



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIO ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

Hilda Maricel Alonso Vera

**A Participação Social nos Planos Estaduais de Saúde da Região Sul -
quadriênio 2012/2015: uma análise dos projetos antagônicos em disputa**

FLORIANÓPOLIS

2019

Hilda Maricel Alonso Vera

**A Participação Social nos Planos Estaduais de Saúde da Região Sul -
quadriênio 2012/2015: uma análise dos Projetos antagônicos em disputa**

Dissertação submetida ao Programa de Pós
Graduação em Serviço Social da Universidade
Federal de Santa Catarina para a obtenção do título
de Mestre em Serviço Social
Orientador: Profa. Dra. Beatriz Augusto de Paiva

Florianópolis

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Alonso, Hilda Maricel

A Participação Social nos Planos Estaduais de Saúde da
Região Sul - quadriênio 2012/2015 : uma análise dos
Projetos antagônicos em disputa / Hilda Maricel Alonso ;
orientadora, Beatriz Augusto de Paiva, 2019.
118 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro Sócio-Econômico, Programa de Pós-Graduação em
Serviço Social, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Serviço Social . 3. Participação
Social. 4. Luta de Classes. 5. Disputa hegemônica. I.
Paiva, Beatriz Augusto de . II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.
III. Título.

Hilda Maricel Alonso Vera

**A Participação Social nos Planos Estaduais de Saúde da Região Sul -
quadriênio 2012/2015: uma análise dos Projetos antagônicos em disputa**

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca
examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Beatriz Augusto de Paiva, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dilceane Carraro, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Maria Del Carmen Cortizo, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi
julgado adequado para obtenção do título de mestre em Serviço Social.

Prof. Dra. Beatriz Augusto de Paiva
Coordenadora do Programa

Prof. Dra. Beatriz Augusto de Paiva
Orientadora

Florianópolis, 19 de agosto de 2019.

Este trabalho é dedicado aos meus amores, Marcelo e
Vitória, incondicionais em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Sempre que começo a leitura de algum trabalho, detenho-me nos agradecimentos. Para mim, este é o espaço de interagir com o ser humano que há por trás daquela produção e aproximar-me do agente real daquele trabalho, adentrando, um pouco, na sua intimidade. A sensação que tenho nessas linhas, menos formal, é o encontro com outro ser igual a mim, que tem suas redes de apoio, seus amores e aconchegos, onde sua coletividade se faz concretude e sua humanidade se faz realidade.

Nesse sentido, vou utilizar este espaço para me aproximar de você que está com esta dissertação à sua frente e apresentar um pouco minha humanidade, pois é você quem possibilita o sentido de qualquer esforço de estudo, dedicação e produção. Em primeiro lugar, muito obrigada.

Agradeço, também, ao programa da pós-graduação em Serviço Social, pela dedicação e preocupação com a formação qualificada; A CAPES, pela bolsa de mestrado. À Prof.^a Dra. Tânia Regina Krüger que assumiu a orientação no início deste trabalho e que por circunstâncias da vida tomamos caminhos diferentes. À banca de qualificação, Prof.^a Dra. Helenara Silveira Fagundes, Prof. Dr. Marcos da Ros e Prof.^a Dra. Maria Del Carmen Cortizo, pelas ricas contribuições, muito obrigada.

Agradeço a minha orientadora Prof.^a Dra. Beatriz Paiva, profissional exemplar e pessoa extraordinária, toda acolhida, todo carinho, amizade, dedicação e parceria.

À banca de defesa, Prof.^a Dra. Maria Del Carmen Cortizo e Prof.^a Dra. Dilciane Carraro, Prof.^a Dra. Marisa Camargo, por terem aceitado o convite e pelas ricas contribuições e pertinentes apontamentos neste trabalho, obrigada.

Aos docentes da graduação e pós-graduação da UFSC que com tanta dedicação contribuíram para minha formação profissional e pessoal; aos colegas de mestrado e ao grupo bolsistas CAPES (grupo criado no facebook) por partilhar as agonias e realizações e por fazerem mais leve este processo tão intenso e peculiar. Muitíssimo obrigada.

Agradeço a UFSC por propiciar além da oportunidade de acessar conhecimentos (indiscutível bem precioso, produzido socialmente), possibilitar-me encontros com pessoas maravilhosas que levarei para toda a vida. Entre elas, agradeço especialmente às amigas, companheiras que se tornaram família, Marjori,

Nalá, Carol Costa e Tamires, pelo vínculo de almas e pelo apoio incondicional em todo momento da minha vida, e principalmente na reta final da construção deste trabalho.

Além delas, a UFSC oportunizou o encontro com minha nova e extensa família aqui em Florianópolis (Airton, Pedro e Vicente; Rita Margotti; Ivete Simionatto; Simone Sobral; Beatriz Paiva; Carolina Incerti; Arnaldo Xavier (in memória); Aline de Andrade; Danuza Labanca; Samuel S. dos Santos; Ellen C Pereira; Aliene Barzoti; Gisele Faria; Késsia Hersching; Kelly Krummenauer; Michaeli de Freitas G.; Gabriele Bolsoni; Dinéia Marquesi; Claudia Fritzke; Renata B. Rodrigues; Betina D'Avila; Nayanna Mosser; Kaliandra Mendes; Daviane Azevedo), que me acolhe, sustenta e motiva minha vida. Sem nenhuma dúvida, conto com vocês para tudo. Apesar das distâncias, ausências ou encontros, há uma certeza de que sempre estaremos uns pelos outros. Sou eternamente grata e amo vocês até o infinito.

Assim também agradeço pelo encontro com amigos verdadeiros que pintam minha vida de encantos, (Vânia Manfroij, Giana; Cleuzi M. da Luz; Jennifer P. Sotto Maior; Onete Oni; Helder Boska, João P. Borges, Aline Justino, Manu Vogel, Dani Araujo, Robson de Oliveira, Tiago Iraton, Daniele Cima, Vanessa Eidam, Maria Cecilia (Ciça), Joana Calado, Sabrina Silva, Lilian Man, Fernanda Torrentes), com vocês por perto não há horizontes impossíveis.

Como guarani, a terra me é fundamental para a existência. Portanto, agradeço a Florianópolis pela acolhida e por regalar-me, com toda sua magia: além da natureza divina, meus irmãos de alma: Juliete Schneider, Andreia Romanzini, Elizangela Araujo, Evandro Espindola, Lidiane Camargo (e toda a família), Fofa (Simone Paduan), Gustavo Otto, Rosa Costa, Tati (Everton S. de Campos), Emilia J. Ferreira, João Kleba Lisboa, Reginaldo, Eunice, Mirela, Susan, Nelci. Vocês são meu porto seguro, meu chão, meu impulso e meu pouso. Amo todos.

Na figura da cacíca Kerexu, agradeço ao meu Povo Guarani, da Aldeia Itaty - Morro dos Cavalos- vocês religaram as minhas origens e fizeram com que eu recordasse o verdadeiro valor da vida, a vida vivida com simplicidade em toda sua expressão. Aguyjevete.

Agradeço a minha família de origem, na figura da minha mãe Adolfinha Vera, estendo minha gratidão a todos meus irmãos, sobrinhos, tias e agregados. Tuchaite mba'e cheve guarã pende rekove, che kypy'y kuera. Aguyjevete peême pende mborayhu ha pende ñembo'e cherehe guarã. Gracias por la fortaleza, la confianza, las discusiones y el apoyo constante.

Aos meus amores, Marcelo e Vitória, que são meu paraíso perfeito, agradeço por tudo; o amor, o respeito, a paciência, o apoio, o sustento, as risadas, a leveza da vida, em fim ... TUDO.

Aos meus amigos-irmãos Frei Mariosvaldo e Frei Sidney, agradeço a incondicionalidade, as risadas e “sofrências”, a alegria de saber que mesmo longe estão sempre pertos e juntos. É através e por meio de vocês que agradeço a Deus, nosso Pai amoroso que mostra sempre seu amor incondicional desde o sustento, proteção e fortaleza.

RESUMO

A pesquisa desenvolvida objetivou evidenciar as expressões da Participação Social nos Planos Estaduais de Saúde na Região Sul do Brasil (Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina), no período 2012 - 2015. Nosso estudo parte da concepção do SUS (Sistema Único de Saúde) como resultado da proposta de Reforma Sanitária que surgira da disputa entre dois projetos sociais antagônicos de Reforma de Estado. O trabalho aqui apresentado foi desenvolvido em torno do resgate histórico das lutas travadas no país no processo histórico das políticas de saúde. A análise realizou-se a partir da identificação da Participação Social -que expressa por um lado os interesses da Classe Dominante ou conservador e por outro, os interesses das Classes Subalternas ou progressistas- no conteúdo dos Planos Estaduais de saúde. O tratamento qualitativo das categorias analíticas selecionadas indicou os limites alcançados pelas Classes Subalternas representadas nas Instituições Estatais pelos Conselhos de Saúde; e evidencia que apesar de inscritos, a garantia da Participação Popular na Constituição Federal, a força da Classe Dominante enredou, na realidade a Participação das Classes Subalternas, tornando as instituições estatais cada vez mais inóspitas aos interesses sociais, favorecendo os interesses conservadores privatistas. A Classe Dominante, tendo a sociedade política como berço de articulação, assumiu um papel central no desenvolvimento do planejamento e serviu-se de inúmeras estratégias com toda sua complexidade para atingir seus objetivos. Neste trabalho, apontam-se algumas destas estratégias, tais como os mecanismos de financiamento, as direções políticas, a falta de definições sobre a Participação Social. Indicamos como a partir delas se tecem novas tendências, como a substituição da centralidade da Participação Social como processo democratizante e coletivo por espaços individuais, ou seja, privilegiam-se os espaços de participação individual em detrimento da construção e fortalecimento dos espaços de participação coletiva.

Palavra chave: Participação Social, Luta de Classes, Disputa hegemônica

ABSTRACT

This investigation aimed to highlight the different expressions of Social Participation in State Health Insurance in Brazil's Southern Region (Paraná, Rio Grande do Sul and Santa Catarina), in the period among 2012 - 2015. Our study starts with the conception of SUS (Unified Health System) as a result of the Health Reform proposal that arose from a dispute concerning two antagonistic social projects for a State Reform. This research was developed looking for a historical rescue of the warfare contended in the country during the historical process of health policies. The analysis was based on the identification of Social Participation - which expresses, on the one hand, the interests of the Dominant or Conservative Class and, on the other, the interests of the Subaltern or Progressive Classes - in the content of the State Health Plans. The qualitative treatment of the selected analytical categories studied indicated the limits faced by the Subaltern Classes represented in the State Institutions by the Health Councils; and revealed that despite the guarantee of Popular Participation assured in the Federal Constitution, the power of the Dominant Class entangled, in fact, the Participation of the Subaltern Classes, making state institutions increasingly unfriendly to social interests, favouring conservative privatist interests. The Dominant Class, having the political society as the cradle of articulation, has assumed a central role in the development of planning and uses countless strategies with all their complexity to achieve their goals. In this paper, some of these strategies are pointed out, such as the financing mechanisms, the political directions, the lack of definitions on Social Participation. In consequence of this strategies new tendencies are woven, such as the substitution of the centrality of Social Participation, as a democratizing and collective process, by individual spaces, so that individual participation are privileged over the construction and strengthening of spaces for collective participation.

Keyword: Social Participation, Class Warfare, Hegemonic Dispute

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sistematização dos PES	76
Quadro 2 - Participação em números.....	76
Quadro 3 - Participação Social nos Planos Estaduais de Saúde	78
Quadro 4 - Publicações dos PES	80
Quadro 5 - Participação Social Paraná	84
Quadro 6 - Participação Social Rio Grande do Sul	88
Quadro 7 - Participação Social Santa Catarina	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas
Abrasco - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS - Ações Integradas de Saúde
CAP - Caixas de Aposentadoria e Pensão
Cebes - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEREST - Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador
CES - Conselhos Estaduais de Saúde
CIB - Comissão Inter-gestores Bipartite
CIR - Comissões Intergestores Regionais
COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública
COREDES - Coordenações Regionais da Participação Cidadã
COSEMS - Conselho das Secretarias Municipais de Saúde
CUT – Central Única dos Trabalhadores
DIPA – Doença Inflamatória Pélvica
DSS - Departamento de Serviço Social
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
FEE - Fundação de Economia e Estatística
GEAUD - Gerência de Auditoria
GT – Grupo de Trabalho
IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDESE - Índice de Desenvolvimento Social e Econômico
IELA – Instituto Latino Americano
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
NOB - Normas Operacionais Básicas
ODM/ONU - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio/ Organização das Nações Unidas

ONGs – Organizações Não Governamentais

PDS - Partido Democrático Social

PES - Planos Estaduais de Saúde

PMDB – Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PPA - Plano Plurianual

PPGSS - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social

PR - Paraná

RENAST - Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador

RS - Rio Grande do Sul

SC - Santa Catarina

SEPLAG - Secretaria do Planejamento, Gestão e Participação Cidadã

SESA – Secretaria de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	RELAÇÃO ESTADO/SOCIEDADE CIVIL. DISPUTA PELA HEGEMONIA	25
2.1	A CONSTRUÇÃO HEGEMÔNICA E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL: UMA DISPUTA ENTRE DOIS PROJETOS ANTAGÔNICOS	51
3	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DOS ANTECEDENTES ESTRUTURANTES AOS PLANOS ESTADUAIS EM SAÚDE.....	60
3.1	REFORMA SANITÁRIA: DISPUTA DE INTERESSES.....	60
3.2	SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL	69
3.3	UM OLHAR SOBRE A PARTICIPAÇÃO NOS PLANOS ESTADUAIS DE SAÚDE.....	74
3.4	PLANOS ESTADUAIS DE SAÚDE: AS REFERÊNCIAS SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	75
3.5	AS ESPECIFICIDADES, SIMILARIDADES, DIVERGÊNCIAS NOS PES DE SC, PR E RS	82
3.5.1	A Participação Social no item introdução	91
3.5.2	Análise Situacional, Diretrizes, objetivos e metas e a participação Social	93
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
	REFERÊNCIAS	115

1 INTRODUÇÃO

O tema que perpassa esta dissertação aborda a expressão da Participação Social nos Planos Estaduais de Saúde (PES) no período que abrange o quadriênio 2011/2015 nos Estados do Paraná (PR), Santa Catarina (SC), Rio Grande do Sul (RS) -Região Sul do Brasil-. A mesma foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O esboço da pesquisa foi iniciado em março de 2015 com a pretensão de, num primeiro momento, estudar os PES de 11 estados (Amazonas, Pará, Paraíba, Pernambuco, Bahia, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Goiás e Distrito Federal). No entanto, aceitando a sugestão da banca de qualificação¹ do Projeto de Pesquisa-realizado em novembro de 2016–, definiu-se o recorte do estudo e sua limitação a três Estados do Sul do Brasil.

Escolher a Participação Social como tema de dissertação está relacionada às vivências, e provocações experimentadas tanto na formação acadêmica, graduação, pós-graduação quanto na experiência profissional. Com efeito, na pós-graduação, aconteceu o primeiro contato mais atento com a categoria Participação Social através das primeiras discussões em sala de aula. Durante as disciplinas de mestrado, três delas, especificamente, marcaram o debate sobre esta categoria ao se tratar diretamente sobre questões relacionadas à dinâmica da sociedade e à correlação de forças das classes sociais.

Primeiramente cito as disciplinas: Tópicos Especiais em Política Social I e Tópicos Especiais em Política Social II que objetivavam: “Propiciar o conhecimento dos determinantes estruturais e a reflexão crítica sobre o tema da participação das classes populares na direção das Políticas Sociais, enquanto socialização do poder político, considerando a particularidade histórica brasileira e as bases político-

¹ A banca propôs por um lado estudar os Estados de Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais, por terem sido parte protagonista da Reforma Sanitária, movimento que possibilitou a obrigatoriedade da Participação Social na Constituição Nacional de 1988. E como segunda opção, a banca propôs, naquela ocasião, os Estados do Sul do Brasil –Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul– pelo pertencimento da UFSC nesta Região e a possibilidade de entender e instrumentalizar nossa atuação, como assistentes sociais, dentro das Políticas Públicas e sobre tudo colocar em prática a participação dentro das Políticas Sociais.

institucionais após a Constituição de 1988”². Depois, a disciplina “A Política Social no Capitalismo: Gênese e Desenvolvimento” tendo como objetivo: “Propiciar o conhecimento dos determinantes estruturais das Políticas Sociais, ao tempo em que se pretende desenvolver a capacidade de análise das diferentes modulações históricas das Políticas Sociais, especialmente detalhadas nas dimensões em que o serviço social se insere”³. Os debates em torno de temas como a Democracia e a Estrutura Política Brasileira possibilitaram-nos compreender como tais processos estão permeados pelas disputas de classes e, conseqüentemente, a Participação Social.

A princípio, alguns estudos abordados nestas disciplinas sobre o tema, Participações Sociais, buscaram enfatizar o protagonismo (ou a falta dele) das Classes Subalternas, muitas vezes organizadas como classe trabalhadora e outras vezes dispostas em outras lutas e interesses, considerando sempre o bojo de uma sociedade democrática no Brasil. Em outras palavras, identificamos que nestes estudos, coloca-se a Participação Social como luta iminente das Classes Subalternas no âmbito das instituições estatais, seja para disputar a inclusão de seus interesses nas pautas de governo e nas decisões políticas, seja para disputar a hegemonia.

No entanto, no percurso da pós-graduação, fomos percebendo (decorrentes das discussões em salas de aula com nossos estudos anteriores, assim como, com o a prática profissional) que na verdade a Participação Social é de fato a luta de classes -com toda a complexidade que esta envolve- travada na sociedade, para direcionar o movimento das relações na produção e reprodução social. Ou seja, a Participação Social envolve tanto as classes dominantes quanto as subalternas e as lutas protagonizadas por estas que no fim resultam as cores que tingem o desenho social.⁴

²Fonte: Plano de aula da disciplina. Disciplina do PPGSS: Tópicos Especiais em Política Social I Tópicos Especiais em Política Social II - SSO 410026. Semestre: 2015/1. Prof.^a Tânia Regina Krüger

³Fonte: Plano de aula da disciplina do PPGSS: A Política Social no Capitalismo: Gênese e Desenvolvimento Código: SSO410005 (ME) Semestre: 2015/2. Prof.^a Dr.^a Ana Maria Baima Cartaxo.

⁴ Veja-se como exemplo a própria Democracia, no Brasil, ela resulta de relação das árduas lutas das Classes Subalternas, protagonizadas num longo período da Ditadura Militar (movimento da Classe Dominante para manter a hegemonia) e com avanços para a Classes Subalternas e algumas negociações da Classe Dominante redesenhou um novo modelo de sociedade, superando a Ditadura Militar e dando lugar à Democracia. Cabe destacar que este novo modelo de sociedade, não necessariamente é uma vitória das Classes Subalternas, no sentido de conquistar a hegemonia, ela é sim um pacto onde serão considerados alguns interesses das Classes Subalternas (sufrágio ampliado, cidadania objetivada) e a manutenção da hegemonia da Classe Dominante, como irá observar-se nos anos vindouros.

Contribuíram, também, para a escolha do tema e para a sustentação teórica deste trabalho, tanto a experiência na graduação quanto a vivência como profissional do Serviço Social. Na graduação através da nossa primeira aproximação com a Pesquisa (que se deu na fase de iniciação científica⁵ -2009 a 2011-) na qual o foco dos nossos estudos esteve voltado à luta de classes e a correlação de forças travadas na relação Estado/Sociedade Civil a partir do pensamento gramsciano. Foram realizadas duas pesquisas⁶ que abordaram as lutas e resistências das Classes Subalternas, principalmente nas estratégias acumuladas em suas lutas sociais e políticas.

Já, na atuação profissional, a contribuição veio através dos Projetos de Extensão desenvolvidos no período de 2011 a 2014, com o Povo Guarani de Santa Catarina. O projeto “Mitãrusu Mbo’epy: Peteî Tape -Formação de Jovens: um Caminho” 1 e 2, –coordenado pela Prof^a Dr^a Beatriz Paiva, do DSS-UFSC e vinculado ao Instituto Latino Americano (IELA)⁷ – possibilitou uma valorosa experiência no campo da Participação Social, proporcionando uma série de reflexões e observações a este respeito, principalmente na sua segunda edição.

⁵ Enquanto discente de graduação, inserida no Núcleo de Estudos e Pesquisas - Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas e Serviço Social sob a orientação da Prof^a Dr^a Ivete Simionatto

⁶A primeira pesquisa “Sociedade civil e lutas de resistência: uma abordagem na América Latina”. Abordava-se nela os principais sujeitos políticos de resistência ao neoliberalismo, a partir da década de 1990 nos seguintes países da América Latina: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Equador, Paraguai, Uruguai e Venezuela. Buscou-se identificar os objetivos, temas e agendas de luta destes sujeitos políticos, enquanto notamos que a Via Campesina se destacava nesses países, ao lado de inúmeros movimentos sociais no campo, principalmente no Paraguai, nosso país de origem. Assim a segunda pesquisa que culminara como Trabalho de Conclusão de Curso TCC, em novembro de 2011. Nesta ocasião, a pesquisa teve como título “NA TRAMA DA HISTÓRIA: a tessitura das lutas da Via Campesina” e analisava em que medida e com que ações a Via Campesina buscava tencionar a atual direção social, política e econômica do governo, tendo em vista uma efetiva disputa hegemônica.

⁷ O projeto 1 fora disputado na Secretaria de Inclusão Digital (SID/MC) através da Chamada Pública nº 01 “Apoio à capacitação no uso das tecnologias da informação e comunicação para a juventude rural” de 08 de outubro de 2011 do Ministério das Comunicações e o projeto 2 fora sugerido pelo próprio Ministério das Comunicações a realizar-se em outras cinco aldeias do povo Guarani. O primeiro projeto teve como objetivo formar e capacitar os jovens guarani no uso das Tecnologias da Informação, a proposta inicial fora ensinar os jovens as questões básicas da informática, como trabalhar em Word, Excel, internet, etc. Porém, os jovens trouxeram a demanda – seguindo o conselho dos mais velhos da aldeia – de aprofundar em mídias e áudio visuais, pois queriam construir instrumentos de luta através da cultura oral. Assim, readequamos o plano de trabalho e re-alocamos os orçamentos para atender a demanda. A re-convivência com o povo guarani (povo ao qual pertencemos, porém negado pelo Estado Brasileiro, por não morar numa aldeia), esclareceu-nos que o modo de pertencimento a uma sociabilidade pode ser determinante - e com as discussões na sala de mestrado - ao modo de participação (Projeto Mitãrusu Mbo’epy: Peteî Tape, 2011/2014).

Significamos algumas elucubrações sobre a função dos aparelhos privados de hegemonia (que no caso, atende os interesses do projeto conservado) na produção e no jeito de relacionar-se, na medida em que observamos as diferenças entre duas aldeias guarani⁸. Numa rasa comparação entre elas, percebemos que numa das aldeias o ensino escolar (aparelho privado de hegemonia) dispunha exclusivamente de professores do povo guarani, onde o Projeto Político Pedagógico era pensado pelo próprio Povo. Portanto, as formas de participação, os conteúdos, as ideologias eram definidas pelo próprio Povo. Logo, na outra aldeia, o ensino regia o conteúdo das escolas “brancas”, ou não Guarani, propostas pelo Ministério de Educação e Cultura do Estado Brasileiro, na qual, notadamente, diverge das ideologias e modos de vida e de história do Povo Guarani.

Quando abordamos o tema Participação Social, ascendeu as lembranças das experiências com o Povo Guarani, e, a partir daí, refletimos sobre o que é a Participação Social na dinâmica deste Povo. As primeiras questões que apareceram na lembrança e que nos chamou a atenção referem-se a algumas diferenças em relação à reprodução social entre as aldeias. Tomamos como ponto comparativo as mesmas raízes (a maioria delas são parentes) e a proximidade física - no máximo 80 km de distância-. Notamos que enquanto a primeira aldeia tinha certa resistência e desconfiança com a execução do Projeto na comunidade⁹, a segunda aldeia recebeu a equipe com empatia e esteve aberta às propostas levadas pela equipe¹⁰.

Advertimos de que maneira a Participação Social representa a forma de relação social, a forma de agir e reagir coletivamente, ante determinadas situações. No caso do Povo Guarani, a forma de resistência perante os movimentos da Classe Dominante e a relação deste Povo (que pertence a um grupo das Classes Subalternas), ao co-desenhar a própria realidade, tenciona para que seu modo de vida (antagônico ao capitalismo) permaneça além da hegemonia vigente.

⁸Os guarani são povos originários que resistiram e resistem ainda ao capitalismo, pois suas lógicas de produção e reprodução são totalmente diferentes ao de acumulação.

⁹ O Povo Guarani, nesta aldeia, exigiram que fossem re-vistos os objetivos e implementação do Projeto, ou seja, os próprios membros da aldeia sugeriram e pautaram as questões a serem abordadas no desenvolvimento do Projeto, e a equipe do Projeto, por sua vez, tiveram que re-pensar o conteúdo proposto inicialmente

¹⁰ Cabe destacar que a segunda aldeia já tinha ciência do andamento do projeto na primeira aldeia, tal vez, isso tenha influenciado à recepção e abertura da nossa equipe. Porém, o que nos chamou a atenção é a relação interpessoal mais fluente e tranqüilo entre os membros desta aldeia com a nossa equipe em comparação da primeira aldeia que mantiveram uma distância bem demarcada durante toda a implementação do Projeto.

Em suma, partilhamos estas experiências já que foi através delas que percebemos que tanto nas pesquisas quanto na atuação profissional, não nos era estranho a categoria Participação Social. Ainda que não a tenhamos apontado como foco de estudo (uma vez que nas duas pesquisas durante a iniciação científica no período da graduação, acontece nossa primeira aproximação com os conceitos Gramscianos de Estado/Sociedade Civil, Ideologia, Senso Comum, Aparelhos Privados de Hegemonia e Hegemonia), mesmo assim, as categorias estudadas nas pesquisas são intrínsecas à Participação Social, tanto pelas maneiras de produção e reprodução social, quanto pela forma de difundir-se através dos aparelhos privados da hegemonia, a permanência dos interesses da Classe Dominante como hegemônica.

Visamos, também, com estas experiências, apontar que o vínculo com o tema Participação Social não surgiu do nada (ele tem a ver não só com a trajetória acadêmica e profissional¹¹, mas também com a trajetória de vida, em virtude da passagem da nossa antiga condição social ao novo espaço de relações¹², e consequentemente às novas amizades construídas neste período). Os novos

¹¹ A experiência nas aldeias tem sido um lembrar das nossas raízes guarani.

¹² Partindo daquilo que o pensamento lembra, viemos do Paraguai, de uma família de nove irmãos, filhos de pais analfabetos (a mãe apenas traçava o nome no papel, o pai era autodidata na leitura, porém assim como a mãe, apenas escrevia o próprio nome, no entanto, ele sempre foi fanático pelo conhecimento e pelo acesso na academia de ensino; amava ler, lia tudo o que passava pelas mãos e tinha letras). Nossas raízes se afixam no Povo Guarani e ainda hoje após tantos anos fora, nosso modo de viver ainda trazem lembranças dessa socialização originária. Nossa infância fora beirando a miséria. Após várias mudanças de cidades, pois o pai queria que seus filhos estudassem, ele se aventurou em algumas cidades, sem muito êxito, pois sua humanidade passou-lhe faturas e adoeceu gravemente, o que o impediu de trabalhar (como trabalhador assalariado), então realizava trabalhos não reconhecidos no mercado e seu jeito guarani lhe impossibilitava de vender os frutos do seu trabalho. Ele não conseguia conceber um mundo de mercadorias, apenas entendia o da comunidade, o da socialização, o de “uma mão lava a outra”. A mãe foi forçada pela realidade a assumir o sustento na casa, sempre com trabalhos precários, pouco reconhecidos e mal pagos (limpava as escolas ao redor da nossa casa, lavava à mão roupas alheias, fazia crochê, viñardi e outros artesanatos, etc). Pelo panorama dá para perceber que nossa infância foi carregada pela falta material e de acesso aos bens culturais e os outros bens sociais produzidos por todos. Mas o sonho do pai, os esforços da mãe, inculcaram em nós a vontade de estudar e questionar o jeito em que a realidade era nos apresentada. Militante, camponesa, desde os 14 anos, ao lado dela, nós fomos agarrando todas as oportunidades e caridades que nos apresentavam. Passamos a morar em Barcelona, trabalhamos em serviços domésticos em casas de pessoas letradas que nos permitiam ter acesso às bibliotecas e informações das quais só alguns tinham privilégios de acesso. Então, eu conheci o Marcelo, mestre na época e que fazia doutorado em Barcelona, casamos e após quatro anos, passamos a morar no Brasil, em Florianópolis. Em Florianópolis, nossas condições econômicas mudaram consideravelmente, assim como nossos círculos sociais e amizades. Concorremos o vestibular para Serviço Social e com as discussões cotidianas do curso, fundamentamos teoricamente o que tanto reivindicávamos.

contextos vividos acirraram o entendimento sobre as relações humanas e foram nos colocando, cada vez mais, em comunhão com a nossa classe social. Portanto, fixaram nosso posicionamento político compactuado, sem sombra de dúvidas, com as Classes Subalternas e suas lutas.

De fato, a ciência foi apontando os caminhos que pretendíamos trilhar para analisar a expressão da Participação Social nos PES. Percebeu-se, então, que apesar da elevada retórica e inúmeras referências à participação, principalmente, pós-constituente de 1988, que incluía, na Carta Constitucional, uma criação de espaços para a Participação Social nas Instituições Estatais em várias áreas: da Política Social, do setor de serviços em geral e até de empresas.

Também há, na mesma medida, o sucateamento da Participação das Classes Subalternas nestes espaços e são tensionadas e permeadas pelo processo de passivação, despolitização, conciliação e até criminalização, resultante das estratégias de luta da Classe Dominante, dando prioridade e favorecendo suas ideias e interesses.

No tocante à Política de Saúde que é parte da Política de Seguridade Social, os temas da Participação Social e das lutas de classe são centrais para compreensão de sua estruturação. Neste sentido, a dissertação é relevante na medida em que pretende evidenciar as disparidades das disputas e os enredos tecidos pela Classe Dominante para se manter legítimo e hegemônico também na área da saúde.

Destaca-se que o estudo do tema a partir da pós-graduação em Serviço Social, justifica-se em virtude da Participação Social ser parte da constituição da história da profissão e ser parte da atuação dos Assistentes Sociais dentro das Políticas Públicas, onde, demarcar, aprofundar, discutir, definir e, sobretudo, colocar em prática a participação dentro das Políticas Sociais, torna-se essencial. Assim, o tema é significativo para o Serviço Social por permitir: a produção de conhecimentos no campo dos processos organizativos, uma vez que a categoria coloca no seu Projeto Ético Político seu posicionamento político em favor das Classes Subalternas, entendidas como instrumentos de luta; e, além disso, ser também um elo entre as mediações teóricas que possibilita ao profissional não apenas contestar às demandas que lhe são postas, mas, acima de tudo, antecipar-se a elas, com argumentos mais qualificados do ponto de vista teórico e prático.

Neste sentido, e sob a questão norteadora de quais tendências indicam para a gestão da Política de Saúde nos Estados, demarcou-se como objeto de estudo, a Participação Social nos Planos Estaduais de Saúde e investigou-se de que forma se expressam nos documentos. Para tal, traçou-se como objetivo geral: Caracterizar e analisar as menções que os PES, da Região Sul do Brasil, fazem aos espaços de Participação Social no quadriênio 2012/2015.

Para atingir o objetivo deste trabalho, recorreremos à pesquisa qualitativa, e partimos da premissa de que neste formato de pesquisa todos os fenômenos são igualmente importantes e preciosos, demandando a necessidade de “encontrar o significado manifesto e o que permanece oculto” como aponta Chizzo (1991 p.84). Neste sentido, auxiliamo-nos na pesquisa documental, no sentido de decompor a expressão da Participação Social nos PES e, a partir disso, passar a reconstruir o “universo dos significados” que parte da “realidade social”, segundo Minayo (2009, p. 21/22). Por fim “interpretar” para então compreender e analisar através dos referenciais teóricos.

Definimos como objetivos específicos: a) Realizar um levantamento das referências à Participação Social nos itens: da introdução, da análise situacional (diagnóstico), nos eixos, nas diretrizes, nas ações, nas metas e nas conclusões dos PES no período delimitado; b) Significar e problematizar as referências à Participação Social encontradas nos PES, identificando quais interesses das classes sociais co-existentes são representadas nos PES; c) Identificar de que maneira se expressam a Participação Social nos resultados e nas projeções de metas dos PES.

Por conseguinte, no âmbito da teoria a investigação fundamenta-se em obras que discorrem sobre a relação de classes sociais que abrange também o objeto deste estudo. Desta maneira, assentamos dentro da perspectiva marxista e marxiana, desde onde se pretende um diálogo com os dados da pesquisa a partir do método dialético, o qual considera as determinações, as contraposições e as contradições da realidade social.

Em decorrência, para auxiliar na análise, foram abordados, ao longo da dissertação, a relação Estado/Sociedade Civil e a disputa hegemônica, tendo como

eixo norteador dos dados os interesses das Classes Subalternas e da Classe Dominante.

A priori, os conceitos de Estado/sociedade civil e hegemonia, que utilizamos, são os desenvolvidos pelo pensador italiano Antonio Gramsci. Acudimos a esses conceitos para abordar a Participação Social, já que neles se abrangem o processo histórico e a relação produção/reprodução determinado pela luta de classes, portanto abrange a Participação Social.

No contexto brasileiro, destaca-se que apesar da inclusão do termo Participação Popular, na Carta Magna de 1988, nos marcos democráticos, ser indiscutivelmente um avanço para os interesses das Classes Subalternas; não podemos ignorar que ela é também perpassada pelos interesses e disputas da Classe Dominante. Portanto, a expressão Participação Social aponta contradições e características próprias que decorrem do processo histórico e expressam-se nos tecidos invisíveis que tramam a sociedade.

Neste sentido, atento aos procedimentos metodológicos propôs-se um caminho a seguir, ou seja, traçaram-se as “intenções da pesquisa”. A proposta inicial abrange: 1º) revisão de literatura sobre a temática e a realização de um levantamento de como a Participação Social é apresentada nos documentos pretendidos; 2º) contextualizar os Planos Estaduais de Saúde considerando os sujeitos participantes da elaboração, a metodologia de construção, a aprovação pelos Conselhos Estaduais de Saúde (CES) e a sua estrutura com base no que prevê a Portaria nº 2.135/2013¹³; 3º) mapear as referências aos espaços de Participação Social no corpo dos PES, identificando e analisando as referências de Participação Social nos itens da introdução, análise situacional (diagnóstico), nos eixos, nas diretrizes, nas ações e nas metas; e por último analisar os traços de continuidade, diferenças e semelhanças dos PES de cada Estado. No entanto, das intenções projetadas nesta dissertação¹⁴, os dados exigiram que nossa proposta fosse em parte redesenhada. Apresentamos abaixo o que conseguimos realizar durante o desenvolvimento do trabalho:

O primeiro momento foi atingido, visto que realizamos os levantamentos e revisão de literatura, embasados em autores marxistas e marxianos, contextualizados

¹³ Esta Portaria estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

¹⁴ projeto significa planejar, organizar programar, projetar. uma proposta de trabalho que propõe ações metodológicas contundentes

no Brasil. Destacamos que os documentos foram de fácil acesso, atribuímos esta facilidade ao recorte do nosso período, que é de 2011/2015, documentos acessados em 2016/2017.

O segundo momento foi atingido parcialmente. Deixamos sem contextualizar: a) os sujeitos participantes, pois os PES não continham esta informação, b) parcialmente a aprovação pelos CES; no entanto, a falta de dados também constitui dados numa pesquisa, o que nos possibilitou esboçar uma análise com a falta destes dados.

Da mesma forma o terceiro momento foi apenas parcialmente atingido, já que deparamos com uma barreira que diz respeito à elaboração e organização dos PES. Durante o percurso, verificamos que os documentos não seguiram a normativa de construção do Ministério de Saúde, base da nossa proposta inicial de mapear as referências aos espaços de Participação Social nos itens da introdução, análise situacional (diagnóstico), nos eixos, nas diretrizes, nas ações e nas metas”. Porém os documentos seguiram uma organização diferente, onde os dados foram trabalhados independentes da disposição em que foram seguidos.

Neste sentido, o Estado do Paraná organizou o PES em quatro momentos, sendo que a Participação Social se coloca na Organização e funcionamento da Gestão Estadual SUS, claramente separado do item Análise da Situação da Saúde. Já, Santa Catarina e Paraná tratam a Gestão em Saúde dentro da Análise situacional, apontando-os apenas como eixos deste item.

Nos itens “eixos, nas diretrizes, nas ações e nas metas”, verificamos que os PES/PR e o PES/RS organizaram a partir de Objetivos/Diretrizes/Ações/Metas, mas o PES/SC organizou estes itens em Objetivos Gerais/Diretrizes/Objetivos específicos, sem apontar as metas.

Outro adendo refere-se ao descarte do termo “participação” que não remete ao proposto pelo nosso tema, e a inclusão dos termos “participação popular e cidadã”, “consulta popular”, “auditoria”, que não havíamos nos atentado e remete nos documentos como Participação Social. E, finalmente, no quarto momento analisaram-se os traços de continuidade, diferenças e/ou semelhanças dos PES de cada estado, considerando o eixo de análise.

A organização da dissertação engloba duas seções: A sessão 1 “Participação social: atores na luta de classes e na construção da hegemonia”, embasa teoricamente nossa tema, num primeiro momento contextualizando nosso ponto de partida, através da perspectiva marxista a relação Estado/Sociedade Civil e a disputa pela hegemonia; e num segundo momento, afunilamos no objeto do nosso estudo, dando ênfase à Participação Social e sua construção histórica no Brasil resultante de dois projetos antagônicos em disputa.

Já a Seção 2 “O Sistema Único de Saúde: Dos antecedentes estruturantes aos Planos Estaduais em Saúde”, num primeiro momento, contextualizamos historicamente a construção do SUS, destacando a Reforma Sanitária como um significativo momento de protagonismo das Classes Subalternas na luta pela inclusão dos seus interesses na pauta da Sociedade Política, para depois introduzir as legislações vigentes, as propostas e as reformas após a constituinte, que construíram e ainda constroem a saúde no Brasil. Logo seguidamente, identificamos e analisamos as expressões da Participação Social, nos Planos Estaduais de Saúde (PES), e as tendências que a participação engloba. Finalmente, delineamos algumas considerações finais.

2 RELAÇÃO ESTADO/SOCIEDADE CIVIL. DISPUTA PELA HEGEMONIA

Falar de Participação não é tarefa fácil, porque esta categoria, similarmente a cidadania, direito e outros, estão em constante disputa. Participação é uma categoria usada em sociologia, “às vezes como sinônimo de integração do indivíduo ao grupo. Outras vezes, como norma ou valor pelo qual se avaliam tipos de organização social de natureza social, econômica, política, etc” (SILVA, 1986, p. 869).

Na década dos anos de 1960 esta categoria era tida como lema e tópico em programas e doutrinas reformistas generalizadas, eventualmente,

quando se pensou em contrapor à massificação, à centralização burocrática e aos monopólios de poder o princípio democrático segundo o qual todos os que são atingidos por medidas sociais e políticas devem participar do processo decisório, qualquer que seja o modelo político ou econômico adotado (Silva, loc. cit.).

A categoria atingiu dimensões, em sociologia, em sentido amplo e diverso, seja “para indicar o grau de integração do indivíduo em um grupo, sociedade ou instituição, expresso na intensidade, categoria e natureza dos contatos que mantém com os demais!”. Seja no sentido, “de pensar, agir e sentir em comum” (loc. cit.).

Efetivamente nos países em desenvolvimento, segundo o autor, a categoria Participação adquiriu várias configurações - política, social e econômica.

Os movimentos de reivindicação pleitearam a participação política, sob a forma de cidadania plena e do direito de voto e de sua extensão a todas as camadas e grupos da população, últimas ondas de um processo histórico que, no Ocidente, data da Revolução Francesa e culmina na supressão dos privilégios de classe ou casta e na extinção do colonialismo e das dependências estruturais e internacionais. Quanto à participação econômica, ela se manifesta através dos diversos movimentos de origem patronal ou sindical, visando a dar ao empregado maior quinhão nos benefícios e na gerência da empresa, sobretudo da empresa industrial. Há muitas modalidades de participação nesse terreno, desde as diversas formas de participação nos lucros, até os comitês de empresa e a co-gestão. Não há muito clara entre esses movimentos e as reivindicações de Participação Social (Ibid. p. 870).

Em destaque, que a Participação Social não é um conceito muito evidenciado, o que não significa que não esteja em disputa. Nesse sentido, a propagação da categoria vem atrelada à

percepção por grande número de pessoas da concentração de decisões, por grupos econômicos nos países de economia de mercado, por burocratas ou tecnocracias nos países de economia planificada(...) (loc. cit.).

Deste modo, pode-se dizer que as preocupações com a Participação é sua busca consciente mais como meta que como técnica de organização social e respondem a uma busca crescente do homem pela construção de uma sociedade. Neste sentido é que a Luta de Classes entra em cena, pois, por um lado, a Classe Dominante intenciona conservar a hegemonia e, por outro, as Classes Subalternas evidenciam os problemas sociais acarretados pelas rotinas do trabalho, pela opressão das estruturas, das burocracias do Estado. A partir disso, a categoria Participação Social transcende da condição de simples técnicas de fazer parte para um processo mais amplo, cujo princípio geral é o comprometimento direto dos grupos e camadas sociais na gerência e decisão dos assuntos de seu maior interesse no âmbito da relação Estado/Sociedade Civil.

Partindo da análise marxiana, a Sociedade Civil é identificada com base material (portanto, ontologicamente primária na explicação da história) e infraestrutura econômica (momento ativo e positivo estrutural). E o Estado é compreendido através de uma concepção materialista da história, na qual sociedade e Estado são moldados pelo modo dominante de produção.

A grande descoberta de Marx, Engels e Lênin no campo da teoria política foi a afirmação do caráter de classe de todo fenômeno estatal; essa descoberta levou-os a “dessacralizar” o Estado, a desfetichizá-lo, mostrando que a aparente autonomia e “superioridade” dele encontram sua gênese e explicação nas contradições imanentes da sociedade como um todo (Coutinho, 1981, p 89).

As ideias de Marx partem da preposição de que “a história de toda sociedade que já existiram é a história de lutas de classes” (MARX, 1998, p. 9). Ademais, o autor afirma que

nossa época -a época da burguesia- distingue-se, contudo, por ter simplificado os antagonismos de classe. A sociedade divide-se cada vez mais em dois grandes campos inimigos, em duas classes que se opõem frontalmente: burguesia e proletariado (MARX, 1998, p. 10).

Assim, “a gênese do Estado reside na divisão da sociedade em classes, razão por que ele só existe enquanto existir essa divisão”, portanto, seria originário da necessidade de um grupo, ou classe social, de manter seu domínio econômico a partir de um domínio político sobre outros grupos ou classes. Para Marx

[...] A burguesia, afinal, com o estabelecimento da indústria moderna e do mercado mundial, conquistou para si própria, no Estado representativo moderno, autoridade política exclusiva. O poder executivo do Estado moderno não passa de um comitê para gerenciar os assuntos comuns de toda a burguesia (MARX, 1998, p. 12/13).

Marx defendia, em relação à luta de classes, que o Estado quando se trata dos impasses das classes representa em favor dos que detém os meios de produção. Desse modo, uma vez que os antagonismos básicos de classe são irreconciliáveis, o Estado capitalista não poderia jamais estar a serviço da classe trabalhadora.

Sobre esta premissa Coutinho (1989), observa que na defesa de interesses de classe, o Estado, na época em que Marx o mencionara, é

(...) um Estado restrito, que representa não o interesse de todos, mas sim o dos proprietários, e que tem um meio básico para exercer sua ação de arbitragem entre os interesses individuais eventualmente conflitantes e coerção (COUTINHO, 1989, p. 52).

Desta maneira, Coutinho (1989) afirma que o Estado que Marx descreve e critica no manifesto comunista de 1848 é o Estado que o primeiro liberalismo propõe e defende introduzindo

um elemento profundamente novo na problemática da representação de interesses inexistente no pensamento liberal. Para esse pensamento, como vimos, os interesses são sempre, em última instância, interesses individuais. Marx se dá conta que, para além e através dos interesses individuais, ganha corpo uma outra coisa, a que ele chama de “interesse de classe”; ele vê que os verdadeiros sujeitos da história não são os indivíduos, mas são as classes, e que os indivíduos têm interesses comuns enquanto são membros de uma mesma classe (COUTINHO, 1989, p. 52).

Marx entendia o Estado burguês como principal função da regulação das relações fundamentais entre a sociedade civil, a política burguesa e as relações de produção. Logo, o Estado é sempre uma instância em desfavor dos trabalhadores, já que pode regular, mas nunca extinguir a exploração do trabalho pelo capital.

Portanto, o Estado, historicamente, firma seus fundamentos sobre os interesses da classe burguesa. O Estado que Marx enxergava, se caracterizava pelo fato de além de excluir os direitos sociais, compreendidos como os direitos “que permitem ao cidadão uma participação mínima na riqueza material e espiritual criada pela coletividade” (COUTINHO, 1999, p. 50). Restringe também fortemente os direitos

políticos, ou seja, direito de voto e de participação na formação e na ação do governo, apenas a quem é proprietário.

Alguns pensadores liberais, da época de Marx, não deixavam dúvidas sobre o direito político, Benjamin Constant, por exemplo, coloca explicitamente a ideia de que só deve ter direito político, ou seja, direito de voto e participação na formulação e na ação do governo, apenas quem é proprietário¹⁵.

Desde a interação com estes autores é que Marx chega à prerrogativa que o pensamento liberal defende o Estado com a finalidade de garantir interesses que estão fora da esfera estatal, o Estado “representaria o interesse de todos, mas tal interesse se expressaria precisamente na conservação de uma esfera de interesses singulares situadas num mundo “privado”, no qual o Estado não deve intervir”. (COUTINHO, 1989, p 49). No entanto, Marx não se aprofundou sobre esta questão. Posteriormente, será Antonio Gramsci que trará um aprofundamento sobre esta categoria.

Salienta-se que é na base da produção marxiana e marxista, que Gramsci nutre o ponto de partida dos seus estudos e produções teóricas. Ou seja, a análise da realidade a partir do conjunto de relações que compreendem as unidades objetividade/subjetividade, estrutura/superestrutura, economia/política, assim sendo, Gramsci discute a política sem deixar de tratar da esfera econômica constitutiva da sociedade. Deste modo, analisa a sociedade do ponto de vista da totalidade e da historicidade.

Coutinho (1989) significando análise de Gramsci, num contexto histórico, na qual já se generalizou uma maior complexidade do fenômeno estatal, afirma que o italiano percebe uma intensificação do processo de socialização da participação política, que toma corpo nos países ocidentais no século XIX: a luta permanente pela ampliação do sufrágio e o aumento do número de ‘sujeitos ativos’ até chegar ao sufrágio universal; a evidência da formação de grandes sindicatos, partidos de massa¹⁶, que ampliaram em grande medida a participação das classes populares no Estado.

¹⁵ Coutinho (1989) aponta uma curiosidade, pertinente sobre a questão, já naquela fase, o proprietário é concebido com ambiguidades filosóficas: proprietário é quem dispõe de determinado volume de propriedades e de bens e, portanto, é capaz de pagar um certo montante de impostos. É em função disso que também Kant divide em cidadãos “ativos” e “passivos”.

¹⁶O primeiro movimento operário de massa é o movimento cartista inglês, cuja principal bandeira de luta era o sufrágio universal (COUTINHO, 1989, p.53).

Nesse sentido, Gramsci coloca o Estado como espaço de luta de classes, como campo relacional, na qual há correlação de forças das classes sociais, ou seja, como um campo de embate de projetos e de disputa de poder. Apesar de Gramsci situar a sociedade civil no campo da superestrutura, isto não significa, no entanto, a sua desvinculação da esfera estrutural.

Estrutura e superestrutura formam para Gramsci a união entre a natureza e o espírito ao que ele denominou “bloco histórico”, este “tem para ele a noção de articulação entre infra-estrutura e superestrutura, ou de formação social no sentido marxiano” (SIMIONATO, 2004, p. 40). Compreendendo-a como totalidade, “a estrutura e as superestruturas formam um ‘bloco histórico’, isto é, o conjunto complexo e contraditório das superestruturas é o reflexo do conjunto das relações sociais de produção” (GRAMSCI, 2006, p. 250).

Isto significa que entre estrutura e superestrutura existe um nexos necessário e vital, portanto é inegável a permanência de Gramsci no campo do marxismo, que é atestada pelo fato inequívoco de que ele continua a afirmar que “todo Estado é um Estado de classe” (COUTINHO, 1981).

Gramsci define a Sociedade Civil como uma “nova esfera do ser social capitalista”, o mundo das auto-organizações, do que ele chamou de “aparelhos privados de hegemonia”. O autor parte de todas as conjeturas marxianas a respeito das origens materiais de classe e do papel da luta e da consciência de classe na transformação social. Inclusive, parte da concepção de Marx sobre o Estado tal e como da noção da hegemonia burguesa sobre a sociedade civil. Gramsci reconfigura a concepção de Estado desenvolvido por Marx, colocando-o como superestrutura e a partir dali se torna uma variável essencial na compreensão da sociedade capitalista, assumindo como tema central a Hegemonia.

Ao definir essa nova esfera, Gramsci amplia a teoria marxista de Estado, este não é mais o simples “comitê executivo da burguesia”, afirmado no Manifesto Comunista de 1848, de Marx e Engels. Para a teoria gramsciana, o Estado, na sociedade capitalista moderna, tem uma função mais ampla e os problemas relativos ao poder se complexificam na trama da sociedade.

Assim sendo, para Gramsci, em qualquer forma de Estado moderno, as funções de hegemonia vem a ser domínio. Quando se trata da “sociedade política ou Estado, corresponde à função de “domínio direto” ou de comando, que se expressa no Estado e no governo jurídico” (LA PORTA, 2017, p. 219), ou por outra,

[...] consenso dado pelo prestígio da função no mundo produtivo e o aparelho de coerção para aqueles grupos que não ‘consentem’ nem ativamente, nem passivamente ou para aqueles momentos de crise de comando e de direção nos quais o consenso espontâneo sofre uma crise (Ibid.).

Por outro lado, o que permite que a postura do Estado seja menos “coercitiva” e mais “consensual”, imponha-se “menos pela dominação e mais pela hegemonia, depende da autonomia relativa das estruturas e de como se colocam no interior do Estado as organizações de cada esfera” (SIMIONATTO, 2004, p. 69).

No momento em que Gramsci se refere à categoria Hegemonia não significa que tenha abandonado a tese marxiana da propriedade da estrutura econômica, porém distingue com mais força, no conjunto dos elementos superestruturais, o momento da transmissão e da formação de valores (socialização), isto é, o momento mais propriamente político da repressão.

Diante disso, a hegemonia é entendida como um processo pelo qual a Classe Dominante exerce o controle através de sua liderança moral e intelectual (direção e domínio), “caracterizado por uma combinação de força e de consenso que se equilibram” (COSPITO, 2017, p. 366). Em suma, a hegemonia combina elementos comuns retirados das tensões das classes e dos interesses das massas, e impõe novas formas de relação onde pode moldar os interesses e as necessidades das Classes Subalternas.

A fim de aprimorar a noção de hegemonia, Gramsci denomina de aparelhos privados de hegemonia à articulação Estatal na unidade consensual da sociedade política com a sociedade civil, e que é precisamente formada

pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias, compreendendo o sistema escolar, as Igrejas, os partidos políticos, os sindicatos, as organizações profissionais, a organização material da cultura (revistas, jornais, editoras, meios de comunicação de massa) (COUTINHO, 1981, p. 91).

Em outras palavras, o Estado é uma síntese contraditória e dinâmica entre a "sociedade política" e a "sociedade civil", que ao mesmo tempo em que é espaço de manutenção da hegemonia, na qual é essencial a utilização tanto de aparelhos de

“convencimento” da Sociedade Civil, quanto de coerção da Sociedade Política, é também um espaço privilegiado da luta de classes. Dessa maneira, Gramsci compreende o Estado como um ambiente moldado por múltiplas determinações, construindo o conceito de Estado ampliado (COUTINHO, 1999).

Ademais, Gramsci chama de Sociedade Política o conjunto dos aparelhos por meio dos quais a Classe Dominante impõe de forma coercitiva a sua dominação, seja pelo aparato policial e militar, seja pelo sistema judiciário e administrativo de aparelhos privados de hegemonia. A Sociedade Política ou “Estado em sentido estrito” é formada pelo “conjunto dos mecanismos através dos quais a Classe Dominante detém o monopólio legal da repressão e da violência, que se identifica com os aparelhos de coerção sob controle das burocracias executivas e policial-militar” (COUTINHO, 1981, p. 91).

E a “Sociedade civil” designa o mundo da economia, o mundo dos interesses privados, esse termo denota em Gramsci, precisamente, espaço público situado entre a economia e o governo, ou para continuar usando a terminologia gramsciana, como em Coutinho (1994), entre a “sociedade econômica” e a “sociedade política”.

Em suma,

Trata-se de uma esfera que, sem ser governamental, tem incidências diretas sobre o Estado, na medida em que nela se forjam claras relações de poder. Por isso, para Gramsci, a “sociedade civil” torna-se um momento do próprio Estado, de um Estado agora concebido de modo “ampliado” [...] (COUTINHO 1994).

A Sociedade Civil em Gramsci pertence à esfera da superestrutura ideopolítica, espaço em que se manifesta a organização e representação institucional dos interesses dos diferentes grupos sociais, da elaboração e difusão dos valores, cultura e ideologias que tornam ou não conscientes os conflitos e as contradições sociais.

Analogamente, o momento unificador dessas duas esferas (Sociedade Civil e Sociedade Política) na perspectiva gramsciana está presente na forma como o grupo social se manifesta de conformidade, como direção intelectual e moral. A partir disso, a construção de uma nova Hegemonia implica a possibilidade do enfraquecimento do poder de direção e de formação do consenso da classe no poder.

Precipuamente o “tornar-se Estado” é um momento de luta das classes fundamentais pela Hegemonia. O Estado é instrumento (de uma classe) e, ao mesmo tempo, espaço de luta (pela Hegemonia). Nos Cadernos, Gramsci, argumenta que é possível tornar efetivos momentos de contra-hegemonia, isto é, um grupo social pode ser dirigente já antes de conquistar o poder governamental, depois, quando exerce o poder, torna-se dominante, devendo continuar a ser dirigente.

Diante disso, entende-se que os grupos subalternos só podem se converter em hegemônico, passando pelo plano econômico-corporativo ao plano ético-político. Onde o “ético” indica a dimensão intelectual e moral, e o “político” indica o controle do aparato do Estado, possibilitando a produção de uma hegemonia alternativa, ou seja, uma contra-hegemonia.

Assim sendo, o desenvolvimento de uma consciência crítica em relação à concepção hegemônica vigente, e de uma ação política articulada, mas também de propostas superiores de sociedade como pressuposto subjetivo e objetivo para a construção de uma nova hegemonia das Classes Subalternas.

Salienta-se que precisamente é o caráter histórico e objetivo das relações sociais que determinam, inegavelmente, que nem todas as esferas da vida social são produto e resultado de uma relação consensual entre os sujeitos sociais.

Consequentemente, para Gramsci, a esfera da cultura, problematizada junto da economia e da política, vista como espaço de preparação e elevação da consciência crítica das massas, organizada ou organizadora da sociedade, é fator decisivo no processo de criação de uma nova sociabilidade. E estão relacionados à formação de ideias, de valores e de modos de pensar. A cultura para Gramsci é uma esfera do ser social. Em sua obra, a cultura é abordada em “sentido coletivo e não individual” e problematizada “na interface com a economia e a política” (SIMIONATTO, 1997, s/p.).

Para Gramsci, a cultura não “significa a simples aquisição de conhecimentos, mas sim tomar partido, posicionar-se frente à história, buscar a liberdade”. Assim sendo, a cultura está relacionada com a transformação da realidade, pois, pela “conquista de uma consciência superior [...], cada qual consegue compreender seu valor histórico, sua própria função na vida, seus próprios direitos e deveres” (GRAMSCI, 2002, p. 24).

Nesse sentido, a hegemonia como “direção intelectual e moral” incorpora uma dimensão educativa na medida em que aspira construir sujeitos historicamente ativos que buscam formas de romper com a submissão e, da mesma forma, da superação da relação entre governantes e governados. É na luta pela hegemonia que a sociedade civil se desenvolve como domínio da ideologia. Por conseguinte, é no campo da ideologia que se opera a passagem dos interesses grupais aos universais. Isto é, uma práxis política ativa e de discussão crítica, a qual pode propiciar a passagem da fragmentação à unicidade, de um modo desagregado, a uma forma de pensar crítica e coerente para a formação processual de uma “vontade coletiva revolucionária”. Assim, a formação de uma consciência crítica, assim como a participação ativa são os alicerces de uma ação política que busca conquistar a hegemonia.

Gramsci (1989, p. 18-26) distingue três momentos ou graus de relação de forças nas análises histórico-políticas: o primeiro é a relação de forças sociais ligadas à estrutura objetiva (o econômico-corporativo), esse primeiro elemento está ligado “à existência real de governados e governantes, dirigentes e dirigidos”, independentemente da vontade dos homens; o segundo é a relação das forças políticas, ou seja, a avaliação do grau de homogeneidade, de autoconsciência e de organização dos grupos sociais, na qual “um elemento difuso, de homens comuns, médios, cuja participação é oferecida pela disciplina e pela fidelidade, não pelo espírito criador e altamente organizativo” (Ibid., p. 26); e o terceiro é o da relação das forças estritamente políticas.

Para Gramsci (2002), o processo de formação de consciência se desenvolve na articulação da participação organizada e, igualmente, da força que os organiza. “Eles constituem uma força na medida em que existe algo que os centraliza, organiza, disciplina; mas na ausência dessa força eles se dispersariam e se anulariam numa poeira impotente” (Ibid., p. 26). A força organizativa pode ser analisada e diferenciada em vários graus que correspondem aos diversos momentos da consciência política coletiva, tal como se manifestaram na história até agora.

Segundo Simionato (2003, p. 43-44), dentre estes graus, o primeiro corresponde ao “econômico-corporativo”, havendo uma “unidade homogênea” de

determinado grupo profissional, “e o dever de organizá-la, mas não ainda uma unidade do grupo social mais amplo”. O segundo a aquele em que se atinge “a consciência da solidariedade de interesses entre os membros do grupo social, mas ainda no campo meramente econômico”. A autora afirma que,

Neste momento já se coloca a questão do Estado, mas apenas visando alcançar uma igualdade político-jurídica com os grupos dominantes; reivindica-se o direito de participar da administração e da legislação e talvez de modificá-las, reformá-las, mas nos quadros fundamentais existentes (SIMIONATO, 2003, p, 44).

O que daria passo ao terceiro grau que corresponde ao momento mais estritamente político, ou fase da hegemonia “que assinala a passagem nítida da estrutura para a esfera das superestruturas complexas”. Neste momento, adquire-se a consciência de que os próprios interesses corporativos, em seu desenvolvimento atual e futuro, superam o círculo corporativo do grupo meramente econômico, e podem e devem tornar-se os interesses de outros grupos subordinados. Essa passagem da estrutura para a superestrutura, que se efetiva no terceiro momento da consciência política coletiva, essa tarefa “ontológico-dialética” de construir um novo “bloco histórico”, se expressa em Gramsci através do conceito “amplo” de política, denominado por ele de “catarse” (SIMIONATTO, 2003, p. 44).

Pode-se empregar a expressão “catarse” para indicar a passagem do momento meramente econômico (ou egoístico-passional) ao momento ético-político, isto é, a elaboração superior da estrutura em superestrutura na consciência dos homens. Isso significa, também, a passagem do “objetivo ao subjetivo” e da “necessidade à liberdade”. A estrutura, de força exterior que esmaga o homem, assimilando-o e o tornando passivo, transforma-se em meio de liberdade, em instrumento para criar uma nova forma ética política, em origem de novas iniciativas (GRAMSCI, 2006, p. 314).

Em Gramsci a “catarse” significa o momento em que o proletariado deixa de ser “classe em si” e torna-se “classe para si”. Isto é, o momento da passagem de “classe em si” a “classe para si”, em que as classes conseguem elaborar um projeto para toda a sociedade através de uma ação coletiva, cujo objetivo é criar um novo “bloco histórico”, ou a conquista da hegemonia pelas Classes Subalternas. Isso supõe “sair da passividade e deixar de aceitar a subordinação que a ordem capitalista impõe a amplos estratos da população, é preciso deixar de ser “massa de manobra” dos interesses das classes dominantes” e romper com o “plano corporativo”, elevando-se para um “plano universal”, guiado pela vontade coletiva e política (GRAMSCI, 2002,

p. 41; in: SIMIONATTO, 2003, p. 45). Romper com o “plano corporativo” para elevar-se ao “plano universal” requer a participação ativa das Classes Subalternas.

Nesse sentido, é esta participação ativa veiculada pela consciência de classe o que chamamos de Participação Social. A palavra participação tem suas raízes no latim "participatio" (pars + in + actio) que significa ter parte na ação. Para ter parte na ação é necessário ter acesso ao agir e às decisões que orientam o agir. A forma de agir coloca o ator na forma de fazer parte, se tornar parte. Na medida em que se toma parte de forma coletiva, ou seja, sendo classe para si, abre a possibilidade de desenhar a estrutura social nos tons que atenda aos interesses das Classes Subalternas.

Dessa forma é que entendemos as propostas de Bordenave (2013), quando categorizou a participação em duas esferas, micro e macroparticipação. O autor coloca nas duas esferas as formas de participar em três grupos: a) primários b) secundários e c) terciários.

O homem participa nos grupos primários, como a família, o grupo de amigos ou de vizinhança, e participa também dos grupos secundários, como as associações profissionais, sindicatos, empresas. Participa, ainda, dos grupos terciários, como os partidos políticos e movimentos de classe (BORDENAVE, 2013, p 23)

Ainda que Gramsci não tenha abordado diretamente a Participação Social, ele distingue as duas esferas, pela similaridade de conceitos, como sendo a sociedade civil (macro-participação) e nesta os aparelhos privados de hegemonia (micro-participação). Nessa ordem, a Participação Social, a priori, se desenrola na Sociedade civil e é na Sociedade Civil que a luta de classes resulta da Participação Social.

Da mesma forma, os grupos categorizados por Dias (2013) como primários e secundários da esfera micro, correspondem ao que Gramsci chama de aparelhos privados de hegemonia. Sendo na relação Estado/Sociedade Civil que acontece a construção da hegemonia e as tensões colocadas pela força da contra-hegemonia torna-se concreta a representação de interesses que resulta na consciência histórica da sociedade.

Bordenave (2013) afirma que é possível “fazer parte sem tomar parte”, o que distinguiria a participação passiva da participação ativa. Sendo que ser parte é inerente à existência, se é parte de um contexto, pelo mero fato de existir. Fazer parte

indica para o autor a participação passiva, “fazemos parte da população do Brasil, mas não tomamos parte nas decisões importantes” (BORDENAVE, 2013, p. 22), já tomar parte, implica numa participação ativa. “Ora, mesmo dentro da participação ativa, isto é, entre as pessoas que “tomam parte”, existem diferenças na qualidade de sua participação. [...]. A prova de fogo da participação não é o quanto se toma parte, mas como se toma parte” (Ibid., p 22-23).

A macro participação acomoda a Participação Social, ela “compreende a intervenção das pessoas nos processos dinâmicos que constituem ou modificam a sociedade, quer dizer, na história da sociedade” (Ibid., p. 24) e incidem na produção de bens materiais e culturais, bem como a administração e seu usufruto, ou seja, acontece no âmago das estruturas sociais, políticas e econômicas. Participação social para Satira Bezerra Ammann (Ibid., p. 25) “é o processo mediante o qual as diversas camadas sociais têm parte na produção, na gestão e no usufruto dos bens de uma sociedade historicamente determinada”.

Coutinho (1989), referindo-se à representação de interesses analisa que esta envolve o problema da legitimidade (e, portanto, da Hegemonia). Para defender seu argumento, o autor resgata o pensamento de Aristóteles, quem distinguiu “entre o bom e mau governo em função dos interesses representados pelos governantes” (COUTINHO, 1989, p. 49), o bom governo é aquele que representa o interesse comum e o torna legítimo.

No entanto, a noção de “interesse comum” do pensamento de Aristóteles, segundo Coutinho (1989) de certo modo, desaparece no pensamento político moderno, e aparece vinculada a uma concepção individualista, “materialista”, da sociedade. Destaca o autor que “interesse” no mundo moderno “é frequentemente sinônimo de benefício material” (COUTINHO, 1989, p. 49), relacionando o interesse pessoal a “um fator positivo, racional, beneficia à ordem social e ao progresso da civilização” (Ibid.).

A representação de interesses depende essencialmente de fatores subjetivos, ou seja, da consciência histórica dos grupos antagônicos, da capacidade que tem de intervir e determinar o fluxo concreto daquilo que efetivamente acontece. Não está se afirmando que é um jogo mecânico, considere-se a complexidade projetada para um fim e montada (como peças), é, sim, disputa por valores tanto no âmbito político e ideológico.

Coutinho apresenta dois projetos antagônicos em disputa, o projeto socialista e o projeto capitalista. Neste trabalho, referimo-nos a esses projetos como projeto conservador e projeto progressista respectivamente, não só como estratégia de defesa, já que tem se criado um senso comum sobre o projeto socialista que cria uma aversão instantânea na população que a ouve, mas também porque entendemos que o projeto socialista, ainda é uma utopia na nossa realidade. Para o projeto progressista, segundo o autor, “defender a democracia é uma questão global e não apenas política, é um valor universal” (COUTINHO, 2008, p. 48). Assim a democracia torna-se um projeto estratégico sério que não se esgota em determinada configuração institucional, mas é sim um processo que se aprofunda e combina indissolivelmente reformas políticas com reformas econômicas e sociais em permanente construção.

Neste projeto enfatiza-se, então, a incorporação da massa dos excluídos como autênticos protagonistas, de fato a soberania popular, ou seja, o espaço à construção de uma comunidade participativa. Um projeto no qual o processo implica não só modificações políticas, mas também modificações econômicas e sociais. Logo, a incorporação de determinadas conquistas liberais (direitos civis, direito de expressão, direito do livre pensamento, etc) são imprescindíveis. Mas também é necessário incorporar outros conceitos democráticos, sobretudo no que diz respeito ao direito à participação, à incorporação de formas institucionais que combinem democracia representativa tradicional com democracia participativa.

Ou seja, o projeto progressista disputa uma democracia que é sinônima de soberania popular,

podemos defini-la como a 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 [...]. A democracia pode ser sumariamente definida como a mais exitosa tentativa até hoje inventada de superar a alienação na esfera política. [...] é concebida como a construção coletiva do espaço público, como a plena participação consciente de todos na gestão e no controle da esfera política (COUTINHO, 2008, p.50).

Para tal projeto, o que melhor expressa a reabsorção desses bens sociais pelo conjunto de cidadãos é a cidadania. Coutinho aponta cidadania, como a

capacidade conquistada por alguns indivíduos, ou (no caso de uma democracia efetiva) para 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. [...] A cidadania não é dada aos indivíduos de uma vez para sempre, não é algo que vem de cima para baixo, mas é /resultado de uma luta permanente, travada quase sempre a partir de baixo, das Classes Subalternas, implicando assim um processo histórico de longa duração (COUTINHO, 2008, p. 50/51).

A democracia nesta concepção progressista é considerada como processo que só acontecerá para as grandes massas se estas “forem capazes de se organizar, de expressar seus anseios e de obter efetivamente conquistas sociais, culturais e políticas no quadro de uma institucionalidade em permanente expansão” (Ibid., p 153). Ou seja, a democracia somente é possível se há uma efetiva Participação Social, isto é participação garantida através de condições objetivas.

Coutinho (2008) entende que os conceitos, de cidadania, democracia e soberania popular, devem ser pensados como processos históricos, pois a história atribui permanentemente novas determinações, que é uma luta permanente travada, quase sempre a partir de baixo, a partir das Classes Subalternas.

O autor aponta, também, que ocorre uma profunda articulação entre cidadania e democracia; para ele democracia é sinônimo de soberania popular e é a presença efetiva das condições sociais e institucionais que possibilitam ao conjunto de cidadãos a participação ativa na formação do governo e em consequência no controle da vida social. No entanto, o conceito de soberania popular tem sido obscurecido pela alienação, conceito utilizado por Marx para explicar como os indivíduos constroem coletivamente todos os bens sociais, mas não são capazes de se reapropriarem coletivamente desses bens por eles mesmos criados.

O projeto conservador, com o sistema capitalista como organização, se apoia naturalmente na Classe Dominante, sobretudo financeira. É excludente não só no plano mundial, mas também no interior de cada país. Este projeto exclui grandes setores da população sem nenhuma possibilidade de resolver problemas desta exclusão, ao contrário, recria e agrava estes problemas, pois se serve deles para sua manutenção.

O capitalismo brasileiro, segundo o autor, foi obrigado a incorporar alguns segmentos populares, por causa dos desafios representados pelo socialismo do Leste no período da guerra fria. Porém, este projeto não tem a menor possibilidade de resolver a principal questão nacional. Dessa forma é vedado ao fracasso, pois no máximo ele atenderia alguns poucos setores organizados da população.

O projeto conservador, apesar de hegemônico no Brasil, como afirma Coutinho (2008), traz um grande “problema de exclusão social, o processo de modernização excludente”. Uma tendência da classe dirigente em excluir a grande massa da população das decisões políticas, dos benefícios da modernização, do progresso econômico; a exclusão da grande maioria da vida nacional. Nele, se concebe a democracia de maneira “minimalista como se a democracia se desse apenas em respeito a algumas regras formais que permitem uma rotatividade das elites no poder através dos processos eleitorais” (COUTINHO, 2008, p. 152).

Para Dias (1997), “...o Estado liberal, pensado como garantidor das liberdades e dos contratos”, assume na sua esfera recobrir inteiramente a sociedade, como cidadãos, embora de uma forma específica de convivência contraditória, onde o predomínio de uma classe determina o apagamento dos direitos de outra. Afirma que os “direitos sociais não rimam com acumulação de capital”, e sim é um modo de garantir o ocultamento das desigualdades e da dominação. Nesta relação, a racionalidade do mercado está rigorosamente calcada na intervenção estatal, que decide a quem beneficiar e/ou controlar. Por isso, fez-se necessário regular a luta para evitar que ela acabasse por ameaçar a própria racionalidade. Nesse sentido, o autor afirma que:

A cidadania burguesa dispensa a participação ativa dos cidadãos, exigindo das massas apenas uma postura, a mais absoluta possível de indiferença, inércia e conformismo. Não se requer a livre adesão dos indivíduos. Não necessita e chega mesmo a dispensar, a participação do conjunto da cidadania, salvo nos rituais eleitorais, transformados quase sempre em mero exercício de legitimação política (DIAS, 1997. p. 53).

Do ponto de vista desse autor, para as Classes Subalternas, a concepção burguesa de cidadania não pode ser sua, pois nega sua possibilidade de liberdade, nega as diferenças sociais. Segundo ele, são necessários espaços abertos de participação real na construção da história, que evidencie a luta onde as vontades classistas se exercem e não apenas a legitimação social do regime vigente.

Concordamos com o autor da necessidade de espaços abertos de participação real. A disputa pela hegemonia das Classes Subalternas ou a “contra-hegemonia” se estrutura de acordo à prevalência dos interesses defendidos na construção da hegemonia e esta é difundida através do “senso comum”. Ou seja, no

dizer de Gramsci, a percepção de mundo é que define e constrói o real, inerente a sua época, que sustenta, organiza e confere materialidade e é associada aos movimentos das forças sociais. “(...) uma concepção de mundo que se manifesta implicitamente na arte, no direito, na atividade econômica, em todas as manifestações de vida individuais e coletivas” (GRAMSCI, 2002, p. 16).

O tema da Participação Social é abordado por vários autores, em geral enfatizado na participação das Classes Subalternas. Dagnino (2015) aborda a Participação Social como consequência do neoliberalismo que trouxe profundas mudanças para as sociedades latino-americanas. Ao versar sobre a realidade brasileira, analisa os impactos causados pelo neoliberalismo e sugere uma “confluência perversa” que indica as “consequências que contrariam o efeito de sua aparência” e seus efeitos “se revelam mais distintos do que se podia esperar”. A autora chama de “confluência perversa”, o obscurecimento das tensões entre os projetos e as distinções e divergências fundamentais; os deslocamentos de vocabulários comuns através de procedimentos e mecanismos institucionais que guardam uma similaridade significativa, assim como da apropriação do projeto neoliberal em disputa que determina as “direções específicas às estratégias e formas de atuação das forças vinculadas ao projeto neoliberal em nosso país” (DAGNINO, 2015, p.99).

Dagnino (2015) parte da análise entre um projeto político democratizante e participativo, no qual o projeto neoliberal marcaria o cenário de luta pelo aprofundamento da democracia na sociedade brasileira e da relação entre a sociedade civil e o Estado, que outrora se apresentara conflitante, cedendo lugar para a possibilidade de uma ação conjunta em um aprofundamento democrático. Entretanto, Dagnino evidencia que o “aprofundamento” da democracia pelo projeto neoliberal é apenas aparente, visto que a participação da sociedade civil na política é uma conquista das diversas formas de manifestações, assim como a sua instrumentalização na Constituição de 1988.

Outra autora que aborda o tema Participação Social é Neves (2015, p. 3), ela aponta como “um processo de lutas sociais através dos movimentos sociais que buscam fortalecer práticas democráticas na luta por direitos que fortaleçam a democracia participativa”, e considera que a ideia de democracia

vem associada à “crise de representação” que impera no mundo e na sociedade brasileira. Ao mesmo tempo há um processo de lutas sociais

através dos movimentos sociais que buscam fortalecer práticas democráticas na luta por direitos que fortaleçam a democracia participativa (Ibid., p. 3).

Para a autora, durante o processo de redemocratização e a luta pela democracia contra um regime ditatorial (1970/1980), não havia Participação Social, “a Participação Social era de costas para o Estado”. Mas, nas décadas 1990/2000, torna-se uma participação co-gestora. Na busca pela democracia, a sociedade civil articulada com o Estado e negocia, durante anos, por meio de diferentes arranjos participativos (conselhos gestores, fóruns, comitês, orçamentos participativos, conferências, referendos, plebiscitos e iniciativas populares).

Ainda segundo a autora, após 2013, a Participação Social recebe outra tonalidade e

[...] representa um grande questionamento ao Estado democrático de direitos e a democracia representativa, ela fortalece a democracia participativa ao ampliar o conceito de política para além do sistema eleitoral institucionalizado, uma participação autônoma que reivindica “participar das decisões públicas” não só manifestar e protestar qualifica-se a democracia que queremos ao colocar em xeque a falta de transparência, o clientelismo político, a corrupção e a exclusão da sociedade civil nos processos de decisão sobre Políticas Sociais (Ibid., p. 4)

Neves denuncia uma democracia criminalizada a qual levanta uma sociedade pautada em valores antidemocráticos que também se manifesta e se organiza lutando por direitos civis e individuais numa direção contrária aos movimentos mais progressistas da Sociedade Civil. Aponta esta relação como uma “onda participativa às avessas” que afirma suas posições conservadoras, reacionárias, xenófobas, e marcada pelo moralismo, higienismo da pobreza e suas consequências num mundo dividido entre classes sociais, reforçando uma cultura marcada por práticas antidemocráticas, clientelistas e autoritárias nas relações entre busca por direitos individuais.

Considera que

há no cenário mundial e brasileiro diferentes elementos que ameaçam à democracia e seus processos democráticos. Uma dessas ameaças são referentes à ideia de que democracia vitoriosa nos termos de Rancière (2014) é restrita ao voto, as eleições e aos representantes legítimos eleitos pelo povo. Essa democracia é ameaçada pela participação da sociedade nos diferentes movimentos sociais na luta por direitos e Políticas Públicas. Hoje o que está na ordem do dia é a aposta participativa dos sujeitos nos processos de decisão onde a sociedade quer ter poder de decidir, fiscalizar, monitorar

para além do voto. Isso tem uma repercussão muito elitista por parte dos políticos que não querem ver seu poder eleitoral ameaçado e sentem essa ameaça na pressão dos movimentos sociais. Essa ameaça se traduz numa criminalização a qualquer forma de participação e lutas sociais por melhores condições sociais e coletivas (NEVES, 2015 p. 4).

A autora também aponta o temor pelo cerceamento da democracia não só pelo reforço do mercado, mas principalmente pelo reforço do favor da cultura política da dádiva e “a cultura privatista do Estado Brasileiro por meio de traços conservadores na tradição histórica da sociedade brasileira”. Nesse aspecto, considera que “o clientelismo se expande no Estado e não consegue separar a relação pessoal e patrimonial entre o que se define como interesse privado e interesse público”. Somado à despolitização do público pela indistinção com o privado que é cada vez mais presente na conjuntura atual.

Também Alves (2005) aborda este tema, articulando seus pensamentos baseados nas categorias desenvolvidas por Coutinho sobre a cidadania e a problematização de conceitos formulados por outros autores e autoras que também estudam assuntos concernentes à Participação Social. A partir disso traz elementos sobre a construção de direitos sociais por meio da participação da Sociedade Civil e elenca que participação e cidadania são categorias associadas às conquistas da classe trabalhadora.

A autora afirma que o desenvolvimento da participação cidadã constitui parte de uma totalidade na qual há forças e projetos em disputa, e é uma condição para a existência de um regime democrático. A partir disto apontam como parâmetros da discussão conceitual as dimensões estruturais propostas por Dagnino, Olveira e Panfichi (2006) que incluem reconhecer o modelo de acumulação de capital vigente; o tipo de regime político; os padrões culturais dominantes; os marcos jurídicos que regulam esses processos; e a correlação de forças entre as classes sociais existentes. A partir desse marco traça as linhas da participação, sobre sua relação com a democratização das relações sociais e acerca da qualidade da cidadania exercida.

Além disso, discute os direitos sociais como sendo inclusive os denominados civis e políticos, sendo direitos sociais, aqueles que permitem o acesso das pessoas à “riqueza material e espiritual criada pela coletividade”, e os direitos civis e políticos só ocorrem após embates acirrados entre as classes sociais; para chegar a esta afirmação a autora recorre a Coutinho (2007) e garante ainda baseada em Coutinho, que a efetivação desses direitos está na esfera fundamental da cidadania e

a ampliação da qualidade da cidadania no sentido da ampla e universal fruição de direitos é um movimento que entra em contradição com a divisão da sociedade em classes sociais, nas quais as diferenças econômicas geram privilégios e déficit incompatíveis com o ideal democrático. A plena democracia não encontra lugar no sistema capitalista, que constringe e esvazia de sentido as instâncias participativas (COUTINHO, 1997, p.145 *in* ALVES, 2015).

De modo semelhante, recorre a Wood (2007), e afirma que a democratização busca transformar as garantias formais em garantias substantivas, onde há disputa também pela distribuição do poder, convertendo a participação política em risco para a classe hegemônica e, portanto, são vistas como indevidas as ações classificadas como “políticas”, quando partem das organizações dos trabalhadores ou dos movimentos sociais. Mas, tal participação, desde que em esferas não questionem a ordem econômica, pode até ser admitida.

As autoras, Paiva; Rocha; Carraro (2012), ao colocarem como objetivo distinguir “o percurso teórico e político que sustenta a tese da articulação essencial entre Participação Popular e a Política Pública de Assistência Social”, reconhecem “a validade histórica do direito socioassistencial e do seu lugar no projeto de construção de uma nova sociedade, justa, igualitária e essencialmente democrática nos níveis político, econômico, cultural e social (PAIVA; ROCHA; CARRARO, 2012, p. 271).

As autoras percorrem no percurso teórico o essencial deciframento das múltiplas e singulares determinações da política social, no sentido de apreender seus componentes estruturais e a partir disso consideram que:

Políticas sociais: são determinadas pelas relações contraditórias estabelecidas na interdependência entre as esferas de produção e da reprodução social capitalista. Tal apreensão dialética debruça-se por um lado, sobre a relação que o Estado estabelece com a sociedade, no marco das exigências do processo de acumulação no capitalismo monopolista, e, por sua vez, baliza-se pelos movimentos políticos de luta da classe trabalhadora, pela conquista e garantia efetiva de direitos sociais para a população (PAIVA; ROCHA; CARRARO, 2012, p. 271-272).

Apontam um novo horizonte categorial no debate sobre a Participação Popular e a política social e se alinham à tradição crítica latino-americana e à teoria marxista da dependência desde onde precisam algumas definições: “a) os termos da política social que defendemos, isto é, radicalmente democrática e popular; b) seu

desdobramento, ou seja, do que se trata a Participação Popular nas Políticas Sociais na América Latina. E a partir dali,

contribuir para a construção de uma nova agenda para a Política de Assistência Social – que mobiliza esforços consideráveis dos seus trabalhadores sociais e militantes –, no sentido de sua inserção ética e estratégica nos espaços concretos de disputa pelo poder e de transformação social, em favor das massas populares (Ibid., p. 273)

As autoras desenvolvem duas teses para abordar suas contribuições, sendo que nas primeiras teses se fundamentam “na perspectiva que referencia as Políticas Sociais no processo de disputa política pelo excedente econômico real pelas massas historicamente expropriadas” (Ibid.) e esta tem por função possibilitar

“não somente reduzir as manifestações mais agudas da pobreza, através da ampliação dos serviços básicos e do acesso a eles, mas que a tornem também um instrumento de disputa e conquista no processo de transformação social, sobretudo contribuindo para a mobilização e organização das massas, a partir de seus interesses mais fortes” (OURIQUES, 2005, p. 140, In: PAIVA; ROCHA; CARRARO, 2012, p. 273).

Mas também, segundo as mesmas, “as Políticas Sociais podem almejar o horizonte de ação coletiva que realmente concretiza direitos sociais, em busca da satisfação das necessidades humanas” (PAIVA; ROCHA; CARRARO, 2012, p. 275). Tal e como organizar o protagonismo popular na perspectiva de socializar as estruturas de poder político que favoreçam as maiorias, nas “decisões vitais no espaço de direitos sociais, para muito além do que se tem pleiteado como Participação Social (PAIVA; ROCHA; CARRARO, 2012, p. 275).

Nesta tese, Paiva, Rocha e Carraro reconhecem que as Políticas Sociais são engrenagens especiais

para a democratização do sistema de transferências do excedente, por meio das receitas públicas, invertendo gradualmente, mas ainda de forma contraditória, sabemos, o atual fluxo político-econômico da crescente acumulação privada (PAIVA; ROCHA; CARRARO, 2012, p. 275)

Ao mesmo tempo, passam de ser mecanismos de financiamento da acumulação do capital excedente, pela mobilização protagônica da população, transformando-se em estratégias de expansão das garantias de direitos sociais, numa perspectiva também de socialização das estruturas de poder permitindo às Políticas Sociais ser território privilegiado para a transformação e organização do protagonismo popular.

Na segunda tese, as autoras definem o conceito radicalização democrática. Num primeiro passo assumem a concepção de democracia de Cuevas (1989) que a define como um processo pelo qual se busca a repartição equitativa dos bens tanto materiais como imateriais, e a partir desta definição afirmam que:

a democracia política não pode ser convertida em uma mercadoria, em um bem que se troca pelo direito de ser cidadão apenas no momento de eleger representantes, que mantém incólume um sistema de desigualdade econômica e social crescente. A democracia, tal e como a compreendemos, é uma construção histórica e concreta, destinada a realizar a tarefa de socializar terra e riqueza, arte e cultura, bens e serviços construídos coletivamente pelo conjunto da sociedade, e não uma coleção de normas formais que se aplicam se – e somente se – servirem para a manutenção da ordem liberal burguesa (PAIVA; ROCHA; CARRARO, 2012, p. 276).

As autoras compreendem que na América Latina a democracia deve considerar as aspirações e interesses do povo latino-americano e ter por horizonte evidenciar as contradições de classe, para possibilitar uma transformação anticapitalista e a superação da democracia burguesa. Através da ampliação e qualificação dos espaços existentes, a criação de novos espaços e a partir do protagonismo popular e da participação das massas, superar o velho padrão de participação delegativa que se impõe ao conjunto de sociedade.

Assim, no escopo de tais processos, o estabelecimento de medidas no campo das Políticas Sociais não deve ser percebido como uma espécie de panaceia harmonizadora e corretora da caótica desigualdade do capitalismo, pois, pela via da radicalização democrática e de maneira substancialmente popular, intenta-se construir Políticas Sociais públicas que se propõem revigorar as dinâmicas organizativas da população, na perspectiva da constituição de um novo projeto societário (PAIVA; ROCHA; CARRARO, 2012, p.279).

Em outras palavras, as autoras propõem a devolver a riqueza aos que produzem os excedentes expropriados e a construir espaços que possibilitem a reconstrução da identidade de classe desses sujeitos e a reconquistar o mundo como próprio.

Lendo esses autores, fomos percebendo que desde estas óticas a noção de Participação Social levam em conta a luta de classes, mas a Participação Social estaria associada principalmente às lutas das Classes Subalternas nas instituições estatais. Nestas leituras percebemos que considera a necessária consubstanciação da democracia para que haja Participação Social ou no caso das autoras Paiva, Rocha

e Carraro que vão um pouco além às análises, entendendo a “Participação Social a partir dos conceitos que apontam para a alteração da ordem societária”, ou seja, a superação da sociedade capitalista.

Instigada pelo raciocínio e reflexões destes autores sobre a Participação Social, fomos cogitando a consideração do conceito, não apenas nos moldes institucionais da sociedade política, mas sim como luta de classes que se dá na relação Estado/Sociedade civil, como afirmado por estes. Partindo desta premissa entendemos que co-existem duas classes sociais em disputa: uma que detém a hegemonia que é a Classe Dominante e a outra que tenciona o interesse da Classe Dominante e propõe uma contra hegemonia - as Classes Subalternas-.

Essas duas classes defendem projetos antagônicos, a Classe Dominante defende um projeto que favoreça a acumulação de apenas uma pequena parcela da sociedade, e as Classes Subalternas defendem a distribuição dos bens socialmente produzidos de forma equitativa para quem elas produzem. Denominaremos estes projetos, o primeiro como projeto conservador e o segundo projeto progressista.

A defesa desses projetos, no processo histórico brasileiro, tem colocado o projeto conservador, a Classe Dominante, à frente da gestão da sociedade política, o que facilita a imposição e disseminação dos seus interesses e que vem sendo favorecido desde a formação do Brasil. Florestan Fernandes (1975) afirma que o Estado é um espaço caro para a burguesia, pois desde sua própria formação, a burguesia, ou “ilhas burguesas”, sustentava-se a partir do Estado. Esclarece que a articulação da burguesia dava-se em torno da plantação e das cidades, e a organização estatal desde a origem, a partir da comercialização dos produtos, que é onde a burguesia definia seus interesses comuns.

A unificação e a centralização do poder real das classes e estratos de classe burgueses – aos níveis das relações diretas das classes e da mediação do Estado Nacional –, para serem politicamente “úteis” e “eficientes”, tinham de transcender aos limites escritos dos interesses de classe burguesa, indo além das fronteiras fictícias da dominação burguesa (FERNANDES, 1975, p. 338).

Fernandes (1975) apresenta o Estado brasileiro como organizador e agrupador dos interesses das “classes e estratos das classes burguesas”, segundo o autor, essas classes se organizam por dentro do Estado, calibrando a reação societária pelos interesses e valores das classes burguesas dominantes.

A situação da classe da burguesia como um todo comportava essa correlação, pois ela repousava em uma base material de poder de classe suficientemente “integrada”, “estável” e “segura” para permitir (e, mesmo, para exigir) a livre manifestação de dinamismos econômicos, sociais e políticos que só poderiam ser desencadeados pelas classes assalariadas (FERNANDES 1975, p. 328).

Segundo ele, há uma constante “revolução” burguesa que se estrutura a partir de três focos de pressões: as pressões dentro da ordem; as pressões de um Estado intervencionista; e as pressões da industrialização intensiva do capitalismo. Basicamente, o que Fernandes coloca é que no momento em que o Estado se converte numa ordem administrativa e com força socioeconômica, o Estado procura manter o poder burguês fomentado pelas classes operárias ou massas populares, e estas,

A massa dos que se classificam dentro da ordem é pequena demais para fazer da condição burguesa um elemento de estabilidade econômica, social e política, enquanto o volume dos que não se classificam ou só se classificam marginal e parcialmente é muito grande. Isso acirra o temor de classe e torna a inquietação social algo temível. Por conseguinte, a reação societária às pressões dentro da ordem obedeceu à natureza de uma mentalidade política burguesa especial, inflexível e intolerante mesmo às manifestações simbólicas e compensatórias do radicalismo burguês, e disposta a impedir ou bloquear o seu avanço, em particular o impacto que elas poderiam ter sobre a aceleração da revolução nacional (Ibid., p. 330).

Percebe-se com os pensamentos de Fernandes (1975) que desde sua formação a Classe Dominante inibe a participação das Classes Subalternas (principalmente quando esta participação pode levar à revolução social, no sentido de favorecer os interesses coletivos em detrimento da acumulação), levando à inflexibilidade e a intolerância às manifestações populares ao extremo de rejeição. Esse fundamento atravessa também a demagogia populista, assim como o regime republicano com seu presidencialismo autoritário, expressa na impregnação militar e tecnocrática, justamente para não aceitar o apoio vindo de baixo, pois isso significaria um contra-senso.

Manteve-se então o nexos entre a explosão modernizadora e regeneradora, com o desenlace de autoafirmação e auto privilegiamento das “classes burguesas” como um todo. Ao nível das relações diretas levou a burguesia brasileira convergir para o Estado onde unificavam seus planos políticos a partir do Estado, e assim,

orientar e controlar a aplicação do poder político estatal, de acordo com seus fins particulares. Em consequência, a oligarquia não perdeu a base de poder que lograra antes, como e enquanto aristocracia agrária; e encontrou condições ideais para enfrentar a transição, modernizando-se, onde isso fosse inevitável, e irradiando-se pelo desdobramento das oportunidades novas, onde isso fosse possível (FERNANDES, 1975 p. 240).

Como apontou Fernandes (1975), uma “contra-revolução permanente” que implica luta da classe burguesa para manter-se desigual, ou seja, uma busca para conservar privilégios, apesar de acirrar-se à convivência antagônica entre as classes sociais, que determina um conflito entre o desenvolvimento das forças produtivas¹⁷ e as condições sociais de produção e reprodução.

É neste sentido que a Classe Dominante, através do seu projeto conservador, prevalece hegemônica no Brasil e, portanto, a participação desta classe nos diferentes âmbitos se afinca com mais veemência. Não estamos afirmando que apenas a Classe Dominante participa do desenho social, muito pelo contrário, as Classes Subalternas têm colocado em pauta seu projeto opositor elencando tons diferenciados no desenho da sociedade.

No Brasil temos uma sociedade desenhada sob moldes capitalista, que favorece o projeto conservador da Classe Dominante. Logo, ela detém a hegemonia e atua ativamente, propondo e em geral impondo seus interesses a modo de continuar colorindo a sociedade com os matizes que perpetuam este modelo. Por outro lado, as Classes Subalternas também atuam e co-existem neste modelo tensionado e disputando através de suas lutas, outras cores para matizar a sociedade, a fim de colocar tons que atenda seus interesses, ou seja, as Classes Subalternas disputam a hegemonia.

Considerando esta disputa de interesses entre as forças oponentes, podemos indicar que a Participação Social é uma dinâmica mediante a qual os cidadãos se envolvem de forma consciente, coletiva e voluntária nos processos que afetam direta ou indiretamente a si mesmo e a outros, defendendo e disputando interesses, isto é, propõe e atua na tomada de decisões, controla e reproduz a permanência dos matizes desenhados no processo histórico.

¹⁷O conceito corresponde a Marx, sobre a combinação da força de trabalho humano com os meios de produção.

Nesta disputa, seja ela através das instituições (num Estado democrático) ou fora dela (nos regimes totalitários), as duas classes reproduzem a hegemonia. Considerando o Estado restrito a apenas uma delas, se impõe por meio da coerção de forma institucional, seus interesses (sem restringir o movimento complexo e dialético da sociedade), as lutas e tensões das Classes Subalternas apenas não são reconhecidos de maneira institucionalizada ou oficialmente a nível de Estado. Não estamos aqui afirmando que estas lutas são inexistentes¹⁸, (considerando o “Estado/restrito”), ou as duas concomitantemente (quando o Estado é ampliado) participam institucionalmente das relações de produção e reprodução social; obviamente a diferença entre a participação nos regimes totalitários e democráticos, no primeiro, a Classe Dominante, não poupa esforços para impor seu modelo social, inclusive no custo de vidas humanas, com torturas, etc. e no segundo, a disputa favorece espaços sem coerção explícita.

Esta disputa se dá em todos os âmbitos da sociedade, a Classe Dominante se favorece dos aparelhos privados de hegemonia, que no dizer de Gramsci,

[...] são organismos sociais ‘privados’, o que significa que a adesão aos mesmos é voluntária e não coercitiva, tornando-os assim relativamente autônomos em face do Estado em sentido estrito [no contexto, portanto, de sua configuração ampliada, isto é, sociedade política + sociedade civil, possível nas conformações sociais do tipo “ocidental” — FF]; mas deve-se observar que Gramsci põe o adjetivo ‘privado’ entre aspas, querendo com isso significar que — apesar desse seu caráter voluntário ou ‘contratual’ — eles têm uma indiscutível dimensão pública, na medida em que são partes integrantes das relações de poder em dada sociedade (Coutinho, 1994 p. 54,55)

Tendo em conta este importante conceito, podemos apontar que, no Brasil, durante a ditadura de 64 uma facção da Classe Dominante articulou-se e impôs a hegemonia através da coerção. Porém, ainda que esta facção tenha se organizado desde a ditadura, ela não conseguiu impedir que as Classes Subalternas se organizassem -fora das instituições vigentes naquele momento- e pensassem estratégias de enfrentamento e superação deste modelo de Estado, tanto é que em

¹⁸Sem querer restringir o movimento complexo e dialético da sociedade, no Estado, as tensões e lutas das Classes Subalternas apenas não são reconhecidos de maneira institucionalizada ou oficialmente a nível de Estado, não estamos aqui afirmando que estas lutas são inexistentes.

1988, como resultado das árduas lutas e longo processo, se conseguiu a adoção de um Regime Democrático no Brasil.

Portanto, podemos dizer que no período da ditadura, a burguesia atrelada ao regime militar impunha os interesses e a ideologia da classe burguesa, mas, apesar da coerção, não obteve o convencimento absoluto, resultando na articulação das Classes Subalternas -que ainda com a coerção- participaram para o desenho social às margens institucionais; ou seja, a Participação Social, neste caso aconteceu de forma institucionalizada para a Classe Dominante e às margens institucionais ocorreu a participação das Classes Subalternas, visto que da organização e articulação das Classes Subalternas resultou o pacto pela democracia assinada na Carta Magna de 1988.

É importante ressaltar a colocação de Coutinho neste sentido, no momento que muito bem aponta que

Quando o Estado representa interesse de uma única e reduzida classe, é normal que use a coerção para impor esses interesses ao conjunto da sociedade; nesse caso, o consenso ocupa um lugar subalterno. Ao contrário, quando a sociedade civil cresce, o consenso passa a ter um peso decisivo na obtenção do aval para que um determinado interesse (ou grupo de interesses) se torne capaz de influenciar na formulação de políticas, ganhando legitimidade (COUTINHO, 1989, p. 55).

Arriscamos em afirmar que a Participação Social é transformada e transformável dialeticamente na sociedade civil e é perpassada pelas condições objetivas. Considera-se a Participação Social como “processo histórico”, determinado pela luta de classes, voltadas à conservação ou conquista da hegemonia, isto é, coexistem projetos sociais antagônicos em disputa. Um dos projetos representa os interesses da Classe Dominante, portanto disputa pela manutenção da hegemonia e o outro representa os interesses das Classes Subalternas e disputa pelo alcance da hegemonia ou, ao menos, a inclusão de ações que atendam seus interesses, mesmo sendo hegemônico o projeto adversário.

A Participação Social, por vezes, é sustentada e regulada através da relação Estado/Sociedade civil, enquanto disputa destes projetos (quando esta se promove desde as diferentes instituições do Estado, geralmente num regime democrático) e possibilita as tensões entre a Classe Dominante e a Classes Subalternas; outras vezes, o Estado ou sociedade política favorece nas suas instituições apenas a

concretude dos interesses da Classe Dominante (num Estado totalitário), ficando às margens das instituições a disputa das Classes Subalternas.

Concordamos com Coutinho (1989) ao caracterizar estes projetos, o primeiro como projeto neoliberal e o segundo como projeto socialista, quando o autor aponta os limites do projeto neoliberal e as possibilidades do projeto socialista indicando que na atualidade e realidade brasileira estes dois projetos (com todas suas contradições e nuances) defendem seus interesses desde o regime democrático. O que não significa que há um acordo conceitual sobre este regime, muito pelo contrário, o autor aponta uma árdua disputa por este e outros conceitos.

Esta disputa se expressa em toda a história brasileira, desde a invasão dos portugueses, a subjugação dos povos originários, da escravização dos negros etc. Como veremos a seguir.

2.1 A CONSTRUÇÃO HEGEMÔNICA E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL: UMA DISPUTA ENTRE DOIS PROJETOS ANTAGÔNICOS

O Estado Brasileiro, segundo Ianni (1984), desde o período monárquico “tem jeito de território ocupado; e o povo aparece como povo conquistado”. No entanto, muito antes da chegada dos portugueses no Brasil o local já era habitado por diversos povos originários. Segundo Simionatto e Silva (2010, p. 2) “Os índios, ao verem seu território sendo invadido, lutaram incansavelmente na tentativa de impedir a ocupação portuguesa, porém, mesmo com a luta e o confronto, não conseguiram conter a invasão”. Os originários, que não morreram no embate, percebendo a luta desigual, buscaram alternativas de sobrevivência diante de “valores e visões de mundos opostos desde a raiz” prevalecendo, assim, o modo de vida “do descobridor, do conquistador, do europeu”.

Perdendo o mais fraco, subjugado pelo opressor, “nativo, primeiro dono da terra” (GOULARTE, 2000, p. 8 *apud* SIMIONATO; SILVA, 2010) “os blocos de poder aparecem com arranjos de conquistadores” (IANNI, 1984) e denotam o caráter autoritário do poder estatal, “o poder moderador do “monarca-filósofo, sábio e austero”, vestido de “paternalismo” e “bom senso”, garantia e reiterava o monopólio

do poder estatal”, organizando o Estado de acordo com os interesses “oligárquicos, burgueses, imperialistas”.

Ocorrendo a redução da expropriação da mão de obra indígena, seja pelas mortes, seja pela resistência dos povos, “o colonizador português busca e encontra no tráfico de negros africanos (homens e mulheres) a forma de manter em funcionamento a engrenagem do sistema escravista no Brasil” (GOULARTE, 2000, p. 10 *apud* SIMIONATO; SILVA, 2010), permitindo que através desse desdobramento do escravismo Brasil e África se unissem umbilicalmente e criassem um “elo que fez deste país o local que mais recebeu negros na condição de escravo, um território onde o escravismo encontrou o seu berço mais fecundo e duradouro, diversamente de outros países escravistas” (SIMIONATO; SILVA, 2010).

Ainda que, o regime escravista tenha se consolidado na expropriação da força física produtiva dos negros africanos, sobreviventes da travessia transatlântica, e os interesses dos colonizadores fossem sempre garantidos desde o Estado sempre “pelo alto”, de “cima para baixo” (IANNI, 1984, p. 11), o negro escravo, estabeleceu também “formas de enfrentamento ao sistema escravocrata” (SIMIONATO; SILVA, 2010).

Deste modo, ao longo da escravidão, mesmo com a liberdade vigiada e a força física coisificada, os escravos constituíram estratégias coletivas de luta, dentre as quais cita-se a fuga e o aquilombamento como ações concretas que possibilitaram a alguns escravos se desvencilhar das fazendas e senzalas e formarem os quilombos, espaços no qual se materializou o enfrentamento à ordem vigentes no Brasil de então (GOMES, 2006, p. 8 *apud* SIMIONATO; SILVA, 2010).

Notemos que o começo do Estado brasileiro se constitui sob uma base antidemocrática, na qual a “chave mestra da opressão da nação brasileira e o garrote mais forte da liberdade do povo” (IANNI, 1984, p. 12), que representa um Estado atendente dos interesses dos grupos e camadas dominantes e se apresenta “sob a aparência de paz e tranquilidade, ou moderação” reforçado por alguns intelectuais e políticos que imaginavam uma “sociedade amorfa” e um “Estado organizado” como se Estado pudesse existir por si, conforme enfatizou Ianni

A impressão de que a sociedade, o povo, os grupos sociais, as pessoas pouco ou nada representavam era negada pelas medidas de controle e repressão que o governo punha em ação. Diante das forças sociais não representadas no bloco do poder, em face da rebeldia latente ou aberta contra os interesses dos senhores de escravos, nos engenhos de açúcar e fazendas de café, o poder monárquico agia de forma cada vez mais repressiva. A força, a sistemática e a preeminência dos interesses dos grupos e camadas dominantes representados no aparelho estatal eram de tal porte

que alguns intelectuais e políticos imaginavam que a sociedade fosse amorfa e o Estado organizado; como se este pudesse existir por si. Não percebiam o protesto do escravo, a insatisfação do branco pobre no meio rural, as reivindicações de artesãos, empregados e funcionários na cidade (IANNI, 1984, p 12-13)

À medida que se desenhava o Estado Nacional, as reivindicações das Classes Subalternas matizavam com a inclusão dos seus interesses o aparelho estatal. A Classe Dominante insistia em garantir seus próprios interesses no Estado Nacional. Ao movimento de garantia dos interesses que atendam às camadas dominantes, que se articulava de forma organizada no aparelho estatal, é o que Ianni chamava de permanente contra-revolução burguesa. Para o autor, a contra-revolução burguesa é altamente contraditória, pois produz e reproduz as contradições tanto entre a burguesia quanto entre assalariados, a respeito do alargamento e da dinamização do mercado e a crescente subordinação das mais diversas formas de trabalho ao capital.

No período escravocrata, “(...) à medida que se formava e desenvolvia o Estado nacional, organizava-se o aparelho estatal de modo a garantir o regime de trabalho escravo” (IANNI, 1984), mas quando passa a existir o trabalho livre, pela articulação das Classes Subalternas, “as camadas dominantes reorganizaram o aparelho estatal de modo a garantir o predomínio dos seus interesses, em detrimento de trabalhadores rurais e urbanos, negros, índios, imigrantes” reagindo agressivamente às reivindicações das Classes Subalternas. “Na lei e no debate parlamentar sempre se distinguiu revolução, feita por gente igual, e rebeldia, sedição e insurreição, feita por gente menor socialmente ou por escravos” (HONORIO RODRIGUES, 1976 *apud* IANNI, 1985, p. 13).

Mesmo com o passar do tempo, não foi diferente na Primeira República. A arbitrariedade e violência da Classe Dominante contra as Classes Subalternas, “que se organizavam para reduzir a exploração; ou lutavam para avançar em conquistas democráticas” (IANNI, 1984. p. 14), se confrontava à arbitrariedade dos governantes,

(...) desenvolvia-se a política dos governadores, que permitia às classes dominantes dos Estados mais poderosos capitalizar as disputas das oligarquias estaduais e as desigualdades regionais, de modo a preservar e fortalecer o poder do bloco agrário que dominava o aparelho estatal... Por sobre os interesses do povo, ou às costas deste, o presidente da República,

os governadores estaduais e os coronéis locais articulavam-se como um vasto aparelho estatal de fato... (IANNI, 1984, p. 14-15)

Essa política, iniciada em 1898-1902, garantia a submissão do legislativo ao executivo. Os interesses populares urbanos que haviam avivado o movimento republicano foram logo afastados, organizando-se um novo bloco agrário representado no Estado oligárquico, que fundamentava e organizava todas as principais atuações do aparelho estatal contra as classes populares e a manipulação do aparelho estatal em benefício dos interesses do bloco agrário. Predominou na primeira república, a ideia de povo amorfo e fraco, frente a um Estado forte.

Apesar dos anos 1930 serem conhecidos como revolucionários, Ianni (1984) garante que esta década de 30 teve um “cunho contra-revolucionário, no sentido de fazer face ao ascenso político de forças populares”. Em decorrência do desenvolvimento industrial, a urbanização e outros processos sociais e econômicos, no Brasil,

aumentava e generalizava-se a movimentação de empregados, funcionários, operários, intelectuais e outras categorias sociais urbanas. Também no campo crescia a inquietação de colonos, sitiantes, caboclos e outros, devido às flutuações da cafeicultura e suas repercussões na vida das classes e grupos subordinados (IANNI, 1984, p. 17).

Ao mesmo tempo em que as mobilizações populares borbulhavam pela população descontente, inclusive com “o despotismo do Estado oligárquico” a Classe Dominante também se articulava para garantir seus interesses.

(...) fazer a revolução de cima para evitar que ela partisse de baixo, isto é, permitir ao país a ilusão de algumas pequenas coisas, que o contentavam, como pleitos eleitorais sem aparente compreensão dos governos, reconhecimento de deputados e senadores sem declarada interferência do Presidente da República, respeito à autonomia dos Estados e, sobretudo, escolha do chefe do Executivo, sem que ela parecesse provir de uma imposição do chefe do Executivo em exercício (BELO, 1979 *apud* IANNI, 1984).

A Classe Dominante articula-se num bloco industrial agrário, joga para o escanteio quem antes detinha o poder Estatal, os proprietários rurais e os cafeicultores que naquele contexto “já constituíam um estorvo ao desenvolvimento do país”. No seu lugar, ascende um outro setor da classe dos proprietários rurais, os que tinham uma maior ligação com a industrialização.

Ou seja, a mesma política permaneceu, pois apenas trocaram os setores da classe dos proprietários rurais, formando novo bloco industrial, mais sensível a um

projeto de industrialização no país e que por sua vez permitiu nos anos seguintes entre 1937 e 1945 o reforço do

(...) arranjo de classes urbanas com a burguesia agrária, principalmente do setor cafeeiro; industrialização; participação do Estado em assuntos econômicos, tanto para proteger atividades econômicas pré-existentes como para favorecer novas; sindicalismo atrelado ao aparelho estatal; formalização jurídico-política das relações de produção, segundo exigências do capitalismo industrial, conforme a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); fortalecimento do Estado, em fase das exigências do capital e do controle das classes assalariadas, tanto operários como empregados e funcionários (IANNI, 1984 p 18).

A década de 1930 representa um momento de síntese, nesta década, segundo Vianna (1998), se organizou a estrutura sindical brasileira – corporativista e subordinada ao Estado – delineou-se uma política de massas fincada numa espécie de paternalismo estatal (o populismo) e corporificou-se todo um modo de pensar o Estado e o serviço público, coisas que tanta importância teriam nos movimentos posteriores ao capitalismo e à classe operária no Brasil. Podemos fazer uma conjectura que foi nesta década que as Classes Subalternas, ao se sentirem partícipes da sociedade política, semearam a semente da ideia de que a Participação Social se centra na sociedade política.

Mas, apesar de nos anos seguintes as conotações autoritárias permanecerem, no Estado brasileiro, mesmo com a democracia representativa (1946-64), os espaços democráticos abriram-se às classes dominantes e aos setores médios, mas não aos operários. Vejamos que até meados dos anos 1960, a questão da democracia, para a esquerda, aparecia subordinada, já que a mobilização se centrava em torno das reformas sociais, do nacional-desenvolvimentismo, do socialismo e da revolução.

A questão democrática aparecia subordinada ou de importância secundária na reflexão teórica e na luta ideológica desses tempos. Acreditava-se que a democracia política apenas teria sentido e relevância para as grandes massas trabalhadoras a partir do momento em que as suas reivindicações básicas e imediatas fossem amplamente atendidas (TOLEDO, 1994, p. 27).

Para aqueles que defendiam o projeto progressista, efetivar a democracia política far-se-ia como condição a democracia social e econômica, pois dependente e subordinada à democracia política fica sem essência. Nesta época, o pouco de democracia que houve no Brasil ficou restrito aos setores sociais burgueses e médios

de algumas cidades. Este autoritarismo escancarou brutalmente durante a ditadura militar (1964-1985).

[...] Nesse tempo, o Estado fascista se impõe e sobrepõe às classes e grupos assalariados, às regiões e aos “cidadãos”, como um vasto bloco de poder articulado segundo as exigências da grande burguesia financeira e monopolista (estrangeira e nacional). É tão acentuado o divórcio entre o Estado e a maioria da sociedade civil, que o povo se sente estrangeiro no próprio País; emigra para dentro de si mesmo (IANNI, 1984 p. 19).

As classes subalternas brasileira, teoricamente, é a partir dos anos 70, que ocorre uma inversão, a “dura experiência da ditadura militar no pós-64 contribuiu decisivamente para a esquerda brasileira “reabilitar” a questão da democracia” (TOLEDO, 1994, p 27-28). Este fato dividiu a esquerda. Para um setor da esquerda, a ideia da democracia foi pensada como amortecedor dos problemas gerados pela ditadura e para o outro setor, a escolha democrática justificou-se pela necessidade de pôr fim ao regime militar, resgatando especialmente às liberdades individuais, e pelo esgotamento do projeto socialista no mundo.

Sob a bandeira levantada no período da ditadura (1964-1985), “segurança e desenvolvimento”, os problemas da sociedade –as desigualdades sociais, os desequilíbrios regionais, a posse e o uso da terra, as comunidades indígenas, a questão operária, os dilemas de ensinos e outros- “eram tratados em termos de estratégias e táticas militares, de geopolítica”, buscando a Classe Dominante uma “conciliação” pelo alto, onde o bloco de poder não perde o aparelho estatal.

Ainda que as Forças Armadas não possuíssem um “projeto” (de governo, para o país etc.), a dinâmica do processo político indicava que a derrota do “populismo” exigiria mais que um governo de emergência e uma intervenção moderadora. Os primeiros anos -da gestão militar- evidenciaram a baixa institucionalização das medidas autoritárias (apesar da intensidade da “repressão”), a restrita legitimidade do pronunciamento militar e a rearticulação das forças político-sociais - principalmente do movimento estudantil, a teologia da libertação e outros movimentos sociais- induziram aos militares a recorrer ao Ato Institucional nº 5, desvendando de uma vez por todas o véu que cobria a atrocidade do regime militar.

Na área econômica, o governo militar colheu os frutos do chamado “milagre econômico”, que representou a fase áurea de desenvolvimento do país, obtido por meio da captação de enormes recursos e de financiamentos externos e investidos em infra-estruturas. Em curto prazo, esse modelo de desenvolvimento beneficiou a

economia, mas, em longo prazo, o país acumulou uma dívida externa cujo pagamento (somente dos juros) bloqueou a capacidade de investimento do Estado.

Na década de 1980, re-articulado os partidos políticos e re-organizado os movimentos sociais, a esquerda identifica-se com a democracia, passa a assumir-se como “moderna”, abandonando o projeto revolucionário (TOLEDO, 1994). Segundo o autor, os intelectuais que expressam esse “pensamento moderno” da esquerda brasileira são Francisco Weffort e Carlos Nelson Coutinho, que defendem a democracia como uma possibilidade de conquista da hegemonia pelos trabalhadores e como valor universal.

Em 1984, num grande movimento as massas populares saíram às ruas exigindo a saída dos militares do Estado (no sentido restrito), e chamaram às eleições diretas, no entanto, a Classe Dominante, mesmo com a pressão popular não atendeu esta exigência, sendo que o primeiro presidente pós ditadura foi eleito por eleições indiretas, ou seja, o Congresso Nacional o elegera. Para dar a impressão de que seria uma disputa democrática, o governo da época permitiu que civis concorressem ao pleito. Paulo Maluf (do PDS) e Tancredo Neves (do PMDB) foram os indicados, e Tancredo venceu a disputa. Mas, antes de assumir o cargo de presidente, ele faleceu devido a uma doença e quem assumiu o cargo foi o vice, José Sarney, que se tornou o primeiro presidente civil depois do regime da Ditadura Militar.

Somente em 1990 é que houve eleições diretas no Brasil, que elegera Fernando Collor de Melo e com ele a adoção do projeto neoliberal provocou um Estado com “mentalidade privatizante”, com reformas estruturais centradas na desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, na privatização do setor público e na fragmentação e redução orçamentária na esfera estatal. É nesse contexto, que se fortalece a concepção da classe trabalhadora como sujeito de cooperação, uma visão homogeneizante e despolitizadora das relações entre Estado e sociedade. Busca-se eliminar os conflitos e a disputa de projetos de classe.

Coutinho afirma que, “No Brasil, atualmente, nenhuma força se apresenta no cenário político postulando o fim da democracia. Trata-se então, de discutir o seguinte: qual democracia?” (COUTINHO, 2008, p. 151). O projeto neoliberal a concebe “de modo minimalista como se democracia fosse apenas o respeito a algumas regras

formais que permitem uma rotatividade das elites no poder através dos processos eleitorais” (COUTINHO, 2008, p. 152); e por outro, ainda pelos olhos deste autor, a

[...] democracia é sinônimo de soberania popular. Ou seja, podemos defini-la como a 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 [...]. A democracia pode ser sumariamente definida como a mais exitosa tentativa até hoje inventada de superar a alienação na esfera política. [...] é concebida como a construção coletiva do espaço público, como a plena participação consciente de todos na gestão e no controle da esfera política. (COUTINHO, 2008, p.50).

A democracia nesta concepção socialista -para o autor, progressista para este trabalho- é considerada como processo que só acontecerá para as grandes massas se estas “forem capazes de se organizar, de expressar seus anseios e de obter efetivamente conquistas sociais, culturais e políticas no quadro de uma institucionalidade em permanente expansão” (COUTINHO, 2008, p. 153) ou seja, a democracia, nesta concepção somente é possível se há uma efetiva Participação Social, isto é participação de todos garantida através de condições objetivas.

Nesta medida, a disputa por valores tornou-se absolutamente decisiva, tanto no âmbito político quanto no ideológico, e para o projeto progressista defender a democracia era e é uma questão global e não apenas política, um valor universal, segundo Coutinho. Nesta perspectiva, a democracia torna-se um projeto estratégico sério que não se esgota em determinada configuração institucional, mas é sim um processo que se aprofunda e combina indissolivelmente reformas políticas com reformas econômicas e sociais em permanente construção.

Coutinho enfatiza, que no projeto socialista, a incorporação da massa dos excluídos como autênticos protagonistas. De fato, a soberania popular abre espaço à construção de uma comunidade participativa. Um projeto no qual o processo implica não só modificações políticas, mas também modificações econômicas e sociais, onde a incorporação de determinadas conquistas liberais (direitos civis, direito de expressão, direito do livre pensamento, etc.) são imprescindíveis, mas também existe a necessidade de incorporar outros conceitos democráticos, sobretudo no que diz respeito ao direito à participação, assim como incorporar formas institucionais que combinem democracia representativa tradicional, com democracia participativa com mais direitos sociais (direitos da cidadania moderna).

Coutinho (2008) aponta um grande problema no Brasil sob a organização capitalista neoliberal, e refere-se à exclusão social;

No Brasil, sempre vivemos processos de modernização excludentes, que consistem essencialmente em arranjos entre frações das classes dirigentes, com a permanente tendência a excluir a grande massa da população de uma participação tanto nas decisões políticas quanto nos benefícios da modernização e do progresso econômico. Este tipo específico de capitalismo brasileiro gerou um fenômeno extremamente perverso: a exclusão das grandes majorias da vida nacional (COUTINHO, 2008 p. 147).

Para as Classes Subalternas, mostra-se necessária a transformação da ordem social, portanto, a máxima de “melhorar o capitalismo brasileiro e torná-lo mais justo”, entra em contradição com o próprio conceito de capitalismo e desvia o olhar das propostas do projeto socialista que são: construir processualmente através de transformações gradativas, de reformas profundas, de reformas da própria estrutura social e apontar na direção de outra ordem social “que vise prioritariamente o bem-estar social”.

Neste sentido, é interessante trazer à política a representação de interesses. Coutinho (1989) aponta que ao falar de política, fala-se, “em grande medida de representação de interesses e, por conseguinte, de formulação das políticas que implementam ou bloqueiam tais interesses” (COUTINHO, 1989, p. 47); sendo estes ligados à estrutura e natureza do Estado (e, portanto, à formulação de políticas), além de envolver questões de legitimidade (portanto, da hegemonia).

3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: DOS ANTECEDENTES ESTRUTURANTES AOS PLANOS ESTADUAIS EM SAÚDE

3.1 REFORMA SANITÁRIA: DISPUTA DE INTERESSES

A Participação Social dispõe coletiva e organicamente o desenho da sociedade, melhor dizendo, as relações sociais são intrinsecamente ligados à forma de participar das pessoas que convivem numa sociedade, portanto é desta participação que sairá os tons que a sociedade irá compor e o desenho será a mistura dos interesses dos agentes que nela participam. Isto é, a reprodução social resulta da Participação Social.

Reconhecemos que a socialização não apenas se condiciona dentro do território nacional, ela também absorve todas as influências globais, o que a torna ainda mais complexa. Portanto, podemos afirmar que na sociedade capitalista a Participação Social, além de envolver toda a complexidade humana, envolve a complexidade da luta de classes que se dá em todos os âmbitos da sociedade civil.

Neste âmbito, também é tecida toda reprodução social que resulta da maneira em que os atores coletivos se relacionam entre si, das formas como se colocam ou são colocadas nas disputas, e em que patamar se encontra as condições objetivas destes atores coletivos. É pertinente elencar o entendimento sobre a construção de “hegemonia” em Gramsci, para entendermos a noção de “reprodução social”, a qual está para além da dimensão da força, ela está confinada à sociedade civil e nela, à sociedade política, portanto, estende-se também ao Estado e às instituições do Estado.

A Participação Social, ou seja, a disputa entre as classes sociais ou luta de classes, se dão em todos os âmbitos da sociedade civil e se reforçam através dos aparelhos privados de hegemonia. No Brasil um destes aparelhos privados de hegemonia são as instituições estatais. Entre estas instituições, nosso foco de estudo, os Planos Estaduais de Saúde, seria um instrumento no qual estas expressões e tensões também estariam presentes.

Com toda certeza, reforçamos que este estudo é apenas uma parte molecular do que acontece em toda a sociedade brasileira, pois entendemos que os desenhos nela vivida, “se constrói através dos processos históricos” como aponta Calça (2003).

Com o intuito de explicitar nosso ponto de partida teórico ideológico, a própria forma de entendermos a saúde é produto de disputas históricas travadas por sujeitos que defendem determinados interesses. No Brasil, isto não só não é diferente, como traz no encontro violento, entre os povos originários, negros e portugueses, marcas desta caminhada pela história. Ressaltamos que antes da invasão portuguesa, já existia entre os povos originários saberes e práticas de cura. Os rituais e práticas curativas eram intrínsecos aos povos originários e entendiam a saúde não apenas como falta de doença, mas como integridade humana (corpo, mente e alma) e o seu cuidado correspondia ao sagrado.

Este modo de entender a saúde se transforma com a invasão dos portugueses, no ano de 1500 e a posterior colonização das terras, agora brasileira. Desde este período, ocorreram diversas mudanças no âmbito tanto político quanto social, que incluí também a forma de entender a saúde no Brasil, e a partir de então passou a ter características e composições reconfiguradas, isto é, as concepções dos povos originários, dos negros e dos brancos se misturam e se construiu uma nova forma de entender a saúde.

Os brancos invasores, utilizando-se das forças armadas tornaram-se, na época, dominantes, porém para ser dirigente teve um longo processo de construção a respeito das relações estabelecidas entre intelectuais, médicos, cirurgiões, boticários, sacerdotes, sangradores, pajés, curandeiros, parteiros e diversos setores da população. Calça nos alerta que,

Não foram poucas as perseguições movidas contra os curandeiros e empíricos, em geral, justificadas, por fatores ‘morais’, ‘religiosos’ ou ‘científicos’ visando extirpar seus conhecimentos e suas práticas. Ora, evidentemente, tais fatores não devem ser descurados, em alguns casos, de interesses políticos e econômicos ou, em motivações carreiristas, individuais, institucionais e classistas (CALÇA, 2003, p. 1).

Na área da saúde, o Brasil tem uma longa história, temos clareza que não conseguiremos desdobrar todos os processos históricos. Mas queremos ressaltar alguns momentos, para melhor elucidar a Participação Social. Após a invasão

portuguesa, e a fundação do que hoje conhecemos como Brasil, num primeiro momento, manteve-se o atendimento à saúde da população nos moldes dos povos originários, logo depois, somam-se as formas de tratar a saúde dos negros.

Sabe-se que no Brasil, no início da sua formação como Colônia Portuguesa, a falta de médicos era realidade, portanto, a medicina tradicional era utilizada para o atendimento das questões de adoecimento. Apesar de em 1500 vir juntamente com os invasores portugueses o bacharel em artes e em medicina, Joan Faras (Mestre João), segundo Marques (2014), este se dedicava prioritariamente à astrologia. Somente mais tarde é que a medicina dos brancos foi incorporada no Brasil, colocando, assim, novas cores e jeitos que posteriormente tornar-se-iam hegemônicas. A implementação do ensino oficial de Medicina, em 1808, foi uma das formas que causou ruptura significativa com a concepção anterior.

Neste novo molde eurocêntrico, se moldam os atendimentos e relações sobre a questão da saúde no Brasil, o que nos lança ao período anterior a 1930, onde o atendimento à saúde caracterizou-se pela predominância da assistência médica particular individual para quem tivesse recursos econômicos e era oferecido pelas Santas Casas e outras. Instituições de caridade àqueles que não podiam pagar. Para melhor entender os fundamentos do modelo de organização, alguns aspectos de sua evolução histórica, tomam-se como marco dois momentos históricos: os anos de 1930 e posteriormente os anos de 1980.

O início do século XX é marcado com a recuperação econômica, adotando um modelo agrário, fortemente sustentado com exportação de café, borracha, algodão e cacau. A preocupação dos governantes era com o “saneamento” dos caminhos das mercadorias, com o modelo de intervenção higienista, que eclodiu em 1904 com a Revolta da Vacina que envolveu as forças militares para “combater” as grandes doenças de massa.

Em decorrência, especialmente, de o país mandar grande parte dos alimentos produzidos para o exterior, a ocorrência dessas exportações afetou o abastecimento interno de alimentos, causando elevação dos preços da pequena quantidade de produtos disponíveis no mercado; somado às condições e ao custo de vida que aumentava de forma desproporcional. Resultou que o movimento operário e suas organizações (Sindicatos e Federações) se fortaleceram, apesar da industrialização ainda recente e incipiente, o que causou as greves ocorridas em 1917.

Como resultado destas lutas, as Classes Subalternas conseguiram que fossem inseridas no Estado algumas demandas que suprissem suas necessidades no atendimento de doenças, invalidez e morte decorrentes do trabalho. Incorpora-se no Estado a Lei Elói Chaves (1923), que regulamentou a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) e o reconhecimento de Associações de Auxílio Mútuo gerenciados, na época, pelas empresas.

Com o objetivo de não se dispersar sobre o assunto, recortamos a questão e tomaremos como início da nossa reflexão a Revolução de 1930, que foi um marco para a saúde no Brasil. Entendemos que é a partir desta data que se dão as primeiras conquistas no atendimento da saúde das Classes Subalternas.

Neste período, Getúlio Vargas assumiu a presidência e concentrou no Governo Federal as funções e o aumento do controle, através do Ministério da Educação e Saúde (cabe destacar que apesar de ter tomado algumas medidas de controle sanitário, acabou priorizando o sistema educacional). Nesta década, as Caixas de Aposentadoria e Pensão foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) e deixaram de ser gerenciados pelas empresas para ser conduzidos por entidades sindicais, e a Constituição de 1934 garantia a assistência médica, a licença-maternidade e jornadas de trabalho de 8 horas.

Em 1941 e 1950 acontecem a 1ª e 2ª Conferência Nacional em Saúde, convocada pelo Ministério da Educação e Saúde com pautas que abrangem: na 1ª Conferência; a organização sanitária estadual e municipal; a ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose; a determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; o plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. E na 2ª Conferência, a legislação referente à higiene e segurança do trabalho.

Em 1953, desmembra-se o Ministério da Educação e Saúde, e sob a lógica de plena realização de eficiência da produção de bens e serviços convoca-se a 3ª Conferência em 1963 com as pautas de: Situação sanitária da população brasileira; Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal,

estadual e municipal; Municipalização dos serviços de saúde. Fixação de um plano nacional de saúde.

Em 1964, instaura-se no Brasil a ditadura militar, um período que teve evidentes reflexos na saúde pelo seu caráter repressor e autoritário. A 4ª Conferência convocada pelo governo militar teve pouca adesão e a pauta centrava-se nos recursos humanos para as atividades em Saúde. Incorpora-se na saúde o Plano Leonel Miranda que se “constitui na mais clara afirmação dos desígnios privatizadores do então governo na área de saúde” (ALMEIDA, 2006).

A Lei Orgânica da Previdência Social, que unificava os IAPs de cada sindicato em um só regime e consolidava as leis trabalhistas, unifica-se no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Mas, em decorrência das demandas da população por serviços de saúde ultrapassam a capacidade de oferta do governo, o déficit era coberto pelo sistema privado por meio de repasses financeiros, proporcionando um grande crescimento da rede privada de hospitais. Para mediar esses repasses, o INPS se transformou no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o foco da saúde pública ficou limitado ao processo curativo, sem muitos investimentos em promoção e prevenção.

A ditadura militar e a retirada de direitos das Classes Subalternas eram o panorama do movimento sanitário no Brasil. As Classes Subalternas se organizam para disputar mudanças da política. Segundo Bravo (2010), com o início da crise do fordismo na década de 1970, o sistema capitalista se reestrutura e se organiza em bases mundiais, produzindo um novo regime de acumulação de capital. As características desse novo modelo podem ser definidas em contraposição aos modelos de acumulação fordista-keynesiano, que prevalecem no período conhecido como “anos áureos do capitalismo” (pelo crescimento econômico dos Países Centrais no período 1947-1973; o crescimento econômico dos Países Periféricos no período 1947-1973; o processo de generalização do Estado de Bem-Estar Social nos países centrais). Tal modelo de acumulação caracterizava-se por novas práticas de controle do trabalho, de rotinização, de mecanização, de controle de tarefas de produção, de aumento da produtividade e do consumo de massa.

O fordismo distingui-se também pelas taxas de investimentos suficientemente elevadas, capazes de manter empregada a força de trabalho disponível. Esse modelo

começa a dar sinais de esgotamento no princípio da década de 70, revertendo o processo de crescimento e expansão.

A autora afirma que esse modelo de acumulação capitalista baseia-se na globalização do capital, isto é, na integração dos mercados financeiros mundiais, organizados em blocos econômicos; no surgimento das empresas transnacionais, que operam em várias nações, provocando a fragmentação do processo de produção e uma variedade de formas de contratação da força de trabalho; na flexibilização da produção, fundamentada no padrão tecnológico da era da informática, e, trazendo para o Ocidente o modelo Taylorista de organização da produção; na precarização do trabalho no desemprego estrutural, e na desregulamentação das relações de trabalho.

A crise deflagrada nos anos 1970 vai instaurar um terreno fértil para a difusão e a implementação da ideologia neoliberal, juntamente com o processo de reestruturação produtiva, tornam-se dois grandes pilares para enfrentamento da crise do capital que se estendeu mundialmente. Tal e como os outros países ocidentais, o Brasil busca também organizar-se em função da interdependência dos mercados.

O ajuste brasileiro à economia globalizada tem seguido as orientações do Consenso de Washington, desde o governo Collor e se efetivado com a implementação do Plano Real no governo de Fernando Henrique Cardoso. Este governo priorizou a economia para torná-la competitiva no mercado internacional. Nesse chão têm lugar as disputas em que se situam as lutas pela Reforma Sanitária.

A Reforma Sanitária, no Brasil, insere-se no projeto maior de Reforma de Estado; Bravo (2010) esclarece que o movimento sanitário não aparece isolado do contexto histórico vivenciado nos anos de 1970 no Brasil, pois, paralelamente, evidencia-se a crise do milagre econômico no país, que permitiu o surgimento no cenário político de alguns atores sociais das Classes Subalternas, como o sindicalismo operário, os trabalhadores rurais, um percentual da Igreja, alinhando-se a certos grupos de trabalhadores, e, também, a outros movimentos sociais urbanos.

A Classe Dominante perdia forças e legitimidade, ocasionando a fragmentação entre a própria classe, pois a dívida externa, a taxa inflacionária crescente e a recessão econômica possibilitaram desgastes para o sistema econômico e ocasionaram a insatisfação de certos setores da média e da pequena

burguesia, fortalecendo os movimentos sociais emergentes nesse período e enfrentando permanentes conflitos entre os interesses antagônicos apontados pelo setor estatal, empresarial e a própria emergência do movimento sanitário.

Segundo Bravo (2010), o movimento sanitário representa a Classes Subalternas e disputa interesses opostos aos da Classe Dominante. Esse movimento aparece como coletivo nos meados dos anos 1970 com o objetivo de pressionar o Estado para promover mudanças na política de saúde. Havia nesse período uma organização dos profissionais de saúde, como também, um número considerável de produção teórica vinculada à questão da saúde coletiva.

Esse cenário de luta e a articulação firme das Classes Subalternas obrigaram o Estado a propor mudanças na política de saúde brasileira como forma de enquadrar os interesses das duas classes, mas principalmente canalizar as pressões populares já que as propostas não deixaram de privilegiar o setor privado e os interesses empresariais. Cria-se então em 1974 o Ministério da Previdência e Assistência Social, do Conselho de Desenvolvimento Social e do Fundo de Apoio Social ao Desenvolvimento. Nos anos seguintes, criou-se o Sistema Nacional de Saúde, em 1975.

Durante a 5ª CNS, as Classes Subalternas organizam-se e disputam também através das Conferências Nacionais de Saúde para que fossem considerados nas pautas a Implementação do Sistema Nacional de Saúde e o Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais; além das pautas já recorrentes das Conferências, tais como o Programa de Saúde Materno-Infantil; Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; Programa de Controle das Grandes Endemias.

Apontamos em destaque que na segunda metade de 1970 surgem o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), instituições identificadas como aglutinadoras de intelectuais e militantes do serviço em saúde e que posteriormente integrariam o movimento da reforma sanitária.

Ganhando forças e concentrando-se em amplos espaços de debate acontece V CNS e o VI CNS, em 1977, cujas pautas tratavam da: Situação do controle das grandes endemias; Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; Interiorização dos serviços de saúde; e da Política Nacional de Saúde. Cabe salientar que as mudanças realizadas na Política

Nacional de Saúde no período de 1974 a 1979 não dispunham ainda da participação da classe trabalhadora. Somente a partir de 1979, ocorre a incorporação de alguns sanitaristas, que buscavam fortalecer o setor público de saúde e propunha-se a participação da comunidade na formulação, fiscalização e implementação da política de saúde.

O custo de vida e a crise econômica agravaram-se no país enfraquecendo a Classe Dominante e possibilitando a consolidação do movimento sindical,

pois a oposição ao arrocho salarial e as políticas trabalhistas tornaram-se uma bandeira de luta para milhares de trabalhadores que consideravam insustentáveis as condições de vida vigentes. O sindicalismo brasileiro entre 1980 e 1984 concentrou sua luta na estabilidade do emprego e nos reajustes salariais de acordo com a inflação da época. Tem-se ainda, em 1983, o movimento pelas eleições diretas para presidente, que envolveu milhões de trabalhadores brasileiros insatisfeitos com o governo e teve adesão maciça da sociedade. (SANTOS, 2013, p 236)

Esse quadro de tensão permitiu que as sociedades civis, principalmente a Classes Subalternas, questionassem as distorções da política de saúde, desencadeando a mobilização dos profissionais de saúde em torno de interesses coletivos. A luta pela saúde ampliou-se e favoreceu a articulação com outras organizações e movimentos populares.

Esse campo de conflito propiciou o primeiro evento importante na Saúde: a VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, tendo como eixo central “a extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”, que buscava implementar um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde e apresentava como pressupostos básicos a extensão da cobertura, a integração dos serviços existentes dos diversos níveis de complexidade e a regionalização do atendimento por área definida, assim como, a participação da comunidade. (SANTOS, 2013, p 236)

Nota-se, a priori, uma ampliação do debate em relação à saúde que deixou de ser interesse apenas de um determinado segmento da população para assumir uma dimensão política com vínculos estreitos ao debate da democracia, colocando o movimento sanitário como propositor de outro modelo social. As Ações Integradas de Saúde (AIS), por exemplo, em desenvolvimento desde 1983, viabilizaram a construção de um novo modelo de atuar e de olhar a saúde, fundamentado na descentralização, na universalização do atendimento e na participação comunitária. Assim também a consolidação da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em

março de 1986, em Brasília, que atraiu a participação de cerca de 4.500 pessoas, interessadas em discutir este novo olhar para a saúde, que matizava naquele momento o país.

As Classes Subalternas fizeram eclodir na VIII Conferência Nacional de Saúde a necessidade de reestruturar a política de saúde e a criação do Sistema Único de Saúde (os principais eixos discutidos foram: a saúde como direito de cidadania; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial) trazendo nas pautas da Conferência: a Saúde como direito e dever do Estado; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e Financiamento setorial. “Esta conferência teve desdobramentos imediatos em um conjunto de trabalhadores técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária que serviram de base à elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988”. (Brasil, 2007)

Um marco histórico importante na conjuntura brasileira foi à consolidação da democracia como o fenômeno político mais marcante; uma vez instituído o arcabouço jurídico democrático, um conjunto de direitos sociais foi constituído como resultado de um longo e conflituoso processo de mobilizações sociais e políticas, que marcaram as décadas de 1970 e 1980 , quando se buscou- ampliar o envolvimento dos atores sociais nos processos de decisão e implementação das Políticas Sociais, respondendo às demandas em torno da descentralização e da democratização do Estado brasileiro.

Em 1988, a Constituição Federal integra a saúde como Sistema Único e juntamente com a previdência e a assistência social sustentam o tripé da Política de Seguridade Social. No entanto, o SUS foi criado em terreno adverso à sua proposta de universalidade e equidade, pois a Classe Dominante atrelado ao projeto econômico neoliberal, consolidado nos anos 1990 no Brasil, confronta-se diretamente com os princípios da reforma sanitária (o projeto da reforma sanitária defende os princípios do SUS como a universalidade, a integralidade e a Participação Social), segundo Bravo (2010), identifica-se, na década de 1990, dois projetos em disputa nesta área.

Por um lado, as leis que representavam medidas vanguardistas na região, e por outro, vetos em pontos chaves na obrigação destas leis (orçamento) que será abordado no próximo ponto.

O projeto conservador que atende aos interesses da Classe Dominante, e é o projeto do grande capital defendido por agências internacionais, apoia o processo de

privatização e a constituição do cidadão consumidor. A saúde, desde esta perspectiva, pauta seu discurso na política de ajuste, na contenção dos gastos públicos e na isenção da Participação Popular na construção de uma política mais democrática. O discurso neoliberal aposta na competitividade e no triunfo do individualismo, cabendo ao Estado garantir o mínimo para atender as comunidades mais vulneráveis.

O projeto da saúde vinculado ao mercado e à privatização impõe ao Estado a garantia de efetivar apenas ações mínimas na saúde, com caráter focalizado para atender o cidadão que não pode pagar pelo serviço. Essa proposta visa o estímulo à privatização da saúde, fortalecendo um sistema para os consumidores e deixando o SUS restrito apenas aos cidadãos pobres, por meio de programas precários e focalizados.

3.2 SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

O processo constituinte conformou-se em um espaço de luta de classes. As negociações constantes, desenvolvidas ao longo das suas diversas etapas, com a vanguarda das Classes Subalternas angariaram demandas da Reforma Sanitária e ocuparam a posição de forte rejeição à centralização imposta, autoritariamente, pelo regime militar. A discussão do conceito de Seguridade Social ocupou um espaço importante na Constituinte; associara-se descentralização a democratização e ampliaram-se os direitos sociais da cidadania, integrando, sob o conceito de seguridade social, a proteção dos direitos individuais (previdência) à proteção dos direitos coletivos (saúde e assistência social).

O movimento sanitário trouxe à tona as mudanças de paradigmas que resultaram da correlação de forças das duas classes antagônicas. Na Carta Magna foram inseridos patamares de resistência à acumulação de capital, isto é, foram garantidos legalmente direitos sociais, inscrevendo-os na ordem constitucional de 1988. Mas como toda luta tem dois lados, a Classe Dominante garantiu que se evitasse a regulamentação que diz respeito ao financiamento da saúde e aos orçamentos.

Como marco de democratização e de reconhecimento dos direitos sociais, o texto constitucional de 1988 possibilitou o delineamento de um projeto de democracia, articulando a compatibilização dos princípios da “democracia representativa”; e a denominada por Dagnino (2004), de projeto “democratizante e participativo”, ajustado na necessidade de ampliar as formas de participação para além do aspecto estritamente partidário e corporativo, fortalecendo a dimensão ampla da política com participação mais direta da sociedade civil organizada.

Com maior ou menor sucesso, uma das importantes inovações institucionais ocorridas no Brasil pós-Constituinte (1988) foram à garantia de direitos sociais nos campos da educação, saúde, assistência social, previdência social e trabalho, acompanhada da consolidação de uma nova institucionalidade que objetiva assegurar a participação de múltiplos sujeitos sociais, seja na formulação, na fiscalização e no controle das Políticas Sociais.

Assegura a Participação Popular na organização do Sistema Único de Saúde (art. 198, III), reconhecendo, assim, a importância do envolvimento da comunidade na tomada de decisões no campo da saúde. Os instrumentos de controle social na área de saúde são: os conselhos de saúde e as conferências de saúde.

É responsabilidade dos gestores do SUS garantir a participação do povo na formulação e controle da política pública de saúde e que as discussões se deem de forma ampla, transparente e ascendente, ou seja, a partir de pré-conferências em bairros, regiões ou distritos, e que, dessas reflexões, surjam avaliações e propostas consistentes que se traduzam em Políticas Públicas de saúde. A seção da Saúde da Constituição Federal e as Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990 constituem respectivamente as bases jurídicas do SUS.

Como decorrência da Constituição Federal, elaborou-se no período de 1989-1990 a Lei nº 8.088, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde. Elenca as ações e serviços de saúde no território nacional ao estabelecer no seu artigo 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais [...].

O art. 11 da lei 8080/90 dispunha sobre a Participação Social dentro da instância da Saúde, através de Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, no

entanto foi vetado pelo então Presidente Fernando Collor de Mello, alegando que o artigo cria órgão da Administração Pública que é de iniciativa privativa do Presidente da República. Entretanto, uma intensa mobilização da sociedade civil conduziu à Lei 8.142 de dezembro de 1990, que em seu artigo 1º recupera o art. 11 da lei 8080/90 e é sancionada pelo próprio Fernando Collor de Melo, regulando a participação da comunidade no SUS, instituindo os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

A Lei 8.142/1990 estabelece que:

§2 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 do governo (BRASIL, 2007 p 85).

Isto é, pelo seu caráter colegiado, não há hierarquia entre os representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, nas proposições, e decisões na intervenção dos atores dentro do Conselho de Saúde nas suas deliberações. Seu caráter permanente lhe garante a existência, independentemente de decisões da gestão da União, do Estado ou do Município. Não é um órgão que possa ser extinto por nenhuma autoridade ou lei estadual ou municipal. É necessária outra lei federal para que ele possa ser extinto. Assim como pelo seu caráter deliberativo, o conselho de saúde deve reunir-se com o objetivo de discutir determinados assuntos ou temas e chegar a um acordo ou uma decisão.

No “§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos”. Esse parágrafo é regulamentado na Resolução 333/90 que insere como regra para compor os Conselhos de Saúde • representantes dos gestores (da Secretaria de Saúde Estadual). • representantes dos prestadores de serviço (instituições conveniadas ao SUS ou filantrópicas); • representantes dos trabalhadores de saúde (sindicatos e conselhos profissionais da área de saúde); representantes dos usuários de saúde (associações de moradores, associações de trabalhadores, sindicatos, associações de portadores de patologias etc.). O usuário é aquele que não está comprometido de forma direta ou indireta com os demais grupos (gestores, prestadores de serviço e profissionais de saúde), não possuindo qualquer vínculo empregatício na área de saúde. As vagas deverão ser

distribuídas da seguinte forma: a) 50% de entidades de usuários; b) 25% de entidades dos trabalhadores de saúde e c) 25% de representação de governo, prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

É competência do Conselho de Saúde exercer o controle social e participar de forma independente e imparcial, do planejamento da política de saúde e fiscalizar as ações do governo no que diz respeito à saúde, inclusive fiscalizar até mesmo as questões financeiras do gerenciamento da saúde no Estado, tendo como instrumento as leis relacionadas ao SUS.

O SUS vem sendo implantado como um processo social em permanente construção e é orientado pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS, instituídas por meio de portarias inicialmente de Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e depois do Ministério da Saúde. O INAMPS foi vinculado ao Ministério da Saúde por meio do Decreto nº 99.060 de 7 de março de 1990.

Estas normas delinearão para cada esfera do governo as competências e condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as atribuições no SUS e os critérios para repasses de recursos financeiros. A primeira NOB datada de 1991 tinha forte conotação centralista.

Entende-se neste trabalho que imprimir regras no marco legal não garante a implementação da universalização do SUS, principalmente porque a participação da Classe Dominante coloca-se contrária à universalização do atendimento à saúde de todos. Entende-se também que no tecido social brasileiro, a Classe Dominante ainda hoje, perpetua sua hegemonia desde a Sociedade Política e sua maior força é organizada e articulada desde o Estado.

As Classes Subalternas obtiveram como resultado de suas lutas, a incorporação nos marcos legal do Estado, de algumas de suas demandas, o que indica que em toda luta há avanços e possibilidades de transformação. Tal afirmativa pode ser ilustrada com o reconhecimento por parte do Estado de sua responsabilidade de prover o atendimento das necessidades de saúde de toda a população sem qualquer discriminação, incluindo a construção coletiva da saúde e a possibilidade da luta mais ampla pela conquista da cidadania – o que apesar grande avanço, não significava a superação do projeto privatista.

Na sociedade brasileira, as Classes Subalternas constituíram uma relação de Estado/Sociedade onde as barreiras na disputa pelo Estado, ainda é favorável à ideologia capitalista, e o aprofundamento das desigualdades sociais, culturais e de acesso às riquezas socialmente produzidas, são empecilhos que precisam ser dribladas.

A Classe Dominante propõe distintas estratégias para desvincular os direitos sociais da responsabilidade do Estado. Segundo Kruger (2015), no contexto de disputas em relação à direção ideopolítica e operacional do SUS, a participação deliberativa

[...] vem sendo substituída por colegiados consultivos, por outras inovações institucionais e mecanismos de solidariedade social sem sujeitos coletivos. Como exemplo deste transformismo no SUS pode-se destacar o Decreto 7.508/2011 que substitui o papel da participação deliberativa indicada na Lei 8.142/1990, por pactuações os Conselhos serão apenas ouvidos. Vejamos: no seu Art. 13º. aponta que para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá pactuações pelas Comissões Intergestores e no Art. 15º. o processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvido os respectivos Conselhos de Saúde (Brasil, 2011 *apud* KRUGER, 2015).

Apesar dos inúmeros espaços de Participação Social promovidos pelo Estado - a nível Nacional, temos os Conselhos Nacionais, as Conferências Temáticas de Políticas Públicas, as mesas de diálogos com os movimentos sociais, as reuniões com movimentos sociais e a precursora do presidente; a nível Estadual e Municipal pode-se citar outros tantos. Esses espaços além de serem extremamente fragmentados (um conselho para cada política pública) dificultam a apreensão dos espaços para opinar ou marcar alguma direção contrária à hegemonia dominante.

Estes espaços densos são insuficientes para assegurar que os cidadãos brasileiros, mesmo que tenham informações qualificadas, opinem racionalmente sobre os mais diversos temas da vida nacional, ou sobre as prioridades a ser desenvolvidas nas Políticas Públicas.

Particularmente este estudo tratará dos Planos Estaduais de Saúde, um dos instrumentos de gestão, fundamentado na Lei Orgânica nº 8.080/90, em seu art.15, inciso VIII, e no Decreto nº 7.508/11 no Capítulo III, pois atribui aos gestores do SUS, a obrigatoriedade de realizar este processo de planejamento, que compete à administração da política de saúde em cada esfera de governo e é o Conselho

Nacional de Saúde que estabelecerá o conjunto de orientações e procedimentos a serem observadas na elaboração dos planos de saúde.

3.3 UM OLHAR SOBRE A PARTICIPAÇÃO NOS PLANOS ESTADUAIS DE SAÚDE

No período da nossa pesquisa (2012-2015) quanto à estratégia de possibilitar a continuidade e efetividade da política de saúde, em todos os níveis de governo, o Plano de Saúde como instrumento de planejamento tem como intuito espelhar as necessidades da saúde da população e expressar os resultados a serem alcançados no período previsto nos planos. A principal função do Plano é estruturar as linhas de atuação que serão entregues à população na forma de ações e serviços de Saúde. Segundo o Ministério de Saúde, define-se Plano de Saúde ao instrumento de gestão que consolida, em cada esfera de governo, o processo de planejamento na área da saúde, compondo a base das atividades e da programação de cada nível de gestão do SUS.

A periodicidade dos Planos de Saúde é quadrienal, adequada ao horizonte de tempo da gestão em cada esfera de governo, sendo revistos anualmente em função das Agendas de Saúde e da Programação Pactuada e Integrada. Sendo assim, os Prazos para sua elaboração e homologação pelos respectivos conselhos define-se: a) na esfera federal: até julho do primeiro ano do quadriênio do governo; b) na esfera estadual: até junho do primeiro ano do quadriênio do governo; e c) na esfera municipal: até maio do primeiro ano do quadriênio do governo. Esses prazos calculam revisões anuais: na esfera federal: até julho de cada ano; na esfera estadual: até junho de cada ano; e na esfera municipal: até maio de cada ano.

O resultado desse processo passa a ser um compromisso entre as esferas de governo, visto que a partir desses, incorporam-se ao fluxo dos aparelhos de Gestão em Saúde os principais instrumentos de planejamento dos governos federal, estaduais e municipais: Plano Plurianual (PPA).

O MS define os Planos em Saúde como “um documento de intenções políticas, de diagnósticos, de estratégias, e de metas no qual se devem fazer constar as prioridades estabelecidas nas Agendas de Saúde e a previsão dos mecanismos

necessários para a execução dessas prioridades.” (MS, p.10)¹⁹. Este planejamento na esfera estadual deve considerar o estabelecido no Plano Diretor de Regionalização do Estado, visto que este é parte integrante do próprio Plano de Saúde. De acordo com a Lei 8.080/90, a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios deverão, no que concerne à saúde, pautar-se pelos seus Planos de Saúde para a elaboração de suas respectivas propostas orçamentárias anuais.

3.4 PLANOS ESTADUAIS DE SAÚDE: AS REFERÊNCIAS SOBRE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Os PES são instrumentos de gestão fundamentada na Lei Orgânica nº 8.080/90, em seu art.15, inciso VIII, e no Decreto nº 7.508/11 no Capítulo III, que atribui aos gestores do SUS o obrigatório papel de realizar o processo de planejamento em saúde com implementação de instrumentos competentes para a administração da política de saúde, para tanto, seu processo de formulação deve ser participativo e ascendente de forma a assegurar o princípio da universalidade do SUS e da Participação Social.

Os três Estados investigados, Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, elaboraram e publicam este documento em diferentes momentos. Consta no PES de Santa Catarina como data de publicação o mês de janeiro de 2011 e nos PES do Paraná e do Rio Grande do Sul, respectivamente, datam no ano de 2013, sem especificar o mês da publicação.

Quanto à organização do documento, no quadro a seguir evidencia-se a consequente disposição:

¹⁹Fonte http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf

Quadro 1 - Sistematização dos PES

Estado	Capítulos	Blocos	Títulos	Subtítulos	Itens
PR	4	23	18	0	0
RS	2	4	34	39	23
SC	3	3	55	0	0

Elaboração própria Fonte dos dados: Planos Estaduais de Saúde dos Estados de Santa Catarina (2011); Paraná (2013) e Rio Grande do Sul (2013).

Destaca-se que tanto no Estado de Santa Catarina quanto o do Paraná, os PES estão ordenados por números o que permite um acompanhamento de fácil entendimento, já a do Rio Grande do Sul, apresenta os títulos, itens e subtítulos sem enumerar, o que por vezes dificulta o acompanhamento e principalmente a descrição do PES.

Referente à Participação Social, identificamos diversas formas de referência. A seguir, apresentamos esta expressão em números:

Quadro 2 - Participação em números

Estados	PR	RS	SC
Participação	29 vezes	49 vezes	29 vezes
Participação Social	3 vezes	9 vezes	7 vezes
Controle Social	14 vezes	19 vezes	7 vezes
Conferências	4 vezes	5 vezes	9 vezes
Ouvidoria	20 vezes	30 vezes	3 vezes
Participação Popular e cidadã	0 vezes	4 vezes	1 vez
Consulta Popular	0 vezes	6 vezes	0 vezes

Elaboração própria Fonte dos dados: Planos Estaduais de Saúde dos Estados de Santa Catarina (2011); Paraná (2013) e Rio Grande do Sul (2013)

Analisando os documentos, percebemos que há uma clara tendência de tratar a ouvidoria como sendo Participação Social. Considerando esta tendência expressada no quadro acima, percebe-se que a ouvidoria está tomando um espaço importante, o que indica que na atualidade o entendimento de Participação Social não vem apenas de ações coletivas, pensadas, planejadas de modo a construir ações concretas para desenhar os serviços, mas sim, que se tratam de ações individuais, fragmentadas.

Categorizamos então as ouvidorias favorecedoras da Classe Dominante, não porque consideremos estes espaços desnecessários ou sem importância, mas sim porque vem sendo visto como Participação Social fragmenta ante as lutas das Classes Subalternas ao indivíduo, com todas as cargas, a construção do senso comum e as vontades individuais, as quais apesar de fazerem parte das relações sociais, não direcionam uma forma de sociabilidade.

Neste sentido, tem sido estratégia primordial da Classe Dominante para manter seus interesses, investir nesta individualização de ações e vontades. Não é sem sentido que Gramsci alertava, ao afirmar que “é o complexo das atividades práticas e teóricas com o qual a Classe Dominante não somente justifica e mantém a dominação como procura conquistar o consentimento ativo daqueles sobre os quais ela governa” (GRAMSCI, 2000, p 331).

Dito isto, entende-se que tratar as ouvidorias como espaço de Participação Social, por ser, espaço individual, fragmentado do contexto coletivo, torna-se uma estratégia efetiva para dissipar os interesses coletivos, portanto atentar-se a estas estratégias, pode ser uma possibilidade fundamental, de enfrentamento para as Classes Subalternas.

Da mesma forma, perceber que o tratamento vago (no sentido de utilização do termo participação de forma irrestrita e em sentidos mais diversos) que se dá à Participação Social, tende a favorecer o desentendimento do sentido real de construção coletiva, pois dissipa a intenção que há por trás da participação e organização da Classe Dominante.

É inegável, que essa organização e participação da Classe Dominante encontrem barreiras nas lutas travadas pelas Classes Subalternas, que se organizam na sociedade civil e colocam na arena suas vontades e interesses e intencionam para que estes sejam considerados nas pautas sociais (exemplo disso, são os espaços coletivos como Conselhos, Conferências, Controle social, Consulta Popular) que aparecem com ênfase nos documentos.

Entende-se que estes dados indicam a presença de uma força contrária aos interesses da Classe Dominante, que resistem ao permanecer nos espaços coletivos conquistados no decorrer da história brasileira. Neste sentido, apresentamos a seguir

um resumo referente às inúmeras estratégias, tanto da Classe Dominante, quanto das Classes Subalternas que se tencionam e resultam no desenho atual de objetivos sociais:

Quadro 3 - Participação Social nos Planos Estaduais de Saúde

Classe dominante	Classes subalternas
A elaboração dos PES centralizada nos gestores.	Participação paritária por meio dos Conselhos Estaduais de Saúde
Detenção dos orçamentos públicos, referente à Participação Social, pela instituição e não pelos CES	Exigência de aprovação pelos conselhos de saúde
Garantia participativa da gestão (parte da função laboral) e o voluntarismo da sociedade civil	Obrigatoriedade da participação da sociedade civil com representantes de coletivos atuantes na sociedade
Indefinição dos conceitos referentes à Participação Social	Espaço disputável de resistência e luta.
Consideração das ouvidorias como sendo Participação Popular	Possibilidade de exigir transparência nas questões de saúde
Consideração dos Conselhos de Saúde como parceiros, não como detentores das vontades coletivas.	Possibilidade de disputar a gestão
Acesso restrito às questões orçamentárias por parte dos Conselhos de Saúde.	Abrangência em todos os Municípios
Publicação tardia dos PES	
Falta de autonomia frente à gestão	
Falta de integralidade das ações dos conselheiros (o conselheiro deve falar da saúde como um todo e não apenas rever as necessidades de sua entidade);	
A flexibilização da data de publicação	
A complexidade da organização dos documentos referentes às questões de saúde, entre elas o PES.	

Quadro elaborado pela autora a partir dos Planos Estaduais de Saúde.

Observando o quadro acima, percebe-se a articulação da Classe Dominante em efetivar seus interesses, porém percebem-se também as possibilidades, desde que reconhecidas como classes em si, das Classes Subalternas em combater e tencionar para incluir na agenda política os interesses sociais.

Neste sentido, entender a força da Participação Social, para as Classes Subalternas, remete expor na luta de classes seus interesses, e aos atores da disputa,

compreender a construção ideológica e hegemônica da Classe Dominante, repassada na sua complexidade através dos aparelhos privados de hegemonia, seja pelo convencimento, seja pela coerção.

Compreender que desta tensão entre as classes sociais resulta o desenho da sociedade. Portanto, o protagonismo dos atores, tanto da Classe Dominante quanto das Classes Subalternas, compõe a Participação Social tomar consciência disto, que é fundamental para a tensão.

Curiosamente registramos alguns pontos que nos chamou a atenção, entre eles, as datas de publicação dos Planos. Pelo fato de se tratar de um planejamento das ações pretendidas para o período 2011/2015, pela intencionalidade dos PES entende-se que deveriam anteceder aos períodos de execução. No entanto, excetuando Santa Catarina que socializou o plano em 2011, os outros dois apresentaram o documento apenas em 2013.

Da mesma forma, atentamos sobre a construção e elaboração dos PES e percebemos que nos três documentos constam como responsáveis pela elaboração os Gestores Estaduais: Paraná e Santa Catarina, e indicam que houve uma parceria com o Conselho Estadual de Saúde, mediante a participação do controle social, por meio da realização de reuniões ordinárias e extraordinárias da Plenária do Conselho Estadual de Saúde e suas Comissões Temáticas com tal finalidade, já Rio Grande do Sul não especifica que foi uma equipe da secretaria através de um grupo de trabalho e planejamento que aconteceu a elaboração.

Ao evidenciar que a construção dos PES, majoritariamente é assumida pelos gestores, ainda que, na Constituição Nacional de 1988 conste como construção coletiva, possivelmente indica que das propostas apresentadas pela SESA, apenas as metodologias são discutidas, nos remete a aquilo mencionado por Iasi, 2012 (b) que “O principal trunfo do setor político que se mantém no poder é o controle e o apassivamento da classe trabalhadora” (IASI(b), 2012, p. 287) e reflete nos documentos a construção de cima para baixo, ou seja, deixando em segundo plano os interesses, propostas e visões das Classes Subalternas.

Assim também, vimos a necessidade de expor a presidência dos CES, pelo fato de nos últimos tempos serem exclusividade da gestão, porém resultado das lutas da Classes Subalternas, hoje pode ser qualquer um dos conselheiros.

Neste sentido, destaca-se que o Presidente do CES- PR é ocupado pelo segmento de usuários, sendo o representante do CMP (Central de Movimentos Populares). O PES/RS indica nominalmente o Presidente do CES, porém não consta a qual segmento representa e tampouco a forma de eleição ou indicação. Consta no PES/SC que o presidente do CES é o Secretário Estadual de Saúde, não consta como representante de algum segmento, mas sim nominalmente.

Abaixo, segue um quadro com as informações sobre a elaboração e publicação dos PES.

Quadro 4 - Publicações dos PES

Estados	Data/elaboração	Publicação	Última eleição do Conselho	Data de aprovação no CES
PR	28/02/2012	2013	Não consta	Resolução CES/PR 006/12, D.O. nº 8.735 de 18 de junho de 2012
RS	2011	2013	Não consta	Não consta
SC	Não consta	2011	Não consta	Não consta

Elaboração própria Fonte dos dados: Planos Estaduais de Saúde dos Estados de Santa Catarina (2011); Paraná (2013) e Rio Grande do Sul (2013)

No que se refere às referências de Participação Social destaca-se que o PES/PR traz um ponto específico dedicado à Participação e Controle Social e neste indica-se que o Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR) integra-se por 72 membros, sendo 36 titulares e 36 suplentes, o Conselho Estadual de Saúde – CES/PR é coordenado por uma mesa diretora formada por 08 membros. Em termos de estrutura, possui uma Secretaria Executiva, composta por uma secretária executiva, um servidor técnico administrativo, um servidor auxiliar administrativo, um servidor comissionado e dois estagiários de nível médio²⁰. O documento indica que o CES/PR se reúne mensalmente em reunião ordinária e extraordinária conforme demanda apresentada.

²⁰Não indica que curso ou área de ensino são provenientes estes estagiários.

O PES/RS, não se refere a qual segmento pertence o Presidente do CES/RS, se é representante da gestão, dos prestadores de serviços ou usuários. Numa pesquisa no banco de dados on-line, constatamos que o senhor Paulo Humberto Gomes da Silva, presidente do CES é representante do segmento de usuários, pertence e tem função de tesoureiro no SINDISEPE²¹. O PES/SC, por sua vez, aponta claramente estas representações e mencionam as áreas estratégicas tanto da SES quanto do CES, porém não define a que se referem quando indica “áreas estratégicas”.

Com relação à Portaria n. 3.332/2006, que mais adiante seria revogada pela Portaria nº 2.135 de 25 de setembro 2013, o PES/SC menciona que a

operacionalização do Plano será realizada mediante programações anuais, orientadoras de adequações do PES, a partir de relatórios de gestão, na conformidade dos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS, estabelecidos pela Portaria nº 3.332/2006; além do objetivo desta Secretaria de adotar um processo dinâmico de construção, acompanhamento e avaliação do PES (PES/SC, 2011. p. 24).

No entanto, Santa Catarina manteve a Portaria nº 3.332/2006 revogada já que a publicação do documento se deu em 2011 antes da revogação. Cabe mencionar que Paraná e Rio Grande do Sul não fazem menção a esta portaria.

Tratando-se da metodologia de construção, o processo de formulação do PES/PR iniciou com a apresentação pela SESA de uma proposta de metodologia para elaboração do Plano e discussão de definição de cronograma para detalhamento do documento, na 184ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde, dia 28/02/2012. Aprovada a metodologia, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná concentrou os esforços para apresentação do diagnóstico da situação da saúde no Estado do Paraná, em parceria com o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES. Isso se deu na 3ª. Reunião Extraordinária do Conselho Estadual de Saúde, dia 29 de março de 2012. A partir dessa reunião, o Conselho Estadual de Saúde preparou contribuições ao Plano que foram enviadas, avaliadas e discutidas com a SESA. Na 5ª Reunião Extraordinária do Conselho Estadual de Saúde, em 23 de maio de 2012, foi concluída a apresentação do Plano

²¹<http://www.sindsepers.org.br/wordpress/>

Estadual de Saúde do Paraná, com sua aprovação formalizada por meio da Resolução CES/PR 006/12, publicada no Diário Oficial do Estado do Paraná nº 8.735 de 18 de junho de 2012.

A elaboração do PES/RS contou com a participação de diversos atores que atuam no cenário da gestão estadual do Sistema Único de Saúde - SUS, envolvendo diretamente os trabalhadores da SES.

O Plano Estadual de Saúde 2012-2015 traduz as aspirações do controle social e o compromisso do Governo do Estado com a saúde da população, com a finalidade de fortalecer a gestão das redes integradas de saúde, no âmbito das regiões de saúde, e o planejamento regional, buscando assim garantir o acesso à saúde com qualidade em todos os níveis de atenção, em conformidade com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS (PES/RS, 2013, p. 16).

A construção deste instrumento, iniciada em 2011, foi conduzida pelo GT Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão da SES, contando com a participação dos municípios e com a parceria do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS do Rio Grande do Sul, com a participação dos municípios e com a parceria do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS do Rio Grande do Sul, especialmente na construção das regiões de saúde. Em vista da especificidade do processo de definição das regiões de saúde, e do modo democrático e participativo como foi construída, esta etapa se estendeu até a metade do segundo semestre de 2012.

3.5 AS ESPECIFICIDADES, SIMILARIDADES, DIVERGÊNCIAS NOS PES DE SC, PR E RS

A) O PES no Estado de Paraná

Segundo o PES/PR, o documento foi elaborado pelos gestores estaduais em parceria com o Conselho Estadual de Saúde, disse ser “reflexo de um amplo processo de discussão que culminou num documento norteador da Política Estadual de Saúde”. Consta no documento de forma nominal e por representações de segmentos (tanto pela equipe de elaboração da Secretaria do Estado do Paraná – SESA, quanto pela representação de segmentos dos usuários, dos profissionais da saúde dos prestadores de serviços e os gestores).

Chama a atenção à representação de usuários que vai desde pastorais, federações, centrais de movimentos populares, ONGS, sindicatos como a CUT, Força Sindical e outros, e organizações da sociedade civil consolidadas e renomadas como o MST, Rede de Mulheres Negras e outros.

O documento

apresenta as intenções e resultados a serem buscados pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA, no período de 2012 a 2015, expressos em seus objetivos, diretrizes e metas, que se baseiam na análise situacional e têm como referência o “Plano Nacional de Saúde – PNS 2012-2015”. Assim, o Plano inicia com a Análise da Situação de Saúde, abrangendo aspectos relacionados ao perfil demográfico e socioeconômico e perfil da morbimortalidade, seguida da descrição da Organização e Funcionamento da Gestão Estadual do SUS e Organização do Sistema Único de Saúde no Paraná. Com base nisso, são indicados seus objetivos, diretrizes, ações, metas e indicadores. Esta parte do Plano servirá de referencial para as Programações Anuais de Saúde (PES/PR 2013 p. 13).

O documento sugere que deve ser consultado, constantemente, como apoio às ações de todas as áreas de atuação da Secretaria Estadual de Saúde.

O PES/PR especifica claramente, a partir de um quadro, os membros conselheiros e os órgãos, entidades e instituições aos quais pertencem os componentes do Conselho Estadual de Saúde do Paraná na gestão 2012-2015, tanto na condição de usuário, de profissionais de saúde, de prestadores de serviços, quanto dos gestores. Consta também no documento a socialização de 1500 exemplares numa primeira triagem.

Destaca-se que o conteúdo do documento expõe e enfatiza a existência de “uma forma de participação ampla”. De fato, o documento expressa o envolvimento com bastante significado as representações de organizações da sociedade civil e entre estes representantes da Classe Dominante (os representantes das instituições estatais e as prestadoras de serviços) e das Classes Subalternas, organizações que historicamente, estão engajadas nas lutas dos interesses destes.

Nos documentos evidencia-se a que o Estado em sentido restrito (sociedade política), conduz o processo de elaboração e execução, o que favorece a Classe Dominante, mas também aparece que a Classes Subalternas ocupem estes espaços participativos, muito mais como resistência (levando em conta os resultados das

ações propostas) e buscando tencionar o debate na direção das proposições/ações dos governantes.

Embora a participação das organizações da sociedade civil seja uma exigência legal, via representação dos conselhos, isso representa um espaço de disputa de projetos e propostas que dependem da correlação de forças em cada momento.

Em suas 220 páginas, e cinco capítulos o PES-PR expressa discriminadamente tanto o processo de construção quanto o funcionamento da Gestão Estadual do SUS. E no seu desenvolvimento aparecem a Participação Social a qual catalogamos no seguinte quadro de acordo aos interesses que estes servem.

Quadro 5 - Participação Social Paraná

Classe dominante	Classes subalternas
Falta de integração entre as entidades;	Participação considerável das Classes Subalternas representadas em organizações da sociedade civil (MST, Centrais de Movimentos Populares Mulheres Negras, força sindical, CUT e outros) reconhecidas como combativas do modelo de organização capitalista.
Fragilidade para discussão do conselho perante o gestor;	Presidente do Conselho de Saúde, representante da sociedade civil.
Site do CES desatualizado, bem como falta de informação	O protagonismo das organizações representantes das Classes Subalternas, no sentido de constar claramente nos PES a participação destes.
Falta de capacitação para os conselheiros;	Inclusão nos PES a Participação Social como quesito importante que mereça um ponto específico no documento.
Falta de presença nas atividades do CES (esvaziamento das comissões);	
Quantidade insuficiente de Recursos Humanos (funcionários na Secretaria Executiva do CES);	
Falta de assessoria técnica: contábil, jurídica, comunicação, estrutura física com necessidade de ajustes;	
Falta de definições de prioridades, na organização das atividades; na prevenção e área assistencial	

Quadro elaborado pela autora de acordo as informações extraídos do PES-PR

Apesar do PES/PR ter um ponto específico dedicado à Participação e Controle Social, neste indica-se que o Conselho Estadual de Saúde do Paraná (CES/PR) integra-se por 72 membros, sendo 36 titulares e 36 suplentes, o Conselho Estadual de Saúde – CES/PR é coordenado por uma mesa diretora formada por 08 membros. Em termos de estrutura, possui uma Secretaria Executiva, composta por uma secretária executiva, um servidor técnico administrativo, um servidor auxiliar administrativo, um servidor comissionado e dois estagiários de nível médio²².

O documento indica que o CES/PR se reúne mensalmente em reunião ordinária e extraordinária conforme demanda apresentada. No entanto, o que se refere aos recursos financeiros ligados à Participação Social evidencia que as prioridades não se dão em torno da Participação Social e sim rodeia o acesso ao recurso econômico do Governo Federal.

B) OS PÉS NO ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL

David, 2014, apresenta a Participação Social no Rio Grande Do Sul, considerando três fases de Participação Social. A primeira entre 1970 e início dos anos de 1980.

Nesse período, a agenda política mobilizadora dos movimentos sociais era a construção e a garantia de direitos na perspectiva da Seguridade Social, terra, trabalho e acesso à saúde. Já nos espaços públicos a luta era pela autonomia em relação às estruturas tradicionais. E as estratégias utilizadas pelos atores coletivos foram à organização de base, a mobilização, a articulação e a formação política. Trata-se de ferramentas potencializadas pela estratégia da Educação Popular, via núcleos de base, dos grupos de discussão, das comissões de saúde e ainda dos Seminários e dos Congressos. É um movimento que tanto forma seus dirigentes, quanto disputa espaços na sociedade. Na segunda fase, já no contexto dos anos de 1990, constata-se, de um lado, um movimento de Democratização Política, com regulamentação de direitos via legislação, nova concepção de saúde com participação nos espaços públicos, tendo como particularidades a descentralização do CES/RS no RS e, de outro, um contexto de Reformas do Estado com avanço do Projeto Neoliberal, com refluxo dos movimentos sociais e resistência propositiva nos espaços públicos, centralidade na gestão, aliados ao avanço do “Projeto Privatista”. E uma terceira fase 2003 com ênfase no modelo de desenvolvimento nacional; no RS, porém, aprofunda-se a crise na saúde, percebe-se o avanço das Fundações Públicas de Direito Privado e a crescente perda de poder deliberativo dos Conselhos de Saúde. Surgem novos movimentos de resistência, trazendo para o cenário

²² Não indica que curso ou área de ensino são provenientes estes estagiários.

algumas lutas históricas, a “representação política”, a “participação direta”, a “representatividade” e ainda questões como qualidade e acesso a ações e serviços de saúde, dentre outras (David, 2014, p. 12).

Segundo a autora nesse estado, a participação da sociedade civil na saúde ocorreu antes da criação do SUS, através do Decreto Estadual 33.199/89 de 2 de junho de 1989 que criou o Conselho Estadual de Saúde e do Meio Ambiente – CES/RS. Na década de 1980, houve uma forte pressão popular sobre a gestão que garantiu a participação do colegiado na política de saúde. Além disso, possibilitou a participação na mobilização nacional em defesa do Sistema Único de Saúde – SUS no processo da Constituinte Federal.

Já na segunda fase, a autora menciona que a preparação para a 1ª Conferência Estadual de Saúde, a elaboração do Plano Estadual de Saúde (entre 1987 e 1991) e a publicação do Decreto de nº 33.612, de 20 de julho de 1990, o CES/RS, cuja finalidade é dar pleno cumprimento ao que está determinado no capítulo da Constituição Federal que trata da Saúde. Ao Conselho Estadual de Saúde é determinada a atribuição de realização das Conferências de Saúde. Nesse período, segundo David (2014, p.123), “há uma permanente tensão nas relações entre a gestão e a sociedade civil (entidades representativas de trabalhadores e de usuários)”.

Após 1994, foi marcado pela institucionalização do Conselho Estadual de Saúde e, embora tenham acontecido avanços em relação à composição do colegiado garantindo a permanência de entidades e uma relativa autonomia com relação à gestão, “houve um esvaziamento da instância com conseqüente perda de poder do espaço instituído do controle social”.

Já no período que abrange nossa pesquisa, no Rio Grande do Sul a construção do Plano iniciou em 2011, conduzida pelo GT Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão da SES, com a participação dos municípios e com a parceria do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS, “especialmente na construção das regiões de saúde”. A construção estendeu-se até a metade do segundo semestre de 2012.

Tal processo, que visa a indução do planejamento regional, buscou garantir a participação dos municípios, tendo em vista a futura concretização do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), que deverá ser discutido no âmbito das Comissões Intergestores Regionais - CIR, firmado em cada uma das trinta regiões de saúde (PES/RS 2013 p. 14-15).

A análise situacional partiu do recorte territorial da região de saúde, o GT de Planejamento, Monitoramento e Avaliação escolheu os indicadores que compuseram o diagnóstico. Os dados “foram analisados e organizados em dezesseis objetivos, distribuídos em três grandes diretrizes: atenção a saúde, gestão e infra-estrutura do SUS, educação e pesquisa em saúde coletiva”. Visando evitar a fragmentação historicamente encontrada na proposição das políticas de saúde. Por último, foram definidas as metas junto às discussões realizadas nas plenárias do Conselho Estadual de Saúde - CES que contribuiriam “para o desenho das políticas propostas e para a qualificação deste documento” (PES/RS,2013, p.15).

O PES do Rio Grande do Sul, assim como a do Paraná explicita uma primeira edição com 1500 exemplares a modo de socialização do documento, no entanto não especifica os órgãos, entidades ou instituições aos quais pertencem os elaboradores do Plano ou ainda os membros do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

O PES do Rio Grande do Sul possui 248 páginas, discriminado da seguinte maneira: Apresentação (diferente dos outros PES, não tem uma introdução) e divide-se em 2 Capítulos²³: Análise situacional e Diretrizes, Objetivos e Metas. O primeiro capítulo subdivide-se em 4 blocos: Organização da Saúde no Território Gaúcho (subdividido em 1 título); Condições de Saúde no Rio Grande do Sul (subdividido em 2 títulos e 7 subtítulos); Atenção à Saúde no Rio Grande do Sul (subdividido em 8 títulos e 3 subtítulos); Gestão em Saúde subdividido em 7 títulos, 17 subtítulos e 6 itens). O capítulo Diretrizes, Objetivos e Metas subdivide-se em 3 blocos: Atenção à Saúde (com 5 títulos, 3 subtítulos e 17 itens); Gestão em Saúde (subdivide-se em 8 títulos e 9 subtítulos); Educação e Pesquisa em Saúde Coletiva (subdivide-se em 3 títulos), ainda conta com Glossário e Siglas.

²³O PES do Rio Grande do Sul não especifica os capítulos, porém levando em conta o índice, iremos apresentar para o leitor como se este documento contasse com capítulos, se dividisse em blocos, itens e sub-itens.

Quadro 6 - Participação Social Rio Grande do Sul

Classe Dominante	Classes Subalternas
Não evidência das Classes Subalternas na construção dos PES	Histórico de mobilização dos Movimentos Sociais
Presidente do CES (Secretário de Saúde)	Discussão ampla do documento
Direção das discussões do documento	Inclusão de itens de interesses sociais
Sem propostas concretas para a execução das ações	Menção ao conceito de saúde de forma ampliada
Ouvidoria como espaço de Participação Social	Proposta de ação coletiva
Lacunas e baixa capilaridade das deliberações dos Conselhos e Conferências de Saúde	

Quadro elaborado pela autora de acordo as informações extraídos do PES-RS

O PES/RS não se refere a qual segmento pertence o Presidente do CES/RS, se é representante da gestão, dos prestadores de serviços ou usuários. Numa pesquisa no banco de dados on-line, constatamos que o senhor Paulo Humberto Gomes da Silva, presidente do CES é representante do segmento de usuários, pertence e tem função de tesoureiro no SINDISEPE²⁴.

Apesar do histórico de mobilização, as propostas concretas não têm um planejamento concreto, aparecendo apenas como intenção e não necessariamente como uma implementação

O PES Paraná, menciona, no documento, o conceito de saúde ampliada, mas não conceitua a participação social, ficando confuso se os espaços de ouvidoria são considerados espaços de participação social, no entanto evidenciando que os espaços efetivos de participação social como os Conselhos e Conferências de Saúde são poucos considerados nas deliberações.

C) O PES DE SANTA CATARINA

Em Santa Catarina a elaboração do PES 2012-2015 teve sua publicação em janeiro de 2011, segundo o próprio documento aconteceu um levantamento das informações de saúde do território catarinense, pautado nos documentos norteadores: Cadernos de Planejamento (Volume 2); Instrumentos Básico (MS/2008); Diagnóstico

²⁴ <http://www.sindsepers.org.br/wordpress/>

situacional (2009-2010); Planos estruturantes (2003-2010); Eixos prioritários Conferência Estadual de Saúde; Plano Estadual de Saúde (2007-2011); Plano Nacional de Saúde (2008-2011); Plano Plurianual (2008-2011); Plano de Governo (2011-2014); Plano Diretor de Regionalização 2008; Plano Catarinense de Desenvolvimento (2015); Pacto pela Saúde e as políticas, orientações e regulamentações subsequentes. A partir destes foi apresentado aos dirigentes da SES uma proposta metodológica e a proposição de criação da Comissão Estadual para Elaboração do Plano Estadual de Saúde, para, logo mais, instituir em Portaria, com representação de áreas estratégicas da SES e do CES da qual resultou na inclusão da realização de oficinas, representantes das áreas técnicas da SES, dos Colegiados Intergestores Regionais, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS e do Conselho Estadual de Saúde.

Quadro 7 - Participação Social Santa Catarina

Classe dominante	Classes subalternas
Não evidência das Classes Subalternas na construção dos PES	Pauta em documentos elaborados anteriormente
Direção na elaboração dos Planos	Propostas de interesses sociais
Ignorar na elaboração do PES documento resultado das Conferências Estaduais e Nacionais	Recurso para capacitação dos Conselhos
Ação inexistente ou vaga no atendimento de interesses coletivos	
Poder de determinação sobre recursos para capacitação	
Não efetivação do controle social	
Gestão	
Quadro elaborado pela autora de acordo as informações extraídos do PES-SC	

Diferentemente dos Estados do Rio Grande do Sul e Paraná o documento de Santa Catarina não especifica o modo de socialização, e semelhante ao Plano de Rio Grande do Sul não consta os órgãos, entidades ou instituições de onde provêm os membros dos elaboradores do documento, nem do Conselho Estadual de Santa Catarina. No entanto, consta como presidente do Conselho Estadual de Saúde o

secretário de Estado de Saúde de Santa Catarina, não sendo especificada a forma de delegação ou eleição do cargo. Quanto à elaboração do Plano constam nominalmente os elaboradores, sem nenhuma menção aos setores que representam.

Notamos que o documento indica a elaboração do plano como responsabilidade dos gestores em “parceria” dos conselhos, tomando como base o termo parceria, que significa, no âmbito do mercado, a referência à “sociedade comercial em que os sócios, parceiros ou compartes, apenas são responsáveis pelo quinhão ou parte com que entrarem e só lucram na proporção do que deram”. Podemos afirmar então que o Estado se coloca como construtor das políticas de “cima para baixo” sendo o conselho apenas um coadjuvante.

Esta construção, pela forma de apresentação no documento, não é contínua, chamou-nos a atenção, o fato de o PES não indicar como documento base o PES anterior como construtor do PES atual, aqui, a exceção é Santa Catarina, que indica o PES anterior como documento base, porém no corpo do PES atual, não se percebe tal documento anterior. Em nenhum dos PES mencionam-se as metas do período anterior, nem as avaliações das ações ou se foram atingidas as metas. Esta constatação nos leva a pensar que o documento serve mais para fins legais do que propriamente um planejamento de ações.

No PES de Santa Catarina consta 212 páginas, sendo discriminado em Apresentação, Introdução e 3 capítulos²⁵ (Análise Situacional; Listas de problemas prioritários; Objetivos, diretrizes e objetivos específicos). Sendo que o capítulo 2, Análise situacional, subdivide-se em 3 blocos: Condições de saúde da população – que consta de 38 títulos; Determinantes e condicionantes de saúde – com 4 títulos; Gestão em saúde – constam 13 títulos. Os capítulos Listas de problemas prioritários e Objetivos, diretrizes e objetivos específicos não são sub-divididos, além destes o documento tem as Considerações finais.

O PES/SC aponta claramente as representações e mencionam as áreas estratégicas tanto da SES quanto do CES, porém não define a que se referem quando indica “áreas estratégicas”.

²⁵Enumerados a partir do 2 já que o número 1 corresponde à introdução

3.5.1 A Participação Social no item introdução

Introdução significa o início ou o começo, um breve texto que antecede uma obra escrita, e que serve para apresentar ao leitor resumidamente qual assunto será discutido e aprofundado ao longo do texto. A seguir apresentamos a menção da Participação Social no item introdução nos PES. Vejamos como é mencionado a Participação Social no PES/PR: No documento consta que

Durante o processo de elaboração e discussão do PES 2012-2015, a transparência e a visibilidade foram asseguradas mediante a participação do controle social, por meio da realização de reuniões ordinárias e extraordinárias da Plenária do Conselho Estadual de Saúde e suas Comissões Temáticas com tal finalidade (PES/PR p. 13).

Aponta que o processo de formulação do PES iniciou com a apresentação pela SESA a proposta de metodologia para elaboração do Plano, a discussão de definição de cronograma para detalhamento do documento, na 184ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde, dia 28/02/2012. Nota-se que a gestão propõe as direções das pautas. Aprovada a metodologia, a SESA/Paraná fechou parceria com o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES na 3ª Reunião Extraordinária do Conselho Estadual de Saúde, dia 29 de março de 2012. “A partir dessa reunião, o Conselho Estadual de Saúde preparou contribuições ao Plano que foram enviadas, avaliadas e discutidas com a SESA” (PES/PR p. 13).

Aconteceram mais duas reuniões extraordinárias do CES e na 5ª reunião em 23 de maio de 2012, foi concluída a apresentação do Plano Estadual de Saúde do Paraná, publicada em DO/Estado do Paraná nº 8.735 de 18 de junho de 2012.

O PES/RS apesar de não constar o item introdução, na apresentação do Plano traz elementos da introdução, assim sendo, menciona como requisito legal que “traduz a intenção política da atual gestão e explicita as diretrizes, objetivos e as metas para o período de quatro anos” (PES/RS p. 13) e refere que o conteúdo do documento “foi compartilhado e amplamente discutido com o Conselho Estadual de Saúde – CES” (Ibid.). Aponta como orientador do documento

o Decreto Presidencial no 7.508/2011 (...), o Plano Plurianual Participativo 2012-2015 e a definição do novo desenho das Regiões de Saúde (...) e os Objetivos de desenvolvimento do Milênio - ODM/ONU definidos pela comunidade internacional para o setor saúde.

Além de coincidir com o PES/PR enquanto a direção dada pela gestão, o documento menciona os objetivos da ODM/ONU em detrimento das Conferências Estaduais e Nacionais, além do mais o PES estabelece como um dos eixos estratégicos da gestão “Elevar a qualidade de vida e erradicar a pobreza extrema”, desenvolvendo Políticas Públicas de proteção, inclusão social e combate à miséria. Para tal, a Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul aponta como missão a promoção e

ampliação do acesso com qualidade, em todos os níveis de atenção de forma humanizada, segundo as necessidades sociais, em tempo oportuno e com resolutividade, produzindo autonomia e cidadania, e contribuindo para a qualidade de vida mediante os cuidados em redes regionais, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS.

Entende-se que o PES/RS considera a saúde de forma ampliada, no entanto, no corpo do documento, não aparece este eixo prometido na apresentação.

O PES/SC menciona, no item da introdução, a Participação Social em três momentos, o primeiro deles indica o entendimento sobre Participação Social a qual expressa “uma forma de assegurar o princípio de unicidade do SUS” (PES/SC, 2011 p. 22). Num segundo momento refere-se a

atuação planejada sobre uma dada situação implica em um esforço de compreensão do posicionamento dos diversos atores sociais que interferem na situação, tornando possível construir uma explicação abrangente dos problemas, facilitando a definição das ações a serem implementadas para enfrentá-los e reduzi-los ou controlá-los (PES/SC, 2011 p. 22).

E por último refere-se à Gestão em Saúde, na qual, “(...) concentra-se, entre outras, medidas que configuram essenciais as melhorias e/ou aperfeiçoamento da gestão na respectiva esfera, tais como recursos humanos, Participação Social, infraestrutura, descentralização, etc.” (PES/SC, 2011, p.22).

Notemos que mais uma vez o papel da Participação Social é coadjuvante na construção do planejamento, indicado no seguinte trecho “a partir dessa reunião, o Conselho Estadual de Saúde preparou contribuições ao Plano que foram enviadas, avaliadas e discutidas com a SESA” (PES/PR, p. 13). Enquanto as intenções do SESA deveriam ser discutidas pelo Conselho, no Paraná é a SESA que discute e avalia as contribuições do Conselho. Podemos indicar a partir disto que assume a

responsabilidade para a gestão, ao aperfeiçoamento da gestão e não da construção coletiva.

3.5.2 Análise Situacional, Diretrizes, objetivos e metas e a participação Social

Os Planos, como ferramenta, constituem requisitos legais para o balizamento da gestão e do respectivo controle social. O processo de elaboração do Plano compreende dois momentos: a) a elaboração da Análise situacional; e b) a definição das diretrizes, objetivos e metas que contribuirão para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Destaca-se que o Estado de Paraná, organiza o PES em quatro momentos, sendo que a Participação Social se coloca na Organização e funcionamento da Gestão Estadual SUS evidentemente separado do item Análise da Situação de Saúde. Já Santa Catarina e Paraná tratam a Gestão em Saúde dentro da Análise situacional, apontando-os apenas como eixos deste item. Feito este esclarecimento, segue abaixo a expressão da Participação social no item Análise Situacional.

Análise da Situação de saúde é o título dado ao capítulo 2 do PES/PR, no entanto neste capítulo consta apenas o Perfil Demográfico e Socioeconômico e o Perfil da Mortalidade, sendo que em nenhum destes é mencionado a Participação Social. Como indicamos anteriormente o PES/PR distribui o conteúdo do Plano em 5 pontos abordando a categoria que nos interessa nos pontos 3 e 4 como descritos a seguir:

No ponto 3, Organização e funcionamento da gestão estadual do SUS, menciona-se controle social no item 3.1 Finalidades da SESA e estruturação administrativa, quando se refere às ações para a operacionalização dos processos: e aparece da seguinte maneira “a ampliação e fortalecimento dos espaços de participação da sociedade e do Controle social” (PES/PR, 2013, p. 72). Da mesma maneira, mencionam-se no item 3.4 atenções à saúde; subitem 3.4.2 atenções às condições crônicas, especificamente no referente à saúde mental onde reza o seguinte

Para responder a essa situação, a Política Estadual de Saúde Mental segue os princípios e diretrizes do SUS, sendo eles: universalização do acesso, integralidade da atenção, equidade, participação e controle social, descentralização da gestão e hierarquização dos serviços, bem como respeita as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Leis Federais nº 10.216/01 e nº 10.708/03 e Lei Estadual nº 11.189/95(...) (PES/PR, 2013, p. 88).

No item 3.6 Gestão do trabalho, enquanto explicita a situação do quadro de servidores do SESA, aponta-se que “encontra-se em estudo a apresentação de proposta de um novo Quadro Próprio dos Servidores da Saúde, efetuado por Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos, com representante do Conselho Estadual de Saúde, segmento Usuários” (PES/PR, 2013 p. 98).

No item 3.8 destacam-se as ouvidorias, o PES/PR explicita que estas “são canais de visibilidade do Estado que ampliam os espaços de Participação Social e atuam como instrumentos de gestão” (PES/PR, 2013 p. 102). Indica que a gestão por meio das ouvidorias delinea as ações e informa a população; ao mesmo tempo de contribuir para “a participação do cidadão na avaliação e fiscalização da qualidade dos serviços de saúde” (PES/PR, 2013, p 102), segundo o documento “Essa forma de controle social auxilia no aprimoramento da gestão pública e no aperfeiçoamento gradual do sistema de saúde” (Ibid.). Ressalta-se ainda, que apesar de não todos os municípios implementaram as ouvidorias através de telefones “pretende-se que todo cidadão paranaense tenha um canal de comunicação com a administração e que o tempo de trâmite entre registro e conclusão da manifestação seja menor do que se a manifestação fosse registrada na Ouvidoria Estadual” (PES/PR, 2013 p 103).

Neste item também consta como destaque os municípios que

recebem recursos financeiros da Portaria Participa SUS – Política Nacional da Secretaria Estratégica e Participativa. A transferência dos recursos se dá fundo a fundo aos municípios, e é destinada para a implementação do componente Qualificação da Gestão do SUS, entre eles a Ouvidoria do SUS. A transferência desses recursos aos municípios iniciou em 2007 (PES/PR, 2013 p 103).

No item 3.11 controle, avaliação e auditoria afirmam-se que:

A Formulação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (Participa-SUS), aprovada pela Portaria MS/GM nº 3027/2007, representa ousada inovação no desenvolvimento dos processos participativos com o aperfeiçoamento da democracia do Estado, além de consolidar e reforçar o compromisso constitucional ao direito universal à saúde, Participação Social, equidade e integralidade do atendimento (PES/PR, 2013 p 105).

Entre outras competências do controle, avaliação e auditoria, define-se o “possibilitar ao controle social o conhecimento de fatos e atos dos gestores da saúde, de forma transparente, para compatibilizar e pactuar o interesse público”

Como já mencionado o PES/PR conta com um ponto específico sobre Participação Social e neste ponto indica-se a estrutura da mesma. Nesta estrutura especifica-se que além dos membros do conselho de saúde subsidiam-se também as decisões, através de nove Comissões Temáticas, sendo: Comissão de Orçamento, Comissão de Assistência e Acesso ao SUS, Comissão de Saúde Mental, Comissão de Saúde da Mulher, Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador, Comissão Interestadual de Recursos Humanos, Comissão de Comunicação e Educação Permanente para o Controle Social, Comissão DST/AIDS e Comissão de Vigilância em Saúde. Estas comissões realizam reuniões mensais, que são pautadas pela Mesa Diretora do CES/PR, e segundo o documento realizam debates técnicos e da política da Saúde. Além destas Comissões (que são permanentes), o CES/PR, conforma comissões temporárias para estudo e análise de questões, para posterior apresentação ao pleno do conselho para deliberações.

O documento elenca como características positivas: “a estrutura operacional e organizativa; a infraestrutura, a secretaria executiva; a manutenção da agenda, a participação e realização de capacitações, o tempo de existência, a maturidade, os avanços conquistados, conselheiros titulares e suplentes comprometidos” (PES/PR, 2013, p. 163). Já como “pontos fracos” identificam-se a:

falta de autonomia frente à gestão (a necessidade de orçamento próprio); falta de prestação de contas dos representantes de suas entidades; falta de integração com os coordenadores de plenária e conselhos municipais; falta de pautas encaminhadas pelas entidades; fragilidade para discussão do conselho perante o gestor; site do CES desatualizado, bem como falta de informação; falta de capacitação para os conselheiros; falta de presença nas atividades do CES (esvaziamento das comissões); quantidade insuficiente de funcionários na Secretaria Executiva do CES; falta de assessoria técnica: contábil, jurídica, comunicação, estrutura física com necessidade de ajustes; falta de definições de prioridades e organização das atividades; falta definir prioridade entre prevenção e área assistencial; falta de integralidade das ações dos conselheiros (o conselheiro deve falar da saúde como um todo e não apenas rever as necessidades de sua entidade); falta de fortalecimento dos segmentos e de representatividade local dos conselheiros estaduais, responsabilização das representações do CES/PR (PES/PR, 2013, p. 163).

Como desafio do CES aponta-se a revisão da Lei do CES/PR; além de

estabelecer critérios de representatividade nos eventos; adequar o regimento interno; cumprir a Resolução 453 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e as Deliberações da Plenária de Conselho; ser pró-ativo e trazer temas para a discussão em tempo adequado; garantir que as deliberações e resoluções sejam cumpridas; usar dados epidemiológicos nas discussões e trabalhos do CES/PR; cumprir planejamento estratégico; estruturar reuniões nas macrorregiões; melhorar a estrutura organizativa: funcionários para a Secretaria Executiva e assessoria técnica, atualizar o site, adequar e definir o espaço físico, intensificar as capacitações e orçamento próprio do CES/PR (PES/PR, 2013 p 163/164).

As menções da Participação Social no documento do PES/RS no item “Análise Situacional”, nota-se logo no começo especificamente no ponto “organização da saúde no território gaúcho”, explicando o processo de trabalho na construção das Regiões de Saúde no Estado, destaca-se no documento que a finalidade da gestão de planejamento regional é realizar as ações num processo coletivo e para tal, a

perspectiva está em sintonia com a necessidade de fazer avançar a construção de estratégias de governança regional, o princípio da descentralização da gestão do SUS e a ampliação da Participação Social no processo de tomada de decisão sobre as políticas de saúde (PES/RS, 2013 p. 20)

Segue as menções no ponto da “atenção à saúde no Rio Grande do Sul” onde se indica que o modelo de atenção adotado pela gestão estadual através da articulação

ao princípio da participação cidadã, reafirmando o espaço da política pública como locus legítimo para a construção social do SUS. Concebida como um “modo de fazer”, a humanização valoriza a construção de metodologias que construam espaços coletivos de mobilização de gestores, trabalhadores e de usuários do SUS (PES/RS, 2013 p. 121).

Este item subdivide-se em redes e projetos, um dos projetos intitulado “Vigilância em Saúde”, definida como “análise permanente da situação de saúde da população (...) garantindo a integralidade da atenção” (Portaria MS 3252/2009), e visa a integralidade do cuidado através da construção da Rede Nacional de Atenção a Saúde do Trabalhador (RENAST) mediante a implantação dos Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e a implementação da Saúde do Trabalhador na Atenção Básica de cada município. Tal implantação conta com serviços regionais especializado para cada uma das 30 Regiões do Estado; neste ponto indica-se que

[...] em 2012 foi feita a revisão da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Essa proposta, já aprovada pela Comissão Inter-setorial de Saúde do Trabalhador (CIST) Estadual, encontra-se em análise pelo Conselho Estadual de Saúde [...] (PES/RS, 2013, p. 166).

Ainda neste ponto o documento aponta que “outros centros deverão ser implantados, encontrando-se em fase de negociação com os gestores municipais. Esta estratégia demanda uma maior negociação entre os gestores Estadual e Municipal e o Controle Social (...)” (PES/RS, 2013, p. 166).

A seguinte menção à Participação Social identifica-se no capítulo “Gestão em Saúde” no que diz respeito ao “Financiamento Estadual da Atenção Secundária e Terciária em Saúde” onde o gestor, responsável pela coordenação e desenvolvimento de estratégias de planejamento, monitoramento e de avaliação do SUS através de grupos de trabalho organizou a discussão integrada sobre os processos de planejamento, monitoramento e de avaliação da gestão, na qual reza: “Também é importante qualificar os instrumentos de gestão do SUS, pois além de exigência legal, trata-se de ferramentas que contribuem com os processos de gestão, controle, avaliação e auditoria do SUS” (PES/RS, 2013, p. 170).

Seguindo neste capítulo nos itens “estratégia de saúde da família, saúde indígena e saúde da população negra” indicam a dependência da aprovação do orçamento do controle social, já que são condições para habilitação ao recebimento dos recursos que “Os municípios deverão apresentar ao respectivo Conselho Municipal de Saúde, para aprovação, Plano de Aplicação dos recursos, (...)” (PES/RS, 2013, p. 177).

Neste mesmo capítulo de “Gestão em Saúde”, identifica-se um item específico de “Processo de Participação Popular e Cidadã – Consulta Popular”, neste garante-se que “o Sistema de Participação Popular Cidadã amplia a interação entre governo e sociedade, instituindo mecanismos para a gestão participativa” (PES/RS, 2013 p. 189). Essas relações ocorrem por meio:

- Da elaboração do Plano Plurianual (PPA) e das Leis Orçamentárias Anuais;
- Das discussões e deliberações dos Conselhos Setoriais e de Direitos, e
- Das opiniões e sugestões encaminhadas pelo Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES).

A forma de aplicação do recurso e regulamentada pela Portaria SES/RS no 046/2006 e visa definir a aplicação dos recursos alocados no Orçamento da SES, referente aos projetos da Consulta Popular voltada aos investimentos e serviços de interesses municipais e regionais, conforme legislação em vigor. A Consulta Popular é um processo no qual a população escolhe e vota em

ações de governo que gostaria de ver realizado em seu município ou região (PES/RS, 2013, p. 189).

São também disponibilizados projetos de investimentos e serviços de acordo com os programas: “(...) Os Conselhos Municipais de Desenvolvimento – COMUDES e os vinte e oito Conselhos Regionais de Desenvolvimento – COREDES participam do processo sistematizando as prioridades municipais/regionais e opinando sobre programas de desenvolvimento” (PES/RS, 2013, p. 189).

Além do mais, menciona-se no item das “Instâncias de Participação Social”, onde se descreve que “o gestor estadual incentiva a participação da comunidade no processo de formulação, acompanhamento e de fiscalização das políticas de saúde” (PES/RS, 2013 p. 201), com o intuito de qualificar a gestão do (SUS). Para tal, “trata-se de estimular o controle social, os processos de monitoramento e de avaliação, a educação popular em saúde e as ações de ouvidoria e auditoria” (PES/RS, 2013, p. 201).

Destaca-se no documento, e embasado no Decreto Presidencial 7.508/2011, a importância

de ampliar os espaços de Participação Social, tendo em vista contribuir para a promoção da equidade e do desenvolvimento de práticas de gestão coletivas[...]para estimular a construção da governança regional. As ações do gestor estadual, buscando ampliar a participação da comunidade na gestão das políticas de saúde, deverão ter foco na participação envolvendo o processo de planejamento regional, bem como o fortalecimento das Comissões Intergestores Bipartite (CIB), as Comissões Intergestores Regionais (CIR) e as ações de Ouvidoria, Auditoria e de Gestão Participativa (PES/RS, 2013, p. 201).

Considera ademais o documento “fomentar a participação dos usuários no processo de tomada de decisão sobre as políticas de saúde, estimulando e apoiando a invenção/proposição de espaços de discussões coletivas e intersetoriais”

Uma das formas de Participação Social considerada no documento, diz respeito à “Ouvidoria em Saúde” que é mencionada como constituição de “um canal de comunicação entre o cidadão e os gestores do SUS, um espaço democrático para o acolhimento das manifestações dos cidadãos e para a disseminação de informações” (PES/RS, 2013, p. 202), além de cumprir o “propósito de ampliar a participação do cidadão garantindo a escuta, análise e o retorno das demandas relacionadas” (PES/RS, 2013, p. 202), ao mesmo tempo de “garantir o exercício da

cidadania e contribui para a construção de uma sociedade mais informada e participativa”.

Segundo o PES/RS a criação destas representa um importante avanço para o processo de gestão participativa do SUS, envolvendo o atendimento a demanda de saúde da população cabe destacar que o funcionamento da mesma se dá por meio de virtual através de um link e disque caixa de sugestões.

Após uma ampla caracterização do Estado o PES/SC tanto no âmbito social quanto às questões de saúde, o documento aponta um item sobre a “Participação Social” na qual se aponta que

a ampliação do processo de formulação e controle da política pública de saúde, envolvendo governo e sociedade foi um dos avanços da Constituição. Essa inovação cria a possibilidade e, simultaneamente, institui os mecanismos para a gestão participativa, cujo objetivo é agregar legitimidade às ações de governo, criando sustentabilidade às políticas e programas propostos. Os Conselhos e as Conferências de Saúde são espaços institucionais de gestão compartilhada da saúde que nos últimos anos têm provocado grande transformação no processo político-institucional (PES/SC, 2011 p. 180).

Destaca-se que apesar dos conselhos de saúde participar ativamente,

identificam-se atualmente lacunas importantes como a baixa capilaridade das resoluções e deliberações dos Conselhos e Conferências para o conjunto dos representados e a ausência de outras formas de participação, capazes de diversificar e construir novas modalidades de interlocução entre usuários e gestores (PES/SC, 2011, p. 180).

Em 2007, foi aprovada a Política Nacional Estratégica Participativa compondo a: Gestão participativa e controle social; Monitoramento e Avaliação da Gestão; Ouvidoria e Auditoria. Destaca-se que

um destes componentes possui como objetivo o aprimoramento das instâncias e processos de Participação Social no SUS com: a realização da capacitação contínua de Conselheiros de Saúde; a criação de uma rede de cooperação e intercâmbio de informação entre conselheiros de saúde, além da divulgação de iniciativas inovadoras e bem sucedidas destes conselhos; o aperfeiçoamento dos processos de mobilização social e busca de novos canais de escuta da população; a implantação de Conselhos de Gestão Participativa nos Estabelecimentos de Saúde federais e municipais; e a intersetorialidade adotada como Prática de Gestão (PES/SC, 2011, p. 181).

O documento aponta os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços institucionais de gestão compartilhada da saúde que têm provocado grande

transformação no processo político-institucional, porém não aponta quais transformações são indicativos desta.

Enquanto o PES/PR menciona os recursos financeiros ligados à Participação Social indica que a prioridade não se dá em torno da Participação Social e sim rodeia o acesso dos recursos, somado à falta de autonomia frente à gestão, a falta de integração entre as entidades; fragilidade para discussão do conselho perante o gestor; site do CES desatualizado, bem como falta de informação; falta de capacitação para os conselheiros; falta de presença nas atividades do CES (esvaziamento das comissões); quantidade insuficiente de funcionários na Secretaria Executiva do CES; falta de assessoria técnica: contábil, jurídica, comunicação, estrutura física com necessidade de ajustes; falta de definições de prioridades e organização das atividades; falta definir prioridade entre prevenção e área assistencial; falta de integralidade das ações dos conselheiros (o conselheiro deve falar da saúde como um todo e não apenas rever as necessidades de sua entidade); falta de fortalecimento dos segmentos e de representatividade local, neste ponto, o “burocratismo” da política de saúde faz-se evidente, no sentido de que multiplica instâncias e exigências para acessar estes recursos conselheiros estaduais, responsabilização das representações do CES/PR.

É importante observar que a Classe Dominante cria estratégias de barrar a participação mais ampla das Classes Subalternas das mais diversas maneiras, seja recortando recursos, seja desviando as direções políticas e realiza estes movimentos desde a sociedade política ou desde os aparelhos privados de hegemonia. Vede que a luta de classes envolve elementos importantes como a desigualdade de acesso aos bens produzidos socialmente e a ideologia resultando numa disputa por interesses antagônicos na qual a Classe Dominante detém os meios de produção, por tanto a ela pertence a dominância da hegemonia.

Simionato (1999, p. 43) evidencia que no pensamento Gramsciano, falar de hegemonia como “direção intelectual e moral”, fala-se que a direção hegemônica “deve exercer no campo das ideias e da cultura, manifestando a capacidade de conquistar o consenso e de formar uma base social”. Sem perder de vista,

que as classes dominantes repassam a sua ideologia e realiza o controle do consenso através de uma rede articulada de instituições culturais, que Gramsci denomina de “aparelhos privados de hegemonia”. Estes aparelhos têm por finalidade inculcar nas classes exploradas a subordinação passiva,

através de um complexo de ideologias formadas historicamente. Quando isso ocorre, a subalternidade social também significa subalternidade política e cultural (Ibid.).

PES/RS aponta que a coordenação executiva do sistema estadual de Participação Popular e cidadã é realizada pela Secretaria do Planejamento, Gestão e Participação Cidadã (SEPLAG). Os recursos disponíveis para investimento em ações e serviços regionais e municipais têm sido distribuídos proporcionalmente à população de cada região, obedecendo às ponderações de distribuição segundo critérios definidos pelo Índice de Desenvolvimento Social e Econômico - IDESE, calculado pela Fundação de Economia e Estatística (FEE).

Competem as Coordenações Regionais da Participação Cidadã (compostas pelos COREDES e Delegados eleitos nas Assembleias Regionais) organizar a Consulta Popular, que é precedida por audiências públicas municipais e regionais. As prioridades são decididas pelos cidadãos, por voto secreto em urna ou por meio eletrônico, estando habilitados a votar apenas os indivíduos com domicílio eleitoral na região geográfica do COREDES correspondente.

PES/SC menciona a Gerência de Auditoria da SES (GEAUD) a realiza auditoria, de forma contínua e permanente no âmbito do SUS, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos Tribunais de Contas do Estado, da União e pelos órgãos de Controle Interno do Estado e dos Municípios. As demandas apuradas pela GEAUD são oriundas das ouvidorias estaduais e SES. Ainda, por procura direta do cidadão, Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, Setores da SES, Gerências Regionais de Saúde, Gerências da DIPA, alarmes, outros órgãos do governo, Secretarias Municipais de Saúde, Ministério Público, Procuradorias, Controladoria Geral da União, Tribunal de Contas do Estado e da União.

Cabe destacar ainda que o PES/SC realizou em 2009 como partes do Planejamento e Gestão da Informação em Saúde, um Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais de Saúde, o documento releva que estas ações de educação permanente “precisam necessariamente ser fortalecidas, porém a DEPS acredita que vem caminhando a passos largos para a mudança do conceito de educação na saúde, visando à transformação dos processos de trabalho de forma significativa para os trabalhadores da saúde, sendo necessária a articulação das diversas áreas e o

incremento financeiro, além da reestruturação das áreas físicas das escolas do Estado”.

A definição das metas é imprescindível na elaboração dos Planos já que, neles devem constatar os indicadores e os horizontes prioritários de cada esfera de governo, pois a partir dele é que será elaborado o Relatório de Gestão para a divulgação e avaliação dos resultados obtidos.

Sposati refere que “os movimentos sociais, fortes nos anos 1980 e 1990, e hoje mais diluídos, colocaram-se no âmbito da democracia social e política”. Reivindicaram e conquistaram, ainda que pontualmente, a introdução de novo formato participativo na gestão das Políticas Sociais, incorporado à descentralização e à presença da Participação Popular e do controle social. Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, foram instituídos diversos mecanismos e formas de Participação Social como conselhos, conferências, ouvidorias, processos de participação no ciclo de planejamento e orçamento público, audiências e consultas públicas, mesas de diálogo e negociação, entre outros.

Se, aparentemente, estava em curso um processo participativo ampliado, o limite dos orçamentos públicos municipais e sociais reduzia (e reduz ainda) as possibilidades reais de Políticas Públicas sociais universais que permitissem incluir a todos. Muitas novas experiências foram desencadeadas, mas sempre pontuais, sem condição de produzir a igualdade de possibilidades a todos que demandavam respostas às suas necessidades (SPOSATI, 2011, p. 108).

O Ministério de Saúde indica que nas metas serão elaborados -na forma de planilhas, nas quais devem constar tanto- as metas físicas e financeiras das ações traçadas nas agendas dos governos, de maneira que possa permitir a mensuração e o acompanhamento da execução das ações planejadas. A elaboração delas é anual, dessa forma podem representar um detalhamento ou uma forma de apresentação mais ágil das metas estabelecidas nos Planos de Saúde, que são quadrienais, e elaborados de forma ascendente, mediante um processo de integração, adaptação e revisão crítica.

Considerando os principais problemas apontados na análise situacional e contextualização sobre o SUS, as linhas pelas quais são traçados o conjunto de ações e as metas para alcançar o que propõe os objetivos.

O PES/PR aponta os objetivos, diretrizes, ações e metas da seguinte forma: Nos objetivos que dizem respeito à Participação Social, indicam o aperfeiçoamento

do SUS no Paraná para reduzir as distâncias e o tempo de resposta do atendimento às necessidades da atenção à saúde do cidadão, levando a Saúde mais perto das pessoas por meio das Redes de Atenção à Saúde, organizadas em todas as 22 regiões do Estado do Paraná. E atende na diretriz N°15 a “Ampliação e Fortalecimento dos Espaços de Participação da Sociedade e do Controle Social” (PES/PR, 2013, p. 169).

Abaixo descrevemos as ações, metas e indicadores que diz respeito à Participação Social.

Participação da Sociedade

Ações:

1. Estruturação e Qualificação das Ouvidorias Regionais do SUS-SESA;
2. Qualificação e ampliação do número de Ouvidorias do SUS no Paraná;
3. Participação e apoio ao Sistema Nacional de Ouvidoria;
4. Participação da Integração das Ouvidorias do Estado do Paraná;
5. Elaboração e divulgação de Material Educativo que propicie o conhecimento da população sobre seus direitos e deveres nos serviços do SUS/PR.

Metas:

- 2012 - Implantar Ouvidorias Municipais nos municípios que recebem recursos do PARTICIPA SUS (92) e em municípios acima de 50.000 habitantes (32 municípios que ainda não têm Ouvidoria).
- 2013/2015 - Implantar em 275 municípios.

Indicadores: Percentual de ouvidorias implantadas nos municípios, atendendo a critérios pactuados.

Controle Social

Ações do CES/PR, com resultados para a sociedade:

1. Fortalecer o SUS com equidade e acesso universal aos serviços públicos de saúde com qualidade;
2. Articular as ações do CES com os Conselhos Municipais de Saúde para o exercício do controle social.

Não há metas e indicadores em 2012 para o Controle Social. Em 2013/2015 consta as metas e indicadores a seguir.

Metas:

1. Fiscalizar e avaliar a execução do Planejamento Plurianual, do Plano Estadual de Saúde, da Lei de Diretrizes Orçamentárias, a Lei Orçamentária Anual e o Relatório Anual de Gestão. Indicador: % de cumprimento de cada instrumento de gestão.
2. Garantir o cumprimento de 100% das deliberações e resoluções do CES/PR, das plenárias temáticas e das Conferências Gerais. Indicador: % de cumprimento das deliberações e resoluções do CES/PR.
3. Realizar 422 capacitações. Indicador: % de capacitações realizadas;
4. Realizar 1 encontro anual com o Ministério Público e o Tribunal de Contas. Indicador: Ata do Encontro realizado;
5. Aprovar o do novo Regimento Interno Indicador: Novo Regimento Interno aprovado e publicado;
6. Realizar 01 reunião por macrorregional por ano. Indicador: % de reuniões realizadas;
7. Publicar Resolução do CES definindo critérios de participação em eventos de interesse do CES. Indicador: Resolução publicada;
8. 100% de participação das entidades e conselheiros nas atividades relativas ao CES. Indicadores: % de frequência dos conselheiros nas atividades relativas ao CES; % de temas agendados pelas entidades conselheiras;
9. Acompanhar o perfil sócio-epidemiológico do Estado. Indicador: acompanhar 100% dos indicadores de saúde selecionados;
10. Realizar Conferências de Saúde e Conferências Temáticas agendadas. Indicador: % de conferências realizadas;
11. Promover a participação do CES em movimentos de mais recursos para o SUS. Indicador: Número de participações em eventos relacionados ao financiamento do SUS;
12. Deliberar sobre 100% das propostas orçamentárias para a saúde. Indicador: % das propostas orçamentárias deliberadas;

13. Acompanhar a execução orçamentário financeira. Indicador: Relatório de gestão quadrimestral apresentada;

14. 100% da programação do CES realizada. Indicador: % de execução da programação do CES,

15. Acompanhar a alocação de mais recursos para 100% dos municípios com menor Fator de Redução das Desigualdades Regionais. Indicador: % de municípios com menor Fator de Redução das Desigualdades Regionais e maior alocação de recursos acompanhados.

No referente ao Estado do Rio Grande do Sul, o documento dispõe objetivos específicos para cada modalidade da política de saúde, assim sendo menciona-se Participação Social no “Objetivo 6: Institucionalizar o Planejamento, Monitoramento e Avaliação do SUS”, onde destaca-se que

O processo de planejamento no âmbito da Gestão Estadual do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Como parte integrante do ciclo de gestão, o sistema de planejamento buscará induzir o processo de planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, e promoverá a Participação Social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

No entanto não são pensadas ações e metas para tal; porém é visado como indicador de monitoramento a proporção de Planos de Saúde municipais enviados ao Conselho Municipal de Saúde.

O Objetivo 8 é “Fortalecer as Instâncias de Participação Social do SUS” que aponta para

Buscar e apoiar o funcionamento das instâncias de pactuação, tais como a Comissão Inter-gestores Bipartite (CIB) e a Comissão Inter-gestores Regional (CIR), tendo em vista o fortalecimento e a ampliação da construção coletiva e participativa da gestão do SUS. Apoiar os Conselhos de Saúde, Conferências e Movimentos Sociais que atuam no campo da saúde, potencializando seu papel na gestão do SUS. Garantindo infra-estrutura e recursos para o pleno funcionamento do controle social” (PES/RS, 2013, p. 230).

No quesito Ouvidoria o objetivo refere-se à qualificação da atuação da Ouvidoria, com ênfase na ampliação e capacitação da equipe técnica da rede e no desenvolvimento de ações em Ouvidoria Ativa. Sendo o Objetivo 10 “Fortalecer a Auditoria do SUS”, onde se pretende ampliar e qualificar a Auditoria Assistencial e de Gestão, auxiliando os municípios na formulação da Política de Auditoria no Estado.

Fortalecimento da Auditoria Médica Estadual, entendendo a Auditoria como Ferramenta de Gestão, estimulando a qualificação dos profissionais que trabalham com a Auditoria.

Já no Objetivo 14 está previsto “Desenvolver Estratégias de Educação Permanente em Saúde”. As estratégias de educação permanente em saúde têm como foco qualificar a atenção a saúde, controle social e movimentos sociais.

O PES/RS define as diretrizes em dois eixos: 1) **gestão em saúde:** Considerado como estímulo a processos de gestão de qualidade e ao uso eficiente dos recursos públicos, com acompanhamento sistemático das políticas e dos processos de trabalho, assegurando as práticas legais de financiamento no SUS/RS, bem como fortalecendo e expandindo a infra-estrutura do SUS no Rio Grande do Sul. 2) **educação e pesquisa em saúde coletiva:** apontado como incentivo às ações de educação e pesquisa em saúde, tendo em vista contribuir para o desenvolvimento tecnológico e a qualificação do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul, fortalecendo a Escola de Saúde Pública como pólo de formação de trabalhadores, gestores e de conselheiros de saúde.

Nestes dois eixos englobam-se ações e metas para:

1. Educação e Pesquisa em Saúde Coletiva: Indica o documento que para desenvolver estratégias de Educação Permanente em Saúde; as ações deverão ser elaboradas, planejadas e executadas em parceria com outros departamentos e órgãos da Secretaria da Saúde e com os governos federal e municipal, instituições de ensino e, quando necessário, com outras Secretarias de Governo, tendo em vista atender as demandas loco/regionais.
2. Participação: as metas sugeridas para os anos 2012-2015: a) Realizar Conferência Estadual de Saúde em 2015. b) Pactuar e aprovar no CES e na CIB o Plano de Ação para a execução dos recursos para o financiamento das ações de Participação Social. c) Implementar 30 Comissões Inter-gestores Regionais (CIR).
3. Controle Social do SUS (Conselho Estadual de Saúde): as metas para 2012-2015 - Sob responsabilidade do Conselho Estadual da Saúde: indicam: a) elaborar/produzir documento com a memória histórica do Controle Social no SUS no Rio Grande do Sul; b) editar 06 jornais a cada ano; c) elaborar folder sobre as 35 propostas da Conferência Estadual que foram encaminhadas para

a Conferência Nacional de Saúde; d) Reeditar texto da legislação do SUS; e) apresentar e aprovar cronograma de plenárias do CES; f) realizar seminário nas sete macrorregiões de saúde; g) levantar em hospitais públicos e conveniados o que se refere à execução do funcionamento dos conselhos gestores e das comissões técnicas; h) constituir força-tarefa para assessorar os Conselhos Municipais de Saúde; i) implantar a política de educação permanente para o Controle Social do SUS; j) monitorar e ampliar o Programa de Inclusão Digital (PID); j) qualificar os Conselheiros do Conselho Estadual de Saúde e dos Conselhos Municipais de Saúde, k) informar e comunicar os temas no campo do controle e l) melhorar a estrutura do CES.

4.Ouvidoria: As metas propostas para 2012-2015, indicam: a) elaborar 01 (um) Projeto para o desenvolvimento de ações em Ouvidoria Ativa no RS com a participação das áreas técnicas da SES e as CRS; b) qualificar a rede da Ouvidoria do SUS no RS, realizando no mínimo 02 eventos a cada ano; c) apoiar a implantação de ouvidoria em 77 municípios; d) implementar a Auditoria Estadual do SUS; e) realizar concurso público para os cargos de Auditor Médico, Auditor Enfermeiro e Auditor Contábil.

5.Educação e Pesquisa em Saúde Coletiva: No seu objetivo 14 indica desenvolver Estratégias de Educação Permanente em Saúde, propõe, “qualificar 2040 trabalhadores/alunos na área do Controle Social, participação e movimentos sociais” (PES/RS, 2013, p. 239).

O Estado de Santa Catarina não traz nos moldes de diretrizes, ações e metas suas propostas de ação e sim como lista de problemas prioritários na qual elenca sob três eixos os desafios para o quadriênio: Sendo o 1º eixo: condição de saúde da população, na qual se aborda: a) Morbidade e Mortalidade de Grupos Populacionais Específicos; Criança; Mulher; Adolescente e Jovem; Idoso; Trabalhadores; Pessoa com deficiência, Indígenas e População prisional; b) Áreas de Atenção Especial, na qual elenca os desafios na: Saúde mental; Saúde Bucal; Alimentação e Nutrição; c) A Atenção Integral à Saúde focado na Atenção Básica; d) A Média e Alta Complexidade em Atenção hospitalar, Urgência e Emergência; e) Vigilância em Saúde com atenção

à Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica, f) Assistência Laboratorial e f) Assistência Farmacêutica.

No 2º eixo, Condicionantes e determinantes, elenca-se o Ambiente e Saúde e Promoção da Saúde. Já no 3º eixo Gestão em Saúde, delimita-se em Regionalização; Planejamento; Regulação; Auditoria; Contratualização, Pacto de Gestão e Participação Social, onde se destaca a “não efetivação do Controle Social” (PES/SC 2011, p. 201); Gestão do Trabalho; Educação Permanente e Informação em Saúde.

Logo no seguinte ponto apontam-se os “Objetivos, Diretrizes e Objetivos Específicos” das

- 1.CONDIÇÃO DE SAÚDE, que não traz nenhuma menção à Participação Social;
- 2.CONDICIONANTES E DETERMINANTES, aponta em seu 1º objetivo geral: Reduzir os riscos decorrentes de fatores ambientais e antropogênicos que contribuem para a ocorrência de problemas de saúde na população. Assim mesmo na 5ª diretriz indica a promoção da saúde, prevenção dos riscos e mitigação dos efeitos decorrentes dos desastres de origem natural e antropogênica, sendo objetivo específico elaborar e implantar, com Participação Social, o plano estadual regionalizado para atuar na promoção da saúde, na prevenção de riscos e nas respostas em situações de desastre;
- 3.GESTÃO EM SAÚDE. Apresenta o objetivo geral para “Fortalecer a gestão do SUS nas esferas de governo estadual e municipal”, trazendo na 3ª diretriz a proposta do fortalecimento da participação e do controle social e como objetivos específicos: a) Garantir a participação dos conselheiros estaduais nas conferências, plenárias de conselhos e demais fóruns de discussão do SUS; b) Qualificar e ampliar o serviço de ouvidoria do SUS. Na 5ª diretriz, propõe a qualificação dos profissionais e do controle social por meio da educação permanentes sendo objetivos específicos, entre outros, “Realizar capacitações sistemáticas de conselheiros de saúde no Estado”.

Além destes, o PES/SC ainda elenca menções da Participação Social nas considerações finais apontando que

Na perspectiva técnica este plano deve ser monitorado pela Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação da Secretaria de Estado da Saúde e na da sociedade cabe ao Conselho Estadual de Saúde estabelecer mecanismos

de acompanhamento do cumprimento das diretrizes e metas estabelecidas para o período de vigência deste documento” (PES/SC, 2011, p. 212).

No contexto da SES/SC, as áreas técnicas específicas devem pautar suas ações tendo este documento como referencial norteador.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na conjuntura brasileira, relação capitalista de produção, a esfera da saúde é um importante espaço de disputa. No desenrolar da história chega-se à concepção do SUS como a conhecemos hoje. A partir da Carta Magna de 1988, onde se instaura a Democracia no Brasil, esta Política Social inseriu no seu seio algumas demandas das Classes Subalternas, esta inserção resulta da proposta de Reforma Sanitária entre dois projetos sociais antagônicos de Reforma de Estado. Neste sentido foi trabalhado a Participação Social resgatando algumas nuances históricas das lutas travadas no país.

Nosso ponto de apoio se sustenta naquilo que Marx já nos alertava; “O capital não tem, por isso, a menor consideração com a saúde e com a vida do trabalhador, a não ser quando a sociedade o compele a respeitá-la.” Marx (2011, p. 312). Neste sentido, mantemos no horizonte que, apesar de ser um âmbito fértil de disputa entre as classes sociais, a área da saúde que é sempre mobilizadora dos diversos setores políticos, sociais, públicos, filantrópicos, eclesiais e de mercado, a Classe Dominante vem colocando-se como promotora das relações sociais, tendo a sociedade política como berço de articulação.

A Classe dominante assumiu um papel central no desenvolvimento do planejamento e serve-se de inúmeras estratégias com toda sua complexidade para atingir seus objetivos. Uma destas estratégias, “o senso comum”, considera-se neste trabalho desde a perspectiva Gramsciana que a considera como, “(...) uma concepção de mundo que se manifesta implicitamente na arte, no direito, na atividade econômica, em todas as manifestações de vida individuais e coletivas” (GRAMSCI, 2002 p. 16).

A Classe Dominante, organizada desde a sociedade política, detém os meios de produção e através destes meios, se apropria do fruto do trabalho alheio e dos bens produzidos socialmente. Além do mais tem ao seu serviço os aparelhos privados de hegemonia - as instituições estatais -, onde se articulam as Políticas Públicas e entre elas a Política de Saúde e Seguridade Social. É a partir dos diferentes espaços institucionais onde se constrói as relações que sustenta, organiza e confere materialidade para garantir a reprodução social.

Na sociedade capitalista, a história se tece nas relações de submissão, cooperação ou de disputa entre e nas classes sociais para preservar, fortalecer,

aperfeiçoar ou extinguir o regime de produção e reprodução social. No Brasil, com seu modo de construção da sociabilidade a Classe Dominante perpetra (na sua capacidade incrível de se re-inventar) estratégias de lutas que lhe permite a reprodução de sua ideologia e deixou heranças de submissão, das Classes subalternas.

Na formação da Sociedade Brasileira as Classes Subalternas foram completamente excluídas da Sociedade Política, no entanto, com a participação social e sua articulação na Sociedade Civil, houve a incorporação de outros tons na sociabilidade, que fogem dos interesses da Classe Dominante. As Classes Subalternas, com suas lutas, tensionaram para a construção da democracia e a incorporação de interesses que a representassem na Sociedade Política.

A política de Saúde, neste trabalho é observado desde os Planos Estaduais de Saúde, focando na expressão da participação de estas duas classes antagônicas. Nestes documentos, ainda se espelha os limites alcançados pelas Classes Subalternas nas Instituições Estatais, representados através das Conferências, e os Conselhos de Saúde e evidencia que apesar de inscritos, a garantia da Participação Popular na Constituição Federal, a força da Classe Dominante enredou, na realidade a Participação das Classes Subalternas, tornando as instituições estatais cada vez mais inóspitas aos interesses sociais, favorecendo os interesses conservadores privatistas.

As relações sociais evidenciam que há sim uma intencionalidade de construção de uma nova sociabilidade, onde cada vez mais se incluam interesses que favoreçam a toda a sociedade, neste sentido as Classes Subalternas tem uma intencionalidade na política de Saúde. No entanto, há uma questão importante a ser observada pelas Classes Subalternas: e trata-se das estratégias de luta e da necessidade de organizar com clareza as ações de efetivação das propostas a serem atingidas.

Trata-se de compreender que a esfera da Sociedade Civil, é o espaço onde as possibilidades reais de articulação e mudanças. Paiva, Rocha, Carraro, 2012 muito bem nos recordam que as aspirações do Povo (referindo ao que chamamos de Classes subalternas) tem horizonte e levar em conta que

assim, no escopo de tais processos, o estabelecimento de medidas no campo das Políticas Sociais não deve ser percebido como uma espécie de panaceia harmonizadora e corretora da caótica desigualdade do capitalismo, pois, pela via da radicalização democrática e de maneira substancialmente popular, intenta-se construir Políticas Sociais públicas que se propõem revigorar as dinâmicas organizativas da população, na perspectiva da constituição de um novo projeto societário (PAIVA; ROCHA; CARRARO, 2012, p.279).

Somente tendo como horizonte a superação da sociedade capitalista que tem na sua essência a exploração do homem pelo homem, priorizando interesses apenas de uma pequena parcela da sociedade é que poderá se construir as condições objetivas da participação social onde todos tenham voz e vez.

A defesa dos projetos se faz tanto na Sociedade Civil quanto na Sociedade Política, e no Brasil numa relação capitalista de produção é que as classes sociais disputam a construção da hegemonia e, possivelmente, de uma nova hegemonia por meio de seus diferentes espaços entre eles as diferentes instituições (aparelhos privados de hegemonia da Classe Dominante). São também nestes espaços que se disputam as ideologias nas quais as relações se cultivam e se organizam na cotidianidade da vida. “A formação de uma nova cultura está, portanto, também ligada à crítica ao senso comum que, para Gramsci, é o ponto de partida e ponto de chegada, é o processo de crescimento da vontade coletiva” (SIMIONATTO, 2004, p. 83).

Os aparelhos (privados) desempenham um papel proeminente na difusão das ideologias e de valores das diferentes classes sociais e são utilizados pelas classes sociais para disputar ou manter a hegemonia. As organizações vinculadas à defesa dos interesses das Classes Subalternas visam à construção de uma nova cultura política e de uma contra-hegemonia; a disputa através do planejamento para a saúde da população nos Planos Estaduais de Saúde (aparelho privado de hegemonia) ocorre por meio do tensionamento de diversas forças e de embates (no âmbito da sociedade civil).

Nesse sentido, se a hegemonia e consenso estão na base da sociedade civil, entende-se a formação de uma nova hegemonia que deve ter como ponto de partida o consenso entre governantes e sujeitos coletivos (partidos políticos, sindicatos, movimentos sociais, instituições) orgânicos, e na capacidade de articulação de lutas na criação de um novo Estado, em todos os espaços, inclusive em espaços onde se discutem a saúde da população. Portanto, se evidencia a necessidade de fortalecimento da sociedade civil, no sentido da ampliação da consciência crítica das

Classes Subalternas, ressaltando a importância da sua participação planejada e organizada, visando à disputa de outro modelo social, de forma dialética, real e histórica enquanto sujeitos políticos na luta contra-hegemônica.

A construção de uma nova hegemonia é para as Classes Subalternas, um movimento essencial de transformação política e de aglutinação de vontades que passam de individuais a coletivas. Essa vontade coletiva é um ponto que aproxima os sujeitos políticos entre si e que, em consequência, os insere no campo da luta contra-hegemônica. Esse processo, no entanto, é demorado e se faz no miúdo.

A história mostra, durante o processo da Reforma Sanitária, que é possível a disputa pela hegemonia, já que foram inseridas na Constituição de 1988 valores que favorecem a um projeto socialista, porém as inserções destes valores na constituinte não foram suficientes para a garantia do seu cumprimento. As lutas precisam ser travadas visando, com clareza, a construção deste novo projeto social, faz-se necessário constantemente desmascarar as estratégias da Classe Dominante e munir-se de escudos contra o encandeamento através de contratos aparentes.

A expressão da Participação Social nos Planos Estaduais de Saúde elenca o movimento da Classe Dominante e situa-o no interior de limites análogos ao acesso à saúde. Ou seja, não se pode ampliar o nível de satisfação da Participação Social além do ponto em que tal ampliação impeça a reprodução do capital. Mas, em contrapartida, com o movimento das Classes Subalternas, que com suas lutas colocou nos marcos legal a Participação Social, não se pode reduzir o nível de participação abaixo do limite mínimo (entendido também no sentido histórico-moral) a não ser que se rompam as regras consensuais que fundamentam uma ordem política liberal-democrática.

Esta garantia de Participação Social nas instâncias institucionais do Estado, somada à formação sócio-histórica, é uma navalha de dois gumes, pois os instrumentos de luta das Classes Subalternas, nos moldes capitalistas, estão abaixo dos instrumentos de luta da Classe Dominante. Neste sentido, as tendências da Participação Social identificadas nos documentos mostram que ainda prevalecem as lutas e interesses da Classe Dominante e a proposta da atenção à saúde é cada vez mais individualizada e privatista.

Nestes moldes sociais não é possível compatibilizar a plena cidadania política e social com o capitalismo. Assim como a expansão dos direitos políticos, da democracia participativa, quando impulsionada além de certo limite, pois entra em choque com a dominação capitalista, também a expansão dos direitos sociais termina por encontrar obstáculos na conservação da lógica da acumulação do capital.

Apesar dos inúmeros espaços de Participação Social promovidos pelo Estado, a nível Nacional, temos os Conselhos Nacionais, as Conferências Temáticas de Políticas Públicas, as mesas de diálogos com os movimentos sociais, as reuniões com movimentos sociais e a precursora do presidente; a nível Estadual e Municipal pode-se citar outros tantos-, estes espaços além de serem extremamente fragmentados (um conselho para cada política pública), dificultam a apreensão dos para opinar ou marcar alguma direção contrária à hegemonia dominante.

Estes espaços densos são insuficientes para assegurar que os cidadãos brasileiros, mesmo que tivessem informações qualificadas, opinem racionalmente sobre os mais diversos temas da vida nacional, ou sobre as prioridades a ser desenvolvidas nas Políticas Públicas.

Os Planos Estaduais de saúde têm expressado como a Classe Dominante de distintas formas e em inúmeras medidas se mostra marcando tendências de favorecimento da continuidade da hegemonia vigente.

Neste sentido, reforçamos que os enfoques dados à Participação Social podem possibilitar uma discussão mais ampla sobre as relações de produção e reprodução social; ao mesmo tempo, tirar de cena a carga de culpa sobre as Classes Subalternas pela “falta de interesse” pelas coisas públicas e pela marginalidade da Participação Popular, já que a tensão colocada do outro lado da disputa, na maioria das vezes é resistente e desigual. Mas, entendê-la como processo disputável abre um leque de possibilidades, de estratégias e tensionamentos nos espaços institucionais, possibilitando instrumentos de lutas pelas direções -políticas, econômicas e sociais- visando à conquista da hegemonia que favoreça o acesso universal aos bens produzidos socialmente.

REFERÊNCIAS

ARACY, Valerio. Duas teses sobre a situação internacional in ABRAMIDES, Maria Beatriz; DURIGUETTO Maria Lúcia (Orgs.); Movimentos Sociais e Serviço Social: uma relação necessária. São Paulo: Cortez Editora. 2014.

BORDENAVE, JUAN E. DIAZ. **O que é participação** 6ª re-imp. da 8ª Ed. – São Paulo: Brasiliense, 2013 – (Coleção primeiros passos; 95).

BUTTIGIEG, A. Joseph. **Subalternos**. In LIGUORI, Guido; VOZA, Pasquale. Dicionário Gramsciano (1926 – 1937). Tradução Ana Maria Chiarini; Diego Silveira Coelho Ferreira; Leonardo de Oliveira Galastri e Silva De Bernardinis. Revisão técnica Marco Aurélio Nogueira. 1ª Ed. – São Paulo : Boitempo, 2017.

CHIZZOTTI, Antônio. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 1991.

COSPITO, Giuseppe; DE GIOVANNI, GERRATANA, PAGGI, 1977; D'ORSI, 2008; FRANCONI, 1984. In LIGUORI, Guido; VOZA, Pasquale. Dicionário Gramsciano (1926 – 1937). Tradução Ana Maria Chiarini; Diego Silveira Coelho Ferreira; Leonardo de Oliveira Galastri e Silva De Bernardinis. Revisão técnica Marco Aurélio Nogueira. 1ª Ed. – São Paulo : Boitempo, 2017.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Cidadania e modernidade**. Perspectiva. São Paulo: Cortez, 1999. In: <https://periodicos.fclar.unesp.br/perspectivas/article/download/2087/1709>

COUTINHO, Carlos Nelson. **Contra a Corrente: ensaio sobre democracia e socialismo**. 2.ed.rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2008

COUTINHO, Carlos Nelson. **GRAMSCI: fontes do pensamento político**. Porto Alegre: Editores: L&PM – Porto Alegre – Rio Grande do Sul, 1981

COUTINHO, Carlos Nelson. **Marxismo e Política** 2011. In: <https://mega.nz/#F!vOpwmQiJ!nJFgpdsE-0mCF0yOOQYqCA!7D4znKYI>

COUTINHO, Carlos Nelson. **Representação de interesses, formulação de políticas e hegemonia**. Reforma Sanitária: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989

DAGNINO, Evelina (2004) “¿Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando?” En Daniel Mato (coord.), Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, pp. 95-110.

DAVID, Clarete Teresinha Nespolo de. **A participação política dos atores coletivos do campo popular no movimento de reformas na saúde no Rio Grande do Sul'** 29/08/2014 240 f. Doutorado em SERVIÇO SOCIAL Instituição de Ensino: PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL, Porto Alegre Biblioteca Depositária: PUCRS. In: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=1561909

DIAS, Edmundo Fernandes. **Textos didáticos: a liberdade (im)possível na ordem do capital.** – reestruturação produtiva e passivização. Campinas: IFCH/Unicamp, 1997.

FERNANDES, Florestan, **A revolução burguesa no Brasil.** Ensaio de interpretação sociológica. Rio de Janeiro. Zahar Editores, 1975

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere.** Tradução de Luiz Sérgio Henriques. Volume 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

GRAMSCI₁, Antonio. **Cadernos do Cárcere.** Tradução de Luiz Sérgio Henriques; co-edição, Carlos Nelson Coutinho e Marco Aurélio Nogueira. Volume 5. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

GRAMSCI₂, Antonio. **Cadernos do Cárcere.** Tradução de Luiz Sérgio Henriques. Volume 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

GRAMSCI₃, Antonio. **Cadernos do Cárcere.** Tradução de Luiz Sérgio Henriques. Volume 3. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

GRAMSCI₄, Antonio. **Cadernos do Cárcere.** Tradução, organização e edição, Carlos Nelson Coutinho, Marcos Aurélio Nogueira de Luiz Sérgio Henriques. Volume 6. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

IANNI, Otavio. **O ciclo da Revolução Burguesa.** Editora Vozes Ltda. Petropolis RJ-Brasil 1984

IASI, Mauro. in ABRAMIDES, Maria Beatriz; DURIGUETTO Maria Lúcia (Orgs.); **Movimentos Sociais e Serviço Social: uma relação necessária.** São Paulo: Cortez Editora. 2014.

KRÜGER, Tânia Regina (org). **As conferências de Saúde e os Planos Municipais de Saúde: considerações sobre o significado da participação popular em Santa Catarina.** 1ª edição. DIOESC Santa Catarina. 2012

KRÜGER, Tânia Regina (org). As conferências de Saúde e os Planos Municipais de Saúde: considerações sobre o significado da participação popular em Santa Catarina. 1ª edição. DIOESC Santa Catarina. 2015

LA PORTA, Lelio. **Domínio**. In LIGUORI, Guido; VOZA, Pasquale. Dicionário Gramsciano (1926 – 1937). Tradução Ana Maria Chiarini; Diego Silveira Coelho Ferreira; Leonardo de Oliveira Galastri e Silva De Bernardinis. Revisão técnica Marco Aurélio Nogueira. 1ª Ed. – São Paulo : Boitempo, 2017.

MARX, K. e ENGELS, F. O Manifesto do Partido Comunista. São Paulo: Cortez, 1998.

NEVES, Angela Vieira. **Ameaças à democracia hoje: desafios contemporâneos**. In. Participação Social Democracia e Gestão: Desafios Contemporâneos.

SILVA, Benedicto – Coordenação Geral. **Dicionário de Ciências Sociais**. Fundação Getulio Vargas. Editora da Fundação Getulio Vargas. Rio de Janeiro – 1986

SIMIONATTO, Ivete. A cultura do capitalismo. Novos consensos e novas subalternidades. In: COUTINHO, Carlos Nelson; TEIXEIRA, Andréia de Paula (Orgs.). Ler Gramsci, entender a realidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

SIMIONATTO, Ivete. **Classes subalternas, lutas de classes e hegemonia: uma abordagem gramsciana**. Revista Katalysis, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Serviço Social, v. 12, n. 1 (jan./jun.). Sujeitos políticos, lutas sociais e direitos. Florianópolis: Editora da UFSC, 2009.

SIMIONATTO, Ivete. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. 3. Ed. Florianópolis: Ed. da UFSC; São Paulo: Cortez Editora, 2004

SIMIONATTO, Ivete. **O social e o político no pensamento de Gramsci** in Gramsci e o Brasil, 1997 <https://www.acesa.com/gramsci/?id=294&page=visualizar>

SIMIONATTO, Ivete; SILVA, Louvani. **Quilombolas no contexto de luta pela terra**. Fazendo Gênero 9. Diásporas, Diversidades, Deslocamentos 23 a 26 de agosto de 2010 In: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278295675_ARQUIVO_ArtigoFazendoGenero9-VersaoFinal.pdf

WEB SITES CONSULTADOS

BRASIL. Decreto Nº 8.243, de 23 de maio de 2014
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8243.htm.
Acessado em 10/08/2015

IBGE http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_territ_area.shtm.
Acessado em 30/1/2015

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde Paraná 2012-2015. – Curitiba: SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2013. CDD: 614.98162

Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2012/2015. Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre, 2013. ISBN NLM WA 541.DB8

Santa Catarina. Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Saúde: 2012/2015. – Florianópolis: Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, 2011

Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006 in
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html
acessado em 22/02/2014

MINISTÉRIO DA SAÚDE . Norma Operacional Básica Do Sistema Único De Saúde NOB-SUS 01/96. PORTARIA MS/GM Nº 2.203, DE 5 DE NOVEMBRO DE 1996 Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, nº 216, 6 nov. 1996. Seção 1, p. 22932-40 <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0218.pdf> acessado em 11/1/2016

³MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUS. Instrumentos de gestão em saúde, Brasília – Distrito Federal in http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf, acessado em 20/02/2017

Tribunal Superior Eleitoral (TSE). Áudio do jornalista Jair Cardoso in <http://www.tre-am.jus.br/imprensa/radio> Acessado em 24/02/2016