aparecer algumas organizações de trabalhadores e ações do Estado.

No início do século XX, com a crise oligárquica cafeicultora e a entrada dos imigrantes no país, surgem o protagonismo de novos sujeitos sociais. Com a influência da Revolução Russa e os desgastes nas condições de vida da população, acentuam-se as mobilizações populares, acarretando na organização da classe trabalhadora, que culminou nas greves de 1917 e 1919. Essas greves reivindicavam o cumprimento do Tratado de Versalhes (1919), que impôs aos países a estabelecer medida de enfrentamento da questão social. Então o Estado é chamado pra intervir e romper com o liberalismo da época. Dessa forma, a assistência à saúde dos trabalhadores, com o processo de urbanização e industrialização, foi sendo assumida pelo Estado, aliada ao nascimento da medicina social na Alemanha.

Com a questão social instalada, constituindo-se como uma ameaça à hegemonia burguesa, o Estado se vê obrigado a intervir. É nesse contexto que se dá o marco da Previdência no Brasil, em 1923, com o decreto legislativo 4682, conhecido como Lei Eloy Chaves, que se efetivou na República Velha em uma conjuntura de crise. A Lei Eloy Chaves implantou efetivamente a Previdência no Brasil através das Caixas de Aposentadoria e

Pensões (CAPS), que eram para os trabalhadores ferroviários e posteriormente ampliadas aos marítimos e portuários, tomando a empresa como unidade de cobertura, e garantia aos assegurados assistência médica e aposentadoria por idade, invalidez, pensões dos dependentes. As CAPS funcionavam de forma que os funcionários das empresas começaram a depositar parte do seu salário em caixas, para que um dia, caso precisassem de recursos financeiros, tivessem de onde tirar. Além disso, esse dinheiro também serviria para o pagamento de suas aposentadorias. Seu financiamento se dava de forma tripartite, ou seja, eram estruturas como as de organizações privadas, supervisionadas pelo Governo e financiadas pelos empregados e empregadores e pela contribuição dos usuários ferroviários via impostos. Eram organizados por empresas ou categorias profissionais e acabavam por excluir muitos segmentos da população. Embora fossem reguladas pelo Estado, o rápido crescimento do Sistema das Caixas não permitiu ao Governo controlar o seu funcionamento, especialmente ao longo do fim da República Velha.

Portanto, Bravo (2009) ressalta que a saúde no Brasil, nesta fase, agia de forma dicotômica entre saúde pública e a Previdência Social, separando as ações de controle e prevenção das doenças na população de um lado e medicina individual de outro – previdenciária, liberal e filantrópica.

Na década seguinte, em 1930, ocorreram muitas mudanças, como a crise de 29 e a revolução de Getúlio Vargas. Essas mudanças proporcionaram o aumento do centralismo estatal e os setores da saúde e previdência não ficaram de fora. A estrutura CAPS foi então acrescida dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), autarquias centralizadas no Governo Federal e supervisionadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e comércio. Os IAPS, organizados por ramos de atividade, acabaram absorvendo a maioria das CAPS. Nos anos de 1940, o último desses institutos foi criado – o dos servidores do Estado. Nesse momento, poucas pessoas estavam se aposentando e os IAPS tinham muito dinheiro em caixa, então foi permitido que estes usassem parte desse dinheiro para a construção de grandes hospitais com a ajuda federal.

Nessa lógica, durante os anos de 1940 e 1950, a assistência médica prestada pelas CAPS e IAPS aos trabalhadores formais eram a única assistência disponível. Não se obtinha serviço de assistência médica adequada à população de forma geral. Assim, as famílias pobres ficavam à mercê dos estabelecimentos filantrópicos. Além disso, a assistência médica prestada dos IAPS apresentava como problema a exclusão de muitos trabalhadores formais,



como, por exemplo, os trabalhadores rurais e os do setor informal, uma vez que estes não pertenciam aos ramos de atividade ou de categorias profissionais cobertos pelos institutos, ou seja, para aqueles que podiam pagar existia a modalidade liberal de venda de serviços médicos. Esse fator, juntamente com outras deficiências, levou à unificação das estruturas de assistência médica dos IAPS.

Todo esse aparato histórico é necessário para compreender o contexto no qual são criados os Conselhos. A Lei 378, de 13 de Janeiro de 1937 instituiu o Conselho Nacional de Saúde, porém o mesmo só teria legislação própria em 1954, quando houve a separação do Ministério de Saúde Pública do Ministério da Educação. O conselho era regulamentado pelo Decreto nº 34.347, de 08 de abril de 1954 com o objetivo de atender às bases gerais dos programas de proteção à saúde. Nesse momento, o Conselho funcionava como um órgão consultivo e seus membros eram indicados pelo Ministro do Estado<sup>6</sup>. Cabe salientar, ainda, que o Estado não oferecia assistência médica, somente em casos de extremas necessidades.

Em 1964, no período do golpe militar, foram criadas condições propícias para se alterar o sistema de previdência e de assistência médica. Três anos depois foi feita a reforma previdenciária, unificando os IAPS e constituindo um único instituto: o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Este passou a ser responsável pela assistência médica de todos os trabalhadores formais. Também estavam cobertos os trabalhadores autônomos ou empregados que contribuíssem o dobro para o INPS. Entretanto, a ampliação na cobertura dos serviços ocasionou alguns problemas, sendo necessário aumentar as instalações dos estabelecimentos para que se pudesse comportar a nova clientela. Houve, ainda, a necessidade de se contratar uma rede de estabelecimentos privados, porém esse setor não tinha rede de atendimento suficientemente grande para dar conta da nova demanda.

Dessa forma, o que se pode observar, de acordo com Bravo (2009), é que a ditadura trouxe uma nova concepção de desenvolvimento social e econômico com a mudança no cunho político, em que houve um privilegiamento do modelo do setor privado e extrema repressão por parte do Estado. Pode-se apontar com algumas intervenções a criação do INPS, em 1966, que ao unificar os IAP's estendeu a cobertura previdenciária, aumentou seu poder regulatório sobre a sociedade, modificando sua relação com esta como uma forma de desmobilizar as forças políticas. Havia ênfase nas ações da medicina previdenciária; o Estado

---

<sup>6</sup> Informações do *site* do Conselho Nacional de Saúde – Brasil, 2003.

só investia na medicina curativa, individual e no privilegiamento dos programas de saúde para o setor privado.

De acordo com a Bravo (2009):

O Estado se utilizou para sua intervenção do binômio repressão-assistência, sendo a política social ampliada e burocratizada com a finalidade de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais, conseguir legitimidade para o governo e garantir a acumulação do capital. (BRAVO, 2009, p. 93)

A questão social nesse período foi tratada pelo Estado como forma de cooptação da classe trabalhadora. A área de saúde foi orientada por valores de lucratividade e controle da força de trabalho. Houve ainda, nesse cenário, a necessidade de expansão da rede, a qual foi financiada por recursos públicos, ou seja, o Regime Militar financiou a criação de novos hospitais para a iniciativa privada com o intuito de comprar serviços médicos posteriormente. Mais tarde foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, em que o setor privado continuou sendo privilegiado. O que pode ser destacado desse contexto é que pouco se falava do Ministério de Saúde; contudo esse existia, mas encontrava-se restrito a algumas medidas preventivas, como vacinação, controle de epidemias e saneamento básico. Já a parte curativa (hospitais) era de responsabilidade da Previdência Social (modelo privatista). A política de saúde nesse momento estava em detrimento, em favor de um projeto privatista, vinculado ao mercado e enfrentou grande tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade dos recursos financeiros e a emergência do movimento sanitário.

Portanto, no período ditatorial, o Sistema Nacional de Saúde acompanhava o modelo autoritário e burocrático pelo qual passava o país. Não havia a participação de profissionais do setor e da sociedade em geral. Além disso, seu caráter era predominantemente privatizante. Assim, amplia-se o setor privado – à medida que expandia as clínicas e os grandes hospitais –, alcançando enormes lucros.

Contudo, em 1970, através do Decreto nº 67.300, amplia-se a atuação do Conselho Nacional de Saúde. O mesmo passa a examinar e emitir pareceres quando solicitado pelo

Ministro do Estado, tomando por base as discussões sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde<sup>7</sup>.

Todo esse contexto social e político da realidade brasileira trouxe elementos para a área da saúde, a qual sofreu grandes influências a partir do fortalecimento dos movimentos dos profissionais da saúde e de parte da sociedade que se organizou a fim de propor a Reforma Sanitária. Viu-se a necessidade de mudança em que a sociedade, composta por médicos, estudantes e demais profissionais de saúde, organizou movimentos para se discutir propostas e interesses a partir da Reforma Sanitária – a qual será discutida de forma mais profunda no próximo item.

Em meio a toda opressão e repressão vividas durante os longos anos da ditadura, é interessante notar que, apesar de os direitos – principalmente os políticos e sociais – estarem sofrendo um massacre, a sociedade não se rendeu às determinações militares. Do contrário, houve intensas mobilizações dos setores organizados da sociedade e a efervescência dos movimentos sociais.

Sobre este período, vale destacar que:

Cresceu a politização e repolitização dos trabalhadores, operários, camponeses, empregados, funcionários, estudantes, intelectuais e outras categorias sociais subordinadas. Isto é, pode aumentar a força política das classes assalariadas. E o fortalecimento da classe operária em termos políticos, pôde ser a base, o início do esgotamento das condições da contrarrevolução burguesa no Brasil. (IANNI, 1984, p. 111)

Dentre as características das mobilizações ocorridas nesse período, apontadas por Abramides e Cabral (1995), pode-se destacar a ampliação das greves, as quais extrapolam os limites das fábricas, atingindo o espaço das cidades; a organização dos comitês de fábrica, comissões operárias e oposições sindicais; entre outros.

No mais, pode-se dizer que o período de 1979-1984 significou uma fase determinante para a organização dos trabalhadores no país. Uma importante ação foi o surgimento do PT (Partido dos Trabalhadores), reconhecido como o partido das massas. Nesse sentido, esses fatores apontam que as ideologias e repressões que sustentavam a ditadura começam a se

---

<sup>7</sup> Informações do Conselho Nacional de Saúde – BRASIL, 2003.

mostrar ineficientes para dar conta tanto da crise do capital iniciada nessa década, como em conter os ânimos da sociedade.

Gallo e Nascimento (2006) analisam esse processo como uma guerra de posições, em que existem interesses a favor e contra a Reforma Sanitária, o que acabaria por implicar a luta pela hegemonia. Esta última “pressupõe uma longa luta de persuasão na sociedade civil, que, por seu caráter ‘prolongado’, foi chamada metaforicamente por Gramsci de ‘guerra de posição’”. (GALLO; NASCIMENTO, 2006, p. 92)

O que pode ser entendido a partir dessa afirmação é que a saúde, ainda que seja uma questão que interessa à sociedade de forma geral, acaba por ferir aos interesses privados que atuam nesse setor. É nesse sentido que se pode discorrer sobre a Luta pela Reforma Sanitária como um processo de luta de classes.

Contudo, não há como pensar na efetivação de um Sistema de Saúde Público, Democrático e comprometido com a sociedade nos marcos de um Estado Ditatorial. Dessa forma,

A luta pela Reforma Sanitária não se pode deixar de andar *pari passu* com a luta por mudanças estruturais na sociedade brasileira, o que equivale a dizer que o Movimento Sanitário, em seu projeto contra hegemônico, tem necessariamente de enfatizar o estreito vínculo entre saúde e sociedade, e ligar-se às correntes políticas e organizações sociais que de uma forma ou de outra contestam a sociedade instituída. (GALLO; NASCIMENTO, 2006, p. 94)

Portanto, vale dizer que o Movimento Sanitário deveria ampliar sua proposta hegemônica para além do setor da saúde, mas também deveria ainda alcançar a questão da saúde na sociedade em geral. Isso significa que se tornou fundamental que a questão da saúde se desenvolvesse na sociedade como forma de consciência sanitária.

### 1.2.1 O Movimento de Reforma Sanitária

Para se tratar especificamente do Movimento de Reforma Sanitária no Brasil é essencial abordar as bases que serviram de inspiração para esse processo. Medeiros (2015)

aborda uma reflexão a respeito da influência da Reforma Sanitária Italiana no Brasil, que se deu a partir das publicações de Berlinguer nos anos de 1970 e 1980.

A Reforma Italiana se constituiu como resultado de um intenso processo de lutas e mobilizações, sendo reconhecida posteriormente como a reforma mais ampla dos serviços de saúde e servindo de inspiração à Reforma Sanitária Brasileira. Tratando-se de sua implementação, pode-se destacar que o Partido Comunista Italiano (PCI) e os movimentos populares foram seu o principal impulsionador, apresentando debates e questões acerca da saúde no país.

Neste processo destaca-se que

As lutas sociais que culminaram com a reforma da saúde brasileira apresentaram similaridades com a constituição da reforma da saúde italiana. Os pontos de maior convergência referiram-se aos desdobramentos políticos decorrentes do período fascista italiano e da ditadura militar brasileira, nos quais as lutas democráticas localizaram-se no centro da concepção programática. Em segundo lugar, o Partido comunista Brasileiro (PCB) esteve à frente, na condição estratégica do principal movimento pela saúde no país, em conjunto com partidos de esquerda, movimentos sindicais e populares. (MEDEIROS, 2015, p. 35)

Nesse sentido, pode-se dizer que “os dois processos iniciaram-se em períodos de mobilizações populares e ampliação da luta por direitos.” (MEDEIROS, 2015, p. 35), como veremos a seguir, tratando-se da Reforma Sanitária brasileira.

Iniciada na década de 1970, a Reforma Sanitária brasileira teve grande participação popular e de movimentos sindicais, além de um amplo apoio político, como já destacado anteriormente. Marca-se aqui o início das primeiras manifestações importantes para o crescimento do controle social no Brasil.

Conforme Bravo (2009), nesse momento da História da saúde, houve uma ampliação do debate envolvendo a participação de novos sujeitos sociais, a qual possibilitou a discussão sobre as condições de vida da população e das propostas apresentadas ao setor da saúde.

Entende-se que o projeto de Reforma Sanitária possui ligação com o movimento sanitário, que tem origem na década de 1970. Formado inicialmente por médicos, aos poucos ampliou sua composição para outros trabalhadores da saúde e outros sujeitos. O ponto de partida do movimento sanitário foi a crítica ao sistema de saúde brasileiro, argumentando que

a falência desse sistema estava ligada a sua concepção e gerenciamento. O projeto de Reforma Sanitária influenciou a formatação do SUS no seu aspecto legal e parte de uma concepção abrangente de saúde e do papel do Estado na prestação do serviço, conforme destaca Bravo.

O projeto de Reforma Sanitária, [...] tem como uma das suas estratégias o Sistema Único de Saúde e foi fruto das lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsáveis pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. (BRAVO, 2009 p. 101)

A 8ª Conferência de Saúde, realizada em 1986, é considerada um dos principais movimentos de discussão de saúde em sociedade, marcado como um momento de luta pela efetivação dos direitos do cidadão e formalização dos serviços de saúde. A conferência contou com a articulação e participação de diversos profissionais e o mais importante: da sociedade trazendo propostas de direito igualitário e universal.

Considerada como marco das mudanças da saúde no Brasil, essa foi a primeira conferência de saúde com participação e representação popular, antecedida por ampla mobilização em todo o território nacional. Contou com mais de 4.000 participantes em Brasília, e propôs não só uma reforma administrativa e financeira setorial, mas que a saúde fosse considerada como um direito universal e resultante das condições de vida e do acesso às políticas sociais. (COSTA; VIEIRA, 2012, p. 19)

Esse pode ser considerado um fato marcante para essa discussão, em que se buscou um projeto que atendesse à sociedade como um todo, ultrapassando a análise setorial, e possuindo como objetivo final a criação do Sistema Único de Saúde. Busca-se a melhoria na condição da saúde e no fortalecimento do setor público. As propostas se constituíam na universalização do direito à saúde; integralização das ações curativas e preventivas; descentralização administrativa; promoção da participação e do controle social.

Nesse sentido, baseado nas recomendações da Conferência, tem-se a Reforma Sanitária, que tinha como lema “Democratização da Saúde”, pautada no princípio da saúde como direito de todos e dever do estado, conforme previsto posteriormente na Constituição Federal de 1988.

A Reforma Sanitária que vai ser discutida através dos anos – pois se trata de um movimento instável – acaba por incidir no acréscimo das necessidades em saúde e o governo

reduz os recursos que seriam da saúde. A descentralização que correspondia à distribuição de poder político e a participação da sociedade eram os principais fundamentos. O movimento exigia do Estado intervenções de caráter preventivo e não apenas curativo, levando em conta os determinantes das condições de vida na produção da saúde e doença, propondo um conceito ampliado de saúde.

A partir disso é que se pode compreender que, na sociedade de classes, torna-se fundamental o protagonismo político dos sujeitos coletivos que visam fortalecer o movimento de contra hegemonia e que lutam, ainda, por uma sociedade mais justa e igualitária. E nessa lógica podemos situar o processo histórico da promulgação da Constituição Brasileira de 1988, e, conseqüentemente, a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), como uma das conquistas da organização coletiva e dos movimentos sociais que surgiram no período da ditadura e transição democrática.

Em 1987, tem-se a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), que ocorreu mediante decreto presidencial, e em 1988, a Constituição brasileira instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, conforme Bravo (2009), consolidou-se um projeto para a saúde, garantido pela Constituição de 1988, com as principais propostas de universalização do acesso como direito social e dever do Estado, assegurando que o Estado atue em função da sociedade; a descentralização com participação popular e a melhoria da qualidade dos serviços. Terminam-se, a partir da ideia de universalização, com o acesso restrito. Ou seja, nesse momento, todos os cidadãos brasileiros passaram a ter direito ao acesso à saúde pública. Além disso, a partir do princípio de integralidade há ênfase na prevenção, e todos os municípios devem ser tratados da mesma forma, independente dos seus problemas. As medidas de cura e prevenção precisam andar lado a lado, uma vez que as ações precisam ser integradas de acordo com o problema de cada município. A equidade trata das diferenças e desigualdades que se configuram no país, buscando reconhecer essas diferenças e os cuidados diferenciados, em vista de um país mais equilibrado e igualitário.

É nesse sentido que é possível compreender o processo de descentralização, uma vez que o município é que deve “ditar as regras”, pois é ele que conhece melhor os seus problemas. A hierarquização define os níveis de complexidade. E por fim, a participação social trouxe a ideia de controle social à medida que o povo passa a ter direito de participar,

haja vista que este é o maior interessado e o que reconhece as dificuldades dos serviços de saúde.

Cabe ressaltar que o SUS segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas do Governo – federal estadual e municipal. Assim, o SUS não se constitui como um serviço ou instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, serviços e ações que se integram para uma mesma finalidade, referindo-se a atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A seguridade social, na Constituição Federal é compreendida a partir de um tripé: Saúde, Assistência e Previdência. A universalização, organização descentralizada, equidade e uniformidade são regulamentadas pela Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, que dispõe sobre promoção, proteção e recuperação da saúde, e a Lei nº 8.142, de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Os conselhos de políticas públicas – que serão trabalhados de forma mais específica no próximo capítulo – tornaram-se espaços importantíssimos no que diz respeito ao controle democrático.

Contudo, nesse mesmo período sociedade brasileira vivenciou um processo de democratização política e ao mesmo tempo uma profunda crise econômica. Conforme Bravo (2008), a promulgação da Constituição de 1988 representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais frente ao enorme índice de desigualdade social.

A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas historicamente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes. (BRAVO, 2009, p. 96-97)

No entanto, mesmo diante de um amplo movimento e conquistas a partir da Constituição, ao final da década de 1980, Bravo (2009) afirma que já havia discussões e dúvidas por parte da sociedade e dos movimentos sociais quanto à implementação da Reforma Sanitária. Tais questionamentos surgem por não haver, de fato, a efetivação dos avanços garantidos na Constituição, o que acaba por desmobilizar a sociedade, haja vista que não se obtinham resultados concretos na melhoria da saúde da população.

Behring e Boschetti (2008) afirmam a partir desse contexto que:



Esses princípios constitucionais, genéricos, mas norteadores da estrutura da seguridade social deveriam provocar mudanças profundas na saúde, previdência e assistência social, no sentido de articulá-las e formar uma rede de proteção ampliada, coerente e consistente. [...] Apesar de tais indicações, não foram essas as orientações que sustentaram a implementação das políticas que compõem a seguridade social na década de 1990. (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 158)

O Sistema Único de Saúde (SUS) nasce em meio a um caos financeiro, que se caracterizou pelo reforço à centralização, descrédito da Reforma Sanitária, privilegiamento da produtividade dos serviços médicos e implantação distorcida do SUS. O Governo Collor reduziu em quase a metade dos recursos para a saúde.

Neste cenário é importante enfatizar os dois projetos essencialmente distintos que se consolidam: o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Privatista. Costa e Vieira (2012) discorrem sobre tais projetos sob a perspectiva da participação social, e afirmam que:

Identifica-se a confluência de dois projetos políticos distintos acerca da participação social no país que têm em comum a expectativa sobre a presença ativa da sociedade. Um é o projeto neoliberal que busca garantir o Estado Mínimo, diminuindo a sua presença e transferindo responsabilidades, principalmente da área social, para a Sociedade Civil. O outro é o projeto político que nasce da luta contra a ditadura militar, que nos anos 80 se mobiliza pela redemocratização do Estado, propondo a participação da sociedade nas tomadas de decisão. (BENEVIDES, 1994 *apud* COSTA; VIEIRA, 2012, p. 23)

Na década de 1990, a partir da consolidação do projeto vinculado ao mercado, afirma-se como base o caráter focalizado para o atendimento das demandas sociais e a ampliação do processo de privatização, cabendo destaque nesse processo:

A fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução de apoio popular face à ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma, que passaram a dar direção no setor a partir de 1988. (BRAVO, 2009, p. 99)

O projeto de saúde voltado para o mercado está pautado, portanto, na afirmação do papel do Estado apresentando como principais aspectos, a partir da Política de Ajuste Neoliberal, a contenção dos gastos, descentralização, a desresponsabilização com o social,

privatização, seletividade e focalização, além da refilantropização das políticas sociais a partir do crescimento do chamado Terceiro Setor ou Sociedade Civil.

Correia (2007) aponta que, a partir da crise do capitalismo iniciada nessa década, e com a forte recessão da economia no contexto internacional, o capital buscou como formas de enfrentamento da crise a reestruturação produtiva, o qual se baseou na liberdade do mercado com a destruição dos direitos sociais e trabalhistas através da flexibilização bem como no enfraquecimento da relação do Estado com a classe trabalhadora, o que acaba por modificar as condições dos trabalhadores, devido à redução dos direitos sociais e retração das políticas sociais.

O poder do capital financeiro é defendido pelas instituições financeiras internacionais – FMI, Banco Mundial e Organização Mundial do Comércio –, que, representando as instituições mais poderosas do mundo, acabam por pressionar os demais Estados – inclusive o Brasil – a adotarem políticas de liberação, desregulamentação e privatização, impondo reformas políticas econômicas e culturais com vistas à reprodução do capital.

Nesse contexto, o Estado se coloca cada vez mais a favor dos interesses do capital, desresponsabilizando-se de sua função de responder às sequelas da questão social e transferindo para a sociedade essa função. Tem-se, portanto, um Estado mínimo para o social, através de cortes de gastos sociais e precarização das políticas públicas, e máximo para o capital, além das transferências das “responsabilidades” para a sociedade sob a justificativa de cooperação.

No Brasil, como destacado anteriormente, é a partir dos anos de 1990 que se torna possível assistir à redução do papel do Estado, influenciado pela política de Ajuste Neoliberal. É proposto um modelo de Estado que se desresponsabiliza do que diz respeito às políticas sociais, o chamado Estado mínimo. A este, se atribuiu a seguinte lógica: se atentar ao máximo para a economia e para o mercado, dar suporte aos bancos e empresas, em detrimento do financiamento das políticas públicas sociais.

Esse processo acaba por afetar os avanços na Constituição Federal de 1988, a qual foi conquistada pela luta dos trabalhadores, alterando o trato das políticas sociais. Bravo (2009) ressalta que esse retrocesso político do governo de transição democrática, aponta repercussão na saúde, tanto no aspecto político quanto no econômico.

A partir disso, Bravo (2009) sinaliza que há uma enorme distância entre a proposta do Movimento Sanitário e a prática social do sistema de saúde vigente. A ideologia disseminada pelo projeto neoliberal aponta para a responsabilização do sujeito, para a refilantropização e focalização das políticas sociais. Além disso,

A baixa qualidade dos serviços oferecidos pelos SUS foi a justificativa para que grupos de trabalhadores organizados em torno de sindicatos optem pela vinculação aos planos privados, incluindo essa demanda nas pautas de negociação de suas categorias. O resultado disso para o sistema é a ‘universalização excludente’, ou seja, apenas aqueles que não têm como pagar por serviços privados ou planos de saúde utilizam o sistema público. (COSTA; VIEIRA, 2012, p. 28)

O processo de privatização se assume de forma devastadora para os serviços públicos. O SUS foi se consolidando como espaço para os que não possuem acesso ao mercado privado, ou seja, volta-se para o setor mais empobrecido da sociedade, dos que não possuem meios de pagar pelos serviços de saúde. Portanto, a proposição do SUS na Constituição de 1988, de universalização do acesso, de fato, não se efetivou.

Menicucci (2006) enfatiza que o papel do Estado configura-se no atendimento dos segmentos mais pobres da população, no desfinanciamento e na proposição de políticas focalizadas na medida em que permite a inclusão, não por meio do direito à cidadania, mas pelo grau de pobreza, o que acaba por contradizer ao direito universal ao acesso garantido na Constituição.

Configura-se no país a institucionalização de um sistema dual de saúde que surge como efeito da própria trajetória política quem vem sendo construída desde os anos de 1960, a partir do incentivo à privatização do sistema. O Estado atua de forma a manter a lógica do público e do privado, que possui como consequência a precarização do sistema público a partir das barreiras no acesso aos serviços de saúde.

No geral, pode-se dizer, portanto, que há, nos anos de 1990, o ataque das políticas neoliberais, dificultando a efetivação da Constituição de 1988 e fragilizando ainda mais o modelo de proteção social brasileiro. E a classe trabalhadora é a primeira fração a perder com a crise econômica, devido principalmente à diminuição do poder aquisitivo com a inflação, perda dos postos de trabalho e retração dos direitos e políticas sociais.

Nesse sentido, baseada na ideologia neoliberal, a classe dominante impõe sua lógica capitalista e naturaliza as expressões da questão social como um problema estrutural. Assim, a classe dominada acaba por aceitar aquilo que lhe é imposto, o que implica sua maior subalternação e exploração.

O resultado disso é o desmonte dos direitos sociais, grande precarização do trabalho, desemprego, falta de maior e melhor investimento público em políticas públicas e sociais, entre outros. E maior desafio, nesse contexto, para a saúde, torna-se pensar e construir um sistema que se articule e que garanta uma maior efetividade mesmo diante de tais dificuldades.

Cabe aqui discorrer brevemente que, quando Lula assumiu a presidência da República em 2003, houve uma grande expectativa por parte da população de que o PT, por se tratar de um partido de esquerda, fizesse valer os anos de luta e alterasse a realidade do país diante da conjuntura neoliberal.

Todavia, Coutinho (2008) destaca que:

Infelizmente, a chegada do PT ao governo federal em 2003, longe de contribuir para minar a hegemonia neoliberal, como muitos esperavam, reforçou-a de modo significativo. A adoção pelo governo petista de uma política macroeconômica abertamente neoliberal – e a cooptação para esta política de importantes movimentos sociais, ou, pelo menos, a neutralização da maioria deles – desarmou as resistências o modelo liberal-corporativo e abriu assim caminho para uma maior e mais estável consolidação da hegemonia neoliberal entre nós. Estamos assistindo a uma aberta manifestação de uma das características mais significativas dos processos de “revolução passiva”, aquilo que Gramsci chamou de “transformismo”, ou seja, a cooptação pelo bloco no poder das principais lideranças da oposição. (COUTINHO, 2008, p. 141)

No mais, no que concerne aos avanços teóricos e retrocessos práticos, há de sinalizar-se aqui um exemplo da atuação do governo petista em relação à participação social, a instituição da Política Nacional de Participação Social – PNPS<sup>8</sup>. A mesma possui como objetivo o fortalecimento e a articulação dos mecanismos e instâncias democráticas, levando em consideração a atuação conjuntura entre a administração pública federal e a sociedade civil. (BRASIL, 2014, s.p.)

---

<sup>8</sup> Decreto nº 8. 243, de 24 de maio de 2014.

Apesar de o fato de que esse novo decreto não significa a concretização das transformações necessárias nos aparelhos de controle social e de democracia participativa, sua existência não pode ser ignorada, mas deve ser sustentada a fim de que haja o reconhecimento de tais espaços por parte da sociedade como lugar de luta e reivindicação.

Por isso, torna-se fundamental que a participação social, bem como o movimento das categorias profissionais, busque avançar no sentido de obter respostas às suas necessidades sociais e, principalmente, para que possam resistir e tomar decisões acerca das políticas – inclusive às de saúde – numa lógica de concretização dos direitos já garantidos constitucionalmente.

## 2 OS CONSELHOS COMO ESTRATÉGIA DE DEMOCRATIZAÇÃO E PARTILHA DE PODER

### 2.1 Democracia e Cidadania: Questões Particulares do Brasil

Visando tratar questões particulares da democracia e o processo de cidadania brasileira, serão desenvolvidas aqui reflexões teóricas a partir de autores como Coutinho; Bravo e Souza; e Telles.

Todavia, a fim de trazer embasamento teórico ao debate sobre o significado da democracia e cidadania, primeiramente, torna-se importante citar que para Rousseau, um importante filósofo francês que contribuiu com a Revolução Francesa no século XVIII, a democracia é “concebida como a construção coletiva do espaço público, como a plena participação consciente de todos na gestação e no controle da esfera política”. (COUTINHO, 2008, p. 50)

Montesquieu, filósofo francês iluminista, ao analisar o governo republicano e as leis relativas à democracia, afirma que somente quando o povo detém o poder soberano numa república é que se tem uma *democracia*. Do contrário, quando o poder soberano está nas mãos de uma determinada parte do povo, se constitui uma *aristocracia*. (ALBUQUERQUE, 2006, s.p.)

Nessa direção,

A soberania, não sendo senão o exercício da vontade geral, jamais pode alienar-se, e que o soberano, que nada é senão um ser coletivo, só pode ser representado por si mesmo. O poder pode transmitir-se; não, porém, a vontade. [...] pois a vontade ou é geral, ou não o é; ou é a do corpo do povo, ou somente de uma parte. (ROUSSEAU, 1991, p. 71)

Coutinho (2008) ao discorrer sobre a democracia a partir dessa concepção entende que a mesma significa soberania popular e ainda “Presença efetiva das condições sociais e institucionais que possibilitam ao conjunto dos cidadãos a participação ativa na formação do governo e, em consequência, no controle da vida social”. (COUTINHO, 2008, p. 50)

Com base em Netto (1990), Bravo e Souza (2002) discutem sobre a democracia restrita e a democracia de massas. A democracia das massas surge com a proposta de articular a democracia representativa com a democracia direta, delegando ao Estado a responsabilidade pela questão social, de forma que previa:

A ampla participação social conjugando as instituições parlamentares e os sistemas partidários como uma rede de organizações de base: sindicatos, comissões de empresas, organizações de profissionais e de bairros, movimentos sociais urbanos, rurais e democráticos.” (BRAVO; SOUZA, 2002, p.03)

Sobre a democracia de massas, Coutinho (2008) afirma que sem a articulação, “formas políticas de representação de toda a sociedade” (COUTINHO, 2008, p. 34), a democracia direta se torna individualizada, particular e perde o seu caráter de resistência e luta. Assim, a articulação entre as forças políticas proporciona a não particularização das reivindicações, mas alcança um nível coletivo e amplia as formas de luta. Daí resulta um conflito de interesses, haja vista os interesses das massas vão de encontro com os interesses da burguesia.

Nesse sentido, a democracia restrita “restringe os direitos sociais e políticos com a concepção de um Estado mínimo, ou seja, máxima para o capital e mínimo para as questões sociais.” (BRAVO; SOUZA, 2004, p. 03)

Pode-se ressaltar aqui, como exemplo de democracia restrita, o momento pelo qual o país passa a adotar políticas de ajuste a partir do neoliberalismo. Trata-se de um momento em que se alcança a democracia no país a partir da Constituição de 1988, no entanto, a efetivação da mesma é colocada em xeque a partir dos próximos anos devido ao forte ataque neoliberal que acaba por restringir os direitos sociais conquistados através da luta popular e dificultando ainda mais o exercício da cidadania por parte da população.

Conceitua-se a cidadania como “a capacidade conquistada por alguns indivíduos, ou (no caso da democracia efetiva) por todos os indivíduos, de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado”. (COUTINHO, 2008, p. 50)

De acordo com as concepções de Marshall (1967), a cidadania garante a universalização dos direitos civis, políticos e sociais a todos os cidadãos. Porém, no Brasil, devido aos traços marcantes da herança histórica do período colonial em relação ao processo

de cidadania, houve a dificuldade de efetivação e exercício desses direitos por maior parte da população no país.

Assim sendo, para se pensar a democracia, cidadania e participação social no Brasil, é importante ter em vista a análise feita por Coutinho (2008), quando este afirma que:

[...] a nação brasileira foi construída a partir do Estado e não a partir da ação das massas populares. Ora, isso provoca consequências extremamente perversas, como, por exemplo, o fato de que tivemos, desde o início de nossa formação histórica, uma classe dominante que nada tinha a ver com o povo, que não era a expansão de movimentos populares, mas que foi imposta ao povo de cima para baixo ou mesmo de fora para dentro [...] O Estado moderno brasileiro foi quase sempre uma “ditadura sem hegemonia” ou uma “autocracia burguesa”. (COUTINHO, 2008, p. 111)

Ou seja, o Brasil apresenta características construídas desde o período colonial, no qual devemos considerar os diferentes aspectos históricos da cidadania brasileira, que se constituem com a restrição dos direitos sociais, políticos e civis, desqualificando a parcela da sociedade como sujeitos de direitos. O processo de modernização do país pode ser explicado através da natureza excludente da forma de organização econômica e política do Brasil, somado aos interesses conservadores da elite oligárquica.

Dessa forma, haja vista que foi a classe dominante a implantar o capitalismo no Brasil, fazendo prevalecer seus próprios interesses, observam-se modificações apenas nos aspectos econômicos do país. Podemos dizer, portanto, que o processo de modernização do país caracteriza-se como um movimento criado pela elite latifundiária, no qual não se incorpora grande parte da população.

Assim, a ausência da participação das classes populares nesse processo configurou uma cidadania incompleta e parcial para a sociedade brasileira, ou seja, esta não consegue exercê-la plenamente, desfazendo-se os efeitos igualitários de direito e gerando na esfera social desigualdade, hierarquia e exclusão. Ou seja, pode-se dizer, segundo Telles (1994), que os direitos não acompanharam o desenvolvimento do capitalismo; falta a essas mudanças a expansão da cidadania.

A sociedade brasileira carrega todo o peso da tradição de um país com um passado escravagista e que fez sua entrada na modernidade capitalista com uma concepção patriarcal, de mando e autoridade, concepção esta que traduz diferenças e desigualdades no registro de hierarquias que criam a figura



inferior que tem o dever da obediência, que merece o favor e proteção, mas jamais os direitos. (TELLES, 1994, p. 11)

A cidadania no Brasil baseava-se na exclusão da maior parte dos trabalhadores e possuía como característica o controle do Estado a partir das políticas sociais, as quais se constituíam de forma restrita, fragmentadas e insuficientes em relação às demandas dos trabalhadores. A cidadania regulada<sup>9</sup> que se firma no país impõe critérios para as políticas públicas e acaba por colocar em xeque a questão da cidadania ampliada e inclusiva.

Cabe destacar, nesse sentido, que o processo de Revolução Burguesa tem caráter de revolução passiva. Há uma reação conservadora que barra qualquer possibilidade de transformação, atendendo às demandas populares através da cooptação.

De acordo com Coutinho (2008), o termo “revolução passiva” é utilizado por Gramsci para analisar a formação do Estado Burguês moderno na Itália. O autor traz alguns traços característicos de uma revolução passiva, sendo esta considerada uma revolução contrária à revolução popular que ocorre a partir de baixo, denominada como revolução “jacobina.” Tal termo relaciona-se às transformações na política, na ideologia e nas relações sociais às transformações econômicas. Gramsci utiliza-se desse termo para indicar a constante reorganização do poder do Estado e sua relação com as classes dominadas para preservar a hegemonia da classe dominante e excluir as massas de exercerem influência sobre as instituições econômicas e políticas.

No entanto, a revolução passiva se dá na forma de “restauração” e de “renovação”, em que a primeira trata-se, de acordo com o autor, de uma reação conservadora em relação às possibilidades de transformação advindas “de baixo”, enquanto a segunda refere-se ao atendimento das demandas populares através de ‘concessões’ das classes dominantes. O modelo da Itália expressa características universais de toda revolução passiva.

Contudo, ressalta-se que na revolução passiva não há, de fato, modificações efetivas. Sendo assim, não se pode considerá-lo como sinônimo de contrarreforma, mas sim um reformismo “pelo alto”, em que a burguesia tenta utilizar a estratégia de uma revolução passiva sempre que sua hegemonia é ameaçada.

---

<sup>9</sup> Categoria proposta pelo sociólogo brasileiro Wanderley Guilherme dos Santos para caracterizar uma cidadania restrita e sempre controlada pelo Estado, a qual determinava como cidadãos somente aqueles que estavam inseridos no mercado formal.

Resumidamente, Coutinho (2008) apresenta as seguintes características da revolução passiva: quando as classes dominantes se veem ‘obrigadas’ a responder às pressões das camadas populares – não sendo ainda considerada uma revolução “jacobina”, mas sendo capaz de provocar uma reação da classe dominante que busque atendê-los; quando mesmo que esta reação seja com o intuito de manter a “ordem”, acaba por acolher parte das reivindicações advindas de baixo; e por fim, quando mesmo diante da permanência da conservação das classes dominantes, há abertura para transformações.

Assim, conforme o autor, “estamos diante, nos casos de revoluções passivas, de uma complexa dialética de *restauração e revolução*, de *conservação e modernização*.”. (COUTINHO, 2008, p. 96)

É nessa lógica que se torna fundamental analisar a importância da participação e organização da sociedade, uma vez que é somente através dessa organização e pressão da classe trabalhadora que se torna possível ocupar os espaços de controle das políticas e nos processos de tomada de decisão, a fim de se obter mudanças efetivas.

## **2.2 Origem dos Conselhos**

A origem dos conselhos será abrangida neste item, destacando como principais autores, Coutinho e Bravo, os quais fazem interlocuções com Gramsci para discutir os antecedentes históricos – principalmente os conselhos operários de Turim – e experiências que propiciaram o desenvolvimento dos Conselhos.

Coutinho (2007), ao analisar a origem dos Conselhos, se fundamenta na concepção gramsciana e na realidade italiana dos conselhos de fábrica no período da Revolução Soviética e posterior à Primeira Guerra Mundial. Nesse momento, destaca-se o protagonismo do sujeito coletivo organizado envolvendo a questão do socialismo.

As comissões internas de fábrica, desenvolvidas após o chamado “golpe reducional”, em 1919, possuíam como objetivo a defesa dos direitos dos trabalhadores e seus dirigentes eram eleitos pelos operários sindicalizados. Ou seja, havia o reconhecimento dos direitos dos operários em terem uma representação no interior das fábricas.

Segundo Coutinho (2007), Gramsci propõe a organização de equipes articuladas num todo e diferenciadas em vários grupos profissionais e nas várias qualificações técnicas existentes no interior de uma empresa fabril. As Comissões Internas se converteriam em Conselhos de Fábrica, os quais significaram um organismo representativo de todos os trabalhadores para além de sua condição de assalariados. Os conselhos de Fábrica não são mais concebidos como instrumentos imediatos do trabalhador, mas como meio de *eleva o operário de sua condição de assalariada à condição de produtor*. (COUTINHO, 2007, p. 31 – grifos do autor)

A partir dessa compreensão é que os conselhos de fábricas se diferenciam dos sindicatos, uma vez que os últimos são instrumentos pelos quais o trabalhador negocia assuntos relacionados ao trabalho. Sendo assim, se assume como parte integrante do sistema capitalista. Já o primeiro entende o trabalhador “como parte inseparável de todo o sistema de trabalho que se condensa no objeto fabril<sup>10</sup>”.

De acordo com Coutinho (2007):

Isso significa que o ‘território’ da classe operária vai além da fábrica: abarca toda a totalidade das instituições sociais, políticas e culturais que asseguram a reprodução da vida social como um todo (e, inclusive, a reprodução da produção econômica. (COUTINHO, 2007, p. 33)

As várias reivindicações realizadas nos conselhos de fábrica de Turim possibilitaram aos trabalhadores a partilha de poder. Assim, as experiências dentro destes espaços propiciaram o alcance de um patamar diferente em relação ao nível sindical, ou seja, para além de um espaço reivindicatório.

Para Gramsci, o surgimento do Conselho de Fábrica aponta caminhos para o surgimento do modelo do Estado proletariado e ainda se torna um meio possível para que se alcance o Estado socialista, através da articulação de todos os Conselhos de Fábrica.

Nesta perspectiva, confirma-se que a experiência dos Conselhos foi fundamental para a elaboração posterior de uma concepção de partido político, e que seu movimento critica toda e qualquer forma de cristalização burocrática, na construção certa da gestão democrática em seu amplo entendimento para a formação humana.

---

<sup>10</sup> COUTINHO, 2007, p. 31

### 2.3 Os Conselhos como Democratização da Saúde

Para explicar como os conselhos de políticas são concebidos dentro do Estado Democrático e de Direito, e a importância da participação social para a efetivação e controle dos mesmos, torna-se necessário tratar, inicialmente, de como estes espaços se desenvolveram.

Para tal, serão utilizadas análises de Souza (2010), o qual realiza interlocuções com autores como Carvalho, Vázquez e Bravo para tratar de conceitos que envolvem o assunto. Em seguida, haverá uma discussão a partir de Gohn (2000), visando apresentar e desenvolver brevemente os antecedentes históricos dos Conselhos no Brasil.

Historicamente, entende-se o termo “controle social” como controle do Estado ou da classe dominante sobre as massas, ou seja, no sentido de coerção sobre a sociedade. No entanto, este termo foi assumindo novas formas a partir das transformações sociais e econômicas.

O termo “controle social”, segundo Souza (2010), está intimamente ligado à forma de participação da população e fiscalização das políticas públicas. E segundo Vázquez (1990, p. 201)<sup>11</sup>, um dos pressupostos fundamentais para a práxis política e também a participação são a busca de determinantes objetivos que vão estar relacionados aos interesses das classes sociais.

No que tange à participação, esta pode ser entendida como processo social no qual o homem se descobre como sujeito político, tornando-se capaz de estabelecer uma relação direta com os desafios sociais. Para tanto, a participação pode ser posta num entendimento de processo social em que permite ao homem se descobrir enquanto sujeito político.

“Carvalho (1995) apresenta três concepções de “participação”, presentes na sociedade política brasileira, a saber: a participação comunitária, a participação popular, e a participação social<sup>12</sup>”.

Para uma melhor compreensão das três concepções de participação conforme Carvalho (1995) serão apresentados os pontos principais que competem às mesmas. Essas três

---

<sup>11</sup> VÁZQUEZ (1990, p. 201) *apud* SOUZA, 2010.

<sup>12</sup> CARVALHO (1995) *apud* SOUZA, 2010.

concepções de participação são emersas em contexto histórico específico e vão ser caracterizadas conforme o tempo histórico em que foram dadas.

A participação comunitária surge em meados do século XX (anos de 1950), com a proposta de desenvolvimento de comunidade sendo pautada na vertente funcionalista. A comunidade é apontada como uma unidade consensual, com problemas e interesses em comum. O antagonismo entre as classes é mascarado, fortalecendo os interesses das classes dirigentes, que como já é de conhecimento visa à manutenção do sistema.

No que diz respeito à participação popular é preciso situar que esta se deu no contexto de ditadura no contraditório contexto da década de 1970, em que ainda era possível observar traços de uma política de liberalização e a presença de ideias da Doutrina de Segurança Nacional. Portanto, a participação popular significou o “aprofundamento da crítica e a radicalização das práticas opositoras ao sistema dominante, decorrente dos insatisfatórios resultados políticos e técnicos das práticas de participação comunitária<sup>13</sup>”.

A participação popular que emergiu na década de 1970 foi a reação da população aos regimes ditatoriais existentes nesse período. E o termo “controle social” supracitado, passa a ser entendido como “combate ao Estado feito pela sociedade”. (SOUZA, 2010, p.175)<sup>14</sup>

Nesse contexto histórico, a participação popular significou luta e contestação; todavia, somente ao final da década de 1970 e início da década de 1980, que essa participação começa a ser entendida como participação nas decisões e na execução das ações.

E por último, a participação social, que foi caracterizada no processo de democratização engendrando novas relações, Estado-sociedade requalificando o processo de participação que passa a levar em consideração “o recolhimento e acolhimento da diversidade de interesses e projetos colocados na arena social e política<sup>15</sup>”.

A participação social, segundo Souza (2010), terá como objetivo a universalização dos direitos sociais, a ampliação do conceito de cidadania e a interferência da sociedade no aparelho estatal. O que se observa, nos anos de 1980, é uma participação que orienta outra concepção de controle social do Estado, pois a ideia que se tem é a de que o controle seja feito

---

<sup>13</sup> CARVALHO (1995, p. 21) *apud* SOUZA.

<sup>14</sup> SOUZA, Rodriane de Oliveira. 2010, p. 175.

<sup>15</sup> *Idem*.

pela sociedade civil por meio de presença e ação organizada de diversos segmentos.

Concomitantemente a esse processo, pode-se discorrer sobre o desenvolvimento dos Conselhos no país no período anterior à Constituição de 1988, levando em consideração as contribuições acima sobre a participação da sociedade.

Gohn (2000) enfatiza as experiências dos conselhos a partir das seguintes categorias:

Os conselhos comunitários criados para atuar junto à administração municipal ao final dos anos 1970 (Gohn, 1990); os conselhos populares ao final dos anos 1970 e parte dos anos 1980 (Urplan, 1984); e os conselhos gestores institucionalizados. (GOHN, 2002, p. 10)

Nessa lógica, utilizando como aporte teórico as reflexões de Gohn (2002) para resgatar o breve contexto histórico do desenvolvimento dos Conselhos no país, cabe aqui enfatizar que os conselhos populares:

Foram propostas dos setores da esquerda ou de oposição ao regime militar e surgiram com papéis diversos, tais como: organismos do movimento popular atuando com parcelas de poder junto ao Executivo (tendo a possibilidade de decidir sobre determinadas questões de governo); como organismos superiores de luta e organização popular, gerando situações de duplo poder – uma espécie de poder popular paralelo às estruturas institucionais; ou como organismos de administração municipal, criados pelo governo para incorporar o movimento popular ao governo, no sentido de que sejam assumidas tarefas de aconselhamento, de deliberação e/ou execução. (GOHN, 2002, p. 11)

Neste momento pode se dizer que a participação popular se tornou a discussão principal dos conselhos populares, reconhecendo a mesma como forma de democratizar o Estado e seus aparelhos, e a partir disso, começa-se a pensar na atuação da sociedade através das decisões políticas.

Dentre os conselhos populares que se destacaram no cenário nesse período, vale registrar três exemplos significativos:

Conselhos Populares de Campinas, no início dos anos 1980; O Conselho Popular do Orçamento, de Osasco; e o de Saúde da Zona Leste de São Paulo. Este último foi criado em 1976, a partir do trabalho de sanitaristas que trabalhavam nos postos de saúde daquela região, articulados ao Partido Comunista, mas, ao mesmo tempo, vivenciando o clima de participação gerado pelas Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica; Os conselhos de Campinas desenvolveram-se também articulados aos

programas das pastorais religiosas e deram origem ao movimento "Assembléia do Povo". (GOHN, 2002, p. 12-13)

E finalmente Gohn (2002) discorre sobre os conselhos de gestores de caráter interinstitucional instituídos nos anos de 1990. De acordo com a autora, esses assumem o papel de instrumentos mediadores na relação sociedade-Estado e estão inscritos na Constituição de 1988 e em outras leis orgânicas específicas desenvolvidas posteriormente, as quais visam regulamentar o direito à participação da sociedade civil no país por meio dos Conselhos.

Cabe aqui pontuar que, de acordo com Souza (2010), a inclusão da participação social como princípio teórico-prático no arcabouço jurídico-legal do Estado diz respeito diretamente ao processo constituinte e à Constituição Federal de 1988. Assim, o sentido de controle social passa a ser compreendido como participação da sociedade na elaboração, implementação e fiscalização das políticas públicas e sociais. “Essa última concepção de controle social tem como marco o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o aprofundamento do debate referente à democracia e, na saúde, o movimento de reforma sanitária”. (BRAVO, 2007, p. 45)

O Movimento de Reforma Sanitária, que surgiu na década de 1970, foi fruto de lutas de mobilizações dos trabalhadores da saúde, e teve como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS). Sabe-se que sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade, pautado na concepção de responsabilidade sobre as políticas sociais e tem como premissas e fundamentos a saúde como “um direito de todos e dever do Estado”; a democratização do acesso aos serviços de saúde; a universalização das ações, além da participação da sociedade civil.

Behring e Boschetti (2008) analisam esse processo como “grandes inovações políticas e institucionais no formato das políticas públicas brasileiras, nas quais vislumbrava-se uma perspectiva nítida de reforma, num país em que a democracia sempre foi mais exceção que regra.”. (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 178)

Enfatiza-se que as décadas de 1980 e 1990 foram significativas para o termo “controle social”, pois este passa a ser concebido como elemento constitutivo das políticas públicas, da

gestão pública, ou melhor, é o processo pelo qual a população participa e fiscaliza as decisões do Estado.

Nesse sentido, Bravo salienta que

Historicamente, a categoria controle social foi entendida apenas como controle do Estado ou do empresariado sobre as massas. É nessa acepção que quase sempre o controle social é usado na Sociologia clássica, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população. Entretanto, o sentido de controle social inscrito na Constituição é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais. (BRAVO, 2006, p. 83)

Souza (2010) pontua que hoje o controle social, como explicitado acima, é direito conquistado e um princípio contido na Constituição de 1988. No entanto, foi somente na década de 1990 que este foi implementado a partir da promulgação das diferentes leis complementares, como, por exemplo, a Lei 8.112/90. Será por meio dessas leis que o controle social será instituído em duas instâncias formais que se configuram também em espaço de luta: as conferências e os conselhos.

Sobre os conselhos de saúde, o artigo 1º da Lei nº 8.142/90, em seu parágrafo 2º, afirma que:

§ 2.º – O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. (BRASIL, 1990, s.p.)

É importante deixar claro que os Conselhos de Direitos estão diretamente ligados a dois eixos relevantes que dizem respeito à sociedade contemporânea: a democracia e a participação popular. A partir de 1988 esses elementos vêm sendo discutidos e unificados às políticas públicas e sociais, em que se foi estabelecido que estes se firmassem como um espaço de discussão e instituição dessas políticas, de forma a promover uma vinculação entre o Estado e a sociedade civil.

Desta forma, não é possível falar de Conselho sem homogeneizar esses eixos, haja vista que é este o espaço onde a sociedade civil poderá exercer sua cidadania de forma



democrática, através de sua participação. A Lei n.º 8.080/90 reafirma, em seu artigo 7º, a participação social como um princípio para o SUS, e a Lei n.º 8.142/90, em seu artigo 1º, define que, sem prejuízo das funções do poder legislativo, sejam criados os conselhos e as conferências como forma de instituição de participação da comunidade na gestão do SUS.

Sendo assim, destacam-se os conselhos como "instrumentos firmadores de valores democráticos<sup>16</sup>", constituindo-se como um trajeto que permite uma participação popular efetiva.

Segundo Martins (2010),

Os conselhos constituem-se novidade no campo da gestão das políticas sociais claramente embasadas em uma concepção de democracia participativa. Sua institucionalização permite um novo tipo de participação da sociedade civil, que não se esgota no processo eleitoral. São instrumentos para deliberar, controlar e fiscalizar as políticas desenvolvidas nas três esferas de governo. (MARTINS, 2010, p. 190)

A partir disto, consideram-se os conselhos aparelhos responsáveis por permitir a participação social, a qual irá intervir de forma direta nas decisões acerca das políticas sociais, fundamentando, assim, a possibilidade de as necessidades sociais serem atendidas. Neste contexto, o conselho deve atuar de maneira intermediária entre as demandas colocadas pela sociedade civil e a forma pelo qual o Estado irá assimilá-las.

Todavia, Behring e Boschetti (2008) sinalizam que:

Se os Conselhos têm grandes potencialidades como arenas de negociação de propostas e ações que podem beneficiar milhares, milhões de pessoas, e de aprofundamento da democracia, há também dificuldades para a realização dos sentidos da participação e pleno desenvolvimento. (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 178)

No contexto da participação do usuário no SUS, os Conselhos são criados em nível municipal, estadual e federal, e compreendem diversos temas e setores da sociedade. Sua composição pode ser paritária – abrangendo representantes da sociedade civil e do governo – ou tripartides, nos quais os trabalhadores ocupam apenas um terço das cadeiras e dividem-nas com os representantes do governo e da empresa empregadora, o que acabar por deixar o trabalhador em desvantagem.

---

<sup>16</sup> MARTINS, Aline de Carvalho. 2010, p. 189.

Já os Conselhos de Saúde, segundo Decreto nº 99.438, de 07 de Agosto de 1990, são espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade, sendo compostos por 25% de representantes de entidades governamentais, 25% de representantes de entidades não governamentais e 50% de usuários dos serviços de saúde do SUS, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais.

Vale ressaltar que, dentro os conselhos de políticas, somente o Conselho de Saúde garante uma determinada cota para os trabalhadores da área.

Contudo, Bravo enfatiza sobre as escolhas das entidades representativas dos usuários, destacando que não há, dentre os critérios de elegibilidade, as seguintes características:

Tradição política, base de sustentação, interesses representados, organização e dinâmica de funcionamento, o que abre possibilidades para uma participação elitista e burocrática, na qual a intervenção dos seus representantes enfatiza opiniões pessoais, subjetivas e arbitrárias, não debatendo com as bases de sua entidade, muito menos com a base de seu segmento, as temáticas em pautas nas reuniões do conselho<sup>17</sup>. (BRAVO *apud* SOUZA, 2009, s.p.)

Há problemas ainda quanto à capacitação dos conselheiros, no sentido de exercer as funções e o controle democrático. Outra dificuldade, destacada por Behring e Boschetti, se relaciona à “excessiva fragmentação e setorialização das políticas, o que dificulta a ocupação de espaços principalmente por parte dos movimentos sociais e usuários”. (BEHRING; BOSCHETTI, 2008, p. 183)

Considera-se, por fim, que, mesmo diante dos embaraços ocasionados pela política neoliberal em relação ao controle democrático, há o reconhecimento de que a participação social nos conselhos de direitos é uma forma de ampliação de si mesma, e que deve priorizar, sobretudo, o fortalecimento da cidadania e democracia em meio à ofensiva conservadora e regressão dos direitos sociais.

## **2.4 Participação Social: Potencialidades e Limites da Democracia no País na Atualidade**

Neste item será abordada a participação social através dos conselhos de políticas de

---

<sup>17</sup> BRAVO (2000) *apud* SOUZA (2009).

forma a analisar como esta tem se apresentado, de fato, diante da atual conjuntura. Para isso, cabe, primeiramente, resgatar a definição dada por Souza (2010) a fim de se abordar a participação social.

A participação popular pode ser entendida aqui como processo social, no qual o homem se descobre enquanto sujeito político, capaz de estabelecer relação direta com os desafios sociais. Não se trata de uma questão de grupos marginalizados; deve ser pensada e discutida por todos os grupos sociais, por dizer respeito às decisões relativas às duas condições básicas de existência. Por isso, a participação deve ser observada enquanto questão social, e não como política de reprodução da ordem vigente. Na condição de questão social, a participação é constituída de contradições que desafiam o homem, fazendo-o assumir, dependendo da conjuntura, posições de enfrentamento ou a elaboração de proposições políticas para melhoria das condições de vida e trabalho da população. (SOUZA, 2010, p. 170)

É essencial resgatar que a participação social através dos conselhos faz parte de um processo histórico de reivindicação dos movimentos sociais, considerado, ainda, um reflexo da luta daqueles que buscam a ampliação da cidadania e sendo assim, não se pode restringir seu papel na sociedade. Todavia, o Brasil é caracterizado historicamente por ser um país resistente às reivindicações e movimentos populares, com destaque para aqueles que dão qualquer tipo de poder à sociedade civil, como o caso da participação social.

Nessa lógica, a construção dos conselhos de direitos com caráter deliberativo e participação popular se deu através de grande oposição, principalmente por parte daqueles que perderam fragmentos do seu poder. Assim sendo, cabe aqui discutir o controle democrático a partir das análises gramscianas já destacadas neste trabalho.

No âmbito do Estado capitalista, as ações não se direcionam no sentido de privilegiar a democratização e o protagonismo político das coletividades nos processos decisórios. Não se promove o controle da sociedade sobre as ações públicas, mas se recriam formas de controle, a partir da ideia de cooptação, dominação e ações policiais sobre os usuários dos programas sociais.

Dessa forma,

O que se verifica é um movimento advindo do interior da classe dominante, representada pelo Estado que, a todo o momento, institui mecanismos que estreitam ainda mais os canais de participação popular no âmbito da gestão pública, em que os dirigentes falam e decidem pelos usuários. (ALVES, 2009, p. 119)

A sociedade civil acaba por encontrar grandes dificuldades diante de tal contexto, podendo destacar outros obstáculos para uma implementação consistente dos conselhos, como "dificuldades materiais, políticas, organizacionais e obstáculos próprios do contexto político e de seus processos de criação"<sup>18</sup>. Ademais, há uma falta de acesso por parte da sociedade civil acerca das informações, o que leva a uma participação frágil de sua parte.

Além disso, existem fatores relevantes que se colocam como impedimento para que os conselhos se firmem, como aponta afirma Martins (2010).

Se a formação dos conselhos pode ser um estímulo à participação, pode ser também um mecanismo de concentração de recursos nas mãos do prefeito, quando ele, violando a legislação [...], cria conselhos compostos por seus "amigos", ou somente cria conselhos em lei, sem que exista o seu real funcionamento. (MARTINS, 2010, p. 194)

Assim, o recurso será repassado ao município, porém não haverá participação social, de forma que não será efetivada a democracia. É preciso entender, portanto, os limites dispostos aos conselhos e a participação social, principalmente se pensarmos a nível municipal. Por isso, faz-se necessário aos conselhos utilizar "suas prerrogativas legais e alianças com outros setores da sociedade, no sentido de fazer valer suas deliberações e garantir o reconhecimento social de suas ações"<sup>19</sup>. (MARTINS, 2010, p.196)

Diante do exposto, pode-se dizer que o resultado da implantação desta política no Brasil ainda não foi consagrado de forma efetiva por toda a população, uma vez que grande parte dos cidadãos ainda se situa à margem da comunidade política, o que acaba por trazer implicações no padrão de intervenção pública e participação social, e distanciando-se do verdadeiro significado de cidadania.

Em oposição a essa tendência dominante, torna-se fundamental discutir sobre a preparação político-pedagógica dos cidadãos, de forma a contribuir para a construção da consciência política desses sujeitos, e, conseqüentemente, com o intuito de expandir os espaços públicos no sentido de participação popular, entendendo que:

A participação social deve ter capacidade de provocar mudanças na configuração democrática do Estado, e sua atuação deriva da combinação entre os mecanismos da democracia representativa e da democracia

---

<sup>18</sup> MARTINS, Aline de Carvalho. 2010, 194.

<sup>19</sup> Idem. p. 196.

participativa. Nessa perspectiva, trata-se de espaços não somente de inclusão e de igualdade, mas especialmente de promoção de autonomia dos atores sociais. (COSTA; VIEIRA, 2012, p. 08)

Dessa forma, a participação social, além de vinculada ao princípio de universalização da saúde, pretende funcionar como garantia de plenitude do mesmo princípio, que se origina de um processo de luta e mobilização, constituindo-se como um importante instrumento de afirmação do caráter público e universal do SUS.

Nesse sentido, de acordo com Menezes (2009):

Concebe-se o controle social, não somente como uma luta legal por um direito adquirido, mas como a potencialidade e criatividade dos usuários na elaboração da política, já que são estes os que realmente sabem, por perceberem no cotidiano, como deve ser uma política pública e quais as falhas atuais dos serviços. (MENEZES, 2009, p. 260)

Considerando a atual conjuntura, sabe-se que a partir dos anos de 1990, com a entrada das teses neoliberais no Brasil que trouxeram, dentre muitas consequências, a redução dos direitos sociais e o sucateamento da saúde e da educação em destituição do controle democrático e dos avanços conquistados pela Constituição de 1988, torna-se importante que os sujeitos sociais estejam envolvidos e preocupados com as políticas sociais, de forma a defender e lutar nos espaços públicos a ampliação dos direitos.

É nesse sentido que se reforça a importância da efetiva participação social da sociedade civil através dos mecanismos de resistência, como os Conselhos, concebidos como espaços de tensão e de interesses contraditórios na luta por melhores condições de vida.

Assim sendo, segundo Matta (2007), aponta-se como desafio nessa questão que a atuação dos Conselhos não se reduza ao controle e monitoramento das ações sobre a saúde, e se consolide como instância participativa e deliberativa das políticas de saúde, como forma de valer, de fato, não os interesses do mercado, mas através de debates dentro tais espaços, apresentar os reais interesses da população.

Outro desafio destacado pelo autor é não inibir a necessidade de novas instâncias para além dos Conselhos de forma a não burocratizar e limitar as ações da sociedade civil na sua expressão de luta e controle social, reconhecendo outros movimentos e atores políticos além daqueles que são paritários nos Conselhos e Conferências. (MATTA, 2007, s.p.)

Segundo Martins *et al.*:

Para o sucesso dessa proposta, se faz necessário que o cidadão passe a ser o centro do modelo de prestação de cuidados em saúde, implicando a necessidade de se criarem condições para que o cidadão tenha possibilidade de se expressar e transformar a realidade vivida, proporcionando assim uma nova distribuição de deveres e direitos entre o Estado e a sociedade, redimensionando a questão da participação, que passa a ser entendida como pré-requisito institucional e político para a definição da saúde que queremos. (MARTINS *et al.*, 2011, p. 08)

Considera-se este um dos caminhos para a viabilidade e efetivação concreta das políticas de saúde fundamentadas nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, em que a participação social se faz de extrema importância, no sentido de que só é possível alcançar a qualidade nos serviços de saúde prestados a partir do apontamento dos problemas e soluções relativas às demandas da população.

Como destaca Alves (2009), a avaliação e controle das políticas sociais deve ser entendida como “processo dialético entre o plano do governo e os planos da força de pressão da sociedade”, sendo indispensável a participação política da população “como valor estratégico permanente, que vai possibilitar a apropriação social da política”. (BAPTISTA, 2000, p. 22 *apud* ALVES, 2009, p. 116)

Dessa forma, o caráter político da avaliação e do controle social se dá numa perspectiva estratégica, à medida que deixa de ser apenas um meio técnico e um recurso para corrigir problemas da gestão, tornando-se uma força política, no sentido crítico e democrático.

Enfim, cabe sinalizar aqui as pontuações feitas por Alves (2009), no que diz respeito à efetivação da avaliação no sentido de que estas possam de fato “instrumentalizar os setores populares progressistas no exercício da cidadania e os conselhos no exercício de seu papel deliberativo,” (ALVES, 2009, p. 120). Para isso, os usuários devem ser os sujeitos privilegiados neste processo, seja no momento da investigação quanto no momento da socialização dos resultados da pesquisa, sendo estas consideradas ações fundamentais para que o sujeito reconheça seu direito de participação.

Contudo, Alves (2009) relata que isso dependeria que os espaços de controle social fossem transformados em espaços para a análise crítica da realidade, compreendendo sua totalidade, ou seja, o movimento histórico e seus aspectos singulares, particulares e

universais. Por outro lado, é essencial que os cidadãos estejam politicamente preparados para se apropriarem destes processos, transformando-os em instrumentos políticos para a compreensão da realidade e para o subsídio da luta pela ampliação do acesso a serviços sociais públicos de qualidade.

É, pois, na medida em que a luta dos trabalhadores pela conquista e garantia dos direitos de cidadania no plano imediato, via políticas sociais, ocupa foros de mobilização popular, reúne os setores sociais comprometidos com a construção de uma sociedade democrática em todos os níveis, que se dará a abertura dos canais de interferência popular nas decisões públicas. (ALVES, 2009, p. 120)

Esse é um processo realmente desafiador para a sociedade civil, se considerarmos as determinações históricas e o desenvolvimento do capitalismo no Brasil, devido principalmente ao caráter de dominação via cooptação ideológica e repressão do sistema.

Torna-se fundamental, portanto, que a sociedade organizada encontre brechas neoliberais e construa estratégias eficazes para que possa promover mudanças consideráveis para as classes trabalhadoras, na relação entre Estado e sociedade e, conseqüentemente, conquistas reais para a participação social.

### 3 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO FIDÉLIS

Com vistas a abranger a base teórica desenvolvida nos capítulos anteriores, este capítulo tem por objetivo realizar uma análise do Plano Municipal de Saúde dos anos de 2014 a 2017, atentando-se à questão do Controle Social exercido pelo Conselho de Saúde Municipal. Discorre-se, a partir disso, como tem se desenvolvido a concretização das propostas e estratégias pensadas a partir do plano, as quais possuem o intuito de fortalecer a democratização das ações do Estado e incentivar a participação social.

Para tal, torna-se necessário, inicialmente, apresentar as informações e os dados empíricos acerca do Conselho Municipal de Saúde, bem como o conteúdo do Plano Municipal de Saúde, identificando os itens que o compõem; sua relação com a Política Nacional de Saúde e principalmente as diretrizes apontadas para a resolução dos problemas verificados na realidade municipal. E assim será possível problematizar a participação da sociedade dentro do mecanismo de controle que é o Conselho.

Para a construção deste primeiro tópico houve dificuldades no que diz respeito à disponibilização dos dados do Conselho de Saúde de São Fidélis, haja vista que não há um *site* próprio para as informações do Conselho, nem mesmo há informações no *site* da Prefeitura Municipal. É possível somente encontrar algumas das deliberações do Conselho de cunho essencialmente financeiro através do Diário Oficial do Município.

O Conselho de Saúde tem sua sede no prédio da Secretaria de Saúde do Município. Ao procurar informações básicas do mesmo, como sua composição, instituições representadas pelos conselheiros, data de criação, atas das reuniões, entre outros, foi informado pela secretária do órgão que tais informações deveriam, primeiramente, serem autorizadas pela Secretária de Saúde para o seu repasse. Seria necessário, ainda, uma solicitação para ser entregue, protocolada e autorizada também pelos conselheiros na reunião mensal.

Quando se questionou que essas informações poderiam – e deveriam – serem prestadas a qualquer cidadão, sem necessidade de prévia autorização, uma vez que os Conselhos são firmados como instâncias autônomas, a secretária do Conselho argumentou que tal procedimento era necessário devido apenas à burocratização e para a ciência dos conselheiros que tais informações estariam sendo repassadas.



Após as devidas autorizações, todas as informações necessárias foram repassadas. No entanto, é necessário refletir sobre a resistência e dificuldades no acesso às informações. Basta questionar-se como a sociedade irá se inserir e ocupar os espaços de controle, uma vez que não são divulgadas nem mesmo as reuniões mensais do Conselho para que a sociedade possa participar e assim intervir nas decisões que dizem respeito a suas próprias questões de saúde.

### **3.1 Breve Histórico do Conselho Municipal de Saúde de São Fidélis**

O Conselho Municipal de Saúde de São Fidélis se apresenta como um órgão permanente e deliberativo do Sistema Único de Saúde – SUS – no âmbito municipal, com representantes do Governo Municipal, dos Prestadores de Serviços Filantrópicos e Privados na área da Saúde, dos trabalhadores ou profissionais da área da saúde e dos usuários. Atua na formulação de estratégias de controle e execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros; na definição de critérios de qualidade, para o funcionamento dos serviços de saúde públicos e privados; no âmbito do Sistema Único de Saúde, entre outras atribuições.

Este Conselho foi criado pela Lei Municipal nº 475, de 13 de Maio de 1993, substituída pela Lei Municipal nº 598, de 27 de Junho de 1996, alterada pela Lei Municipal nº 759, de 04 de Março de 1999, e homologado pela Portaria nº 116, de 25 de Março de 2003. A mesma traz consigo a composição de 20 (vinte) membros titulares e seus respectivos suplentes, garantindo a paridade, sendo 50% de seus membros representados pelo segmento dos usuários (10), 25% (05), dos profissionais da saúde, e 25% representantes de prestadores de serviço e gestores locais do SUS (05).<sup>20</sup>. Pode-se dizer que a paridade funciona como uma “medida” da correlação de forças entre o poder público e a sociedade civil. O Conselho de Saúde aqui analisado cumpre, portanto, as exigências da Lei nº 8.142/90, e da Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003, em que os usuários devem corresponder a 50% do total dos conselheiros.

Cabe destacar que os membros titulares e seus respectivos membros têm mandatos de quatro anos. As sessões plenárias são realizadas ordinariamente a cada mês, e

---

<sup>20</sup> Dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de São Fidélis, referentes à Gestão de 2009-2012.

extraordinariamente, quando convocada pelo Presidente ou através de requerimento de um terço de seus membros.

No que diz respeito às reuniões, estas ocorrem a cada última quinta-feira do mês, às nove horas da manhã, na sala do Conselho Municipal de Saúde, situada no prédio da Secretaria de Saúde. A princípio, o presidente do Conselho é automaticamente a Secretária Municipal de Saúde, mas está sendo vista uma comissão para atender à lei federal, a fim de que desvincule a secretaria da presidência. As representações governamentais são as secretarias do município e os não governamentais são os diversos segmentos da sociedade, representantes profissionais da área de saúde e de associações de moradores.

A cada quatro anos é realizada a Conferência Municipal de Saúde, para a qual as autoridades de todos os segmentos são convocadas através de ofício e convite para estarem presentes. Ali é feita a eleição do Conselho para que sejam homologados também os representantes na conferência. Ressalta-se que os demais Conselhos possuem a eleição diferente, mas o Conselho de Saúde permanece sendo pelas Conferências Municipais de Saúde.

Em análise documental foi possível apresentar a composição do Conselho Municipal de Saúde, cuja atual gestão se divide da seguinte forma:

**CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO FIDÉLIS: Gestão Atual**

<b>1. GOVERNO MUNICIPAL</b>
<b>1.1 Secretaria Municipal de Saúde</b>
<b>Titulares:</b> Bruna Araújo Siqueira Mario Lúcio da Rocha Andrade
<b>Suplentes:</b> Élio Miranda Daflon Emanuel Cordeiro da Silva
<b>1.2 Secretaria Municipal de Ação Social e Cidadania</b>
<b>Titular:</b> Priscila <b>Suplente:</b> Victor Cruz
<b>2. PRESTADORES DE SERVIÇOS FILANTRÓPICOS E PRIVADOS NA ÁREA DE SAÚDE</b>
<b>2.1 Associação Hospitalar Armando Vidal</b>
<b>Titular:</b> Carlos Felipe Mocaiber <b>Suplente:</b> Manoel Osório Gaudard Barbosa
<b>3. TRABALHADORES OU PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE</b>
<b>3.1 Representantes dos Profissionais de Serviço Social</b>

<b>Titular:</b> Érika Gomes Pereira Rangel
<b>Suplente:</b> Cláudia Taveira
<b>3.2 Representantes dos Profissionais de Enfermagem</b>
<b>Titular:</b> Cristiane Aparecida Donna Rodrigues Dias
<b>Suplente:</b> Regina Lúcia Moço Santana Alvarenga
<b>3.3 Representantes dos Profissionais de Fisioterapia</b>
<b>Titular:</b> Dalva Villaça Serpa Hentzy Siqueira
<b>Suplente:</b> Ana Patrícia Sodré
<b>3.4 Representantes dos Profissionais de Odontologia</b>
<b>Titular:</b> Alessandra Brito Murad
<b>Suplente:</b> Valéria Peres Gomes
<b>4. USUÁRIOS</b>
<b>4.1 Representantes da Associação de Moradores e Produtores</b>
<b>Titulares:</b> Reginaldo do Amaral de Almeida
Sirley de Souza Ornelas
Adilma Leite da Costa
<b>Suplentes:</b> Helcy de Moraes
Paulo Gonçalves Leonardo
Renan Porto Mota
<b>4.2 Representantes de Clubes de Serviços, Lojas Maçônicas e Órgãos Jurídicos</b>
<b>Titulares:</b> Iran Lima de Albuquerque
Getúlio Cêrca de Almeida Santos
César Ivan dos Santos Júnior
<b>Suplentes:</b> Ricardo Freitas
Rafael da Silva Vieira
Lúcia Helena Teixeira Abreu
<b>4.3 Representantes dos Sindicatos Patronais</b>
<b>Titular:</b> Sônia Maria Corrêa dos Santos Souza
<b>Suplente:</b> José Cláudio Duarte de Souza Júnior
<b>4.4 Representantes dos Movimentos Religiosos</b>
<b>Titular:</b> Arildo Braga Berriel
Erodias Pereira Braga
Leila Maria Martins Arruda
<b>Suplente:</b> José Leopoldino Baptista Filho
Edelma Fiaux de Carvalho (Pastoral Cça)
Cecília Maria Dutra Prado
21

Para analisar de forma mais ampla a composição do Conselho, utilizar-se-ão informações advindas do Caderno Regional referente ao 1º Seminário de Gestão Participativa

<sup>21</sup> A tabela representa a composição dos conselheiros (atualizada em Julho de 2017).

em Saúde da Região Norte do Rio de Janeiro, realizado em 16 de dezembro de 2005, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. O principal objetivo do Seminário foi fortalecer e articular os Conselhos Municipais de Saúde do Rio de Janeiro, de forma a propiciar e potencializar a participação e gestão dos sujeitos sociais. Contou-se com a participação de 172 pessoas inscritas, divididas entre conselheiros de saúde, não conselheiros, trabalhadores de saúde, aposentados, estudantes e outros.

No que diz respeito aos conselheiros do município de São Fidélis, um fato que pode ser aqui destacado em relação ao segmento dos usuários é de que há entidades prestadoras de serviços, mas, conforme enfatizado no 1º Seminário de Gestão Participativa em Saúde, esses deveriam estar ocupando vaga no segmento dos prestadores de serviços e não no dos usuários. Além disso, pode-se notar que há entidades que recebem recursos financeiros da Prefeitura, como o caso da Pastoral da Criança, representado acima pelos Movimentos Religiosos<sup>22</sup>.

Compreendendo a importância dos sindicatos e dos partidos políticos dentro dos espaços de controle social, observa-se, dentre a composição dos representantes dos usuários, que há pouca participação destes. Apesar da presença da associação de moradores, cujos membros são de extrema importância para a composição do Conselho e que podem levar as questões que foram discutidas, não se pode ignorar o fato de haver uma escassez na representação de movimentos sociais mais amplos e politizados. Cabe então indagar qual o real interesse e perspectiva política dos conselheiros à medida que um maior envolvimento de tais categorias poderia contribuir para a qualificação do debate e potencialização da participação, não se limitando somente à questão da saúde, mas um projeto societário mais amplo.

Outro dado interessante pode ser observado na fala do ex-secretário de Saúde do Município – na época representante do movimento dos gestores –, no caderno do 1º Seminário, em que o mesmo afirma que muitos conselheiros acabam levando seus interesses pessoais para o conselho e não os interesses da sociedade, principalmente por questões políticas. Esse é um fato que deve ser pensado a partir da compreensão do real significado do papel do Conselho no que tange à ampliação da cidadania e do comprometimento dos conselheiros em discutir e elaborar políticas de saúde voltadas para o atendimento das reais demandas da população.

---

<sup>22</sup> BRASIL, 2007. 1º SEMINÁRIO DE GESTÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE NA REGIÃO NORTE.

Diante de todo conteúdo e reflexão, faz-se necessário pontuar algumas das proposições estabelecidas a partir do 1º Seminário de Gestão Participativa em Saúde, que visam ao fortalecimento do controle social. No eixo da infraestrutura, divulgação e dinâmica de reuniões foram propostas a produção de boletins para a divulgação das informações relativas aos Conselhos Municipais de Saúde e à Política de saúde; e a organização da dinâmica das reuniões. Em relação ao eixo das informações necessárias para os conselheiros, destaca-se a disponibilização dos relatórios financeiros com tempo hábil para a aprovação dos conselhos. No eixo de ampliação da Participação, cabe destacar a proposta de mobilização das entidades trabalhadoras de saúde e dos sindicatos a participarem dos conselhos; e garantir a articulação dos conselhos com os movimentos sociais. E por fim, dentre outras ações, foi proposta a revisão do Plano de Saúde e garantia da reavaliação anual.

Levando em consideração esta última proposta elaborada pelo 1º Seminário como ação necessária para o melhor funcionamento dos conselhos será desenvolvida, nos próximos itens, a análise do Plano Municipal de Saúde da gestão de 2013 e de que forma o conteúdo do mesmo contempla a importância do controle social.

### **3.2 Análise do Plano Municipal de Saúde de São Fidélis – PMS**

Em relação ao Plano Municipal de Saúde de São Fidélis, compreende-se que este foi construído com objetivo de diagnosticar os problemas e dificuldades que a saúde do município havia enfrentado nos anos anteriores. A partir disso, busca-se traduzir na prática a implementação de processos que permitam a formulação e a aplicação efetiva de instrumentos básicos de planejamento, com o olhar voltado para a melhoria da saúde pública. Visa ainda traçar estratégias eficientes de acompanhamento, propiciando o uso correto dos instrumentos de gestão, assumindo novas responsabilidades, afirmando o comprometimento com o cuidado da população que a equipe se propõe a assistir.

O Plano Municipal de Saúde de São Fidélis foi construído no ano de 2013 para atuar na gestão de 2014 a 2017 e conta com doze itens, no total de 118 páginas. Em relação ao seu conteúdo, pode-se dizer resumidamente que são apresentados de início os colaboradores de sua elaboração. Em seguida, se explicam as siglas que serão utilizadas no decorrer do Plano.

Abrange como forma de organização o sumário, o qual mostra todos os itens que conterão no Plano, bem como a lista de gráfico, quadros e mapas que aparecerão em seu conteúdo.

No **primeiro capítulo**, aborda-se a introdução, composta por dois subitens: *a Saúde e o Pacto pela Saúde*. Nesta introdução, apresenta-se a política do Sistema Único de Saúde expondo suas especificidades, considerando-o como a maior política de inclusão social do Brasil. Trata-se também do pacto da saúde como algo que redefine a responsabilidade de cada gestor em função da necessidade de saúde da população e na busca de equidade social, assumindo a responsabilidade com o cuidado da saúde da região, além da importância da Atenção Básica na gestão municipal.

No subitem *Saúde*, discorre-se sobre a atenção à saúde no Estado do Rio de Janeiro, a qual obedece a uma regionalização, em que os sistemas seguem uma programação e devem ser integrados às Secretarias de Saúde. A estratégia de gestão do SUS tem por missão agilizar o acesso do cidadão aos serviços, e todos os gestores das ações de saúde devem cumprir as ações atribuídas e as metas definidas.

O subitem *Pacto pela Saúde* traz seus objetivos, definições e as modificações das formas de transferência dos recursos Federais para os Estados e Municípios e a forma de integração de financiamento, bem como as ações necessárias para o cumprimento de metas.

No **capítulo dois**, o Plano traz uma caracterização do município, apresentando no subitem *Histórico* a sua colonização, na segunda metade do século XVIII. No **capítulo três**, ilustra-se com mapa a localização do município, seus limites e extensão.

O **capítulo quatro** diz respeito ao Aspecto Educacional, referindo-se no subitem *Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – IDEB*, à implementação do MEC e aos índices alcançados no IDEB nos anos de 2005 a 2011. O plano também mostra todas as metas que o município pretende alcançar até 2021 em relação à educação. No subitem *Educação do Município*, mostra-se o número de matrículas realizadas desde a Educação Infantil até o ensino médio, que foram evoluindo satisfatoriamente. Ilustra-se ainda, através de quadros, as matrículas e indicadores nas creches e pré-escolas, assim como resultados e metas do Ensino Fundamental e matrículas na Rede Estadual de Ensino, de nível médio.

No **capítulo cinco**, apresentam-se os Aspectos Demográficos do município, incluindo o número de habitantes até a elaboração deste plano, a proporção entre homens e mulheres,

número de eleitores, a densidade demográfica e faixa etária, sendo ilustrados a partir de gráficos.

No **capítulo seis**, abrange-se o Saneamento Básico do município. No subitem *Condições dos domicílios e meio ambiente*, aborda-se o sistema de abastecimento de água do município e o seu acesso pela população, bem como o sistema de coleta de lixo.

O **capítulo sete** refere-se à Vigilância em Saúde, que é vista como um conjunto de ações capazes de eliminar ou prevenir riscos e agravos à saúde do indivíduo, da coletividade e ambiental. No subitem *Vigilância epidemiológica*, são definidas as ações, de acordo com a Lei nº 8.080/90, na busca de detectar os agravos epidemiológicos existentes, sendo esse processo importante para elaboração de diagnóstico de saúde no município. No subitem *Perfil epidemiológico*, analisa-se o perfil populacional das ocorrências de agravos e problemas de saúde. Apontam-se também, através de quadros, os coeficientes de mortalidade infantil e as suas principais causas. No subitem *Agravo de notificações compulsórias*, é ressaltada a importância do SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificações – no processo de trabalho em vigilância epidemiológica de controle e diagnóstico de doenças, contribuindo para conhecer a realidade.

No **capítulo oito** aborda-se a Atenção Básica da Saúde, no que diz respeito a sua caracterização, definição e as áreas de estratégia para sua atuação. Aponta-se também a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia principal para a ação preventiva, assim como seus objetivos, a composição de sua equipe e a relevância da inserção de Saúde Bucal neste programa. O Plano Municipal de Saúde, após abordar a Atenção Básica, traz os dados referentes ao município com os recursos humanos e materiais.

No subitem *Assistência Ambulatorial Especializada*, em relação à Central de Regulação do Município, relata-se sua forma de atuação, que é considerada estratégica para melhorar o acesso aos usuários do SUS aos serviços públicos de saúde, bem como a composição de sua equipe, quais consultas são oferecidas pelo município e as maiores dificuldades e problemas encontrados. Apresentam-se ainda a definição, os objetivos e a forma de atuação da Regulação, Avaliação e Auditoria. No subitem *Laboratório*, se apresentam os exames realizados no município, e os quadros que mostram os números de atendimentos realizados pelo laboratório do SUS, referente a cada tipo de especialidade.

No subitem *Atendimento de Urgência e Emergência*, trata-se do local de realização de casos de urgência e emergência, os tipos de demandas e a quantidade de serviços de transportes que o compõem. E o subitem *Atenção Especializada de Média e Alta Complexidade* aborda como se dá esse tipo de procedimento no município, que é complementar à Atenção Básica.

No **capítulo nove**, fala-se sobre a Atenção Básica abrangendo os Programas Prioritários, destacando como objetivo o acesso ao Sistema Municipal de Saúde ao aprimoramento do planejamento. O município conta com 13 unidades básicas de saúde. Quatro desenvolvem suas atividades com a Estratégia Saúde da Família e nove com Estratégia de Agente Comunitário de Saúde, todas seguindo as diretrizes definidas pela coordenação da Atenção Básica. Na *Estratégia Saúde da Família*, aponta-se que o trabalho é realizado com foco na família, considerando o indivíduo como um todo, com objetivo de alcançar atenção efetiva e qualificada.

No estabelecimento da *Saúde do Idoso*, espera-se oferecer à pessoa idosa e a sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores, uma atenção humanizada, com objetivo de melhorar a qualidade de vida dos idosos. As *Ações de Prevenção em Diabetes* são uma assistência adequada ao controle metabólico para prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas. Nesse sentido, o Plano aborda o número de usuários cadastrados neste programa, os serviços oferecidos e a composição profissional da equipe.

O município também conta com o *Programa de Combate do Tabagismo*, que foi implantado no 1º trimestre de 2011, com o objetivo geral de reduzir a prevalência de fumantes, e já conta-se 451 tabagistas cadastrados. A *Saúde Mental* conta com psiquiatra e psicólogo, que trabalham de forma generalista, dando apoio a toda a população. O Plano, nesse aspecto, aborda qual a é o tipo de demanda, de atendimento, encaminhamentos e a forma de planejamento e execução de atividades na Saúde Mental.

Na *Atenção Farmacêutica*, apresentam-se as definições de suas ações visando ao acesso e ao uso racional dos medicamentos, trazendo as informações de atendimento, que envolvem a seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, e aponta-se o diagnóstico da assistência farmacêutica no município com a composição de número de funcionários nesta área e as ações executadas, sendo esse processo essencial para o bom funcionamento do SUS.



Na *Saúde Bucal*, o Plano refere-se aos problemas das precárias condições de saúde bucal na população do Estado do Rio de Janeiro e apresenta, em seguida, o enfrentamento para a questão. O *Programa de Reabilitação física* do município conta com fisioterapia motora e respiratória, visando à reabilitação e à restauração e promoção da capacidade funcional do indivíduo para o trabalho e sua vida social. Assim, o Plano abrange os locais onde os atendimentos são oferecidos, a equipe técnica e as finalidades do Programa.

No *Serviço Social*, aborda-se a forma de atuação e as finalidades desse departamento, identificando as situações que dificultam o atendimento dos usuários, em busca de melhoria destas problemáticas, definindo, a partir disso, metas a serem alcançadas.

No **capítulo dez**, trata-se do Financiamento da saúde no município, nos blocos de Atenção Básica, de Vigilância em Saúde, do Financiamento para a Assistência Farmacêutica, Financiamentos para Investimentos e também dos Recursos Próprios, todos listados em um quadro com os valores.

No **capítulo onze**, apresenta-se a Participação Popular e Controle Social, situando a importância de a população participar no processo de formulação das políticas de saúde, bem como no controle, fiscalização e condução de sua execução através das entidades participativas, como os Conselhos e Conferências, de forma a garantir a efetivação do SUS.

Este tema foi discutido em um dos eixos, que teve como objetivo atuar na promoção da democratização do Estado, na garantia dos direitos sociais, no acesso aos serviços e na participação da população na política de saúde.

O subitem *Ouvidoria* diz respeito a sua definição como canal de controle e de gestão participativa, suas funções acerca do conhecimento da realidade no município e a organização da composição técnica e administrativa dos serviços de saúde. No subitem *Planejamento no SUS*, trata-se de sua forma de ação, com a definição de seus objetivos, e sobre a responsabilidade das três esferas de governo com a população visando contribuir para a consolidação do SUS.

O **capítulo doze** diz respeito aos compromissos do Plano Municipal de Saúde. No total foram cinco diretrizes elaboradas e discutidas, cada uma com seus respectivos eixos e subeixos, objetivos gerais e específicos, ações e metas a serem cumpridas nos próximos anos.

O Plano Municipal de Saúde de São Fidélis associa-se ao Plano Nacional de Saúde – Lei nº 8.080/1990 –, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

A Lei 8.080/90 regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público e privado. Prevê, ainda, a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Fazendo uma análise da Política Nacional de Saúde, observa-se, portanto, que o Plano Municipal de Saúde de São Fidélis abrange os princípios desta política, inclusive no que diz respeito ao Pacto em defesa do Sistema Único de Saúde, ao pacto em defesa da vida e ao pacto de gestão, que foi proposto a nível nacional. Vincula-se, ainda, à Lei 8.142/90, quanto às Conferências e Conselhos na Saúde, que se fazem presentes na elaboração do plano com a perspectiva de efetivar a participação da sociedade. Assim, o corpo do conteúdo deste Plano esboça sobre a defesa da integralidade, universalidade da saúde pública e aponta as diretrizes para os problemas diagnosticados no município.

A política pública visa atender às necessidades da população a qual ela abrange. Deste modo, apresenta-se caráter universal, sendo direcionada a atender a todos os cidadãos, e também como dever do Estado garantir o acesso pelos usuários. Em relação a isso, implica-se, a nível nacional, um planejamento maior para que possa ser executado.

Observa-se que esta política foi prevista na Constituição Federal de 1988, e regulamentada pela Lei 8.080/90, que dispõe sobre princípios e diretrizes, ou seja, incorpora um Plano Nacional. Além disso, é prevista a Lei 8.142, que dispõe sobre a participação popular na gestão do SUS, e pode ser considerado um grande avanço social no final da década de 1980 e início da década de 1990.

O Plano Municipal de Saúde de São Fidélis é um documento abrangente, com ideias, diretrizes, diagnóstico, estudo da realidade, objetivos, principais eixos e problemas gerais, realizado para um período de quatro anos. Nele pode ser observado como se dá a participação da sociedade civil na sua elaboração e nos conteúdos explicitados.

Deste modo, o Plano Municipal de Saúde se relaciona a uma Política Nacional, pois foi exigido para sua elaboração um planejamento que é entendido, segundo Fristschi (1996), como um processo de racionalidade realizado sobre determinada situação. No caso em questão, sobre a saúde municipal, objetivando uma construção de um plano aliando dimensões técnicas e políticas.

A elaboração do Plano Municipal de Saúde de São Fidélis, ao ser compartilhada com diversos setores, inclusive com o Conselho de Saúde – que tem o objetivo de fiscalizar, controlar, participar das decisões com representantes da população civil e do governo – trouxe o elemento do planejamento participativo, o qual apresenta como uma de suas características a construção em conjunto. Este último é entendido, segundo Kaucheakje (2011), como uma forma de participação social.

Nesse sentido, figura-se no capítulo XI, referente à Participação Popular e ao Controle Social, que o Plano Municipal de Saúde enfatiza a questão do Controle Social na participação da comunidade, na fiscalização e na conduta das políticas de saúde, inclusive com apontamentos para os Conselhos como um dos pilares do SUS. Além disso, aborda-se sobre a Ouvidoria, que também é considerada uma forma de Controle Social e Gestão Participativa, influenciando na qualidade do serviço prestado.

No que diz respeito ao tema em questão, o Plano Municipal de Saúde de São Fidélis apontou que há uma preocupação com a estatística de que 65%<sup>23</sup> da população desconhecem o significado do Sistema Único de Saúde, o que acaba por implicar negativamente no Controle Social, uma vez que dificulta a efetivação da participação da sociedade. Este problema é contemplado na Diretriz V, apresentando como título: “Tornar a gestão administrativa da Secretaria Municipal da Saúde mais eficiente, com definição clara das linhas de comando e definição legal das responsabilidades e deveres”, e diz respeito à falta de democratização do Estado, que acaba por gerar pouca participação da comunidade em geral das decisões políticas.

A ação estratégica contemplada por esta diretriz é a de estimular a formação de Conselhos Municipais de Saúde; promover ações de educação permanente visando à valorização do servidor e melhoria da qualidade dos serviços prestados ao usuário. Para isto, o eixo 05 apresenta como tema “Fortalecer a participação da comunidade e o controle social”. O

---

<sup>23</sup> Dado retirado do Plano Municipal de São Fidélis (2013).

objetivo é atuar na promoção da democratização do Estado, na garantia dos direitos sociais e na participação da população na política de saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde para fortalecimento do Controle Social no Sistema Único de Saúde. Assim, pode-se dizer que essa diretriz prevê o fortalecimento da participação da população, de forma a efetivar, de fato, a função democrática e participativa do Controle Social.

Contudo, na prática, pode-se destacar que o Plano não é totalmente realizável, ao menos em sua promessa de qualidade, sendo possível fazer essa análise através dos campos de estágio, onde se apresenta uma defasagem nesse sentido. Pressupõe-se que as relações de poder existentes provocam esse déficit, bem como a atual conjuntura política e econômica, que é permeada por crises, fazendo corte nas políticas sociais. Observa-se o sucateamento na política de saúde a partir do enfrentamento de espera por atendimento, a não oferta de serviços de saúde pelo SUS e a não integralidade do sistema.

Acredita-se que essa é não é uma realidade somente do município de São Fidélis, mas que atinge a maior parte do território brasileiro, ressaltando o uso do clientelismo na obtenção de serviço, que é característico de cidades de pequeno porte.

### **3.3 Análise da Participação Social no Conselho de Saúde do Município de São Fidélis: Potencialidades e Limites.**

Este item terá como base as experiências a partir do campo de estágio para analisar como a sociedade civil, restrita aqui aos usuários de saúde do município de São Fidélis, reconhece o espaço de Controle Social, especificamente o Conselho de Saúde. Será realizada, ainda, uma breve análise documental a partir de atas das reuniões do Conselho para verificar se as ações contempladas no Plano Municipal de Saúde em relação ao fortalecimento do Controle Social e Democratização do Estado têm sido discutidas entre os conselheiros.

Primeiramente, cabe aqui constatar, partir do Projeto de Intervenção “Reconhecer para Mobilizar<sup>24</sup>”, realizado no segundo semestre de 2016, que ao questionar sobre a existência dos

---

<sup>24</sup> Projeto de Intervenção realizado na Secretaria de Saúde de São Fidélis, no segundo semestre de 2016, pela estagiária Beatriz de Almeida Serra Pinheira, graduanda em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

Conselhos, 98%<sup>25</sup> dos usuários do Sistema Único de Saúde de São Fidélis sequer sabiam da existência dos mesmos, ou como funcionavam. Cabe ressaltar a falta de informação, divulgação e interesse por parte do Conselho em estar buscando se ampliar e buscar meios de repassar as informações e seus dados para a toda a população, reconhecendo que os cidadãos deveriam estar cientes desse espaço para estarem se inserindo e participando.

A participação é um instrumento na busca de solução de problemas, pois através de reivindicações e lutas é que se torna possível alcançar os direitos, bem como a implementação e efetivação das políticas públicas e sociais. Esta ainda pode ser considerada um elemento para a concretização da cidadania a partir do momento em que os sujeitos reconhecem quais são seus direitos.

No entanto, a participação dos usuários no Conselho de Saúde de São Fidélis é basicamente nula, limitando-se somente à representação dos Conselheiros. Não há ampla divulgação na mídia sobre as reuniões mensais do Conselho ou meio de comunicação oficial. Sendo assim, a divulgação fica por conta dos representantes, quando é realizado algum evento ou através das audiências públicas. Mesmo assim, é possível notar e constatar a partir das experiências de estágio e através da frequência às reuniões do Conselho que os usuários, de fato, não comparecem.

Trata-se de um espaço público, em que a população pode e deve participar para melhor compreender sobre a realidade da saúde no município, contribuir na elaboração e fiscalização das políticas, além de ficar informada dos recursos, gastos e serviços oferecidos pelo município. No entanto, a população se situa à margem do processo de democracia na representação dos conselhos e sequer reconhece quem são os conselheiros que estão nas cadeiras representando seus interesses.

Diante de tal realidade, cabe analisar como o Conselho de Saúde do município tem atuado na busca de gerir e efetivar a democratização da saúde, bem como em alcançar as propostas construídas e pensadas a partir do Plano Municipal de Saúde.

Sendo assim, levando em consideração a pesquisa documental feita através das atas do conselho no período do primeiro e segundo semestres de 2016 e primeiro semestre de 2017, pode-se dizer que pouco se discute sobre as ações e metas pensadas a partir do Plano

---

<sup>25</sup> Dado retirado a partir do Projeto de Intervenção (2016).

Municipal com vistas ao fortalecimento da participação social na gestão do SUS, bem como na democratização do Estado.

Mas, especificamente, pode-se afirmar que as ações se limitam à prestação de contas da gestão municipal e aos relatórios financeiros. Porém, os poucos debates que podem ser relacionados com as propostas do Plano se baseiam nas seguintes questões:

Em maio de 2016, os conselheiros de saúde do município discutiam sobre a falta de recursos e dificuldades no ambiente de trabalho que acabam por interferir diretamente no atendimento aos usuários. Um dos conselheiros questionou sobre o Programa de Qualificação e qual seria a possibilidade de ser implementado. Tal debate vai ao encontro da ação de promover ações que visem à valorização do servidor e à melhoria da qualidade dos serviços prestados ao usuário<sup>26</sup>.

Tratando-se especificamente da participação social, em dezembro de 2016, uma das conselheiras enfatizou que os Conselheiros precisam ser mais presentes, atuantes e comprometidos. Afirmou ainda ser necessário verificar a questão de faltas às reuniões e que a Entidade representativa é responsável por suas indicações. Outro conselheiro sugeriu que fosse enviado às tais Entidades um ofício informando que os seus indicados não estão comparecendo às reuniões.

E por fim, na última ata de análise foi citado sobre a capacitação do SUS para os conselheiros municipais de saúde, sendo esta uma das ações estratégicas contempladas no Plano Municipal de Saúde. Os cursos capacitação, além de essenciais, são necessários para a democratização dos assuntos relacionados ao Conselho, bem como contribuem para o amadurecimento de um sistema que seja universal e que busque a participação social.

Em análise de um ano e meio de pautas e discussões do Conselho Municipal de Saúde do município de São Fidélis, o que se pode constatar é que a agenda do conselho tem sido em sua maior parte orçamentária. Tal análise confirma o que foi embasado teoricamente no item anterior por Martins (2010), quando o mesmo afirma que os conselhos podem se formar como um mecanismo de concentração de recursos.

---

<sup>26</sup> Plano Municipal de Saúde de São Fidélis.

Não obstante, não se pode negar que há a preocupação com a transparência dos recursos e com a forma de como esses estão sendo repassados com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços prestados à população. Há, ainda, a discussão para análise e aprovação do relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras; aprovação da proposta orçamentária anual da saúde, entre outras questões.

No entanto, o Conselho tem deixado a desejar no que diz respeito a suas outras competências, como aponta na Quinta Diretriz da RESOLUÇÃO Nº 453, DE 10 DE MAIO DE 2012:

I – fortalecer a participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS; [...] XX – estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde, entidades, movimentos populares, instituições públicas e privadas para a promoção da Saúde; [...] XXI – estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS); XXIII – estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões nos meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões e dos eventos. (BRASIL, 2012, s.p.)

Ressalta-se que há uma enorme defasagem nas informações repassadas aos usuários, uma vez que não há nenhum meio de comunicação para informar dias, locais e horários das reuniões mensais. Cabe novamente questionar, portanto, como os usuários dos serviços de saúde irão se inserir nos espaços públicos se nem ao menos sabem da existência dos mesmos.

Sendo assim, após toda a discussão feita neste item, faz-se necessário refletir acerca dos conselhos enquanto instrumentos firmadores de valores democráticos, ressaltando como Martins (2010), que “muitas são as resistências à ampliação da participação popular no Brasil. As maiores críticas concentram-se nos impedimentos que esta participação traria à governabilidade.” (MARTINS, 2010, p. 190)

Os conselhos de políticas – inclusive o de Saúde em São Fidélis – não formam, de fato, uma democracia participativa, haja vista que o que se percebe é a sociedade distante dos espaços de controle ou com dificuldades em acessá-los. A falta de informação e reconhecimento deste espaço acaba por desmobilizar a sociedade e trazer forte impacto na participação social no sentido de viabilização e efetivação de um direito garantido pela Constituição Federal de 1988.

Como então pensar a participação social numa sociedade tão fragilizada e corrompida? É preciso – mais do que compreender teoricamente as categorias discutidas no conteúdo deste trabalho e que envolvem a realidade brasileira no que diz respeito ao controle social – pensar nos limites postos à participação social na atualidade.

Mesmo com todos os avanços já explicitados no capítulo anterior a este, pode-se dizer que tais “progressos” se deram de forma superficial. Isso quer dizer que mesmo com a implementação de leis e instituição de conselhos e conferências, não se consegue alcançar questões mais profundas acerca do controle democrático, mas o que pode ser observado é a cooptação de instituições de representação. Além disso, pode-se citar a alienação, à medida que os sujeitos acabam se conformando com a realidade imposta, sem questioná-la; falta de incentivo à participação social, haja vista que não é interessante ao governo que os sujeitos sociais tenham consciência do seu potencial dentro dos espaços de controle; limitação dos conselhos à agenda orçamentária, sem sequer debater questões mais amplas e a falta de interesse de que as informações e decisões do Conselho cheguem a toda a população; entre outras questões.

É preciso, diante de tantas questões e empecilhos à participação e ao controle social, que a sociedade pense em estratégias para o enfrentamento de tais desafios. Em suma, Alves (2009) ressalta que o desafio das camadas populares é de que estas possam resistir à cooptação do Estado capitalista e lutar para garantir que seus espaços de participação política sejam respeitados.

Nesse sentido, cabe aqui enfatizar as contribuições da autora Simionatto (2009) acerca das questões aqui desenvolvidas:

Cultura e política relacionam-se, para Gramsci, à perspectiva de transformação social, às formas de aceitação ou contestação das relações de poder existentes na sociedade. Ao criticar a cultura dominante, o pensador aponta as formas pelas quais os sujeitos coletivos podem lhe fazer frente, intervindo politicamente, através de práticas concretas, seja nos partidos, nos sindicatos, nos movimentos sociais e em seus modos de engajamento nas lutas cotidianas. Fortalecer esses movimentos, conseqüentemente significa a superação do senso comum, o modo de pensar desorganizado e folclórico. Significa alcançar um pensamento crítico e histórico que se constrói através da luta, a partir dos problemas práticos vividos pelas classes subalternas, as quais, mediante a discussão de suas situações comuns, poderão chegar a um nível de cultura sempre mais crítico em relação às situações impostas pelo atual modo capitalista de produção. (SIMIONATTO, 2009, p. 47)



A sociedade deve, portanto, lutar e buscar se reconhecer enquanto classe e sujeitos coletivos que podem e devem interferir diretamente na gestão das políticas e serem protagonistas das decisões que dizem respeito a suas próprias vidas. Pois somente com organização e, principalmente, reconhecimento de sua identidade, é que a classe trabalhadora poderá encontrar brechas, ocupar espaços e ter ganhos efetivos no que diz respeito à garantia dos direitos e consolidação da cidadania.

A partir de todas as questões levantadas e aqui discutidas considera-se como formas de contribuir para o fortalecimento do controle social pela população na realidade do Município de São Fidélis algumas ações, tais quais: a utilização – como forma de divulgação – de mídias e redes sociais que se tornaram hoje um meio de comunicação altamente eficaz, por conseguir atingir diversas esferas da sociedade, haja vista que muitas pessoas conseguem ter acesso a estes; além de capacitação dos conselheiros e articulação com as universidades para a realização de cursos; organização de trabalhos, palestras e projetos junto à comunidade, destacando a importância dos conselhos de saúde e a participação, sendo esta também uma forma de divulgar a existência dos mesmos; fortalecer os sujeitos coletivos; entidades e sindicatos, em detrimento dos interesses individuais.

Por fim, entende-se que é preciso estimular a consciência crítica dos sujeitos e incentivar sua participação nos espaços do conselho, haja vista que se considera que somente através dessas ações, torna-se possível a efetivação das legislações referentes à participação social, pensadas para o pleno exercício da cidadania.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vários são os elementos, categorias e determinações que buscam embasar e compreender a realidade da democracia e cidadania brasileiras. Gramsci e Marx contribuem com tal discussão à medida que entendem a realidade como contraditória em si mesma, uma vez que se criam mecanismos de participação política e viabilizam a organização da população, através de legislações. Mas, por outro lado, acaba-se por deixar os aparelhos de controle democrático marginalizados e deficitários.

Contudo, somente compreendendo que a democracia participativa no Brasil é resultado de determinações históricas, políticas, econômicas e sociais que culminaram em momentos de luta das classes dominadas, as quais se opuseram ao sistema de repressão a que estão submetidas, é que se pode pensar em promover e construir coletivamente brechas que funcionem e que possuam, de fato, um potencial transformador da realidade que é imposta aos diversos setores sociais.

Este trabalho se propôs a fazer uma discussão acerca das dificuldades da participação dos sujeitos sociais dentro do espaço de controle social – mais especificamente o Conselho de Saúde – entendendo a importância da participação política de tais sujeitos para a expansão da democracia e efetivação do direito de cidadania.

Várias perspectivas e vertentes poderiam ser analisadas a respeito do assunto, como, por exemplo, como se dá a representação dos conselheiros e de que forma são repassadas as informações e decisões para as instituições representativas; como tem se efetivado a gestão das políticas públicas; e, se tratando especificamente do Serviço Social, qual seria a importância do assistente social dentro de tais espaços. No entanto, a discussão desenvolvida neste trabalho se limitou a buscar compreender a participação da população para além da representatividade dos conselheiros no país atualmente.

Pôde ser constatada, a partir de pesquisas bibliográficas, documental e por meio do projeto de intervenção no período de estágio, que a população se situa à margem dos espaços de controle social, e, muitas vezes, nem sequer os reconhece. Assim, os usuários das políticas de saúde se encontram distantes do seu direito de participação e, principalmente, de poder discutir questões que diz respeito a suas condições de vida.

Este é um desafio que deve ser enfrentado, mas que necessita de uma análise mais profunda, uma vez que a realidade é dinâmica e as relações sociais se modificam concomitantemente. Além disso, para se pensar na concretização das questões democráticas, torna-se fundamental pensar, primeiramente, acerca da superação do próprio sistema político desigual e alienante.

Entende-se, por fim, que a proposta desse tema para o Serviço Social é de suma importância, haja vista que o assistente social é um profissional capaz de interferir na realidade dos sujeitos, de estimular a consciência crítica e lutar pela garantia e expansão dos direitos.

É, portanto, no sentido de fortalecimento da organização da sociedade, mobilização da consciência dos sujeitos sociais, superação da alienação e do senso comum que o assistente social deve exercer a sua prática. É preciso atuar junto aos movimentos da classe trabalhadora e ser um profissional capaz de contribuir com as questões democráticas, estar comprometido com os interesses coletivos, além de atuar juntamente às políticas públicas, a fim de possibilitar que os direitos sociais sejam efetivados, intervindo de forma a buscar melhorias nas condições de vida dos sujeitos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMIDES, Maria B. C.; CABRAL, Maria do Socorro. **O Novo Sindicalismo e o Serviço Social – Trajetória e processos de luta de uma categoria: 1978-1988**. São Paulo: Cortez, 1995, p. 67-116.

ALBUQUERQUE, J. A. G. **Instituição e Poder: a análise concreta das relações de poder nas instituições**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. Montesquieu: Sociedade e poder. *In: Os clássicos da política*, 1/ Francisco C. Weffort, organizador. – 14 ed. – São Paulo: Ática, 2006, p. 111-185.

ALMEIDA, Érica Vieira. **Modernização e cidadania: heranças de um pacto conservador**. Boletim Técnico do SENAC, Rio de Janeiro, v. 27, mai/ago. 2001.

ALVES, A. A. F. O Protagonismo Sócio-Político da População nos Processos de Avaliação da Política de Assistência Social no Brasil. *Libertas*, Juiz de Fora, v. 3, n. 2, p. 103 - 126, jan-jun. 2009.

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

\_\_\_\_\_. CFESS. **Código de Ética Profissional do (a) Assistente Social**. Brasília, 1993.

\_\_\_\_\_. **DECRETO Nº 99.438, DE 7 DE AGOSTO DE 1990**. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 de Agosto de 1990.

\_\_\_\_\_. **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – RESOLUÇÃO Nº 333, DE 04 DE NOVEMBRO DE 2003**.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **1º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Norte do Rio de Janeiro/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007**.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 453, DE 10 DE MAIO DE 2012**.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto n. 8.243, de 24 de Maio de 2014**.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Política de Saúde no Brasil**. *In: Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional*. Ana Elizabete Mota, *et. al.* (orgs.). São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Relatório nº 990.237. *In: Projeto: Controle Social na saúde*. Uma demanda ao Serviço Social. Rio de Janeiro: UERJ, 2000.

\_\_\_\_\_. *Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos.* In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, Potyara A. P. (orgs.) **Política Social e Democracia**. 3ª ed. Ed. Cortez. Rio de Janeiro: UERJ, 2007, p. 43-65.

\_\_\_\_\_; SOUZA, Rodriane de Oliveira. *Conselhos de saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional.* In: **Ser Social – Revista do programa de pós-graduação em Política Social**, n. 10. Brasília: UnB, 2002.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social no Brasil contemporâneo: entre a inovação e conservadorismo.* In: **Política Social: fundamentos e história** – 5ª ed. – São Paulo: Cortez, 2008, p. 147-184.

BOSCHETTI, Ivanete. *Avaliação de políticas, programas e projetos sociais.* In: CFESS/ABEPSS (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

CARNOY, Martin. **Estado e Teoria Política**. Campinas: Papyrus, 1990.

CORREIA, Maria Valéria da Costa. *A saúde no contexto da crise contemporânea: O Banco Mundial e as tendências da contra-reforma da política de saúde brasileira.* Revista Temporalis, n. 13, ano VII, jan-jun de 2007. São Luís/Maranhão: ABEPSS, 2007, p. 11-38.

COSTA, Ana Maria; VIEIRA, Natalia. **Democracia participativa e controle social em saúde: cidadania para a saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

COUTINHO, Carlos Nelson. 1943 – **Gramsci: um estudo sobre o seu pensamento político**/ Carlos Nelson Coutinho. – 3ª ed. – Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2007.

\_\_\_\_\_. **Contra a corrente: ensaios sobre a democracia e socialismo** / Carlos Nelson Coutinho. – 2. ed. rev. e atual. – São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. **Marxismo e política: a dualidade de poderes e outros ensaios** / Carlos Nelson Coutinho – 2. ed. – São Paulo: Cortez, 1996.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** /Berenice Rojas Couto – 4. ed. – São Paulo: Cortez, 2010.

FRITSCH, Rosângela. *Planejamento estratégico: instrumental para a intervenção do serviço social?* In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, nº 52, p. 127-145, dez. 1996.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

GALLO, Edmundo; NASCIMENTO, Paulo César. *Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário.* In: TEIXEIRA, Sonia (org.) **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 2006.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere**. Vol. 3: Maquiavel. Notas sobre o Estado e a política. Edição e tradução: Carlos Nelson Coutinho; co-edição: Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

\_\_\_\_\_. Cadernos do Cárcere, volume 2. Antônio Gramsci. Edição e tradução: Carlos Nelson Coutinho; co-edição: Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

GOHN, Maria da Glória. Conselhos gestores na política social urbana e participação popular. **Cadernos Metrópole** n. 7, 1º sem. 2002, p. 9-31. Disponível em: <<http://portaldosconselhos.curitiba.pr.gov.br/wp-content/uploads/2015/08/Participa%C3%A7%C3%A3o-Social-M-G-Gonh.pdf>>. Acesso em: 05 de Outubro de 2017.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Mundialização do capital, “questão social”, e Serviço Social no Brasil**. Revista Faculdade de Serviço Social na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.

\_\_\_\_\_. Questão Social no Capitalismo. *In: Temporalis*, n. 3, ano II, Brasília: ABEPSS-UNB, jan/jun, p. 09-32, 2001.

\_\_\_\_\_. Capital fetiche, questão social e Serviço Social. *In: Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. Marilda Vilela Iamamoto – 8. ed. – São Paulo: Cortez, 2014, p. 105-195.

\_\_\_\_\_. Serviço Social na cena contemporânea. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. [sl], 2009. Disponível em: [http://cressmt.org.br/upload/arquivo/pos\\_graduacao\\_cfess\\_2010.pdf](http://cressmt.org.br/upload/arquivo/pos_graduacao_cfess_2010.pdf). Acesso em: 07 de dezembro de 2016.

IANNI, Octávio. **Origens Agrárias do Estado Brasileiro**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

KAUCHAKJE, Samira. **Gestão Pública de serviços sociais**. Curitiba: 3. ed., Ibepx, 2011.

LUCCHESI, P. **Políticas Públicas em Saúde**. Jun. 2004. Disponível em: <<http://www.pppe.ufrgs.br/ats/disciplinas/11/lucchese-2004.pdf>> Acesso em: 19 de setembro de 2017.

LUGUORI, Guido. Estado e sociedade civil: entender Gramsci para entender a realidade. *In: COUTINHO, C. N.; TEIXEIRA, A. de P. (orgs.). Ler Gramsci, entender a realidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

MARTINS, Aline de Carvalho. Conselhos de direitos: democracia e participação popular. *In: SALES, Mione Apolinario; MATOS, Maurilio Castro de; LEAL, Maria Cristina. (orgs.) Política social, família e juventude: uma questão de direitos*. São Paulo: Cortez, 2004, pt. 4, cap. 2, p. 189-206.

MARTINS, Aline de Carvalho. Conselhos de direitos: democracia e participação popular. *In: SALES, Mione Apolinário; MATOS, Maurílio de Castro; LEAL, Maria Cristina (Orgs.). Política Social, Família e Juventude: Uma questão de Direitos*. Parte III., Capítulo I, 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. *In*: MATTA, Gustavo C.; PONTES, Ana Lúcia de Moura (orgs.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MEDEIROS, Silvana Márcia de Andrade. A influência da Reforma Sanitária Italiana no Brasil: a saúde como campo estratégico da luta dos trabalhadores. *In*: CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros (orgs.). **Reforma Sanitária e contrarreforma na Saúde**. Maceió: EDUFAL, 2015, p. 21-37.

MENEZES, Juliana Souza B. O conselho Nacional de saúde na atualidade: reflexão sobre os limites e desafios. *In*: **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos**. São Paulo: Cortez, 2012.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Política de Saúde no Brasil: Entraves para a universalização e igualdade da assistência no contexto de um sistema dual**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, nº 87, 2006

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. Política social do segundo pós-guerra: ascensão e declínio. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP / Campinas, v. IX, n. 10, dez. 2010.

\_\_\_\_\_. Estado, Sociedade e esfera pública. *In*: **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CEFESS/ ABEPSS; 2009.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Do Contrato Social e Ensaio sobre a origem das línguas** (Os Pensadores, vol. 1). Trad. de Lourdes Santos Machado. São Paulo: Nova Cultural, 1997.

SÃO FIDÉLIS. **Plano Municipal de Saúde**. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de São Fidélis, RJ, 2014.

SIMIONATTO, Ivete. **Classes subalternas, lutas de classes e hegemonia: uma abordagem gramsciana**. Ver. Katál., Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 41-49, jan/jun 2009.

SOUZA, Rodriane de Oliveira. Participação e Controle Social. *In*: SALES, Mione Apolinário; MATOS, Maurílio de Castro; LEAL, Maria Cristina (orgs.). **Política Social, Família e Juventude: Uma questão de Direitos**. Parte III, Capítulo I, 6ª ed., São Paulo: Cortez, 2010, p. 167-188.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. *In*: **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 3 ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2006.

TELLES, Vera da Silva. Pobreza e cidadania: precariedade e condições de vida. *In*: MARTINS, H. S.; RAMALHO, R. R. **Terceirização: diversidade e negociação no mundo do trabalho**. São Paulo: Hucitec, 1994.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A/O Assistente social na luta de classes – Projeto Profissional e Mediações Teórico-Práticas**. São Paulo: Cortez, 2015, p. 221-235.

YASBEK, Maria Carmelita. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 110, p. 288-322, abr./jun. 2012

## REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

GOMES, Jenifer Mascarenhas Santos. **Conselhos de Saúde: espaços de cooptação, consenso ou disputa? Elementos para a discussão sobre o Conselho de Saúde Municipal e bases para um debate sobre a participação social na contemporaneidade.** 2014. Trabalho final de curso de Serviço Social – UFF, Rio das Ostras.

GRUPPI, Luciano. **Conceito de hegemonia em Gramsci.** Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Apresentação de Luíz Werneck Vianna. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

JÚNIOR, João Feres; POGREBINSCHI, Thamy. **Teoria Política Contemporânea.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. (Cap. 1 – A teoria da Política)

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status.** Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

NETTO, José Paulo. **Notas sobre democracia e transição socialista.** São Paulo: Ciências Humanas, 1980, p. 31-66. TEMAS DE CIÊNCIAS HUMANAS, V. 7.