

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE
TURMA RET – SUS

Lavinne de Sousa Oliveira Silva

CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE:
uma análise sobre o projeto de participação social

Rio de Janeiro
2019

Lavinne de Sousa Oliveira Silva

CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE:
uma análise sobre o projeto de participação social

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. André Vianna Dantas

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

S586c Silva, Lavinne de Sousa Oliveira
 Controle social na saúde: uma análise sobre o
 projeto de participação social / Lavinne de Sousa
 Oliveira Silva. - Rio de Janeiro, 2019.
 94 f.

Orientador: André Vianna Dantas

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
Rio de Janeiro, 2019.

1. Saúde Pública. 2. Vigilância Sanitária.
3. Participação Social. 4. Política de Saúde.
5. Conselhos de Saúde. I. Dantas, André Vianna.
II. Título.

CDD 614.0981

Lavinne de Sousa Oliveira Silva

CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE:
uma análise sobre o projeto de participação social

Dissertação apresentada à Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
como requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Educação
Profissional em Saúde.

Aprovada em 10/05/2019

BANCA EXAMINADORA

Dra. Marcela Alejandra Pronko – FIOCRUZ/EPJSV

Dra. Ângela Fernandes Esher Moritz – FIOCRUZ/ENSP

Dr. André Vianna Dantas – FIOCRUZ/EPJSV

AGRADECIMENTOS

É que em cada experiência se aprende uma lição. É que em cada experiência se aprende uma lição de que podemos fazer o melhor. É que em cada experiência é que se aprende uma lição de que aquilo que foi motivo de tristezas, de desilusões e de impossibilidades poderia, algum dia, ser instrumento de alegria e de vitórias!! E assim foi minha trajetória no Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Mas isso, só se concretizou porque tive, nesta minha caminhada, pessoas que me incentivaram e não me deixaram desistir desta luta.

Por isso, não posso deixar de agradecer ao meu esposo Diego (companheiro de todas as horas) pela magnífica administração do nosso antro familiar (incluída aqui os transtornos das reformas, o cuidado com os nossos filhos, as saudades...) nos momentos em que estive ausente. De fato você é um belo Administrador! Amo Você! Aos meus filhos amados (Victor e Bernardo) pela compreensão (desculpe-me por tudo!), à minha sogra (Dona Greidi), às minhas irmãs (Nana e tia Gal) por todo carinho com meus filhos (as marmitinhas da CEF e o futebol Bola & Cia agradecem!) e por todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a concretização deste momento. Por ele, eternamente, meu pai!

À ESP-MG, instituição que preza pela formação de seus servidores: meu eterno agradecimento! A cada um dos colegas que colaboraram para a escrita deste trabalho, pelos desabafos (Gi, minha amiga, obrigada pelo acalento!) em especial, aos colegas da Superintendência de Política, Planejamento e Gestão em Saúde (SPPGS). Muito obrigada! Não posso esquecer da formidável contribuição da Núzia (representante da Fiocruz-MG na biblioteca) neste trabalho. Lembrarei sempre das pesquisas que fizemos e dos avisos dos livros disponíveis que fizeram parte da elaboração desta dissertação. Muito obrigada!

Às minhas companheiras e incentivadoras desta trajetória: Juliana Mesquita, Patrícia Rezende, Roberta Morya, em especial à minha mestre, Poliana Assis (muito obrigada por ouvir meus desabafos, minha querida amiga! Ah, pelo o marido tradutor também). À Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio pela acolhida e a todo corpo docente qualificado nas mediações em sala de aula, em especial, ao professor André Dantas (faltam-me palavras para agradecer o quanto contribuiu para o meu desenvolvimento; minha evolução). Meus sinceros agradecimentos!

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo apresentar os fundamentos da estratégia de participação social na saúde, expressa na forma de Conselhos de Saúde, desde sua formulação pelo conjunto de lideranças e militantes ligados ao setor saúde: o Movimento Sanitário. Tal análise parte da compreensão das contradições, dos interesses divergentes no campo da política de saúde pela luta da classe trabalhadora por um projeto – de base emancipadora e promotor de igualdade de condições- a partir da tática de tomada dos aparelhos de Estado pela via da institucionalidade. Identifica-se que embora tal estratégia tenha gerado conquistas no campo dos direitos sociais, resultou no apassivamento das lutas sociais que nos limites, nas alianças e nos consensos possíveis conseguiram implementar o SUS como sistema único e universal e a participação da comunidade na gestão deste sistema por meio das Conferências e Conselho de Saúde. Distante da perspectiva dos autores que localizam (ou tentam justificar) a essência dos problemas, dos limites e das fragilidades do Controle Social no Brasil aos aspectos gerenciais, à nossa formação social, à falta de capacitação, dentre outros apontados na literatura. Chega-se à conclusão de que tais estruturas (ensimesmadas no interior do aparelho estatal) não conseguem reverter a lógica da sociedade civil cindida em classes e precursora das desigualdades sociais, tampouco desenvolverem projetos emancipatórios que visem superar todo tipo de exploração da classe trabalhadora brasileira. Tal perspectiva exigirá reconhecer os limites da participação social no interior da ordem burguesa.

Palavras-Chave: Reforma Sanitária Brasileira. Participação social. Conselhos de Saúde. Sociedade civil. Estado.

ABSTRACT

This work to present the foundations of the strategy of social participation in health, expressed in the form of Health Councils since its formulation by the set of leaders and militants linked to the health sector: the Sanitary Movement. This analysis starts from the understanding of the contradictions, from the divergent interests in the field of health policy by the struggle of the working class for a project - of emancipatory base and promoter of equal conditions - from the tactics of taking the state apparatuses through institutionality. It is identified that, although such a strategy has generated achievements in the field of social rights, it has resulted in the identification of social struggles that have managed to implement the SUS as a single and universal system within the limits, alliances and possible consensuses, and community participation in the management of this system through the Conference and the Board of Health. Far from the perspective of the authors that locate (or try to justify) the essence of the problems, the limits and weaknesses of social control in Brazil to managerial aspects, our social training, the lack of training, among others pointed out in the literature. It can be concluded that such structures (ensimmed within the state apparatus) can not reverse the logic of class-divided civil society and a precursor of social inequalities, nor can they develop emancipatory projects aimed at overcoming all kinds of exploitation of the Brazilian working class. Such a perspective will require acknowledging the limits of social participation within the bourgeois order.

Keywords: Brazilian Sanitary Reform. Social participation. Health Councils. Civil society. State.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
CAPÍTULO 1 - CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE: LIMITES E INTENCIONALIDADES NA CONCEPÇÃO DO PROJETO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS	12
1.1 O CONTROLE SOCIAL E A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA.....	15
1.2. OS ANOS 2000 E O FETICHE DA DEMOCRATIZAÇÃO DO ESTADO VIA PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	23
CAPÍTULO 2 - A FORMALIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE: PROBLEMAS E RETROCESSOS.....	37
2.1 A ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE	38
CAPÍTULO 3 - INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE: UMA NOVA FORMA DE RELAÇÃO ENTRE ESTADO E SOCIEDADE CIVIL	58
3.1 ESTADO E SOCIEDADE CIVIL NO PROCESSO DE REDEMOCRATIZAÇÃO BRASILEIRA: EM BUSCA DA LEGITIMIDADE DAS AÇÕES ESTATAIS E DA HEGEMONIA DE CLASSES.....	61
3.2 INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE: SOCIEDADE CIVIL CONTROLANDO O ESTADO.....	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	821
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86

INTRODUÇÃO

O processo instituinte da participação da população na reorganização dos serviços de saúde é proveniente das lutas sociais inscritas na proposta da Reforma Sanitária Brasileira, que tinham como horizonte a reformulação do setor saúde a partir da transformação de suas políticas nos aspectos que se referem à criação de um sistema único de saúde; à descentralização e hierarquização das ações e serviços de saúde; à participação e controle da população na reorganização dos serviços e readequação financeira do setor (GERSCHAMN, 2004).

Os pressupostos desse processo tomam corpo, no Brasil, em meados dos anos 1970 quando se evidencia o vigor de um movimento constituído por atores sociais engajados em mudar os rumos assumidos pela política de saúde nesse período. A premissa básica desse movimento era estabelecer estratégias contra hegemônicas com vistas a transformar o “sistema vigente caracterizado pela dicotomia das ações estatais e pela predominância da compra dos serviços privados” de saúde (ESCOREL, 1999, p. 51).

A trajetória política desse movimento na Saúde, que denominamos de Movimento Sanitário¹, não se concentrou apenas na crítica do sistema vigente, mas na “conceitualização da saúde ampliada, relacionada às condições gerais de vida como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação, lazer”, na qual o cuidado ultrapassa o foco do atendimento apenas a doenças, estendendo-se para a prevenção e melhorias das condições de vida” (GERSCHAMN, 2004, p. 55).

As estratégias então de mudanças na política de saúde e a potência das lutas sociais pela democracia resultaram na instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), desenhado na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 (8ª CNS)², como sistema único universal, inscrito na Constituição Federal de 1988 e posteriormente regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142, de 19 de setembro e 28 de dezembro de 1990, respectivamente. Este sistema prevê que o desenvolvimento das ações e serviços de saúde seja realizado de acordo com as diretrizes da descentralização,

¹ O “Movimento Sanitário tratava-se de um grupo restrito de intelectuais, médicos, e lideranças políticas do setor saúde provenientes em sua maioria do Partido Comunista Brasileiro (PCB)” (GERSCHMAN, 2004, p.53).

² A 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, é considerada um marco na história das conferências. Foi a primeira Conferência Nacional da Saúde aberta à sociedade cujo relatório final serviu de base para a elaboração do capítulo sobre saúde da Constituição Federal de 1988, resultando na criação do SUS

do atendimento integral e da participação da comunidade, obedecendo dentre outros princípios, a:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema [...]; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; **VIII - participação da comunidade**; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; [...] (BRASIL, 1990, grifo nosso)

Nesse percurso, a participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais assume o sentido de controle social³ democrático num período que tem como marco o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o aprofundamento do debate referente à democracia. Neste contexto a participação adquire, estrategicamente, papel relevante pela aposta - por parte do Movimento - na participação institucionalizada e permanente da sociedade na gestão do sistema de saúde (SILVA, 2011).

Os contornos mais precisos dessa participação foram estabelecidos nas propostas provenientes da 8ª CNS pela formalização e criação dos Conselhos de Saúde em todos os níveis de gestão do sistema. A partir dessas propostas a participação, agora da comunidade, passar a ser definida como diretriz do SUS na Constituição Federal de 1988, e como princípio estabelecido na Lei 8.080/1990 para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde. No que tange à formalização dos Conselhos, a proposta só veio a ser institucionalizada posteriormente com a Lei 8.142/1990 (CARVALHO, 1995).

Conforme a legislação em vigor, a participação da comunidade na gestão do SUS é instituída por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde; são estabelecidos os parâmetros ideais de estrutura e funcionamento dessas instâncias colegiadas e ainda os critérios para as transferências intergovernamentais de recursos financeiros e a obrigatoriedade da criação de Conselhos de Saúde em cada esfera de governo como

³ Na área da saúde devido à efervescência política do final da década de 70 e à organização do Movimento Sanitário pela luta contra o modelo de médico assistencial vigente, a expressão controle social sobre as políticas públicas foi concebida na perspectiva de os setores organizados da sociedade exercerem controle sobre o Estado. Tal perspectiva previa a participação destes setores desde a formulação de planos, programas e projetos da área até a definição da alocação de recursos com vistas ao atendimento dos interesses da coletividade (CORREIA, 2009).

garantia para o repasse de recursos financeiros destinados ao setor. No que se refere aos parâmetros de estrutura e funcionamento, fica estabelecido que as Conferências de Saúde são compostas pela representação dos vários segmentos sociais, com a função precípua de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde a cada quatro anos. Já os Conselhos, órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, são compostos, paritariamente, por representantes de usuários, do governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde, com a atribuição de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde em cada esfera de governo (municipal, estadual e federal), inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990), competindo-lhes, ainda, dentre outras atribuições:

I- fortalecer a participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS; II - elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento; III - discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde; IV - atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado; V - definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e deliberar sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços; [...] IX - deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde; [...] XVI -fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os recursos transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União, com base no que a lei disciplina [...]. (BRASIL, 2012b)

Definidas as bases da participação institucionalizada na forma de Conselhos e Conferências de Saúde, Silva (2011) identifica duas conjunturas durante este processo que possibilita a compreensão tanto do cenário em que tais instâncias foram encorajadas quanto do cenário em que se visualiza uma tendência ao esvaziamento e despolitização desses espaços. A primeira faz referência às fortes mobilizações e articulação dos movimentos sociais na década de 80 e início da década de 90 pela luta em torno da legalidade dos direitos sociais e da participação nas políticas públicas, período no qual se deu o desenho da proposta de criação dos Conselhos de Saúde. A segunda conjuntura, já no contexto em que tais espaços foram implementados (a partir dos anos 90), é caracterizada por Silva (2011) pela atitude defensiva dos movimentos sociais - ocasionadas pelas determinações das mudanças no mundo do trabalho provenientes do

processo de reestruturação produtiva e das concepções pós-modernas – e pela “regressão dos direitos sociais e de destruição das conquistas históricas dos trabalhadores em nome da defesa do mercado e do capital” (SILVA, 2011, p.118)

A despeito da conjuntura marcada pela regressão dos direitos sociais advindos da consolidação da hegemonia do projeto neoliberal no Brasil a partir da década de 90, este cenário não impediu a investida governamental na implementação dos Conselhos de Saúde. Pelo contrário, os dados apontam que entre os anos de 1991-1997 foram criados no Brasil 4.191 (76% do total existente) Conselhos Municipais de Saúde, sendo esta criação predominante em 1991 (1351) e 1997 (1003) (MOREIRA; ESCOREL, 2009). A expansão desses espaços nestes anos é justificada por Moreira e Escorel (2009) “pelo impacto inicial das normativas que criam e tornam os CMS obrigatórios e pela grande quantidade de localidades que se tornaram municípios, o que explica, também, o fato de, ao longo dos anos seguintes, continuarem sendo criados CMS” (MOREIRA; ESCOREL, 2009, p. 801). Em 2017, esta contabilização atinge o patamar de 5.631 Conselhos instituídos no país⁴.

Esse incremento na criação dos Conselhos bem como o papel desses mecanismos e de outras formas de participação na operacionalidade da democracia vem atraindo a atenção de pesquisadores para a análise acerca da efetividade dessas instâncias participativas no que se refere às decisões sobre a política pública de saúde. A maioria dos estudos que tratam sobre os problemas dos Conselhos de Saúde tem atribuído as dificuldades desses espaços desempenharem as suas funções a problemas relacionados à gestão e à nossa formação social autoritária. Neste trabalho mesmo que tais constatações sejam relevantes para a análise das críticas que comumente se faz em torno desses problemas, procuraremos nos ater aos fundamentos táticos e estratégicos que conceberam a estratégia de participação social na saúde, expressa na forma de Conselhos de Saúde.

Para isso percorremos as bases que originaram tal proposta até a sua institucionalidade na perspectiva de compreender que os limites e entraves que o Controle Social na saúde apresenta na atualidade têm suas origens num projeto que utilizou, essencialmente, da ocupação de espaços de poder por dentro do Estado⁵ como

⁴ Dados disponíveis no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) do Conselho Nacional de Saúde.

⁵ Ao longo desse trabalho adotaremos a concepção gramsciana de Estado Ampliado. Segundo o autor, “Estado = sociedade política + sociedade civil, isto é, hegemonia couraçada de coerção” (GRAMSCI, 2011, p.269).

forma de garantir projetos societários direcionados à classe trabalhadora, sem, contudo, aproximar do debate, ou da compreensão, em torno dos limites intransponíveis (sejam eles da garantia de condições econômicas ou da garantia da ordem estabelecida e do modo de produção a ela associada) que intermedeiam a atuação governamental no desenvolvimento das políticas públicas para a classe trabalhadora. Mais precisamente, dos limites que faz com que o Estado atenda certas reivindicações das classes excluídas dentro de certos limites preconizados pelo capital (CEBES, 2007f).

Desta forma, nossa intenção é delinear todo o percurso histórico e social dessa experiência como forma de expor as tensões e intencionalidades em torno desse projeto na tentativa de apresentar o debate da estratégia que concebeu e sustentou essas estruturas participativas. Assim, no primeiro capítulo trataremos sobre os principais problemas dos Conselhos de Saúde apontados na literatura, buscando identificá-los nos Relatórios Finais das Conferências de Saúde realizadas, desde a década da instituição legal desses espaços até a atualidade, com o objetivo de retratar os limites e ambiguidades da participação social desde a sua concepção. No segundo capítulo procuraremos apresentar as críticas que comumente se faz em torno desses problemas, juntamente com estudos que corroboram para as discussões destas análises, amparados na legislação que prevê o funcionamento e a organização desses espaços. No terceiro capítulo nosso olhar vai se direcionar para a crítica sobre a pretensão de se romper a centralidade e o protagonismo do Estado na definição das políticas públicas de saúde por meio da criação de espaços institucionalizados de participação social como os Conselhos de Saúde.

CAPÍTULO 1 - CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE: LIMITES E INTENCIONALIDADES NA CONCEPÇÃO DO PROJETO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS

O panorama atual que se tem em torno do potencial das instâncias de participação social, expressa na forma de Conselhos de Saúde, no que concerne à influência nas decisões das políticas públicas para o setor, sobretudo, na determinação de recursos financeiros, aponta que estes espaços têm atuado na contramão dos pressupostos constitucionais do SUS, respeitados os problemas e os limites que enfrentam na defesa desse Sistema. Vimos por um lado desde a sua institucionalização a contradição caracterizada pela legalidade de fazer com que o Estado seja garantidor dos direitos sociais estabelecidos na Constituição de 1988, a qual é condizente com os objetivos do Controle Social e, por outro, a submissão do governo ao projeto neoliberal, contrária aos objetivos deste (CORREIA, 2005).

No que tange aos problemas, estes são de múltiplas ordens e nos permite afirmar, a partir dos estudos sobre a temática, que fazem parte do cotidiano da maioria dos Conselhos de Saúde instituídos no Brasil. Estudos realizados por Tatagiba (2002), voltados para análise dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas (conselhos de saúde, de assistencial social e de defesa dos direitos da criança e do adolescente), apontam problemas relacionados à natureza, composição e atribuições desses espaços, quais sejam, a título de exemplos: a desconsideração do princípio da paridade; o problema da representação versus representatividade do conselheiro-entidade em que se observa a fragilidade do vínculo entre conselheiros e suas entidades; da definição de pautas de discussão voltadas à própria estruturação dos conselhos e não para a definição de diretrizes e políticas públicas; da limitação dos assuntos relevantes pela imposição unilateral dos interesses temáticos da administração pública, além da reduzida capacidade deliberativa desse espaços (TATAGIBA, 2002).

Moreira (2008) analisando os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) brasileiros apresenta como problemas a questão da autonomia e da não-homologação das deliberações, provenientes destes espaços, pelo executivo municipal, e ainda o baixo número de CMS que definem diretrizes no Plano Municipal de Saúde (participação direta na formulação de políticas de saúde). Escorel e Delgado (2008), analisando o perfil dos Conselhos Estaduais de Saúde no Brasil, apontam, novamente, para o mesmo

problema de composição e funcionamento desses espaços, porém agregando novas reflexões acerca da participação social institucionalizada no controle e execução da política pública de saúde: que esta pode estar voltada essencialmente ao desempenho de funções reduzidas à ação fiscalizatória das contas públicas do executivo, ora para a participação na formulação das políticas e na escolha das prioridades do governo, demonstrando assim a pouca atuação desses espaços na formulação de estratégias e controle da execução da política pública de saúde (SCOREL; DELGADO, 2008). Por repetição dos temas e problemas mais recorrentes sobre as análises dos Conselhos Gestores de Política Pública, a exemplo dos Conselhos de Saúde, a síntese desses problemas é apresentada por Dantas (2017) por meio da sistematização dos estudos que fez sobre a temática, tomando como base o diagnóstico produzido pela bibliografia disponível:

Conselhos carentes de estrutura material para o funcionamento adequado, politicamente frágeis, extremamente burocratizados, com baixa capacidade propositiva e tomados pelos poderes executivos como meros legitimadores das ações do Estado. Excesso de demandas sobre os conselheiros, sobretudo de representação externa, que lhes impede constantemente de tomar pé dos assuntos regulares dos conselhos com a atenção que mereceriam. Presença constante de práticas clientelistas, tornando os conselhos espaços de jogos políticos escusos e na contramão dos interesses coletivos. Crescente redução, na prática cotidiana, das atribuições dos conselhos previstas em lei, que em muitos casos não têm atuado na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, mas apenas como “carimbadores de despesas”. Gestores autoritários, mal-intencionados ou pouco permeáveis ao exercício do controle social, que lançam mão de linguajar técnico, incompreensível para leigos, distorcem dados epidemiológicos, usam de artifícios contábeis para a manipulação interessada dos recursos do Fundo de Saúde e sonegam informações essenciais à tomada de decisões. Conselheiros despreparados politicamente e também, frequentemente, com baixo grau de instrução formal. Desrespeito flagrante à paridade de representação estabelecida em lei. Entidades e organizações com assento nos conselhos defensoras de causas muito restritas e específicas, pouco ou nada representativas de coletividades numericamente significativas, frágeis politicamente, precariamente comprometidas com questões unificadoras de uma luta social comum. Baixo grau de articulação entre representantes e representados. Profissionalização da representação e desconhecimento, por parte dos conselheiros, das questões de saúde mais candentes de seu município ou região (DANTAS, 2017, p. 233).

Cristina Paniago (S/D) enfatiza a questão quando apresenta algumas contradições que permeiam esses espaços que inviabilizam a consecução de seus objetivos:

inexistência de uma efetiva igualdade de condições entre os participantes no Conselho; não há garantia de que as decisões do Conselho tenham uma implementação efetiva; não há instrumentos jurídicos que “obriguem o executivo a acatar as decisões dos conselhos (mormente nos casos em que essas decisões venham a contrariar interesses dominantes)”; membros dos Conselhos perdem os vínculos de representatividade com a comunidade que

o elegeu; absenteísmo dos representantes do governo; não prevalece a natureza deliberativa prevista para os Conselhos, mas antes seu caráter consultivo; interferem apenas na esfera do consumo e distribuição de bens, serviços e equipamentos públicos, sem qualquer atuação na esfera da produção e gestão desses bens, muito menos na fiscalização da qualidade dos serviços prestados (PANIAGO, S/D, p. 4).

Para além dos problemas que perpassam o cotidiano dos Conselhos de Saúde e dos limites apontados, repetidas vezes por diferentes autores como questão central para o impedimento do funcionamento adequado das instâncias de participação, os entraves para a efetividade do Controle Social sobre as políticas públicas de saúde também podem ser visualizados em nível macroeconômico e político. A questão é exemplificada por Correia (2006) por meio das “predeterminações em torno dos orçamentos públicos, especialmente, no que tange aos gastos sociais, resultantes das negociações com os organismos financeiros internacionais” (p.20), que vem reduzindo cada vez mais os gastos públicos para o desenvolvimento de políticas sociais destinando boa parte dos recursos arrecadados no âmbito governamental para o pagamento da dívida pública.

A autora sugere que a destinação de recursos públicos para subsidiar a reprodução ampliada do capital, em detrimento do desenvolvimento de políticas sociais, tem sido estabelecida pela própria dinâmica da sociedade do capital que necessita que tais recursos subsidiem essa reprodução. Nesta direção afirma que o Controle Social se situa, em sua contraditoriedade – ora das classes dominantes para manter seu domínio, ora como “estratégias de controle das classes subalternas na busca da construção de sua hegemonia”- dentro desse limite maior (CORREIA, 2006, p. 20).

Correia (2006) afirma ainda que a efetivação do Controle Social tem seus limites tanto do lado dos gestores, a exemplo da manipulação de dados referentes à própria situação de saúde da população de um determinado território e dos conselheiros para aprovação de propostas, quanto do lado dos usuários: marcado pela “fragilidade política das entidades representadas, pelo aspecto corporativo de cada conselheiro defendendo os interesses somente de sua entidade e pelo desconhecimento sobre seu papel e sobre a realidade da saúde na qual está inserido” (CORREIA, 2006, p. 20). Por outro lado, outros autores defendem que a modesta contribuição dos Conselhos de Saúde de incorporar as demandas da sociedade civil na política de saúde é reflexo da nossa tradição e cultura política autoritária (CORTES, 2002; COELHO, 2004; NEVES, 2007).

De todo modo, os fracassos e limites que os estudos apontam sobre o Controle Social não podem ficar restritos a problemas de ordem de gestão, de formação e ou de

nossa tradição política autoritária. A questão que deve ser trazida para o debate acerca do diagnóstico que comumente se faz sobre os Conselhos de Saúde respinga na própria pretensão do projeto de participação social que pressupunha a democratização do Estado, pela via da tomada dos seus aparelhos. Acreditava-se, portanto, no poder popular como estratégia para mudança de direção do Estado a favor das classes menos favorecidas. Entretanto, os fatos demonstram que aquilo que foi idealizado está muito distante da realidade concreta. Nesta assertiva, retornar a análise da concepção do projeto de participação social é de fundamental importância para a compreensão de boa parte dos problemas do Controle Social apontados na literatura. Retornemos ao projeto, portanto.

1.1 O CONTROLE SOCIAL E A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

O processo instituinte da participação social no controle das ações do Estado sobre as políticas públicas de saúde tem suas bases nas propostas provenientes da Reforma Sanitária Brasileira. Os marcos que celebram esta participação se inscrevem na articulação em torno da realização da 8ª CNS, da Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988) e ainda da própria criação do SUS (LEAL, 2018)

O desenvolvimento dessas propostas, articuladas nas entranhas de um esgotamento da ditadura empresarial-militar, visou não só a transformação do setor saúde, mas da sociedade como um todo. Embora com divergências de concepções de projeto e talvez pela heterogeneidade de atores inseridos no interior do próprio Movimento Sanitário, o projeto propunha melhorias das condições de vida, com superação de desigualdades e com garantia de direitos sociais diversos (LEAL, 2018).

Dos resultados provenientes das propostas da Reforma Sanitária, muitos deles resultantes da 8ª CNS, têm-se: a incorporação das principais diretrizes no texto constitucional, “o reconhecimento formal do direito à saúde e descentralização com comando progressivamente único em cada esfera do governo” (PAIM, 2008, p. 294). A estratégia de democratização do aparato estatal a partir da proposta de criação dos Conselhos de Saúde em todos os níveis de gestão do sistema, também, adquiriu contornos mais precisos nessa Conferência.

Cabe aqui esmiuçar o desenho proposto para a criação dos Conselhos de Saúde. É com base no Relatório Final da 8ª CNS (1986) que extrairemos o formato de

participação fruto das discussões e aprovação de instituições que atuavam no setor saúde, bem como daquelas representativas da sociedade civil, de grupos de profissionais e partidos políticos naquela época. Subdividido em três temas: *Saúde como direito*, *Reformulação do Sistema Nacional de Saúde* e *Financiamento do Setor*, a proposta da participação da população, seja na garantia do direito à saúde, seja na organização dos serviços de saúde, esteve presente nestes três temas. No tema *Saúde como direito* o Relatório dispunha que para assegurar o direito à saúde a toda população brasileira é imprescindível “estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado” (BRASIL, 1986, p. 7). Já no tema *Reformulação do Sistema Nacional de Saúde*, no que tange à participação, o destaque maior foi destinado à “participação da população na organização dos serviços através de suas entidades representativas, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde” (BRASIL, 1986, p.10) A proposta de constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde e de Conselhos de Saúde em cada nível de gestão do Sistema é enfatizada neste segundo tema, como está dito a seguir:

Será constituído um novo Conselho Nacional de Saúde, composto por representantes dos Ministérios da área social, dos governos estaduais e municipais e das entidades civis de caráter nacional, como partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares, cujo papel principal será o de orientar o desenvolvimento e avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde, definindo políticas, orçamento e ações [...] Deverão também ser formados Conselhos de Saúde em níveis Local, municipal, regional e estadual, composto de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço), que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde. Deverá ser garantida a eleição das direções das unidades do sistema de saúde pelos trabalhadores desses locais e pela comunidade atendida [...] (BRASIL, 1986, p. 7-18)

Ainda no tema *Financiamento do Setor*, o Relatório previa a participação colegiada de órgãos públicos e da sociedade organizada na gestão dos fundos de saúde nos diferentes níveis de gestão (BRASIL, 1986)

Declaradas as intencionalidades da participação da população, a luta maior prosseguiria no sentido de aprovar as propostas contidas neste Relatório, fruto de negociações e interesses diversos que não se resumiam apenas na construção de um sistema único de saúde universal, igualitário e permeável à participação da população. O embate era visualizado desde a sugestão de se criar um Grupo Executivo da Reforma Sanitária para subsidiar a efetivação das propostas da 8ª CNS e a Assembleia Nacional

Constituinte – cuja composição previa a participação de órgãos governamentais e da sociedade civil organizada, de forma paritária –, até pontos mais polêmicos como a natureza do novo Sistema Nacional de Saúde: se estatizado de forma imediata ou não (BRASIL, 1986).

Vejamos que pelas resistências intergovernamentais, aparentes ou veladas, ao processo de reforma, a proposta de criação do Grupo Executivo da Reforma Sanitária – com a função precípua de coordenar a reforma do sistema de saúde – acabou inviabilizada, sendo instalada a CNRS (Comissão Nacional de Reforma Sanitária), de caráter meramente consultivo e com atribuições de apenas apresentar sugestões (CARVALHO, 1995; PAIM, 2008). Essa Comissão, subsidiada pelos temas dispostos no Relatório Final da 8ª CNS e em outros temas específicos que deram continuidade a Conferência, trabalhou na elaboração de uma proposta de texto constitucional que fixaria os objetivos gerais para um novo Sistema Nacional de Saúde. Como resultados desse trabalho, a partir da síntese das propostas apresentadas, houve a elaboração de duas propostas: uma contendo as modificações e acréscimos necessários de conteúdos para o texto constitucional e a outra: recomendações para o projeto de lei do Sistema Nacional de Saúde (BRASIL, 1987).

No que tange à questão da participação social, a ideia dos Conselhos aparece descrita nas duas propostas, como veremos a seguir. Na primeira, na qual consta o conteúdo da saúde para a Constituição a ideia de participação, aparece como uma diretriz assim descrita:

[...] participação, isto é, o reconhecimento de direitos dos usuários (da população) de exercerem o controle sobre a formulação e a execução da política de saúde, assegurando-se ao mesmo tempo a participação efetiva dos profissionais de saúde neste processo[...] (BRASIL, 1987, p. 12).

Mas é na proposta de conteúdo para uma nova Lei do Sistema Nacional de Saúde⁶ que a ideia dos Conselhos de Saúde é mais bem detalhada:

1 – Como princípio básico, a gestão da RENASSA deverá ser participativa, envolvendo governo, usuários e prestadores de serviços (instituições públicas, privadas e profissionais). 2 – A participação deve implicar em efetivo poder de controle das ações e serviços prestados pela RENASSA. 3 – No nível nacional existirá o Conselho Nacional de Saúde vinculado a um novo MS, com função de formulação e controle da execução da política

⁶ O projeto de Lei para criação do Sistema Nacional de Saúde recomendava um novo padrão de relacionamento do setor público com os serviços privados contratados no desenvolvimento de ações e serviços de saúde, sob normas de direito público, e por meio de uma rede de serviços de saúde sob o nome de Rede Nacional de Serviços de Saúde (RENASSA) (BRASIL, 1987, p.15).

nacional de saúde, nos níveis estaduais e municipais, Conselhos Estaduais e Municipais, com atribuições correspondentes. 4 – Cada unidade de prestação de serviço de saúde deverá contar com um Conselho Comunitário, com o poder de controle e fiscalização dos serviços. 5 – Cada Unidade de prestação de serviços de Saúde terá um Conselho de Administração integrado por dirigentes e funcionários de serviço. 6 – Os Fundos Nacionais, Estaduais e Municipais se subordinarão a um novo Ministério, à SESs e SMSs/Prefeitura, respectivamente, e terão suas administrações colegiadas e designadas pelos Conselhos de Saúde. 7 – O Governo Federal participará dos Conselhos Estaduais de Saúde e o Estadual, dos Conselhos Municipais de Saúde; haverá representação dos governos estaduais e municipais no CNS, e dos governos municipais nos CES (BRASIL, 1987, p. 22-23).

Observemos que o teor da participação nestas propostas vem acompanhado de uma promessa de ‘poder de controle’ sobre os serviços prestados, sejam eles públicos ou contratados, bem como de fiscalização desses serviços, de controle sobre os fundos nacionais, estaduais e municipais a ponto de toda a administração desses passarem pelo crivo dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1987).

O cenário, os embates e as lutas provenientes das propostas defendidas na 8ª CNS quanto à natureza do Sistema Nacional de Saúde (se estatizado ou não) e mais tarde de criação do SUS, via sua inserção no texto constitucional, não foi diferente quando o assunto se tratava da institucionalização da participação da população na organização desse Sistema. As negociações em torno da defesa desta bandeira são apresentadas por Paim (2008) quando descreve as articulações, os conflitos e as resistências em torno da aprovação do projeto de Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990). O autor nos conta que após a sanção do Projeto de Lei, em setembro de 1990, pelo presidente da República, Fernando Collor de Mello (1990-1992), houve a comunicação de que seriam vetados “todos os artigos relativos à descentralização, ao controle social e aos repasses inter-governamentais [sic]” como relatado por Medeiros (FALEIROS et al., 2006, p. 133). No entanto, malgrado a intenção presidencial, Paim (2008) acrescenta que

Apesar dos vetos do Presidente, a sociedade brasileira conquistou uma lei abrangente, que não só especifica os princípios, objetivos, atribuições, organização, direção e gestão do SUS nos diversos níveis de Federação, como também oferece indicações sobre relações com os serviços privados, financiamento, gestão financeira, recursos humanos, planejamento etc. (PAIM, 2008, p. 186).

Ainda segundo o autor, mobilizações foram realizadas no sentido de resgatar os conteúdos excluídos pelos vetos e assim, após negociações e articulação de representantes do Movimento Sanitário com representantes do Congresso Nacional, a Lei Orgânica da Saúde é complementada - em setembro de 1990 - pela regulamentação

da participação da comunidade na forma de Conselhos e Conferências de Saúde (BRASIL, 1990). No mesmo ano, anteriormente a esta regulamentação instituía-se o Conselho Nacional de Saúde pelo Decreto nº 99.438/90⁷. Resultante também de negociações e pressões como estratégia de viabilizar o controle social, a própria composição deste espaço foi fruto de negociação com o governo e representantes da Plenária Nacional de Saúde.⁸ Jocélio Drummond, representante da entidade da Central Único dos Trabalhadores (CUT), na mesma plenária e no Conselho Nacional de Saúde, conta-nos a negociação

A composição do Conselho Nacional de Saúde foi negociada com esses representantes da Plenária, à época. É óbvio que a gente não concordava com toda a composição como o governo vinha propondo, mas também o governo não concordava com a composição que nós propúnhamos, já que a nossa era absolutamente representativa, democrática e o governo queria uma certa área de reserva. Daí, por exemplo, surgiu a idéia [sic] de que três representantes da comunidade científica seriam nomeados pelo governo e não é por outro motivo que o primeiro representante da comunidade científica nomeado foi o médico particular do Fernando Collor de Mello e outras pessoas que ele dizia que eram da confiança dele, além da vaga do Ministério da Saúde e de outros ministérios sobre os quais, automaticamente, o governo também teria controle (FALEIROS et al., 2006, p. 142).

Assim, neste cenário, as propostas de participação da população então descritas no Relatório Final da 8ª CNS se materializaram, agora no seu aspecto jurídico-formal, na Lei 8.142/90. Estaria aí a 'possibilidade' de democratizar o Estado via penetração de representantes da sociedade civil no interior da máquina estatal. A ideia da participação social institucionalizada, segundo Carvalho (1995), era de “transformar o Estado, superando seu caráter politicamente autoritário e socialmente excludente” por meio da criação de órgãos colegiados - compostos por diversos segmentos sociais, especialmente aqueles mais excluídos - controlando esse Estado e assegurando políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social e não apenas pelos os setores mais privilegiados (CARVALHO, 1995, p. 28).

⁷ Dispunha sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde. Foi revogado pelo Decreto 5.839 de 11 de julho de 2006.

⁸ A Plenária Nacional de Saúde ou Plenária Nacional de entidades de saúde era representada por defensores da Reforma Sanitária que visavam à inserção das teses e propostas do Movimento Sanitário, especialmente as deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, no texto constitucional. Congregava parlamentares, entidades sociais, sindicatos, centrais sindicais, entidades profissionais, partidos políticos, secretários de saúde e de assistência social, desenvolvendo um trabalho de mobilização, interlocução e pactuação com o Congresso Nacional para fazer avançar a linha reformista. Surge (de 1987 a 1997) como instância decisiva, não só pela sua articulação e interpenetração com a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), como na própria condução dos trabalhos constituintes. Segundo Faleiros et al., (2006), simultaneamente ao término das atividades da Plenária, em 1997, ocorria um movimento de criação de uma instância de conselheiros de saúde, a que se denominou posteriormente Plenária Nacional de Conselhos de Saúde vigente até os dias atuais. (FALEIROS et al., 2006).

Dada a intenção do Movimento de ocupar a máquina estatal como elemento estratégico do processo da Reforma Sanitária, a expectativa se completaria por meio da inserção de diferentes sujeitos sociais - a um determinado nível de igualdade - nos espaços de participação social, como os Conselhos de Saúde com a função precípua de decidir sobre os rumos da política pública de saúde. Se fizermos um recorte da década em que a institucionalização desses espaços ocorreu diríamos que foi em um contexto no qual a onda neoliberal se instalava no Brasil (PAIM, 2008). A premissa de racionalização dos gastos públicos atrelada à redução da presença do Estado na condução das políticas sociais e à consequente transformação destas em políticas residuais compensatórias era o preceito fundamental das ações governamentais, representando, portanto, um contrassenso para o desenvolvimento de propostas fundadas na lógica do acesso universal e igualitário das ações e serviços de saúde que naquela época a possibilidade de concretude de tais propostas se daria por meio da implementação dos Conselhos de Saúde no interior de todos os níveis de gestão (federal, estadual e municipal) (PAIM, 2008).

Percorrendo um pouco mais a década na qual se deu a institucionalização da maioria dos Conselhos de Saúde no Brasil, nossas observações partirão das análises dos relatórios provenientes das Conferências Nacionais de Saúde e documentos produzidos à época que tratam sobre a temática. Diante destas análises verifica-se que em quase dois anos de institucionalização dos Conselhos de Saúde já se observava problemas referente ao não cumprimento da Lei Orgânica da Saúde em diversas formas, no que tange, especificamente, a esses órgãos. O Relatório final da 9ª CNS, realizada em agosto de 1992, assim apresentava os problemas nestes espaços:

indicação de representantes dos usuários pelo poder executivo; transformação do Secretário de Saúde em presidente nato do Conselhos; não implantação dos Conselhos ou então sua criação sem lhes atribuir caráter deliberativo; depósitos dos recursos alocados aos fundos em contas correntes de denominação indicada pela prefeitura; ausência de divulgação das ações realizadas pelos Conselhos; desvinculação dos Conselhos das Conferências de Saúde; desrespeito ao princípio da paridade entre usuários e demais segmentos (BRASIL, 1993)

Ao mesmo tempo em que se constatava neste Relatório os problemas relacionados aos Conselhos de Saúde e ainda a necessidade de fortalecer os mecanismos de controle social já existentes, observava-se um incentivo à criação de foros independentes e autônomos pelos movimentos populares - na perspectiva da não instrumentalização pelo Estado - que buscassem a discussão de problemas e soluções

para a questão saúde como forma de transformar a estrutura social. Sem dizer como ou de que forma se alcançaria esta transformação da estrutura social a partir da participação, seja ela por meio de espaços de participação institucionalizados ou independentes e autônomos, o documento elucidava que “o Controle Social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e sim refletir-se no real poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da Saúde” (BRASIL, 1993, p. 33). Nesta acepção, propunha fortalecer as instâncias públicas como foros legítimos de articulação e resolução de conflito de interesses que permeiam as relações entre Estado e Sociedade, em uma conjuntura de incentivo a investidas privatizantes contrárias à distribuição equitativa da renda nacional e dos benefícios sociais (BRASIL, 1993).

Outras reivindicações da 9ª CNS se expressaram por meio de deliberações relacionadas a recomendações quanto à composição, representação e funcionamento dos Conselhos e Conferências de Saúde e por propostas de criação de outros mecanismos de controle como Plenárias e Conselhos Populares nos Estados e municípios com o objetivo de subsidiar os Conselhos e o SUS (BRASIL, 1993).

No mesmo ano, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, aprovava-se o documento “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”, inscrito na Resolução nº33, de 23 de dezembro de 1992, com o objetivo de acelerar e consolidar o controle social do SUS⁹. Lembremos que nos anos 1990 já havia sido editado o decreto que estabeleceu a organização e atribuições do Conselho Nacional. Faltava então garantir a organização dos Conselhos de Saúde das outras esferas (estadual e municipal).

Fato anterior a este processo refere-se ao protagonismo de gestores pertencentes ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) no processo político da saúde no Brasil¹⁰. Na década em que Paim (2008) identificava o recuo dos movimentos sociais nas decisões da política pública de saúde que segundo ele propiciou um espaço de

⁹ A Resolução nº 33, de 23 de dezembro de 1992 foi revogada pelas Resoluções de nº333 de 04 de novembro de 2003 e a Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012 (ambas instituídas com o objetivo de aprovar as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde). Permanece em vigor a Resolução nº 453/2012 (BRASIL, 1992;2003;2012).

¹⁰ O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento (BRASIL, 2011).

prática política mais fechado onde se deram as cartas no jogo político de implantação do SUS, esses atores passaram a defender, veementemente, a municipalização das ações e serviços de saúde em direção ao comando único em cada esfera de gestão.

É de se notar nesta época um movimento que apontava para a perda do papel dos Conselhos de Saúde no desempenho de seu papel no controle público e democrático do Estado e das políticas de saúde como proposto pela Reforma Sanitária. A própria redefinição de suas funções no que se refere à limitação dos assuntos a serem tratados nestes espaços e à homologação de decisões tomadas em outras instâncias, como apontado por Paim (2008), sinaliza que os Conselhos de Saúde, sozinhos, não dariam conta de resolver toda problemática, toda estratégia política inserida no cenário de implementação do SUS. Assim, entidades como CONASS e CONASEMS entram no cenário político; outras instâncias de pactuação e negociação são criadas¹¹ e, portanto, outros caminhos são pensados como o da descentralização das ações e serviços de saúde para os municípios (PAIM, 2008). Desta forma esse período é marcado por um esforço destes atores em concretizar o princípio da descentralização com base na elaboração de documentos¹² e edições de Normas Operacionais (NOB-SUS)¹³ que pudessem viabilizar tal processo.

No que tange à ênfase aos Conselhos de Saúde, todas as edições dessas Normas estabeleciam como requisitos básicos para a transferência de recursos de cobertura das ações e serviços de saúde, e como condição para habilitação de gestores do SUS (gestão incipiente, parcial, semiplena ou plena do Sistema), a criação de Conselhos de Saúde. Compreende-se a partir disso que a instituição dos Conselhos no processo de descentralização do SUS caminhou com o propósito essencialmente vinculado à obrigatoriedade ‘formal’ para a transferência de recursos financeiros aos entes

¹¹ A proposta de criação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) como alternativa para sanar o problema dos assuntos que vinham para os Conselhos é apresentada nesta época, porém esta é criada apenas em 1993 refletindo a voz cada vez mais contundente dos municípios nas discussões sobre os rumos do SUS no país (PAIM, 2008).

¹² O documento “*Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*”, elaborado por representantes do CONASEMS foi um documento que continha propostas relacionadas à descentralização e ao financiamento para superar a crise do SUS foram apresentadas pelos representantes do CONASEMS. Este documento foi base para elaboração das Normas Operacionais que regulamentariam o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações de âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1993).

¹³ Foram publicadas entre os anos de 1991 a 1996 quatro Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de saúde (NOB-SUS) com vistas a regulamentar o processo de descentralização proposto para o SUS: A NOB-SUS (91) NOB-SUS (92) NOB-SUS (93) e a NOB-SUS (96). Essas Normas tinham a finalidade de aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do SUS, visto em que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.

federativos, portanto, desvinculada da perspectiva de transformação da estrutura social e do poder da população em modificar planos e políticas.

Delineado o cenário marcado por negociações, instituições de um aparato de dispositivos legais, reestruturação e surgimento de novos atores na cena política para a defesa do SUS, em um contexto totalmente adverso para a garantia dos direitos sociais, os quais a saúde se inclui, restava então saber como se avançava o Controle Social após tais articulações e rearranjos. Tomemos como base a Carta da 10ª CNS (1996). Já na primeira gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-1998), a carta redigida pelos delegados participantes da Conferência apresentava a preocupação com a grave crise no Brasil que repercutia nas condições sanitárias e nas instituições de saúde, embora - sem dizer em quais aspectos - afirmassem avanços institucionais e democráticos no país. Era nítida a preocupação com a política econômica de cunho neoliberal implementada pelo governo e parte dos governos estaduais imposta por organismos internacionais, resultando no velho discurso da modernização em que se estabelece um “Estado Mínimo para as políticas sociais e um Estado Máximo para o grande capital” (BRASIL, 1998, p.13).

Entretanto, observa-se ausência de uma estratégia de luta que pudesse promover a consciência e o rompimento da lógica das restrições inerentes à própria atuação do Estado capitalista no desenvolvimento da política pública, bem como da própria limitação da ideia da participação das formas auto organizadas da sociedade civil no processo de formulação e implementação de políticas públicas numa perspectiva transformadora. Talvez essa estratégica pudesse se concretizar nos próximos anos de institucionalização da participação social.

1.2. OS ANOS 2000 E O FETICHE DA DEMOCRATIZAÇÃO DO ESTADO VIA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

O recuo dos movimentos sociais, dos sujeitos políticos inseridos em entidades¹⁴ que contribuíram para a sustentação política e ideológica dos pressupostos da Reforma Sanitária, fortemente evidenciado na década de 1990, caminhou nos anos 2000, como se observará adiante, nos mesmos moldes de defesa de um processo de Reforma Sanitária

¹⁴ Paim (2009) se refere aos sujeitos inseridos em entidades como CEBES, ABRASCO, Rede Unida, CONASS e CONASEMS.

voltado fundamentalmente para o desenvolvimento do SUS e de seus preceitos legais. A adoção dessa estratégia que Paim (2009) aponta como uma forma de *conformismo*, *pragmatismo* e *resignação*, ou, como sugere, uma espécie de pensamento único que “parece ter invadido o âmbito da saúde abrindo-se poucos espaços oxigenados pela crítica” (PAIM, 2009, p.32) reflete, seguindo as linhas do mesmo autor, as poucas possibilidades de se pensar a Reforma Sanitária Brasileira enquanto reforma social que pudesse impactar, efetivamente, nas condições de saúde vinculadas ao modo de vida da população, à oferta de serviços e em outras repostas sociais aos problemas e necessidades de saúde. Como abordaremos a seguir, tal premissa amparou-se, tão somente, na defesa das diretrizes constitucionais do SUS.

Assim, no que tange ao cumprimento de tais diretrizes, a descentralização da gestão dos serviços de saúde, tal como defendida na 9ª CNS (1992), não era realidade para todo o país, embora houvesse a defesa de ampliação do acesso aos serviços de saúde, o que não significa dizer integralidade da assistência à saúde. O fortalecimento do exercício da cidadania através do controle social, por intermédio dos Conselhos e Conferências de Saúde, foi outra diretriz que caminhou com os mesmos problemas relacionados à questão deliberativa e à paridade. Tudo isso associado a um projeto social e econômico de governo que contribuía para o agravamento do quadro epidemiológico da saúde da população caracterizado pela miséria, pela fome, pela desnutrição e outros agravos que interferem nas condições de vida e de saúde dessa população (BRASIL, 2001).

Neste cenário não resta dúvida, senão ilusão, atribuir aos Conselhos de Saúde a função de controle sobre o Estado e de mudança dos rumos das políticas sociais a favor das classes menos favorecidas por meio do acesso a seus aparelhos. Existe aqui uma contradição que se esbarra na própria compreensão sobre a sociedade civil¹⁵, enquanto espaço de luta de classe pela hegemonia¹⁶, ou mais precisamente, enquanto lugar onde

¹⁵ Sociedade civil será definida neste trabalho como o conjunto dos organismos habitualmente chamados de ‘privados’, ou “hegemonia de um grupo social sobre toda a sociedade nacional, exercida através das organizações ditas privadas, como a igreja, os sindicatos, as escolas, etc” Gramsci (2011, p. 267).

¹⁶ Hegemonia é o modo pelo qual a burguesia estabelece e mantém sua dominação. O exercício “normal” da hegemonia caracteriza-se pela combinação da força e do consenso, que se equilibram de modo variado, sem que a força suplante em muito o consenso, mas, ao contrário, tentando fazer que a força pareça apoiada no consenso da maioria (GRAMSCI, 2001, p.95). Para Bravo e Correia (2012) a hegemonia é um conceito central no sistema de Gramsci e significa o predomínio ideológico dos valores e normas de uma classe sobre a outra. Segundo as autoras este processo de formação de consensos acontece por meio dos aparelhos privados da sociedade civil (p.134). Dias (1996) dirá que a hegemonia é a capacidade que uma classe fundamental (subalterna ou dominante) tem de construir sua visão de mundo própria, autônoma. Para ele este processo ocorre no cotidiano antagônico das classes.

se expressa a luta, os conflitos e a articulação, contraditória, de interesses desiguais cujo simples funcionamento regular dos Conselhos de Saúde e do cumprimento de suas prerrogativas legais não consegue reverter. Isso porque tais espaços enquanto parte constituinte, ou aparelho privado de hegemonia¹⁷, da sociedade civil contribuem – no campo estratégico do Estado - para desenvolver formas de convencimento sobre os modos de pensar e viver no mundo - estratégia fundamental para o exercício da função hegemônica que a classe dominante¹⁸ exerce em toda sociedade - agindo desta maneira como instrumentos defensores de projeto societários distantes das necessidades de saúde da maioria da população (DANTAS; PRONKO, 2008).

Nesta perspectiva, se havia a pretensão de se resolver os problemas relacionados às condições de saúde da população por meio da estratégia de democratização do Estado via participação social institucionalizada, consideramos que tal pretensão, quando muito, contribuiu para o apassivamento dessa participação em que a discussão propriamente da política pública e as decisões sobre esta reduziram-se nos aspectos relacionados aos problemas e dificuldades que impedem que os Conselhos de Saúde realizem suas atribuições de ‘órgãos fiscalizadores’ das ações estatais. É do Relatório da 11ª CNS (2000) que extrairemos os problemas e dificuldades vivenciados por estes órgãos, que ao nosso ver, encontram-se distante da estratégia de classe que concebeu a institucionalização de tais espaços:

Os Conselhos de Saúde carecem de estrutura, capacitação e assessoria para assumirem as tarefas decorrentes de uma postura mais ativa de apropriação e uso das informações, refletindo-se em controle social pouco efetivo [...]. Os Conselhos de Saúde carecem de autonomia frente ao Executivo, pois muitos não têm orçamento próprio, e outros são instituídos por decreto e não através de Lei. São comuns os “Conselhos Cartoriais”, atrelados ao gestor, com vícios na representação dos diversos segmentos, inclusive de usuários, comprometendo a autonomia política. São ainda apontados vícios na elaboração dos regimentos dos Conselhos e Conferências, que nem sempre são discutidos de forma democrática com os conselheiros. Em suma, os atuais instrumentos para a garantia da autonomia dos Conselhos frente ao gestor são insuficientes para evitar a dependência, a concentração e o abuso

¹⁷ Na conceituação gramsciana os aparelhos privados de hegemonia são organismos de defesa de interesses de classes presentes na sociedade civil.

¹⁸ A expressão “classe dominante” abrange duas noções, que Marx e Engels distinguiam, embora não as tivessem explicado sistematicamente. A primeira é a de uma classe economicamente dominante que, em virtude de sua posição econômica, domina e controla todos os aspectos da vida social. A segunda noção é a de que a classe dominante, para manter e reproduzir o modo de produção e as formas de sociedade existentes, deve necessariamente exercer o poder de Estado, isto é, dominar politicamente (BOTTOMORE, 2013, s.p.).

do poder. Há também falta de compromisso político e perfis inadequados de determinados gestores, com falta de responsabilidade e de compromisso com a gestão democrática e respeito às instâncias de Controle Social do SUS [...]. Os Conselhos de Saúde, ao não trabalharem de forma sistemática com informações em Saúde, perdem a capacidade de gerar agendas sociais de ação adequadas à percepção da dimensão dos problemas, suas determinações sociais e sua distribuição no território [...] (BRASIL, 2001, p.44- 45).

Quanto aos aspectos que dificultam o desenvolvimento de tais espaços apresenta:

a ausência de uma cultura de Controle Social e transparência na gestão dos recursos públicos, agravada pelo autoritarismo dos gestores no exercício do governo (desobediência às prerrogativas dos conselheiros, sobretudo em relação aos representantes dos usuários); b) a falta de legitimidade de alguns conselhos municipais e irregularidades na sua composição; c) a desarticulação dos conselhos com a sociedade, com os poderes constituídos e com outros conselhos; d) a descontinuidade do trabalho dos conselhos quando ocorre a troca do gestor municipal e o receio, por parte dos conselheiros, de possíveis represálias do poder político; e) a falta de articulação e insuficiência dos mecanismos de comunicação entre os conselhos nas três esferas de governo, com falta de divulgação e transparência das discussões e deliberações dos Conselhos Nacional e Estaduais para os Conselhos Municipais, e destes para as comunidades; f) a falta de representatividade dos conselheiros, frequentemente desarticulados das bases, instituições ou segmentos que representam, desmotivados e ausentes das reuniões, omissos em cumprir o seu papel nos fóruns, com pouca capacidade para formular propostas alternativas e efetivas aos problemas de saúde, sendo frequentemente indicados clientelisticamente, dentro de um contexto geral de desorganização da sociedade civil; g) a falta de capacitação de gestores e conselheiros (falta de informações quanto aos princípios e legislação do SUS, extensivos aos cidadãos de forma geral; deficiências de capacitação dos conselheiros); e h) o desconhecimento dos conselheiros sobre as formas e mecanismos de recorrer ao Judiciário e a outros mecanismos de exercício do Controle Social (BRASIL, 2001, p.45-46).

Certamente se voltarmos ao projeto de participação social tal como definido nos pressupostos da Reforma Sanitária, diríamos que a aposta no princípio democratizante de fundo do controle social sobre o Estado como parte da proposta inicial do projeto participativo, se resolvidos tais problemas, teriam condições plenas de funcionarem como órgãos propositivos, formuladores e fiscalizadores da execução de políticas. Nesta perspectiva não é comum que faça parte das preocupações dos autores que tratam sobre a temática, e até mesmo nos documentos oficiais analisados, a compreensão da perda do teor participativo na tradução institucional do projeto em sua formatação legal. Como Dantas (2017) nos apresenta

Se a restauração democrática era o horizonte a ser buscado no contexto da ditadura, a conquista do restabelecimento democrático não se esgotaria nela mesma, o que sugere uma interpretação menos comportada do controle social e nos obriga a associá-lo à luta de base, que ao mesmo tempo talvez pudesse

lhe dar sustento e permitir que desempenhasse o papel catalisador, no interior da institucionalidade, da luta popular do setor (DANTAS, 2017, p. 234).

A partir disso, extrairemos dessa observação que as formas como os espaços participativos, a exemplos dos Conselhos de Saúde, encontram-se configurados, estão longe de desenvolverem o papel catalisador, no interior da institucionalidade, da luta popular do setor. Se quisermos caracterizar o papel desempenhado por tais espaços, estes intermedeiam um e outro conflito de ordem administrativa (queixas e demandas sobre o funcionamento de postos de saúde, por exemplo, que podem repercutir positivamente na organização da política pública) que não nos permite enquadrá-los como sujeitos ativos das lutas de classes presentes na sociedade civil uma vez que os conflitos entre classes se dão e estão no próprio Estado e isso os Conselhos como órgão representativos não conseguem controlar.

Deste modo, se compreendermos que esse processo é resultante da luta de classe na sociedade civil podemos apreender que a vigília permanente do aparelho estatal a partir dessas instâncias e a suposta igualdade de condições conferida pela participação de todos os segmentos sociais na discussão da política pública de saúde serviu de fato para garantir a legitimidade do Estado e o consenso entre os desiguais pela ideia de que em espaços institucionalizados, como os Conselhos, era possível reunir e transformar interesses divergentes em um projeto único para a saúde; contradição que pode ser a responsável por boa parte das expectativas depositadas nos Conselhos para solução dos problemas de saúde na atualidade. Como apresentado por Dantas (2017) na perspectiva gramsciana o papel do consenso nas sociedades complexas

É produto do acirramento da luta de classes, e não resultado de uma dominação burguesa mais amena. As bases materiais do consenso denotariam precisamente as concessões que a burguesia, sob o Estado ampliado, precisaria fazer para se manter hegemônica. A constatação da maior força conquistada pelos trabalhadores através de seus aparelhos privados de hegemonia levou muitos a acreditarem que o poder de classe da burguesia estaria, desde então, constantemente posto contra a parede. [...]. Mas se o consenso é a garantia de que a representação de interesses, guardadas as proporções das forças em jogo, tem espaço para ser exercida nas sociedades modernas e complexas, é também, ao mesmo tempo, a certeza de que foram mantidas as condições de reprodução do capital. O Consenso não pode ser tomado de modo descolado das forças representadas pela classe ou fração de classe, isto é, consenso que é sempre o *consenso possível*, resultante de um embate. Se todos perderem ou saírem plenamente vitoriosos, uns evidentemente perderão muito mais do que outros. Na base do consenso está, em última análise, o poder de coerção (DANTAS, 2017, p.202, grifo do autor)

Nesta assertiva poderíamos então apreender que o *consenso possível* em torno do projeto de participação social e da institucionalização dos Conselhos ficou confinado apenas aos embates referentes aos aspectos formais e operacionais do SUS, pois as poucas vozes representadas nestes espaços – quando muito conseguem defender pautas particulares dos grupos ali representados, e isso – sabemos, não corresponde a defesa de um projeto comum para saúde. Assim como bem assinala a própria legislação que fundamenta a criação dos Conselhos, o consenso é a palavra de ordem nas discussões acerca das pautas relacionadas à política pública de saúde entre representantes que, de início, já se diferiam dos demais pelo discurso técnico; que depois de anos de profissionalização nos Conselhos se distanciam de suas bases e de suas demandas e que tornaram estes espaços ‘segmentados’, palco para a articulação partidária, sem unidade, no que tange à defesa do projeto para a saúde.

Não há, portanto, a compreensão que estes órgãos de consenso são espaços estratégicos de concessões burguesas para a manutenção de sua hegemonia assim como todos os aparelhos privados presentes na sociedade civil. Nesta linha de defesa a concessão dada aos Conselhos – de controle sobre o aparelho estatal – serve para legitimar um Estado onde a luta de classe extrapola as questões pontuais de saúde que são discutidas no âmbito dos Conselhos.

Assim estrategicamente os insucessos dos Conselhos de Saúde recaem na incapacidade desses espaços de resolverem as questões de saúde, na incapacidade de aprovarem recursos financeiros para áreas prioritárias da saúde e tantas outras incapacidades que são mediadas pelas forças representadas pelas classes na sociedade civil. Desta forma o discurso sugestivo fica a nível do fortalecimento dessas instâncias na gestão do SUS, pois sob estes aspectos ainda há a ilusão de mudar os rumos das políticas pública de saúde.

Nesta direção, as estratégias de fortalecimento do controle social e de descentralização de responsabilidades no setor saúde reaparecem, novamente, com todos os limites imersos na burocratização do aparato governamental e com um viés, predominantemente marcado pela diminuição da intervenção estatal (aqui há a defesa da transferência de responsabilidade, de maior autonomia entre os entes federativos,), aumento da eficiência administrativa (em contextos de condições sociais desiguais), desenvolvimento local, amparadas na aposta da via pela democratização e ampliação da participação da sociedade organizada nos processos decisórios em torno da política

pública onde os Conselhos se inserem como ‘protagonista’ deste processo (entenda-se, o vigia das definições orçamentárias de planos e programas já definidos e das transferências intergovernamentais), como tentaremos apresentar as nossas impressões sobre os rumos assumidos por tais espaços nesta relação que representa mais uma forma de dispersão de conflitos (aqueles que não são solucionáveis no âmbito dos Conselhos) do que propriamente uma forma de atender as necessidades de saúde específica de cada população.

Assim, em fevereiro de 2002, nova tentativa de continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS após implementação das Normas Operacionais do SUS (NOB-SUS) foi feita pela publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002)¹⁹. Dentre os aspectos que essa norma dispunha como promissores para operacionalização das diretrizes do SUS podemos citar: a criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema. Os Conselhos de Saúde a cada edição de uma nova Norma assumiam um papel cada vez mais distante da estratégia que defendia sua institucionalização e seu papel propositivo, formulador da política pública, mesmo que formal. Passaram a assumir o posto de apreciadores de planos de saúde e de relatórios de gestão cuja elaboração e definição das prioridades de saúde ficava a cargo de técnicos ligados à gestão do Sistema.

Além disso, dadas as predefinições orçamentárias em cada área prioritária da saúde e a extensão dos documentos que dispõem sobre essas definições na maioria das vezes tais documentos são submetidos aos órgãos de controle social em prazos curtos para análise e posterior aprovação como forma de cumprir, apenas, os requisitos legais para a transferência de recursos financeiros aos entes federativos (BRASIL, 1990; 2002). Nesta e em outras tentativas a intencionalidade caminha para fortalecer os aspectos normativos da participação social e não mais para a possibilidade de alteração na política pública como estratégia de mudança social - se é que podemos depositar nossas expectativas nos espaços institucionalizados de participação a exemplo dos Conselhos de Saúde.

O entusiasmo com o controle social na implementação das políticas de saúde veio com a assunção do posto de Presidente por Luís Inácio da Silva (Lula), em janeiro

¹⁹ Após as edições das Normas Operacionais do SUS (NOB-SUS) nos anos de 1991, 1992, 1993 e 1996 em 2002 foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de saúde (NOAS - SUS) foi publicada por meio da Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Esta Norma utilizou da estratégia de regionalização para o aprimoramento do processo de descentralização.

de 2003. O compromisso de tornar a participação popular uma ação política concreta e de fazer com que as mudanças necessárias sejam feitas a partir de propostas provenientes da sociedade era a aposta defendida pelo Ministro de Estado de Saúde - Humberto Costa – no governo Lula

A posse do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e de sua equipe em janeiro de 2003 marcou um novo momento histórico para o Brasil. A participação popular no governo federal deixou de ser mera formalidade, tornou-se uma ação política concreta. Consoante com esse compromisso, o Ministério da Saúde propôs, ainda no início da gestão, antecipar a realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde para aquele mesmo ano e, com isto, conseguir articular as mudanças necessárias a partir de propostas advindas da sociedade (BRASIL, 2004, p.13).

Vejamos nessa passagem que a aposta na participação era de ‘conseguir articular as mudanças necessárias a partir de propostas advindas da sociedade’. Essas apostas tornam-se vagas, em sua concretude, quando se analisa o uso da expressão ‘mudanças necessárias’ e ‘propostas advindas da sociedade’. O questionamento que suscita é sobre quais mudanças na política de saúde o Controle Social efetivamente conseguirá atuar? Noutras passagens já sinalizamos a impossibilidade de as instâncias de participação institucionalizada alterarem a política pública como estratégia de mudança social, porque isso exige uma luta que não se faz ensimesmada nos Conselhos de Saúde, mas uma luta que envolve “a capacidade de realizar rupturas reais na relação de poder, tencionando-o em direção às massas populares” (FLEURY, 2009, p.746). Isso sabemos que os Conselhos de Saúde da forma como foram concebidos não foram pensados para articular, promover a luta entre classes em direção às massas populares, mas para servir a hegemonia burguesa nos moldes de um Estado educador, melhor dizendo, na capacidade de alcançar adesão e convencimento das grandes massas para seu projeto ou para uma certa concepção de mundo na qual o consentimento e o consenso são partes inelimináveis deste processo.

As propostas advindas da sociedade são outra expressão que acreditamos ter ficado limitada à concepção de inspiração liberal em que a própria divisão que se estabelece entre Estado e sociedade civil – sendo esta um espaço homogêneo sem contradições de classes e aquele como instância neutra de manutenção da ordem através do uso das leis e árbitro dos conflitos sociais – fez parte, se bem entendemos, do caminho que guiou a estratégia de democratizar as ações estatais, via participação da sociedade organizada. A concepção de sociedade que defendemos não permite enquadrá-la como espaço homogêneo - sem contradições de classes - onde é possível

homegeinizar projetos de setores diversos e antagônicos, mas conceituá-la como espaço de luta de interesses contraditórios que se relaciona organicamente com o Estado.

Nesta concepção, generalizar propostas advindas da sociedade sem considerar o campo de luta e de conflito das classes e frações de classes que se inscreve na materialidade institucional do Estado é desconsiderar as contradições de classes inseridas na própria estrutura do Estado no estabelecimento de sua política. Como bem esclarece Poulantzas (2000) “As contradições de classe constituem o Estado, presentes na sua ossatura material, e armam assim sua organização: a política do Estado é o efeito de seu funcionamento no seio do Estado” (POULANTZAS, 2000, p.135). Assim defender propostas provenientes da sociedade de forma vaga e apenas em torno das instâncias de participação não reflete as contradições e os conflitos presentes na própria sociedade tampouco a defesa de projeto a favor das classes subalternas.

A leitura do documento “*Aqui é permitido sonhar*” – parte do Relatório da 12ª CNS – sinaliza, novamente, o entusiasmo de Humberto Costa com a participação popular na definição das políticas públicas como elemento que subsidiará o sonho de se manter vivo o SUS. Mas como? Apenas por meio do Controle Social, via Conselhos de Saúde? Apenas por meio da definição de atribuições e competências vagas dessas instâncias na implementação das políticas de saúde que atendam às necessidades locais e a fiscalização da aplicação dos recursos? E ainda, pela luta dessas instâncias para garantir que os gestores do SUS implementem as propostas aprovadas em Conferência? As ilusões reaparecem. Os problemas persistem com suas devidas contradições.

Se depositarmos as expectativas de fortalecimento do Controle Social nas ações governamentais incorremos no erro de pensar essas estruturais apenas como mero instrumento de vontade dos governantes, sem trazer para o debate a estratégia que concebeu e sustentou os Conselhos de Saúde desde a formulação de sua proposta: a concessão de uma suposta participação das decisões da política de saúde, em troca da manutenção da ordem e da legitimidade do Estado. Os fatos até aqui mostram que tal compreensão não fez parte das estratégias até então apresentadas, pois, ao que tudo indica, a perspectiva que se vê de Controle Social sobre o Estado tem como eixo a disputa e o controle de seus aparelhos e não a luta na sociedade civil que modifique as relações de forças internas a favor das massas populares no campo estratégico do Estado.

Nas propostas formuladas no âmbito da 12ª CNS (2003), vimos, mais uma vez, o esforço incessante para encher a máquina estatal de mecanismos que pudessem ‘controlar’ e dar transparências às ações governamentais que – senão trouxeram mais problemas para os Conselhos de Saúde - sinalizam que estes espaços não mais dariam conta de resolver os aspectos relacionados à formulação e controle da política pública de saúde. Portanto, não nos iludamos que os Conselhos de Saúde sejam capazes de transformar a materialidade do aparelho de Estado porque essa transformação requer uma operação e ação específicas; por exemplo a transformação da correlação de forças.

Mesmo diante destes apontamentos - sugestivos de que a solução das contradições e dos conflitos de classe não se esgotam no âmbito dos Conselhos de Saúde - a ilusão persiste a cada ponto que observa nas propostas aprovadas no Relatório da 12ª CNS. Atribuir aos Conselhos de Saúde a função de regulador da saúde das instâncias de relações internacionais como Mercosul, Alca e OMC” (BRASIL, 2004, p. 109)²⁰? Ora, seria muita pretensão, diante de todos os problemas apresentados ao longo desse texto, conferir aos Conselhos de Saúde a atribuição de regular a saúde no nível internacional. Outra questão audaciosa apresentada no mesmo Relatório trata-se da punição daqueles gestores que não cumprirem as deliberações das Conferências de Saúde e não obedecerem aos prazos de entrega dos relatórios mensais para os respectivos Conselhos de Saúde. Bem, a questão foi levantada, mas a forma como seriam essas punições não foi retratada. Tudo parecia passível de realização, afinal de contas as expectativas geradas pelo governo Lula faziam com que os movimentos sociais organizações e militantes envolvidos na luta pela saúde acreditassem, sonhadoramente, na solução mágica dos problemas, pela via da gestão.

Sonhos, no entanto, não se sustentam diante da concretude da vida, na luta de classes. Paim (2008) faz uma análise de conjuntura sobre o início do governo Lula no que tange aos pressupostos defendidos pela Reforma Sanitária para o setor saúde, descrevendo o cenário econômico e as mobilizações em torno da 12ª CNS. Segundo o autor:

A saúde não estava presente no discurso do presidente eleito nem do coordenador do grupo de trabalho que operou a transição para anova gestão. O Ministro da Saúde foi um dos últimos a ser indicado na composição da

²⁰ Mercosul (Mercado comum do Sul), Alca (Acordo de Livre Comércio das Américas) e OMC (Organização Mundial do Comércio). São blocos econômicos e organizações que tem como objetivo, respectivamente, promover a integração dos países da América do Sul, especialmente os do Cone Sul, nos âmbitos econômico, político e social; redução das barreiras alfandegárias projeto de bloco econômico que reúne países da América, tanto do sul, central e do norte.

equipe do primeiro escalão, mas todas as secretarias que compunham a estrutura do novo ministério foram contempladas com dirigentes que tiveram participação no movimento sanitário. A área econômica mantinha a política monetarista do governo FHC e o Ministério da Saúde foi um dos setores que sofreu, em termos absolutos, maior contingenciamento de recursos (PAIM, 2008, p. 241-242).

Apesar de todas as limitações apresentadas acima, o autor afirma que no primeiro ano do governo, o Ministério da Saúde (MS) foi um dos poucos espaços onde a equipe dirigente procurou construir políticas de saúde coerentes com o SUS” (PAIM, 2008, p. 242). Houve ainda a criação da Secretaria de Gestão Participativa, em 2003 a qual o autor demonstra ser mais um incentivo para participação da sociedade, entretanto, tal iniciativa, embora tenha a finalidade de propor, apoiar os mecanismos constituídos de participação popular e de controle social, em especial os Conselhos, não traz em seu bojo a possibilidade de os atores sociais inseridos nestes espaços desenvolverem *graus de consciência política coletiva*²¹ que os permitissem criar uma unidade intelectual e moral que poria em xeque todas as questões em torno das quais ferve a luta não no plano corporativo (por exemplo a luta restrita à defesa de interesses imediatos), mas “num plano “universal”, criando assim a hegemonia de um grupo social fundamental sobre uma série de grupos subordinados” (GRAMSCI, 2011, p.253, grifo do autor).

Assim, pelo que acabamos de elucidar, a estratégia de inflar a máquina de instância participativas representaria mais uma forma de se multiplicar aparelhos privados de hegemonia no campo organizativo da burguesia do que propriamente a luta com fins universais (ou a construção de um novo projeto que vise superar a condição de subalternidade das classes). Mas voltemos as observações que Paim (2008) nos apresenta sobre a expectativa depositada na 12ª CNS.

Segundo o autor as mobilizações em torno da 12ª CNS, propiciaria uma “pactuação para o desenvolvimento da Reforma Sanitária e do SUS, forçando o governo a assumir propostas e compromissos mais progressistas” (PAIM, 2008, p. 242). De forma contrária a tal pressuposto nem mesmo a Relatório final dessa Conferência foi aprovado no ano de seu acontecimento pela Plenária - esta atribuição ficou a cargo do

²¹ Para Gramsci (2011) a consciência política coletiva seria o momento de se reconhecer “a relação das forças políticas, ou seja, a avaliação do grau de homogeneidade, de autoconsciência e de organização alcançado pelos vários grupos sociais” (p.252). Para Dantas e Pronko (2018) “trata-se, neste momento, de identificar os graus de consciência política coletiva das classes e frações de classe, assim como as formas e estratégias de luta que elas desenvolvem no âmbito da sociedade civil e suas articulações com as formas de organização da sociedade política, entendendo-as, sempre, no seu caráter relacional” (p.85)

Conselho Nacional de Saúde em 2004-revelando que se havia a intenção governamental de promover mudanças necessárias a partir das propostas advindas da sociedade, certamente não viriam da Conferência. Como então garantir que este processo pudesse forçar o governo a assumir propostas e compromissos progressistas? As estratégias voltam-se, novamente, para o fortalecimento das instâncias de participação

O Pacto pela Saúde (2006) foi o elemento preditor para o incentivo de tal estratégia. Publicado na perspectiva de que os gestores do SUS assumissem o compromisso público em torno das necessidades de saúde da população, o documento dispunha sobre uma série de responsabilidades a serem assumidas por esses gestores nas quais o desenvolvimento de iniciativas voltadas ao fortalecimento da participação social era um dos critérios para a transferência de recursos financeiros aos entes federativos. As ações previstas no Pacto para incentivo à participação são assim descritas: Apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento **para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis**; Apoiar o processo de formação dos conselheiros; Estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde; Apoiar os processos de educação popular em saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS; Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos estados e municípios, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS; Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do pacto (BRASIL, 2006, grifo nosso).

Identifica-se, a partir do fragmento, o apoio ao desenvolvimento de iniciativas para sanar os mesmos problemas do controle social desde a sua institucionalidade. A estratégia voltou-se estritamente para obrigatoriedade de se criar iniciativas e espaços de participação, de escuta do cidadão sem nenhum impacto nas decisões da política pública de saúde. Assim, se a ampliação da participação e dos instrumentos participativos no governo Lula defendida por Paim (2008) e Lambertucci (2009) - com todos os seus limites e ambiguidades - “representa uma necessidade e assume um papel central porque amplia e fortalece a democracia” (LAMBERTUCCI, 2009, p.71), para nós essa ampliação refletiu o equívoco da estratégia de controlar o Estado apenas por meio da abertura de canais formais de participação ou por meio da ocupação de postos na máquina estatal.

Na 13ª CNS (2007), já no segundo mandato do Presidente Lula, as propostas referentes à participação da sociedade por meio dos Conselhos de Saúde, reafirmavam, frouxamente, a pretensão governamental destas instâncias serem fortalecidas e ao mesmo tempo os problemas que estes espaços vêm apresentando ao longo de nossas análises. Como então pensar em desenvolvimento social, equidade e justiça social - como defendido por Lambertucci (2009) - se as propostas que versam sobre o fortalecimento do Controle Social tratam-se mais de repetições de problemas

irremediáveis do que propriamente de condições que favoreçam tais pressupostos. Na verdade, o que se observa nas condições impostas a estes espaços é, essencialmente, o desempenho do papel organizativo do Estado de manter sua hegemonia por meio da abertura de espaços formais de participação e a utilização destas estruturas como classe-de-apoio capazes de difundir a ideologia dominante de que o Estado é o representante da vontade e dos interesses gerais da população sem deixar transparecer o seu caráter de classe e as correlações de forças presentes em seu seio.

Nesta concepção, se a participação social nas decisões da política pública de saúde for mensurada pelo número expressivo de propostas extraídas de uma Conferência ou pela abertura de canais formais de participação no interior do aparelho de Estado, decerto tais iniciativas não apresentam a capacidade de ameaçar o papel desempenhado pelo Estado nem de promoverem qualquer abalo significativo à ordem. Isso porque o Estado fazendo jus à sua natureza de classe, estrategicamente, franqueia - dentro de limites seguros para dominação do capital- uma determinada participação e por isso tem-se a ilusão de que transbordar a máquina estatal de instâncias participativas seria a opção tática de transformar a natureza do Estado a favor da classe trabalhadora.

Assim, no balanço da perspectiva de atuação das instâncias participativas desde sua institucionalização, os mesmos problemas apresentados nos relatórios das Conferências de Saúde até aqui analisados podem ser transpostos para as duas últimas Conferências realizadas nos anos de 2011 e 2015²².

Deste modo o que queremos explicitar por meio do resgate das descrições normativas e das análises dos problemas do Controle Social constantes nos Relatórios é o fato de que as experiências de participação social caminharam descoladas da compreensão do Estado enquanto campo estratégico de luta entre as classes e de relações de dominação. Além disso, a institucionalização destes espaços se limitou à estratégia de ocupação de postos na máquina estatal sem a compreensão de que as prerrogativas assim definidas na legislação são paliativas de um processo mediado pela correlação de forças de um determinado período histórico.

Assim os problemas do Controle Social na Saúde, como a literatura por vezes traz, se arrastam há três décadas, desde a sua criação, em paralelo às iniciativas de desconstitucionalização do SUS (cortes dos gastos com saúde, criação dos Planos de

²² As Conferências de Saúde realizadas nos anos de 2011 e 2015 foram, respectivamente, a 14ª CNS realizada entre os dias 30 de novembro e 4 de dezembro de 2011 e a 15ª CNS, realizada entre os dias 23 a 26 de novembro de 2015 (BRASIL, 2012a; 2016).

Saúde Acessíveis, dentro outras iniciativas de retrocessos). Retomemos as análises desses problemas até aqui com intuito de conclusão de tal processo: independente do governo - de sua base político-partidária -, os problemas nesses espaços persistem. Entretanto parece haver a ilusão, por parte daqueles que estão inseridos nas estruturas formais de participação (Conselhos e Conferência de Saúde), de que nestes espaços se decide a política de saúde de um determinado nível de gestão; de que nestes espaços se decide o destino dos recursos financeiros para a execução de determinada política de saúde e que de fato a mera aprovação ou não de um Plano de Saúde com ou sem ressalva impossibilitará um Gestor da Saúde, por exemplo, de fazer aquilo que está determinado pelo capital.

Sendo assim, com todas as apostas no Controle Social que direcionam para uma “tendência democratizadora da ação dos conselhos nos lugares em que são mais atuantes”(AVRITZER, 2009, p. 37), fato é que, na atualidade, o Controle Social na Saúde tem assumido a função de ser corresponsável pela administração dos problemas e pela busca de soluções remediadoras, no SUS, com pouco potencial indutor de mudanças nos rumos na política pública de saúde e, além disso, com pouco potencial de desafiar os preceitos neoliberais de preservação da reprodução do capital.

A aceitação de se instituir e multiplicar espaços de participação social no interior dos aparelhos de Estado é estratégica: divide responsabilidades entre os representantes desses espaços, filtram as lutas e aplacam a pressão popular (que vem de fora) por direitos, em troca de uma função de relevância social: a de ser conselheiro. Certamente estas estratégias, se pensadas, foram então traduzidas apenas na ocupação de espaços na máquina estatal e não no rompimento das características estruturais do Estado capitalista e de superação da hegemonia burguesa.

CAPÍTULO 2 - A FORMALIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE: PROBLEMAS E RETROCESSOS

Apresentamos no capítulo anterior, por meio das análises dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde, os problemas do Controle Social mais recorrentes no âmbito do SUS descritos em tais documentos. Neste capítulo procuraremos apresentar a crítica que comumente se faz em torno desses problemas. Para isso, selecionaremos estudos que tratam sobre o Controle Social na Saúde de forma mais abrangente, portanto, não limitados a um ou outro Conselho de Saúde. Como referência temporal utilizaremos estudos que abrangem a década na qual tais instâncias foram institucionalizadas (anos 1990), bem como outros estudos realizados no período no qual se observa a ampliação de iniciativas de participação social nos anos 2000.

Para subsidiar o aspecto organizativo desse capítulo, agruparemos os problemas a serem analisados com bases nas diretrizes dispostas na Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo em vista que estas diretrizes são aplicáveis a qualquer Conselho de Saúde, e ainda, pela observação de que a maioria dos problemas recorrentes nestes espaços giram em torno dos temas constantes nesta Resolução. Começaremos delineando as diretrizes que constituem a referida Resolução na premissa de descrever formalmente o fenômeno do Controle Social, inscrito na forma dos Conselhos de Saúde, para avançarmos nas discussões a respeito da crítica que comumente se faz acerca dessas diretrizes.

Em torno da definição do conceito, a legislação define os conselhos de Saúde como instâncias colegiadas, deliberativas e permanente do SUS, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde (MS), das secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuja composição, organização e competência estão fixadas na Lei nº 8.142/90. No que diz respeito às atribuições desses espaços, lhes cabe acolher as demandas da população aprovadas nas Conferências de Saúde, bem como homologar as decisões tomadas por esses órgãos em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se lhes publicidade oficial (BRASIL, 1990; 2012b).

No que tange à organização dos Conselhos de Saúde, a legislação estabelece a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados; a participação de representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde,

obedecida a seguinte distribuição de vagas: “50% de entidades e movimentos representativos de usuários, 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos”(BRASIL, 2012b).

Para a garantia da estrutura e funcionamento desses órgãos, cabe às três esferas de governo garantir “autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva, com a necessária infraestrutura e apoio técnico”, cabendo aos conselhos de Saúde deliberar e decidir, dentre outros aspectos, sobre a sua estrutura administrativa e sobre o seu orçamento. Compete ainda aos conselhos de Saúde:

[...] IV - atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado; V - definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e deliberar sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços; [...] IX - deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde; [...] XII - avaliar e deliberar sobre contratos, consórcios e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais; XIII - acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde; XIV - aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação vigente; XV - propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destino dos recursos; XVI - fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os recursos transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União, com base no que a lei disciplina [...] (BRASIL, 2012b)

Assim, descritas as diretrizes que estabelecem os aspectos sobre a instituição e funcionamento dos conselhos de Saúde, dividiremos nossas análises em dois blocos: aspectos organizativos e estrutura de funcionamento destas instâncias.

2.1 A ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

A questão da paridade dos segmentos nos Conselhos de Saúde

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativos compostos por representantes de usuários, de profissionais da saúde, governo e prestadores de serviços. Sobre a representação desses segmentos, a legislação estabelece que esta poderá variar de acordo com as especificidades locais, sendo a

representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde, o critério a ser adotado para a participação de órgãos, entidades e movimentos sociais (BRASIL, 2012b).

Deste modo, quando se analisa a distribuição percentual de usuários no âmbito dos Conselhos de Saúde, a questão da obrigatoriedade da paridade nessa composição é um item que vem sendo muito questionado entre os estudiosos que tratam sobre a temática. Carvalho (1997) considera que a composição paritária nos Conselhos de Saúde é fundamental pois discrimina positivamente os segmentos e grupos com menor poder no sistema uma vez que serviria para “explicitar a vigência de um pacto redistributivo e operacionalizar o concurso daqueles setores que mais têm necessidade de vocalizar e ter absorvidos suas demandas, de resto não contempladas pelos canais normais” (CARVALHO, 1997, p.106). Ainda segundo o mesmo autor na composição dos Conselhos de Saúde

São claramente favorecidos os setores cuja capacidade de influência sobre o aparelho estatal praticamente inexistente fora dessa instância. O próprio mandamento da paridade, ao assegurar que metade dos conselheiros seja de usuários, garante no interior dos conselhos uma presença significativa de segmentos que não dispõem de canais próprios de acesso e influência sobre o aparelho estatal (CARVALHO, 1995, p.108)

Na mesma direção, Abers e Keck (2008), ao discutir a representação nos Conselhos e o papel dos representantes – sejam eles indicados por associações da sociedade civil sejam os indicados por órgãos governamentais – no processo de tomada de decisões sobre a política de saúde dirão que a garantia da paridade foi inserida em lei como forma de “assegurar que os representantes do Estado não dominassem tais conselhos” e, desta forma, pudesse haver a divisão de poder entre este e os representantes da sociedade civil nestes espaços (ABERS; KECK, 2008, p.102).

A discussão propriamente política sobre a paridade é apresentada por Tatagiba (2002) como uma dimensão que “não é suficiente para garantir o equilíbrio no processo decisório” (p. 57). Para a autora, mesmo que haja a igualdade numérica entre sociedade e governo, esta relação aparece relacionada a variáveis ligadas à dinâmica do próprio funcionamento dos Conselhos, as quais cita: a dificuldade dos atores, seja governamentais ou não-governamentais, em lidar com a pluralidade, a relação conselheiro-entidade e a qualificação dos conselheiros para o exercício de suas funções. Nesta perspectiva, a autora nos diz que o

[...] princípio da paridade tende, pelas próprias características de nossa cultura política, a se traduzir em vantagens para o governo, trazendo

profundos desequilíbrios ao processo decisório [...] Parece correto supor que a obrigatoriedade legal da paridade como princípio de equivalência entre Estado e sociedade nos conselhos, embora absolutamente fundamental, não é, contudo, suficiente para garantir a equivalência real: esta envolve a contínua disputa pela hegemonia no interior dos conselhos [...] (TATAGIBA, 2002, p.59).

Gohn (2006), corroborando com as análises de Tatagiba, dirá que a paridade não pode ser vista estritamente como uma questão numérica, mas como uma condição de certa igualdade de acesso à informação e disponibilidade de tempo. Segunda esta autora:

a disparidade de condições de participação entre os membros do governo e os advindos da sociedade civil é grande; os primeiros trabalham nas atividades dos conselhos durante seu período de expediente de trabalho normal/remunerado; têm acesso aos dados e informações, têm infra-estrutura [sic] de suporte administrativo; estão habituados com a linguagem tecnocrática etc. Ou seja, eles têm o que os representantes da sociedade civil não têm (pela lei, os conselheiros municipais não são remunerados e nem contam com estrutura administrativa própria) (GOHN, 2006, p. 9).

A equivalência que se pretende alcançar entre membros do governo e representante da sociedade civil por meio dos Conselhos reforça, novamente, a estratégia de que os segmentos socialmente excluídos pudessem se apropriar de parcela do poder do governo e assim assegurar políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social e não apenas de setores mais privilegiados. Configura a pretensão de utilizar a máquina do Estado a favor da classe trabalhadora por meio de instâncias participativas. Sabemos que tal pretensão – na concepção de Estado que adotamos – não se dá por meio da tomada dos aparelhos de Estado pelas massas populares tampouco por lutas ditas contra hegemônicas que privilegiam a dimensão institucional. Tal pretensão passa, necessariamente, por uma luta que incline as relações de forças em favor das massas populares no campo estratégico do Estado (POULANTZAS, 2000).

Isso exigiria, inicialmente, desmitificar a ideia de Estado - tomado apenas como governo - e considerá-lo como unidade orgânica indissociável da sociedade civil onde a oposição real se dá entre as classes sociais na disputa pela hegemonia nesta estrutura e não, simplesmente, pelo percentual expressivo de representantes da sociedade civil em relação aos governamentais nos Conselhos. Nestes moldes o papel desempenhado pelo Estado estaria relacionado à organização da hegemonia da classe dominante e do consenso ativo dos governados pela participação²³. Estariam aqui as bases que norteiam

²³ Gramsci foi quem estabeleceu a distinção mais clara e mais explícita entre a dominação de classe na sociedade civil pela categoria de hegemonia e o domínio político enquanto tal, ou poder de Estado ao

nossa compreensão em torno da questão da paridade: conceder ao máximo a participação de segmentos que supostamente ‘representam os interesses das necessidades de saúde do conjunto social’ em troca do consentimento ativo²⁴ desses segmentos, mesmo que o cumprimento de tal princípio não seja de fato realidade nos Conselhos (GERSCHMAN, 2004; ESCOREL; DELGADO, 2008).

Desta forma não basta garantir a obrigatoriedade da paridade nos Conselhos de Saúde na perspectiva da defesa de projetos voltados para a maioria da população, justamente porque as defesas de projetos são pautadas por interesses diversos presente na própria sociedade civil que transcende a lógica de funcionamento dos Conselhos. Ainda poderíamos pensar, em torno dessa obrigatoriedade, sobre a intenção de se colocar 50% de atores sociais com pouco ou nenhum acesso aos conteúdos e temas tratados no âmbito desses espaços para decidir sobre os rumos de uma política pública. A reflexão, certamente, caminharia para um desequilíbrio no processo decisório nestas instâncias. Seguiremos então analisando o perfil dessa representação.

A questão da representação nos Conselhos de Saúde

A representação é colocada por Labra (2008) como elemento crucial para a compreensão do desempenho dos conselheiros representantes dos usuários. Sua sustentação e legitimidade relaciona-se diretamente com a dimensão associativa que envolve, de um lado, a natureza, os objetivos e abrangência das organizações representadas nos Conselhos e, de outro, a relação entre estas e seus representantes. A autora busca aferir a qualidade do desempenho dos conselheiros por meio do apoio prestado pela associação ao conselheiro, pela capacidade deste de influir nas resoluções do colegiado em favor de medidas de interesse geral, bem como por meio de sua capacidade de influir nas decisões voltadas para o bem comum. Mesmo que o estudo trate sobre a análise de Conselhos Distritais de Saúde de um determinado Estado (Rio de Janeiro), apresentaremos suas conclusões tendo em vista que estas refletem os problemas revelados no Relatório Final da 11ª CNS.

defini-lo enquanto “Estado= sociedade política e sociedade civil. Isto é, a hegemonia couraçada de coerção” (GRAMSCI, 2007, p.244).

²⁴ Nas linhas gramscianas esse consentimento ativo corresponderia por um lado, à função hegemônica exercida pelo o grupo dominante sobre toda a sociedade e por outro, à função de ‘domínio direto’ ou comando, que se expressa no Estado e no governo ‘jurídico’ (GRAMSCI, 2001, p.21). Mais precisamente, “o consentimento ativo das classes subalternas em torno da conservação das relações vigentes de domínio da classe dominante” (BRAVO; CORREIA, 2012, p.133).

A primeira conclusão à qual Labra chega é que existem importantes “distorções entre conselheiros, associações que representa e comunidade usuária” (2008, p. 109). A questão da renovação de dirigentes das associações, marcada pela longa permanência nos cargos, aponta, como a autora sugere,

Para a grande distância existente entre a comunidade, suas lideranças e as associações que aquelas dirigem; mais ainda, sinalização para a ‘oligarquização’ das associações de vizinhança, refletindo assim traços das relações hierárquicas de poder que atravessariam a sociedade brasileira como um todo (LABRA, 2008, p. 113)

Além da oligarquização das associações, outros apontamentos apresentados por Labra dizem respeito à profissionalização e elitização desse grupo, vista pela falta de oportunidade de os cidadãos comuns serem indicados pelas associações para representá-las nos conselhos e pela escolaridade mais elevada dos conselheiros. Nestas evidências a autora conclui que a população usuária dos serviços do SUS, no caso específico do Rio de Janeiro, está longe de ter representação adequada nos Conselhos de Saúde, uma vez que as associações em vez de defender os interesses dos usuários estão mais voltadas para defender estratégias de dominação e sobrevivência do que ações em prol do bem-comum (LABRA, 2008).

Na mesma direção, Abers e Keck (2008) fazem uma reflexão importante sobre a participação dos cidadãos nos Conselhos Gestores, contrapondo-se à ideia de que esses espaços promoveriam a expansão da participação direta dos cidadãos no processo decisório das políticas públicas. Para elas, diferentemente de um orçamento participativo em que os participantes das assembleias são os próprios cidadãos, a própria estrutura organizativa dos Conselhos Gestores impede essa participação direta, uma vez que

De um lado, os participantes não-estatais são indivíduos escolhidos por organizações que, por sua vez, foram escolhidas por outras organizações. Do outro lado, cerca de metade dos assentos são ocupados por funcionários públicos, indicados para “representar” a posição dos órgãos estatais envolvidos (ABERS; KECK, 2008, p. 100)

As autoras acrescentam que a problemática da representação nesses Conselhos vai além dos questionamentos que tratam sobre o que e como as associações representam os setores da sociedade nesses espaços. O incômodo apresentado por elas é proveniente da própria característica dos Conselhos em que se tem, de um lado, a participação de representantes indicados para defender os interesses das associações civis e, de outro, representantes indicados por órgãos estatais para representar a posição

destes. Em suas observações, dizem ser difícil aceitar, em termos teóricos, “a noção de que o Estado pode ser representado como um interesse parcial” e, ainda, que esta participação não deixa claro em nome de quem ou do que seus representantes nos Conselhos se manifestam e votam (ABERS; KECK, 2008, p. 101). Temos aqui uma compreensão de Estado que não permite que as autoras concluam suas observações em torno dos interesses de quem e para quem o ‘Estado’ representaria nos Conselhos. A perspectiva se limita à compreensão de Estado reduzida à máquina estatal e a concepção de sociedade civil enquanto espaço homogêneo sem contradição de classes.

Ao longo de suas análises, Abers e Keck (2008) parecem percorrer com esta compreensão transferindo para o campo da representação, da formação e da gestão todas as explicações que dificultam que as vozes dos excluídos sociais e políticos sejam ouvidos pelo ‘Estado’ nos Conselhos como apresentando no fragmento

Estudos empíricos desses conselhos encontraram poucas evidências de que eles contribuem, de fato, para que as vozes dos excluídos sociais e políticos sejam ouvidas pelo Estado. Analistas têm oferecido quatro explicações gerais para isso. Primeiro os indivíduos que compõem os conselhos não são representativos das classes populares. [...]. A principal razão proposta é que os conselhos, à diferença de outros espaços, como o orçamento participativo, requerem níveis relativamente altos de escolaridade, uma vez que as políticas reguladoras envolvidas são complexas e, frequentemente, só podem ser entendidas por especialistas. [...]. Uma segunda observação e crítica comum aos conselhos é que os representantes da sociedade têm ligações muito frágeis com os grupos populares que deveriam representar [...]. Um terceiro problema órgãos governamentais controlam as agendas dos conselhos, reduzindo, portanto, a chance de que membros da sociedade civil possam mudar o rumo das políticas. [...]. Finalmente, estudos revelaram que governos municipais frequentemente resistem a conferir poder efetivo aos conselhos, mesmo quando têm a possibilidade de controlar o processo decisório (ABERS; KECK, 2008, p. 103-104).

Paralelamente as autoras criticam o papel do Estado em lidar com as questões sociais face à criação dos Conselhos Gestores, amparadas na concepção de sociedade civil que se caracteriza pela dicotomia entre Estado e sociedade civil e que faz do primeiro o árbitro imparcial das relações entre as classes sociais presentes na sociedade como se apresenta no fragmento abaixo

Se conselhos gestores são criados, em parte, para remediar a incapacidade (ou falta de vontade) do Estado para lidar com as questões sociais por conta própria, como podemos esperar que o Estado proteja os seus cidadãos mais vulneráveis? Se insistirmos que a sociedade civil é, na tradição pluralista, caracterizada pela pressão política e pelas relações de poder, não podemos exigir que o Estado seja, de alguma forma, imune a essas pressões. Nem poderíamos esperar que ele “naturalmente” representasse os interesses dos politicamente excluídos ou da comunidade política como um todo (ABERS; KECK, 2008, p. 107, grifo do autor).

Por outro lado, o tom de desesperança apresentado pelas autoras de que o Estado pudesse representar naturalmente os interesses dos politicamente excluídos, a partir da concepção pluralista de sociedade civil, aproximam de nossa crítica quando identificam uma relação de organicidade entre Estado e sociedade civil – vista pela pressão política e pelas relações de poder presentes na sociedade – e que por isso a defesa de projeto para “os politicamente excluídos” não seria simplesmente um ato de vontade do Estado mas, das relações de forças presente na sociedade civil no campo estratégico do Estado (ABERS; KECK, 2008).

Outras autoras, portanto, apontam as influências das entidades que se fazem representar nos Conselhos na defesa de projetos, que em sua maioria, estão ligados, estritamente, às atividades que desenvolvem e a segmentação presente nestes espaços como um dos principais entraves para a defesa da unidade de projetos para saúde que busquem contemplar a maioria da população (SILVA, 2008; BAHIA, 2008)

Tatagiba (2002), no entanto, justifica que os problemas relacionados à representação qualificada nos Conselhos à questão da obrigatoriedade de se criar uma extensa rede de conselhos em diversas áreas sendo, portanto, difícil a representação nos inúmeros conselhos hoje em funcionamento:

Seria muito difícil, mesmo para o mais bem-intencionado dos governos, ou para a mais participativa das comunidades, fazer-se representar de forma qualificada nos inúmeros conselhos hoje em funcionamento. A Constituição, ao instituir a obrigatoriedade dos conselhos em diversas áreas, acabou criando uma extensa rede de conselhos, abrindo espaços difíceis de serem preenchidos (TATAGIBA, 2002, p. 68).

Nesta e noutras passagens acima observa-se que as soluções dos problemas apresentados pelas autoras parecem se tratar de uma análise em torno do controle social na saúde que se limita à compreensão de Estado e sociedade civil que não considera a relação de equilíbrio entre estes dois níveis tampouco os problemas e os conflitos entre classes que transcende o campo da representação nos Conselhos. Nestes termos a perspectiva de uma boa representação nos Conselhos, para nós, parece recair nos problemas relacionados à oligarquização das associações e nas representações governamentais que não defendem os interesses dos excluídos sociais e políticos nestes espaços.

A questão da qualificação dos Conselheiros de Saúde

A qualificação dos conselheiros é apontada por Correia (2005) como uma necessidade requerida para o desempenho das atribuições legais dos membros que fazem parte dos Conselhos. Para a autora a introdução de novos sujeitos políticos no SUS com o papel de atuarem na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde, proveniente da institucionalização dos Conselhos, fez com que houvesse um movimento que buscasse preparar esses atores para o exercício pleno de suas atribuições (CORREIA, 2005).

Tatagiba (2002), no entanto, no conjunto de estudos realizados sobre os Conselhos Gestores de Políticas Públicas de Saúde, dirá que há um reconhecimento unânime da falta de capacitação dos conselheiros, tanto governamentais quanto não-governamentais, como subsídio para uma intervenção mais ativa no processo deliberativo no interior dos conselhos. Para ela, esse reconhecimento anda ao lado da defesa de programas de capacitação e do debate sobre o conteúdo desses programas, o qual a autora supõe fazer parte de um dos principais obstáculos a uma atuação mais efetiva das representações não-governamentais nestes espaços (TATAGIBA, 2002).

Ao identificar a necessidade de capacitação nos Conselhos, Tatagiba apresenta alguns questionamentos acerca da construção dos programas de capacitação e ainda algumas respostas em torno do problema da falta de capacitação, como apresentado no fragmento abaixo:

Como construir um programa de capacitação, que permita aos conselheiros da sociedade civil dialogar em pé de igualdade com agentes estatais, sem, contudo, transformá-los em especialistas, o que acabaria recolocando o ciclo das exclusões por meio do discurso especializado? De que forma minorar os efeitos das desigualdades sociais no processo deliberativo? Num país como o nosso, marcado por altos índices de analfabetismo, essa discussão assume contornos dramáticos, principalmente quando a essa característica associa-se outra: a valorização, em nossa cultura política, do argumento técnico em detrimento de outros saberes. O problema da capacitação atinge de forma diferenciada os distintos atores que participam dos conselhos. Se o acesso às informações e o próprio conhecimento quanto ao funcionamento da máquina administrativa colocam os conselheiros governamentais em vantagem em relação aos representantes da sociedade civil entre estes últimos, as diferentes capacidades também oferecem obstáculos à igualdade de participação nos processos deliberativos (TATAGIBA, 2002, p. 70).

Esses questionamentos parecem ir ao encontro das análises de Gohn (2006) que giram em torno da problemática das disparidades de condição de participação entre os membros do governo e os provenientes da sociedade civil, os quais os primeiros têm o

privilégio de acesso aos dados e de informações referente ao funcionamento da máquina administrativa (GOHN, 2006). Percebiam que Tatagiba e Gohn ao defenderem a igualdade de condições da participação entre membros do governo e os representantes da sociedade civil por meio dos programas de capacitação e do acesso aos dados e a informações sobre os funcionamentos da máquina pública concebem o Estado e a sociedade civil como esferas independentes onde, ao que parece, os obstáculos à igualdade de condições na participação seriam superados, vencidos, por meio da instrumentalização dos representantes da sociedade civil nos espaços de participação.

Da mesma forma, Dagnino (2002) ao delinear os elementos que dificultam a participação mais igualitária nos espaços públicos, dirá que, do lado da sociedade civil, o mais importante deles parece ser a “exigência da qualificação técnica e política” (p. 283). Para a autora, essa exigência é proveniente do caráter inovador dos espaços participativos que requer ao mesmo tempo, tanto para a sociedade civil quanto para o Estado, o reconhecimento de diferentes interesses, a capacidade de negociação, a construção do interesse público, e, ainda, a participação na formulação de políticas públicas. Nessa dimensão, dirá que a maior parte dos estudos analisados por ela apresenta uma característica central - em relação ao envolvimento com políticas públicas, seja na formulação, discussão, deliberação ou execução - que “exige um saber técnico especializado do qual os representantes da sociedade civil, especialmente o dos setores subalternos, em geral não dispõem” (DAGNINO, 2002, p. 284).

Na mesma linha de defesa, Delgado e Escorel (2008) reforçam que as diretrizes constantes nas legislações que tratam sobre o Controle Social na política pública de saúde “exigem dos Conselheiros uma certa capacidade técnica, que pode resultar na redução da dimensão política do Conselho” (p. 91). As autoras analisam que “compreender uma peça orçamentária ou formular diretrizes e metas de um plano de saúde exigem dos Conselheiros conhecimento que nem sempre possuem” (DELGADO; ESCOREL, 2008, p. 90). Reforçam, portanto, o pressuposto de que pela qualificação técnica dos conselheiros - sobretudo o dos setores subalternos - haveria a possibilidade das instâncias de Controle Social desenvolverem suas funções plenamente.

Além da qualificação técnica defendida pelas autoras, Dagnino (2002) aponta a necessidade do “conhecimento sobre o funcionamento do Estado, da máquina administrativa e dos procedimentos envolvidos” (p. 284). A autora analisa que a maioria

das Instituições e ou Organizações que desenvolvem propostas para solucionar os problemas da qualificação técnica

Concebem a questão da qualificação técnica como parte de uma qualificação política mais ampla, onde a dificuldade central é enfrentar o peso de uma matriz cultural hierárquica que favorece a submissão frente ao Estado e aos setores dominantes, além de afirmar a política como questão privativa das elites. (DAGNINO, 2002, p. 285).

A questão da qualificação política da representação da sociedade civil nos espaços de deliberação de políticas como os Conselhos Gestores é assim apresentada pela autora com a seguinte conclusão

A qualificação política da representação da sociedade civil envolve um aprendizado crucial nestes novos espaços que trazem, como parte da sua novidade, a convivência direta com uma multiplicidade de atores portadores de concepções e interesses diversos. [...] O reconhecimento da pluralidade e da legitimidade dos interlocutores é requisito não apenas da convivência democrática em geral, mas especialmente dos espaços públicos, enquanto espaços de conflitos que têm a argumentação, a negociação, as alianças e a produção de consensos possíveis como seus procedimentos fundamentais. Os estudos de casos apontam as dificuldades concretas desse aprendizado (DAGNINO, 2002, p. 285).

Observa-se nas análises da autora que a necessidade de qualificação técnica e política da representação da sociedade civil parece se tratar do antídoto necessário à submissão da sociedade perante ao Estado – aqui concebido como esfera distinta da sociedade civil – mas, necessário para o aprendizado e convivência com a multiplicidade de atores portadores de concepções e interesse diversos. Para nós tal perspectiva, embora seja importante para ampliação da consciência de classe, trata-se de uma forma de pacificação social em que a partir da negociação, das alianças e da construção de consensos possíveis se garante as bases da estratégia de dominação e a manutenção da ordem.

De todo modo, longe de nossa compreensão de que boa parte dos problemas do Controle Social está na baixa qualificação técnica e ou política dos representantes da sociedade civil, mas na estratégia de classe que concebeu e sustentou o Controle Social no Brasil, observa-se no país uma série de iniciativas voltadas para preencher as lacunas da falta de capacitação de conselheiros como a oferta de cursos, em diversos formatos, oferta de materiais, por Instituições de controle externo (Controladoria Geral da União (CGU), Assembleia legislativa, Escola do Legislativo etc.), Escolas de Governo, Escolas de Saúde Públicas e/ou Centro Formadores e Conselhos de Saúde, dentre outras instituições, abrangendo temas técnicos e/ou gerais sobre a participação social no SUS

com o pressuposto (respeitadas todas as intencionalidades e o compromisso destas instituições) de que a formação desses representantes os colocariam em pé de igualdade com agentes estatais nos processos deliberativos.

Tal perspectiva - se compreendida no campo da dicotomia entre Estado e sociedade civil - sugere o desenvolvimento de processos formativos arraigados pela forte conotação maniqueísta e instrumental do Estado²⁵ ou pela concepção *de Estado como coisa* que, ao nosso olhar, quando muito, caminha para a instrumentalização dos conselheiros de saúde. Isso – sabemos - não altera as contradições de classe presentes na própria estrutura do Estado, pelo contrário, moldam as formas de se pensar e compreender o mundo fundadas no consentimento ativo desses representantes.

Desta forma não se pode esperar que programas formais de capacitação (projetados a partir de metas institucionais e dependentes de orçamentos das esferas administrativas para sua realização) alcancem mudanças substanciais na estrutura do Estado tampouco mudanças nos processos que contribuem para a constituição da autonomia de classe²⁶, pois o desenvolvimento de tais programas tem como esteio a lógica da formação que civiliza e direciona a luta – se houver - nesses espaços apenas para o cumprimento das atribuições legais do Controle Social na saúde.

A questão da autonomia nos Conselhos de Saúde

A problemática em torno da autonomia dos Conselhos de Saúde é uma dimensão que envolve diretamente seu funcionamento, sua organização e, ainda, seu orçamento. Essa autonomia pressupõe que os Conselhos de Saúde tenham uma secretaria executiva, sede própria, além de capacidade de elaborar e gerir seu orçamento para o desempenho de suas funções (MOREIRA, 2008).

²⁵ Para Carvalho (1997) a conotação maniqueísta vê tanto o Estado quanto a sociedade como esferas destituídas das complexas relações sociais neles embutidas, e rebaixados a entes homogêneos, animados por vocações distintas. A conotação instrumental trata-se do estabelecimento de estruturas ou mecanismos capazes de funcionar como instrumentos da sociedade para controlar o Estado. Segundo o autor tal compreensão é apropriada pelo senso comum no contexto brasileiro da luta contra o Estado autoritário.

²⁶ Iasi (2013) considera que na imagem gramsciana, os trabalhadores devem fazer seu inventário, resgatar do conhecimento universal mais desenvolvido as bases para constituição de sua autonomia de classe, desvelando os fundamentos políticos e os interesses de classe que perpassam o conhecimento e as formas educativas. Para ele esta é uma tarefa que passa pela socialização do conhecimento nos espaços formais, mas exige a construção de espaços formativos, pois certos temas e formas educativas exigem espaços próprios e independentes.

A literatura traz apontamentos importantes sobre essa questão que nos permitem afirmar que o pressuposto da autonomia, seja ela administrativa ou financeira, não vem sendo cumprido no âmbito dos Conselhos de Saúde. A análise que normalmente se faz em torno deste problema encontra-se diretamente relacionada à garantia de repasse de recursos financeiros para viabilizar as atividades realizadas pelos conselheiros de saúde, em que muitos conselhos defendem a necessidade de rubricas orçamentárias próprias (TATAGIBA, 2002; FALEIROS et al, 2006; MOREIRA *et al*, 2008). Por outro lado, outros estudos fazem a análise desta autonomia em torno do desempenho das atribuições do conselheiro de saúde face às autoridades constituídas em cada nível de gestão, e ainda, a análise no âmbito da estrutura administrativa na qual o Conselho se insere.

No relato descrito por Raquel Dogde²⁷ acerca da autonomia dos conselhos e conselheiros face às autoridades constituídas – entenda-se os poderes municipal, estadual e federal - a autora faz os seguintes questionamentos em torno da questão

É interessante que em todos os níveis, federal, estadual e municipal, havia uma perplexidade sobre as atribuições dos conselheiros e do conselho de saúde e do nível de autonomia em relação aos prefeitos, governadores ou à autoridade federal. E, ainda, qual era a garantia que os conselheiros tinham de exercer as atribuições tal como definidas em lei, sem ter seus direitos e sua vida pessoal atingida por isso? No limite entre o jurídico e o político, até que ponto a vida pessoal será afetada se o conselheiro fiscalizar realmente o setor de saúde como se deve. Essa é uma experiência que precisa ser observada com mais cuidado: como tornar possível a autonomia do conselho face aos poderes municipal, estadual e federal? Como poder exercer a atribuição para valer e dar um sentido útil ao resultado da atuação? Esse é um problema que nós detectamos há tempos e não está resolvido (FALEIROS et al, 2006, p.235)

Parece nas observações da entrevistada que a autonomia dos conselhos e conselheiros de saúde de exercerem suas atribuições teria como limite a nossa própria arquitetura jurídico-constitucional que, por um lado, respalda legalmente as atribuições que deverão ser cumpridas pelas esferas administrativas, e por outro, de forma vaga e imprecisa, as atribuições a serem desempenhadas pelos conselheiros no âmbito da saúde que, conforme aponta, é um problema detectado há tempos e que ainda não está resolvido (FALEIROS *et al*, 2006).

²⁷ Raquel Elias Ferreira Dodge, Sarah Escorel, Humberto Jacques de Medeiros, além de outras personalidades fizeram parte da relação de entrevistados da pesquisa realizada por Vicente de Paula Faleiros, Jacinta de Fátima Senna da Silva, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos e Rosa Maria Godoy Silveira a qual resultou a publicação *A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo* no ano de 2006.

O enfoque da autonomia dos Conselhos de Saúde no âmbito de sua inserção na estrutura administrativa governamental é apresentado por Sarah Escorel por meio da crítica que faz ao modelo de inserção do Controle Social no aparelho do Estado, como segue

Fala-se do controle social como se fosse um ente à parte. [...] O controle social fala de uma autonomia que não existe, porque o conselho é parte do poder executivo, é parte do Ministério da Saúde e parte das secretarias estaduais e municipais de saúde, é isso que está escrito. É a democratização do aparelho de Estado. Querer se comportar como sociedade civil é uma contradição enorme com essa posição de controle social como aparelho de Estado. [...] É a representação política para discutir políticas de saúde, como política de Estado, por dentro do Estado (FALEIROS et al, 2006, p. 235-236).

Nesta passagem, Escorel traz apontamentos importantes sobre a autonomia dos conselhos que vão ao encontro de nossas observações. Se as reivindicações sobre a autonomia dos Conselhos de Saúde pressupõem que estes espaços sejam instâncias independentes para gerirem seu próprio orçamento e atuarem, efetivamente, de acordo com as atribuições que lhes competem, concordamos que os problemas relacionados à autonomia estão longe de serem resolvidos no âmbito destes espaços. Isso porque a contradição que a autora percebe com a posição assumida pelos os Conselhos de Saúde de ‘controle social como aparelho de Estado’ nos leva a concluir que estas estruturais - enquanto tal – terão uma autonomia dependente das contradições de cada classe e frações presentes no próprio Estado²⁸. Deste modo não podemos falar em autonomia nestes espaços, pois este processo está intimamente relacionado às relações de forças entre as classes (sejam elas dominantes e ou dominadas) que orientam o papel organizativo do Estado.

Outra questão que talvez fuja do objetivo que aqui pretendemos nesse momento da análise, mas que respalda a compreensão de boa parte da problemática da autonomia dos Conselhos, trata-se do conflito federativo na saúde, observado entre os entes federativos num jogo de empurra-empurra de responsabilidades que repercutem nas instâncias participativas e, sobretudo, na saúde da população. Humberto Jacques elucida a questão:

²⁸ Poulantzas (2000) diz que autonomia do Estado em relação a tal ou qual fração do bloco no poder existe pois concretamente como autonomia relativa de tal ou qual setor, aparelho ou rede do Estado em relação aos outros” (p.138). Ainda segundo o autor, essa autonomia relativa permite ao Estado ‘precisamente intervir, não somente com vistas a realizar compromissos em relação às classes dominadas, que, a longo prazo se mostram úteis para os próprios interesses das classes e frações dominantes, mas também intervir, de acordo com a conjuntura concreta, contra os interesses a longo prazo desta ou daquela fração da classe dominante: compromissos e sacrifícios por vezes necessários para a realização do interesse político de classe” (POULANTZAS, 1977, p.281).

Mesmo com a idéia [sic] de autonomia em cada esfera de gestão, você tem, além da autonomia, graus de co-responsabilidade [sic]. Muitas vezes você quer dizer autonomia em cada esfera de gestão para dizer que a União não tem nenhuma responsabilidade com a condição horrorosa em que se encontra a população do município, que a sua tarefa é só entregar dinheiro e não é isso o que a Constituição diz. O sistema é único, os 3 entes são co-responsáveis [sic] e existe uma tensão da União querer se livrar da responsabilidade, ou às vezes o movimento é contrário, em que a União quer centralizar e desautorizar municípios. Então, um dos problemas claros do sistema de saúde é que as relações federativas não estão bem-resolvidas no sistema de saúde, e isso é decisivo. A União diz: “eu passo dinheiro, eu dou assistência técnica, mas não sou co-obrigado”, e aí o cidadão vai estar no desamparo (FALEIROS et al, 2006, p. 236).

Talvez esta questão somada ao modelo de inserção dos conselhos de Saúde no aparelho estatal sejam as questões mais coerentes para o debate sobre a autonomia dos Conselhos de Saúde. Primeiro porque a proposta inicial visava institucionalizar esses espaços no interior da máquina estatal com vista à democratização do Estado o que, seguindo as linhas de Poulantzas (1977) não autoriza de forma alguma “uma participação efetiva das classes dominadas no poder político, ou uma cessão a essas classes de parcelas de poder institucionalizado” (p.284), mas sim um equilíbrio instável de compromissos entre as classes dominantes e as dominadas guiado pela hegemonia. Segundo porque a questão da autonomia perpassa o campo de discussão sobre a descentralização político-administrativa tão almejada pelos formuladores da política de saúde, à época, no momento de construção da proposta de participação social no SUS que sugerimos se tratar mais de um processo de desresponsabilização dos entes federativos do que propriamente da capacidade de autogovernar-se em prol de política públicas de saúde que atendam a maioria da população, no sentido estrito da palavra.

Finalmente é nas observações de Humberto Jacques (2006) que nos deteremos para retratar que nem mesmo o processo de descentralização político-administrativa foi capaz de resolver os problemas relacionados à autonomia dos Conselhos de Saúde e, sobretudo, à possibilidade de que tais instâncias pudessem realizar suas atribuições para valer e dar um sentido útil ao resultado de sua atuação que se esbarra nas questões de corresponsabilidade entre os entes federativos e no discurso jurídico legalista de fazer cumprir os ditames da Lei. Como aponta

Nesse vácuo, existe um processo de desresponsabilização, você vai responsabilizar o município e ele diz que a União não mandou dinheiro e aí você vai cobrar da União e ela diz que o município não está fazendo, e padece a população. E nesse vácuo, várias das tensões que existem no SUS se mantêm, em função de diversos interesses. Tanto é que, ao que me lembre, não há registro de que o controle social tenha conseguido impor a esses gestores alguma menção por violação de decisão de controle, por decisão do

conselho, por extinção do conselho; isso não existe (FALEIROS et al, 2006, p. 237).

Mas isso não é tudo. Como vimos apontando a essência dos problemas do Controle Social não reside nos gargalos que dificultariam ou impediriam o funcionamento adequado das instâncias de participação, mas nos limites da própria pretensão do projeto de transformação/superação do Estado e da sociedade por meio da participação social. Portanto as reivindicações em torno da autonomia financeira e ou administrativas dos Conselhos são questões superficiais que obstaculizam o debate estratégico sobre o papel do Estado e sua relação orgânica com a sociedade civil na defesa dos interesses de classes. Nestes termos os problemas relacionados à autonomia dos espaços institucionalizados de participação se amparam na fragilidade do processo de descentralização político-administrativa e no pressuposto de que a melhora de tal processo permitiria aos Conselhos de Saúde exercerem suas atribuições para valer e dar um sentido útil aos resultados de sua atuação.

A questão da natureza deliberativa nos Conselhos de Saúde

A não-observância do caráter deliberativo dos Conselhos de Saúde tem sido apontado com um dos principais problemas enfrentados pelo Controle Social no SUS. A legislação prevê que órgãos colegiados como os Conselhos de Saúde tenham autonomia para decidir e aprovar programas e projetos na área da saúde a serem enviados ao Poder Legislativo, propondo, ainda, a adoção de critérios de qualidade e resolutividade conforme os avanços científicos e tecnológicos identificados no campo da saúde. (BRASIL, 2012b)

Nesta direção, a eficácia deliberativa dos Conselhos de Saúde é assinalada como uma questão que tem como esteio a radicalização da partilha do poder. Pressupõe os meios que efetivariam a participação de fato dos cidadãos nas decisões em torno da política pública e, não apenas a de consulta de projetos e programas de governo, a interferência direta destas instâncias nos modos de atuação dos órgãos responsáveis pela execução de políticas ligados ao setor tendo como objetivo induzir o Estado à ação e impor-lhe mecanismos de responsabilização perante à sociedade (DANIEL, 1994; CARVALHO, 1995; TATAGIBA, 2002). Tal perspectiva reforça, novamente, à compreensão de Estado por estes autores reduzida a seu aparato governamental, sendo

este último centro do poder de decisão das políticas públicas, por isso, sugerem a partilha desse poder em benefício dos Conselhos.

Na conceitualização de poder por Nicos Poulantzas (2000) o autor dirá que o campo do poder é estritamente relacional: envolve a capacidade de uma classe de realizar seus interesses em oposição aos interesses de outras classes não sendo, portanto, “uma grandeza quantificável que as diversas classes partilhariam ou trocariam entre si” (p.149). Nas análises do autor o poder tem por campo de constituição uma relação desigual de relação de forças que tem como centro para seu exercício o Estado.

Diferente dessa perspectiva que concebe o Estado enquanto lugar de organização estratégica das classes em sua relação com as classes dominadas - que inviabiliza a partilha ou a troca de poder como se este fosse uma qualidade imanente de uma classe - - Tatagiba (2002) constata que os obstáculos para efetivação da vocação deliberativa²⁹ dos Conselhos – embora essa vocação não possa ser avaliada em justificativa da dificuldade de se estabelecer parâmetros seguros para a análise como apresentado pela autora – estão relacionados à própria dinâmica de funcionamento desses espaços, como se apresentam abaixo:

Centralidade do Estado na elaboração da pauta, falta de capacitação dos conselheiros, problemas com a representatividade, dificuldade em lidar com a pluralidade de interesses, manutenção de padrões clientelistas na relação entre Estado e sociedade, recusa do Estado em partilhar o poder etc. Para além desses motivos, a análise da bibliografia vincula ainda a fragilidade deliberativa dos conselhos à sua ambígua inserção no conjunto institucional e à questão da existência e efetividade dos fundos (TATAGIBA, 2002, p. 94).

Muitos desses motivos foram discutidos no item que apresentamos os problemas que permeiam a organização dos Conselhos de Saúde, cabendo aqui insistir no debate de que as compreensões equivocadas do Estado enquanto máquina estatal e centro detentor do poder levaram a apostas equivocadas de que as instâncias de participação com suas competências deliberativas previstas em lei pudessem induzir o Estado, forçosamente, a formularem políticas públicas condizentes com a necessidade de saúde da população.

Pode-se observar tais compreensões nas análises de autores que defendem que o problema da não-observância do caráter deliberativo dos Conselhos está diretamente

²⁹ Para Tatagiba (2002) a vocação deliberativa dos Conselhos Gestores se refere à competência legal de estas instâncias formularem políticas e fiscalizarem sua implementação, apontando no sentido da democratização da gestão. Envolve também a força legal de influírem no processo de produção das políticas públicas, redefinindo prioridades, recursos orçamentários públicos a serem atendidos etc., acenando na direção da partilha do poder (TATAGIBA, 2002, p.55)

relacionado à resistência do Estado em partilhar o poder de decisão – em que esta partilha pode ser variável dependendo da natureza de governo e do projeto político que defende - tendo esta um caráter limitado e restrito (TATAGIBA, 2002; DAGNINO, 2002; ALMEIDA; TATAGIBA, 2012). Outros autores, porém, defendem que o problema está na inexistência de estruturas jurídicas e de jurisprudência que possam respaldar as decisões tomadas nos Conselhos e obrigarem o Executivo a acatar essas decisões (GOHN, 2006; MOREIRA, 2008; MOREIRA; ESCOREL, 2010). Ou seja, nesta compreensão tudo não passaria de um desarranjo legal que poderia ser resolvido por uma legislação corretamente preparada como forma de dar conta dos gargalos do Controle Social na saúde.

Do mesmo modo, Dagnino (2002) apresenta vários mecanismos que bloqueiam a partilha efetiva de poder nos espaços institucionalizados de participação que, conseqüentemente, reforçam nossas observações de que na perspectiva desses autores os problemas do controle social estão no excesso de burocracia, na falta de recursos e na ineficiência da máquina estatal como segue

O predomínio de uma razão tecno-burocrática, o excesso de “papelada”, a lentidão, a ineficiência, a “falta de sensibilidade e o despreparo” da burocracia estatal; a falta de recursos; a instabilidade dos projetos que resultam de parceria com o Estado na medida em que estão submetidos à rotatividade do exercício do poder, a falta de transparência que dificulta o acesso a informações, etc. (DAGNINO, 2002, p. 283, grifo do autor).

Das análises da autora, tais mecanismos são partes constitutivas das características estruturais do Estado que operam na direção de dificultar a democratização das decisões. Para nós tal análise faz parte de uma compreensão que identifica que os problemas do controle social são solúveis no campo da gestão e, portanto, passíveis de serem resolvidos caso haja práticas na gestão, não identificando assim as contradições e os conflitos internos entre as classes presentes no seio do Estado no estabelecimento de sua política. Oportunamente, trazendo as análises de Poulantzas (2000), essa compreensão requer “compreender o Estado como a condensação de uma relação de forças entre classes e frações de classes tais como elas se expressam, sempre de maneira específica, no seio do Estado” significa que o Estado é constituído-dividido de lado a lado pelas contradições de classe” POULANTZAS, 2000, p.134).

É do mesmo autor que extrairemos outras observações acerca das relações contraditórias estabelecidas no seio do Estado

Cada ramo ou aparelho de Estado, cada face, de alto a baixo, de cada um deles (pois eles são muitas vezes, sob sua unidade centralizada, desdobrados

e obscurecidos), cada patamar de cada um deles constitui muitas vezes a sede do poder, e o representante privilegiado, desta ou daquela fração do bloco no poder, ou de uma aliança conflitual de algumas dessas frações contra as outras, em suma a concentração-cristalização específica de tal ou qual de interesse ou aliança de interesses particulares. Executivo e parlamento, exército, magistratura, diferentes ministérios, aparelhos regionais municipais e aparelho estatal, aparelhos ideológicos, eles mesmos divididos em circuitos, redes e trincheiras diferentes, representam com frequência, conforme as diversas formações sociais, interesses absolutamente divergentes de cada um ou de alguns componentes do bloco no poder [...] (POULANTZAS, 2000, p.135).

Desta forma, nas linhas do mesmo autor, é preciso desmitificar a visão do Estado fundamentada numa repartição hierárquica homogênea dos centros de poder (em que a homogeneidade e a uniformidade do exercício do poder estariam garantidas pela regulamentação jurídica interna do Estado, pela lei constitucional ou administrativa), justamente porque essa visão não identifica as contradições de classes presentes em cada ramo ou aparelho de Estado que orientam o desenvolvimento de sua política. O trabalho contraditório de decisão ou de não-decisões por parte dos setores e segmentos de Estado faz parte da política atual do Estado e é resultante dessas contradições. Por isso não se pode esperar que tais contradições sejam resolvidas apenas com mudanças no campo da gestão ou com melhorias de leis que favoreçam a eficácia deliberativa dos Conselhos de Saúde.

Mas além dessa compreensão de Estado enquanto instrumento e unidade do poder que supostamente vem impedindo os Conselhos de exercerem a sua função deliberativa, ainda há outro ponto que consideramos importante abordar em torno dessa problemática. Trata-se da própria inserção institucional dos Conselhos no aparato governamental. Pelo conjunto de dilemas e ambiguidades decorrentes dos marcos conceituais e contingências políticas de onde se originaram, Carvalho (1997) aponta que existe uma certa confusão se os Conselhos pertencem ao governo ou a sociedade ou se estes devem governar ou fiscalizar a política de saúde. Na mesma direção, Draibe (1998) sugere que esta questão posta frente a dilemas para os quais as respostas são também ambíguas ou, na melhor das hipóteses, inconclusivas leva ao mesmo questionamento de que seriam os Conselhos

Constituem estruturas governamentais - nesse caso, submetidas à lógica do Estado e às pressões do sistema de forças hegemônicas? Ou conformam uma esfera pública, ao alargar o espaço democrático e transformarem-se no locus por excelência da constituição de atores coletivos e de autônomos sujeitos políticos? (DRAIBE, 1998, p.2, grifo do autor)

Os questionamentos apresentados por Carvalho e Draibe sugerem que o cerne dessas questões repousa na forma de compreender o Estado e a sociedade civil, portanto o seu funcionamento. O discurso que se ampara na compreensão de Estado e sociedade civil enquanto polos de oposição identifica os Conselhos de Saúde, talvez pela própria configuração, de serem ora representantes das propostas do segmento governamental, ora representantes das propostas dos segmentos da sociedade civil. Na compreensão de Estado e sociedade civil que defendemos, a sociedade civil se constitui como Estado congregando todos os aparelhos ditos como privados como Mendonça (S/D) a descreve

Sua materialidade institucional específica consiste num conjunto de aparelhos privados de hegemonia, instancias de associação voluntaria, diversas de empresas e instituições estatais, dotadas de formatos variados que vão desde clubes a jornais, associações de moradores, revistas, etc. que espelham a própria complexificação da sociedade capitalista e a pluralização dos interesses nela presentes, tanto de grupos dominantes quanto de grupos dominados. [...] todos são formas organizativas que se referem às formas de produção econômica (infraestrutura) e política (Estado), ainda que sua atuação seja basicamente cultural, ou seja, a busca de organização de vontades coletivas, calcadas em valores e eticidade próprios, em prol da afirmação de projetos – de mudança ou conservação – que se tornem hegemônicos (MEDONÇA, S/D, p.3).

Nesta perspectiva de sociedade civil que orienta nossa abordagem há, no entanto, uma relação de correspondência, ou uma unidade orgânica, entre esses dois grandes planos superestruturais (sociedade civil e sociedade política – o Estado) em que a sociedade civil representa o espaço principal para a construção das vontades (individuais e coletivas) e para o desenvolvimento de formas de convencimento sobre os modos de pensar no mundo - exercício da função hegemônica – por meio dos aparelhos privados de hegemonia. É a não compreensão dessa unidade orgânica entre sociedade civil e sociedade política que faz com muitos autores insistam no debate de que os Conselhos sejam espaços de luta para a conquista de mais poder dentro do Estado, por isso pode-se justificar a defesa do caráter deliberativo desses espaços sobre a definição das políticas de saúde a serem implementadas e da partilha de poder para essas esferas.

Se compreendemos que a sociedade civil se constitui em um espaço de luta de interesses contraditórios, nela estão presentes interesses tanto das classes dominantes - expressas nos aparelhos privados de hegemonia – quanto os interesses das classes subalternas na busca de construir sua hegemonia. Os Conselhos de Saúde, por sua vez, expressariam a correlação de forças existente no conjunto da sociedade. Por esta razão, como bem nos informam Bravo e Correia (2012):

Eles não são mecanismos acima da sociedade, nem são instâncias isoladas imunes aos conflitos de interesses, cooptação, disputas da direção da política social articuladas a projetos societários, mesmo que isto não esteja explicitado. [...] não são espaços neutros nem homogêneos, pois neles existe o embate de propostas divergentes para dar o rumo da política específica na direção dos interesses dos segmentos das classes dominantes ou das classes subalternas, lá representados [...] (BRAVO; CORREIA, 2012 p.135-137).

Deste modo e por tais razões a questão do caráter deliberativo desses espaços e de sua própria inserção institucional devem ser problematizados com o viés predominantemente de classe em que o antagonismo entre as classes e as disputas destas para conquista da hegemonia guiam toda a problemática de compreensão dos limites e entraves dos Conselhos de Saúde enquanto instância de controle social. Nestes moldes as diferenças entre as classes e o antagonismo entre estas é que nos permitem defender que tal debate não ecoou no projeto de participação social de controlar o Estado a partir da sociedade civil. Quando esses problemas não são compreendidos dentro desta perspectiva corre-se o risco de interpretá-los apenas no âmbito dos problemas de gestão, das funções imprecisas dos Conselhos de Saúde descritas nas legislações ou na institucionalidade paralela e/ou incompleta desses espaços.

CAPÍTULO 3 - INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE: UMA NOVA FORMA DE RELAÇÃO ENTRE ESTADO E SOCIEDADE CIVIL?

Vimos no percurso de nossas análises sobre a formulação da bandeira política de participação social o quão é contraditório essa experiência que nasce sob a égide de um processo de luta (nos anos 1970 e 1980) por direito à saúde, por melhorias das condições de vida, mas que ao mesmo tempo vem sendo incapaz de resistir à redução das políticas sociais, à sua privatização e mercantilização.

A própria institucionalização dos Conselhos de Saúde traz em si um caráter contraditório: ela tem sua devida importância para a democratização da política de saúde, no sentido de ampliar e diversificar o número de atores que participam de seu processo decisório, contudo, é insuficiente para que esse processo seja efetivamente democratizado (MOREIRA; ESCOREL, 2009). Além disso, algo não observado no debate em torno dos problemas, entraves e desafios do Controle Social tem sido o registro das questões que permeiam os espaços de participação social na atual conjuntura de subalternização da política social - nesta incluída a política de saúde - à política econômica que vem corroendo os fundamentos democráticos-populares do SUS e impedindo a produção de políticas adequadas para a maioria da população brasileira. Nestes moldes, necessariamente, o Controle Social como bandeira política do SUS não pode passar incólume a essa análise (OLIVEIRA; KRUGER, 2018).

Os registros até então apresentados ao longo de nosso estudo atribuem os problemas do Controle Social ao contexto desfavorável de implementação desses espaços (ou seja, à chegada da onda neoliberal no Brasil)(BAHIA, 2008; BRAVO, 2008; CORREIA, 2000; DAGNINO, 2002; LABRA, 2005; MORONI, 2009; RIBEIRO; RAICHELIS, 2012; TATAGIBA, 2002) e a nossa formação social autoritária, patrimonialista e clientelista (CARVALHO, 1995; DAGNINO, 2002; ESCOREL 2008), já apresentados no capítulo que dispusemos sobre os problemas dessas instâncias.

A despeito dos diferentes referenciais teóricos subsidiarem a análises desses autores sobre as questões das virtudes e fraquezas do Controle Social dentro da relação Estado e sociedade civil, apontando para a defesa dos espaços institucionalizados de participação no processo de democratização do Estado brasileiro, nossa observação – sem distanciar dessa relação – partirá da análise dessa temática com base na concepção de Estado ampliado de Gramsci (ou seja da relação orgânica entre sociedade política e

sociedade civil) e, sobretudo, da análise do lugar reservado à participação social e à democracia pela então “estratégia burguesa de manutenção da dominação de classes como reação ao avanço organizativo da luta dos trabalhadores nos anos 70 e 80, fortemente implementada no Brasil a partir dos anos 90” (DANTAS, 2017, p.230).

Diante dessas observações, é prudente voltarmos, novamente, o nosso olhar para a finalidade da participação social pretendida pelo Movimento Sanitário, uma vez que sua concepção e seus objetivos tiveram como ápice a luta desse Movimento pela saúde em um contexto de redemocratização da sociedade brasileira. De antemão afirmemos que a participação democrática da sociedade civil nos diferentes níveis e instâncias do sistema - expressa no documento “*A questão Democrática da Saúde* (1979) elaborado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)³⁰ - foi uma das opções políticas traçadas pelo o Movimento Sanitário que viabilizaria a proposição e o controle de “ações planejadas de suas organizações e partidos políticos representados nos governos , assembleias e instâncias própria do sistema de saúde” (CEBES, 2007a, p.150). A estratégia naquela época de conter a política governamental privatizante, concentradora e antipopular guiou a defesa de que por meio de mecanismos institucionalizados era possível vigiar permanentemente o Estado na organização de um sistema de saúde descentralizado - com base na estrutura político-administrativa do país - e, sobretudo, “ampliar e agilizar uma autêntica participação popular a todos os níveis e etapas na política de saúde” (CEBES, 2007a, p.150).

A relevância assumida pela participação popular nas decisões da política de saúde foi o imperativo que também guiou o discurso do Movimento de que as necessidades da sociedade na formulação de políticas de saúde seriam atendidas e que desta forma os interesses dessa sociedade no sistema de saúde poderiam ser capilarizados por todo território nacional. Nessa altura há de se perguntar no que consiste essa capilaridade e os interesses dessa sociedade no sistema de saúde uma vez que a sociedade civil se conforma como espaço de luta de interesses contraditórios

³⁰ O documento “*A questão Democrática na área da Saúde*” foi um documento apresentado pelo CEBES Nacional no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde na Câmara Federal em outubro de 1979. Tratava-se de uma proposta coletiva do Movimento pela Reforma Sanitária. Propunha uma série de ações políticas como sustentação de uma proposta de transformação do sistema de saúde, dentre estas a criação do SUS e de seus princípios basilares: a universalidade, a equidade, a integralidade, com organização descentralizada e a participação popular nas decisões e definições políticas para o setor saúde (CEBES, 2016).

sendo, portanto, inconcebível tratá-la como esfera homogênea de interesses universais e coletivos.

Assim, como ponto de partida para a compreensão das contradições que envolvem os limites e possibilidades do Controle Social, procuraremos neste capítulo nos ater a análise da relação Estado-sociedade no Brasil, no contexto da mobilização participativa nas décadas de 1970 e 1980 até a década da institucionalização dos Conselhos de Saúde (anos 1990), com o objetivo de apresentar os equívocos em torno da pretensão de se controlar o Estado por meio dos espaços institucionalizados de participação. Consideramos importante nesta etapa analisar a formação, a essência e a dinâmica institucional da natureza desse Estado como forma de compreender seu papel orgânico na luta de classes e na dominação política. Ou seja, pretendemos desta forma apresentar uma abordagem sobre a concepção do Estado que rechaça a ideia de Estado como um instrumento a serviço da arbitrariedade de uma única classe (Estado-Coisa) ou como árbitro entre as classes sociais (Estado-Sujeito) – dotado portanto de “uma unidade racionalizante, de poder próprio e de uma *autonomia tendencialmente absoluta* em relação as classes sociais” (POULANTZAS, 2000, p.133, grifo do autor)³¹ - com a premissa de evitar os impasses do pseudodilema da discussão sobre o Estado em que boa parte da literatura sobre o Controle Social apresenta como pano de fundo para a solução dos problemas e possíveis avanços dos espaços de participação social.

Para isso, buscaremos descrever as conformações assumidas pelo Estado e a sociedade civil no processo instituinte do Controle Social na saúde baseados na conjuntura do momento em que tais espaços foram propostos e implementados, juntamente, com a análise das descrições teóricas sobre o papel do Estado numa sociedade capitalista, bases para o debate acerca da estratégia de classe que concebeu e sustentou os Conselhos de Saúde. Partiremos da análise da relação entre Estado e sociedade civil no contexto de redemocratização brasileira, pontuando algumas questões que julgamos pertinentes para o debate que propomos, para avançarmos,

³¹ Poulantzas (2000) ao conceituar o Estado como condensação de uma relação de modo a evitar os impasses do eterno pseudodilema da discussão sobre o Estado apresenta duas definições sobre o Estado: o Estado concebido como *Coisa-instrumento* e o *Estado concebido como Sujeito*. O Estado como coisa remete à concepção instrumentalista do Estado, instrumento passivo, senão neutro, totalmente manipulado por uma única classe ou fração, caso em que nenhuma autonomia é reconhecida ao Estado. O Estado como Sujeito portador de uma autonomia absoluta e instância racionalizante da sociedade civil (POULANTZAS, 2000, p.131).

posteriormente, na análise desta relação no contexto de institucionalização dessas instâncias participativas.

3. 1 ESTADO E SOCIEDADE CIVIL NO PROCESSO DE REDEMOCRATIZAÇÃO BRASILEIRA: EM BUSCA DA LEGITIMIDADE DAS AÇÕES ESTATAIS E DA HEGEMONIA DE CLASSES

A crise de legitimidade vivenciada pelo Estado autoritário no início dos anos 1980 marca um cenário de mudança na relação entre Estado e a sociedade civil muito em decorrência do caráter devastador de desenvolvimento de políticas setoriais que traziam como resultado a recessão, o desemprego, o aumento da dívida pública e a queda da arrecadação. Nesse cenário - atrelado à crise vivenciada no Brasil desde meados da década de 1970 – que assegurava, ao mesmo tempo, os interesses do bloco no poder, em sua face econômica e a imposição de uma política de arrocho salarial à classe trabalhadora, “resultando em queda do poder aquisitivo dos assalariados, aumento da concentração de renda nos estratos sociais mais ricos e ampliação das desigualdades socioeconômicas” (FALEIROS *et al*, 2006, p. 36), urgia a necessidade de desenvolver medidas direcionadas à população trabalhadora que pudessem amenizar as mazelas provenientes de tal contexto.

As contradições da política macroeconômica desde a década de 70, tal como relembra Faleiros *et al* (2006), produziram de um lado impacto significativo sobre as condições de vida e trabalho da classe trabalhadora e de outro um descontentamento das próprias forças sociais de sustentação do regime, dos empresários e da classe trabalhadora. Data dessa década a concentração de trabalhadores e sindicatos com grande poder de mobilização e com foco na luta democrática contra a ditadura, a exemplo dos movimentos grevistas no ABC paulista³²(FALEIROS *et al*, 2006).

Ainda segundo o autor neste período houve a tentativa de várias medidas de cunho social, algumas na esfera salarial, por sucessivos governos - Emílio Garrastazu Médici (1969-1974), Ernesto Geisel (1974-1979) e João Figueiredo (1979 -1985), mas essas, não afetaram a lógica excludente que presidia as ações do Estado demonstrando,

³² A região do ABC paulista a época era uma região tradicionalmente industrial do estado de São Paulo. A sigla vem das três cidades que, originalmente, formavam a região, sendo: Santo André (A), São Bernardo do Campo (B) e São Caetano do Sul (C). Segundo Faleiros *et al* (2006) o surgimento desses movimentos grevistas na região casou muitas lideranças sindicais no ano de 1978 (FALEIROS *et al*., 2006).

assim, a contradição de todo o processo e o jogo de concessões e interesses do período que buscou favorecer, essencialmente, os grupos de interesses do capital em detrimento das demandas coletivas e populares. Como apresenta Faleiros et al (2006):

Em 1978, irrompem movimentos grevistas no ABC paulista, quando lideranças sindicais são cassadas. O governo Geisel formula seu projeto de abertura política “lenta e gradual”, que oscila entre avanços – como a Lei da Anistia (Lei nº 6.683, de 28 de agosto de 1979) e recuos, com ações intimidativas, de parte dos setores do regime refratários à “abertura”, contramanifestações e expressões oposicionistas (Faleiros et al., 2006, p. 37, grifo do autor).

Pode-se observar a partir deste registro que a relação Estado e sociedade civil no contexto de luta dos movimentos sociais urbanos no final da década de 70 e, posteriormente no início dos anos 80, é marcada pela dicotomia estabelecida entre estes dois grandes planos (Estado e sociedade civil) onde o Estado ditatorial era tido comopositor das demandas coletivas e populares e a sociedade civil como tudo aquilo que se contrapunha a este Estado. O deslize conceitual nesta compreensão – se bem percebemos – pode ser a causa que obscureceu o caráter contraditório das forças sociais que formavam a sociedade civil brasileira e a estratégia que guiou o Movimento Sanitário em buscar conter este Estado por meio da participação popular.

A apropriação da referida dicotomia maniqueísta entre Estado e sociedade civil em que esta parece ser vista em bloco, positivada na sua capacidade de equilibrar a máquina estatal a favor dos trabalhadores fez parte da estratégia que cunhou a expressão de controle social sobre tudo aquilo que provinha do Estado centralizador, autoritário e empresarial (BRAVO; CORREIA, 2012). No teor de nossa crítica em torno dessa apropriação as observações de Dantas (2017) esclarecem a pretensão

A participação democrática da sociedade civil, a garantia de sua voz e voto é que conferiria a legitimidade reclamada a esse Estado. Acreditava-se que os desvios privatistas, explicados pela tradição autoritária e patrimonialista brasileira, poderiam ser mediados, contidos, vacinados pela participação popular organizada, que exerceria o papel de vigilante permanente e insone (DANTAS, 2017, p.222).

Não é difícil de se notar nas observações que Dantas nos apresenta que a participação democrática da sociedade civil assumiria sua legitimidade pela estratégia de se opor ao Estado. A luta parece se limitar ao controle deste Estado enquanto máquina burocrática e autoritária onde tais características seriam minimizadas pela vigília permanente da participação popular organizada no interior da máquina estatal. Tal perspectiva parece se amparar numa ideia de participação institucionalizada como forma de viabilizar a efetividade do projeto para o setor saúde no Brasil e garantir que o

Estado cumpra a função de representar a vontade popular e de universalizar o acesso a serviços que a atendam às necessidades sociais básicas como se observa nas defesas do Cebes (1981) a seguir: “deve, sim, representar a manifestação democrática da vontade popular, dando acesso à população, a decisões e controle sobre o serviço a que tem direito. Esse acesso deve ser formalizado, dando assento às entidades nos vários níveis deliberativos do sistema” (CEBES, 2007b, p.155). Posteriormente, na mesma direção a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) apresentou:

[...] pretende-se lograr, como tendência, em um horizonte de médio prazo, que as políticas sociais do Brasil, como parte do processo de consolidação da Democracia, converjam para a universalização ao acesso a serviços que atendem às necessidades sociais básicas [...] sob o controle democrático da sociedade sobre o aparelho institucional que define, implementa, e executa as políticas, planos e programas da área social. (CEBES, 2007c, p.169).

Não há, portanto, a compreensão da relação de unidade entre Estado e sociedade civil onde esta se constitui como uma arena privilegiada da luta de classes pela hegemonia. Há, pelo nosso entendimento, por parte dos sujeitos coletivos envolvidos na luta pelos ideais por uma saúde autenticamente democrática a compreensão de uma sociedade vista como parte de um outro lado do Estado, onde neste espaço seria possível definir, implementar e executar planos e programas governamentais por meio do controle democrático da sociedade sobre o aparelho institucional, apenas (CEBES, 2007c). Como forma de desmistificar esta compreensão e reforçar nossos argumentos Carlos Nelson Coutinho (2000)³³ esclarece que, na visão gramsciana a

"sociedade civil" é uma arena privilegiada da luta de classe, uma esfera do ser social onde se dá uma intensa luta pela hegemonia; e, precisamente por isso, ela não é o "outro" do Estado, mas - juntamente com a "sociedade política" ou o "Estado-coerção" - um dos seus inelimináveis momentos constitutivos (COUTINHO, 2000, S/P, grifo do autor)

Desta forma seria incoerente pensarmos diante da realidade concreta dos fatos e dos momentos essenciais de nossa formação histórica em que se observa um processo de transformação pelo alto e de exclusão do protagonismo das classes subalternas, a ideia de controle democrático da sociedade sob o aparelho estatal. Há mais uma relação de consentimento passivo dessas massas à nova ordem política, organizada pela força da sociedade política (ou Estado-coerção) e assegurado pela sociedade civil, do que propriamente uma independência entre esses dois grandes planos (BOTTOMORE, 2013)

³³ Carlos Nelson Coutinho foi um dos cientistas políticos marxistas mais reconhecidos do Brasil. Reconhecido internacionalmente como um dos maiores especialistas no pensamento de Gramsci.

Caminhando um pouco mais na análise em torno da relação entre Estado e sociedade civil, a aposta na restauração democrática e na mudança da correlação de forças que pudesse tornar acessível a disputa de interesses majoritários no Estado- por meio da participação política de segmentos sociais a nível do aparelho estatal, parece ter sido uma das expectativas depositadas pelo o Movimento Sanitário que pudessem viabilizar a mudança da natureza desse Estado.

Em meio à crise de legitimidade perante à sociedade vivenciada pelo Estado autoritário-militarista brasileiro no início da década de 80, e de crise de suas políticas setoriais, processava-se, no mesmo período, a transição do regime militar para a democracia representativa formal. Nesta altura há de se perguntar o que esta transição representou para o processo de participação social no controle das políticas públicas de saúde uma vez que os conflitos de interesses, as contradições existentes e as relações de forças neste processo - embora concentrada na linha tática da ocupação dos espaços institucionais no interior da máquina estatal - não mais permitiam imposições autoritárias que pudessem aplacar a defesa por um projeto de sociedade voltado por melhores condições de vida e de trabalho de toda a população (CEBES, 2007d)

Assim, no plano político, um novo período na história do Brasil é inaugurado com a chamada Nova República, em 1985, e o consequente fim da ditadura militar. A certeza dos grupos opositores ao regime militar, após as lutas que mobilizaram todo o país pelas eleições diretas e, no caso da saúde, as várias iniciativas evidenciadas pela atuação do conjunto organizado de pessoas e grupos partidários ou não articulados, expresso na composição do Movimento Sanitário, marcam por um lado a estratégia de superação do modelo médico assistencial vigente, e por outro, a defesa da participação institucionalizada e permanente da sociedade na gestão do sistema de saúde como elemento estratégico do processo de reforma da saúde (FALEIROS *et al*, 2006).

No campo da luta em torno das políticas públicas e das suas implicações para o relacionamento Estado-sociedade, o Movimento Sanitário, enquanto portador coletivo e obstinado da participação institucionalizada, propunha transformações do conteúdo da participação social de que para nós faz parte de um rol de estratégias que não identifica, mais uma vez, a unidade, a organicidade da relação entre Estado e sociedade e além disso legitimam o controle do Estado sobre ele mesmo, como segue em uma das passagens descritas por Faleiros et al (2006) sobre a experiência singular do Movimento Sanitário:

O movimento sanitário torna-se uma experiência singular e rica no campo da luta em torno das políticas públicas e das suas implicações para o relacionamento Estado-sociedade, transformando o conteúdo da participação social nos seguintes aspectos: deixa de ser referência apenas dos setores sociais excluídos pelo sistema (seus opositores), passando ao reconhecimento da diversidade de interesses e projetos em disputa na sociedade, em sua relação com o Estado, e adquirindo, em consequência, dimensão e perspectiva mais abrangentes; refina a análise e a compreensão do Estado como lócus de conflito de interesses contraditórios, quebrando o maniqueísmo (oposição x Estado) e os monolitismos contidos nesta polaridade (como se oposição e Estado fossem duas entidades homogêneas); propõe participação, de parte instituinte a representação direta da sociedade, a ser institucionalizada no interior do aparato estatal, para legitimar a si própria e aos interesses de que é portadora; altera a perspectiva do movimento relacional entre Estado-sociedade, atribuindo-lhe uma possibilidade de interlocução e diálogo, em que o Estado é vislumbrado como passível de acolhimento de propostas oriundas da sociedade e esta como espaço de elaboração daquelas que configurem os interesses e reivindicações dos grupos sociais [...] (FALEIROS et al., 2006, p.42).

As transformações propostas pelo Movimento Sanitário nos conteúdos da participação social sugerem o teor da aposta: tornar o Estado permeável às demandas da sociedade por meio da institucionalização da participação no aparelho estatal. O equívoco desta aposta como vimos demonstrando reside, inicialmente, na forma de conceber o Estado como esfera distinta da sociedade. Nestes moldes pretende-se a partir da participação alterar a perspectiva do movimento relacional entre Estado-sociedade e, assim, buscar a legitimidade da própria sociedade no interior do aparato estatal.

Há um ponto nesta observação que se contrapõe ao que defendemos: se a sociedade civil se constitui como um momento ineliminável do Estado, sendo um espaço onde as lutas de classes se dão, o que poderíamos entender da função atribuída a esta esfera como apontado na expressão *legitimar a si própria e aos interesses de que é portadora*? De fato, tal compreensão minimiza a percepção dos conflitos sociais e do papel desempenhado pela sociedade na construção das vontades (individuais e coletivas) e no desenvolvimento de formas de vida e de pensar através dos aparelhos privados de hegemonia, apoiada na força da sociedade política ou do Estado-coerção.

Do lado do Estado, se fizermos uma separação entre estes planos com fins puramente analíticos, diríamos que no processo de luta pela institucionalização dos espaços participativos, o Estado – tomado como governo – assumiria a postura de instrumento passivo, senão neutro totalmente manipulado por uma classe ou fração de classe. Neste caso, poderíamos até compreender a razão de conferir à participação social um papel de controle sobre as ações desse Estado já que este processo envolveu lutas sociais em torno do direito à saúde, ou, nos termos apresentados por Escorel (1999), a

luta por uma *saúde autenticamente democrática*³⁴. No contexto das lutas sociais contra a ditadura e em torno da redemocratização do país, a perspectiva, então, recairia no controle da administração de conflitos a partir da maioria da sociedade, e não a partir do Estado, como explicitado, a título de exemplo, nas observações de Daniel (1988) sobre a ideia dos conselhos populares

Em que sentido, afinal, a ideia dos conselhos populares é efetivamente inovadora? É que eles se constituem em espaços para a administração de conflitos a partir da sociedade, e não a partir do Estado. Eles podem, então, ser um dos meios de concretizar o estabelecimento de canais de controle da maioria da sociedade sobre o Estado, invertendo a relação autoritária e excludente hoje dominante (DANIEL, 1988).

Nas constatações de Daniel seria possível a ideia de controle do Estado pela sociedade. Faleiros et al (2006), porém, revela a contradição no processo de redemocratização brasileira que nos permite compreender os descompassos, se assim podemos dizer, na luta mais geral da sociedade brasileira pela democracia

A chamada “Nova República”, inaugurada nesse ano de 1985 e demarcatória do encerramento da ditadura militar, instaurou-se como uma transição negociada entre segmentos dissidentes da base de sustentação do regime anterior e segmentos oposicionistas também emergentes da democracia de fachada consentida pelo Estado autoritário, em um pacto pelo alto, das elites, excluindo a participação popular que se manifestara, em ampla mobilização, na Campanha das Diretas-Já (Faleiros et al., 2006, p.44, grifo do autor).

Observa-se a partir do fragmento que aquilo que foi fruto de um processo social que mobilizou uma ampla frente de opositores ao regime militar emerge-se como um pacto pelo alto – das elites – que tentava excluir a participação popular. As relações de forças que intermedeiam este processo, ora para atender as demandas das classes menos favorecidas, ora para atender as demandas das classes dirigentes carecem que recorramos às correntes teóricas que nos permitem compreender as inflexões, os rearranjos e as adequações sofridas no processo participativo desde sua origem.

Para tanto, a abordagem que acreditamos responder muitas das contradições que permearam esse processo, e sobretudo, o debate que propusemos apresentar em torno da estratégia de classe que concebeu a institucionalização dos Conselhos de Saúde requer que façamos a análise da própria concepção de Estado que guiou a luta dos sanitaristas

³⁴ O Movimento Sanitário compreendia a *saúde autenticamente democrática* a partir de quatro grandes reconhecimentos: de que a saúde é um direito universal e inalienável do homem; de que são as condições de caráter socioeconômico as que viabilizam a preservação da saúde; de que as ações médicas detêm responsabilidade parcial porém intransferível na promoção da saúde; e, de que diante do caráter social desse direito cabe à coletividade e ao Estado a sua efetiva implementação (SCOREL, 1999, p.65, grifo nosso).

pelo “reconhecimento formal da atuação da sociedade civil que pudesse impedir ou dificultar o recuo conjuntural das conquistas, bem como a aposta na mudança de sinal do Estado pela incorporação de representantes legítimos dos interesses gerais à sua estrutura” (DANTAS, 2017, p.226). Recorreremos as contribuições marxistas que reforçam o nosso debate – neste os equívocos em torno da própria concepção do Estado e da defesa de sua democratização - no processo de luta que tinha como um de seus objetivos a instituição de espaços participativos no interior da máquina estatal. Deste modo procuraremos _ como forma de complementar nossas observações acerca da relação Estado-sociedade- apresentar a perspectiva desses intelectuais sobre esta relação enfatizando a origem e a função deste Estado no estabelecimento de sua política.

O Estado para Marx e Engels (1848) é definido como uma instituição que tem como função assegurar e conservar a dominação e a exploração de classe. Os intelectuais ao descreverem as relações do Estado e do direito com a propriedade privada e o desenvolvimento da sociedade burguesa à época em que escreveram a Ideologia Alemã (1845/1846) e o Manifesto Comunista (1848), respectivamente, dirão que “Estado não é senão a forma de organização que os burgueses constituem pela necessidade de garantirem mutuamente a sua propriedade e os seus interesses, tanto no exterior como no interior (MARX; ENGEL, 1999, p. 123). Ou, noutra passagem, o Estado não passa de “um comitê de negócios comuns de toda a classe burguesa” (MARX; ENGELS, 1999, p. 10).

Essa constatação, portanto, servirá de base para a compreensão de boa parte de nossas análises, primeiro porque desmistifica a concepção de que o Estado representaria os interesses gerais de classes sociais distintas e, segundo, mesmo que a luta dos trabalhadores nos anos 70 e 80 – como já salientamos- trouxe conquistas importantes em relação ao assentimento pelo Estado de um conjunto de demandas sociais em forma de direito adquirido, a luta, no caso da saúde, ficou circunscrita na disputa pela ocupação de postos no interior da máquina estatal como tática precípua de direcionar a mudança de sinal do Estado a favor da classe trabalhadora.

Como sintetizado por Marx (1871) na derrota da Comuna de Paris³⁵, “A classe operária não pode apossar-se simplesmente da maquinaria de Estado já pronta e fazê-la funcionar para os seus próprios objetivos” (MARX, 2008, p.399).

³⁵ A Comuna de Paris foi o resultado da luta da classe operária francesa e internacional contra a dominação política da burguesia. Era composta por conselheiros municipais, eleitos por sufrágio universal nos diversos bairros da cidade. A maioria dos seus membros eram naturalmente operários ou

Desta forma, quando se analisa a estratégia da participação da população organizada nos núcleos decisórios dos diversos níveis da estrutura administrativa dos aparelhos de Estado, tal como defendido por lideranças do Movimento Sanitário, esta atuação em nada modifica o núcleo essencial do Estado. Ou seja, a opção tática de incorporar representantes legítimos dos interesses gerais nas estruturas do Estado como forma de impedir ou dificultar o recuo das conquistas provenientes da luta dos trabalhadores nos anos 70 e 80 não promoveu a emancipação humana³⁶ dessa classe nem mesmo uma *revolução social*³⁷ que tivesse como objetivo máximo uma sociedade verdadeiramente humana ou emancipada, pelo contrário, permitiu certas concessões à classe trabalhadora a favor da dominação de classes e da manutenção da ordem social (SOUZA; DOMINGUES, 2012). Como alegado por Marx em Crítica da filosofia do direito de Hegel (1843) “o Estado, na vida real, não representa o interesse geral, mas antes defende os interesses da propriedade” (BOTTOMORE, 2013, s.p.). Assim sendo, uma de sua importante função em associação com as classes economicamente dominante é regular a luta de classes e assegurar a estabilidade da ordem social (BOTTOMORE, 2013).

Souza e Domingues (2012) ao analisar a questão da emancipação política³⁸ e da emancipação humana a partir do pensamento de Marx traz alguns apontamentos que dialogam com o debate que vimos buscando apresentar em torno da opção tática pela ocupação de postos na máquina estatal

O proletariado deve orientar as suas lutas políticas não com o objetivo de chegar ao poder e colocar o Estado ao seu serviço, pois a manutenção do

representantes reconhecidos da classe operária (MARK, 1871). De acordo com Dantas (2017) em pouco mais de dois meses o governo dos trabalhadores de Paris aboliu privilégios, pôs em xeque a divisão social do trabalho, reduziu a jornada, aboliu a pena de morte, tornou a educação gratuita, secular e obrigatória, instalou cooperativas de trabalhadores nas fábricas fechadas, desapropriou e ocupou residências vazias, extinguiu o exército permanente, entre muitas outras medidas que pretendiam desarticular o poder da máquina estatal (DANTAS, 2017). A análise sobre a Comuna de Paris mostrava-se de fundamental importância para Marx já que para ele “foi uma forma política totalmente expansiva, ao passo que todas as formas anteriores de governo haviam sido enfaticamente repressivas”. Lênin comungando das mesmas observações de Marx dirá que a Comuna improvisou a ditadura do proletariado em que o Estado daria o controle de todas instituições, inclusive as coercitivas, à maioria dos eleitores (BOTTOMORE, 2013, s.p.).

³⁶ Para Souza e Domingues (2012) a emancipação humana representa a superação da exploração do homem pelo homem; a que elimina a sociedade de classes (SOUZA; DOMINGUES, 2012, p.69). Na corrente marxista trata-se do múltiplo desenvolvimento das possibilidades humanas e da criação de uma forma de associação digna da condição humana. Exige uma reorganização muito mais completa da sociedade, cujo principal aspecto é a abolição da propriedade privada (BOTTOMORE, 2013).

³⁷ “A revolução social é um protesto do homem contra a vida desumanizada, porque parte do ponto de vista do indivíduo singular real, porque a comunidade, contra cuja separação o indivíduo reage, é a verdadeira comunidade do homem, é a essência humana” (MARX, 1844, s.p.).

³⁸ “A emancipação política é a redução do homem, por um lado, a membro da sociedade civil, indivíduo independente e egoísta e, por outro, a cidadão, a pessoa moral”. (MARX, 1989, p. 30).

Estado implica ficar restrito aos seus limites e dar continuidade da exploração e dominação do homem pelo o homem. As suas lutas políticas devem orientar-se pela lógica da revolução social, que destruindo a máquina estatal abre caminho para a sociedade emancipada (SOUZA; DOMINGUES, 2012, p.79).

Decerto, a orientação que Souza e Domingues apresenta para a classe trabalhadora se ecoou no momento da luta pela institucionalização da participação social, não eliminou as contradições presente na sociedade nem produziu a liberdade e a igualdade efetiva entre homens. Isso porque se consideramos que a sociedade é um espaço de luta de classe – onde estão ali dispersas as lutas intra e entre classes sociais no seio dos diferentes aparelhos e setores do Estado – tais lutas não podem perpassar, tão somente, o campo da política, ou - simplesmente, a luta pela igualdade jurídica, pois isso não pode ser traduzido em igualdade-econômica-social entre as classes.

Oportunamente relembando as observações de Poulantzas (2000), o papel desses aparelhos frente às classes subalternas é consagrar e reproduzir a hegemonia ao “estabelecer um jogo (variável) de compromissos provisórios entre o bloco no poder e determinadas classes dominadas” (POULANTZAS, 2000, p.142). Reforcemos, novamente, que o Estado como instrumento de uma classe dominante concederá dentro de certos limites - da manutenção da ordem e da dominação – algumas reivindicações das classes subalternas, o que não podemos confundir, de forma alguma, com a tomada ou transformação deste.

Na mesma direção, Gramsci (2007), ao defender a não neutralidade do Estado e a função deste como regulador das lutas de classes dirá que:

O Estado é certamente concebido como organismo próprio de um grupo, destinado a criar condições favoráveis à expansão máxima deste grupo, mas este desenvolvimento e esta expansão universal são concebidos e apresentados como força motriz de uma expansão universal (GRAMSCI, 2007, p. 41).

Ainda nas observações de Gramsci sobre a forma como acontece a dominação de classe, em seu tempo, o autor trará o conceito de Estado ampliado pela certeza de que não há dissociação entre Estado e sociedade civil. Para ele existe uma complementaridade dialética entres estes dois grandes planos (Estado e sociedade civil) em que a sociedade civil ou “o conjunto de organismos designados vulgarmente como privado” e o Estado ou sociedade política, “são planos que correspondem à função de hegemonia que o grupo dominante exerce em toda a sociedade e àquela de “domínio direto” ou de comando, que se expressa no Estado e no governo “jurídico” (GRAMSCI,

2001, p.20-21, grifo do autor). Na definição de hegemonia que Bottomore (2013) apresenta – a partir da releitura das obras de Gramsci, o autor dirá que:

Uma classe mantém seu domínio não simplesmente por meio de uma organização específica da força, mas por ser capaz de ir além de seus interesses corporativos estreitos, “exercendo uma liderança moral e intelectual e fazendo concessões, dentro de certos limites, a uma variedade de aliados unificados num bloco social de forças”. [...]. Esse bloco representa uma base de consentimento para uma certa ordem social, na qual a hegemonia de uma classe dominante é criada e recriada numa teia de instituições, relações sociais e ideias (BOTTOMORE, 2013, s.p., grifo nosso)

Mais uma vez estamos diante das concessões que o próprio Estado e a sociedade civil utilizam para desenvolver formas de convencimento sobre os modos de pensar e viver no mundo em troca da manutenção da ordem social. O que pensar, então, sobre a estratégia de institucionalização dos Conselhos de Saúde no interior da máquina estatal? A contradição é mais bem exemplificada quando se analisa o papel atribuído aos Conselhos de serem corresponsáveis pela administração dos problemas e pela busca de soluções remediadoras com pouco potencial de desafiar os preceitos neoliberais de preservação do capital. Ora, se eles foram pensados para fiscalizar o Estado e torná-lo a favor dos trabalhadores, como explicar este papel de conciliadores e afirmadores da ordem social dominante?

Na verdade, se estamos dialogando com as correntes teóricas que nos permite desmistificar a concepção de Estado - enquanto instância administrativa, promotora dos equilíbrios dos interesses e demandas dos diferentes atores e grupos presentes na sociedade civil – mas sim, como produto de uma sociedade de classe, não podemos nos iludir que tais instrumentos participativos foram pensados para tal propósito. No máximo, poderíamos chegar à conclusão que esses instrumentos foram, estrategicamente, pensados para atuarem na condução do Estado, controlando-o ‘de dentro’, a partir de uma compreensão de sociedade civil que se insere fora do Estado. Este é o nó crítico que pretendemos desatar em torno da concepção do projeto de participação social. Conceber o Estado puramente como máquina administrativa e a sociedade civil como espaço harmonioso e do consenso tendo como estratégia a mudança de sinal do Estado por meio da participação popular, leva-nos a armadilha de que por meio do controle da máquina estatal é possível controlar - por meio de uma sociedade civil organizada - as ações do Estado a favor dos trabalhadores.

Nestes termos, a inflexão conceitual na noção de participação popular que Dantas (2017) aponta a partir das observações de Stotz (2006) conferiria à experiência “

cada vez menos projetos emancipatórios e cada vez mais tentativa insuficiente, infrutífera, de estabelecimento de casamatas no interior do aparelho de Estado” (DANTAS, 2017, p.239). A perspectiva então recairia no controle ou na administração de problemas e de soluções remediadoras – que não afetam os interesses da classe dominante, mas garantem sua legitimidade - pela via da corresponsabilidade entre os representantes populares, posto que

O Estado admite em seu interior variadas formas de organização e participação social no enfrentamento dos problemas sociais, principalmente, se isso significa aplacar a pressão popular (que vem de fora) por direitos, tornando os representantes populares co-responsáveis [sic] pela administração dos problemas e pela busca de soluções remediadoras. A administração acaba sendo também exercida por esses representantes populares, no sentido em que atuam sobre um “processo que filtra as lutas, exclui certa parte delas, as fragmenta, as define, e redefine. Transforma a autêntica revolta popular em demandas de cidadãos iguais, traduzindo-os em termos aceitáveis pela administração, além de desenvolver uma autocensura que interfere previamente na própria elaboração institucional de reivindicações legítimas (HOLLOWAY, 1982, p.36 *apud* PANIAGO, S/D, p. 5-6).

As análises de Viana (2003) sobre a luta de classe no interior do Estado capitalista reforçam a nossa tese:

A influência das classes exploradas sobre o estado é mínima. Quando o estado burguês atende alguma reivindicação das classes exploradas é porque ela não afeta de forma mais radical os interesses da classe dominante e ainda lhe traz retorno em legitimidade e, conseqüentemente [sic], estabilidade reivindicatória política. As classes exploradas não têm poder de decisão e sim poder de reivindicação (VIANA, 2003, p.25).

E assim o ciclo se completa. Inchamos a máquina de representação de segmentos diversos da sociedade organizada - em sua maioria representantes de usuários e com todos os problemas de organização já apresentados – porque sabemos das intencionalidades. No lugar de mudar os rumos das políticas de saúde, sua presença na estrutura do Estado faz por onde legitimar as decisões, em termos aceitáveis para as classes dominantes. Esta é uma questão crucial de todo debate. Mas, pensemos, também, no que foi apregoado para a bandeira da participação: adentrar o Estado por meio da ocupação de postos no interior da máquina estatal, como se isso bastasse para mudar a direcionalidade do Estado a favor da classe trabalhadora ou minar, paulatinamente, o poder das elites concentradas em seu aparelho. Como atesta Poulantzas (2000):

Seria falso- deslize com consequências políticas graves-concluir que a presença das classes populares no Estado significariam que elas aí detenham poder, ou possam a longo prazo, deter, *sem transformação radical desse Estado*”. [...]. As classes populares sempre estiveram presentes no Estado, sem que isso tenha modificado jamais alguma coisa no núcleo desse Estado.

A ação das massas populares no seio do Estado é a condição necessária para sua transformação, mas não é o bastante (POULANTZAS, 2000, p. 145-146, grifo do autor).

Explanadas as descrenças em torno da transformação do Estado via ocupação de postos na máquina estatal, retornaremos ao fragmento acima para análise de outro elemento importante apresentado por Poulantzas (2000). O autor, ao dedicar um capítulo sobre o conceito de poder em sua obra *O Poder político e classes sociais* (1977), buscou examinar esse conceito apenas sob seu aspecto de recobrimento do campo da luta de classes, o qual era seu objetivo fundamental. Mais tarde em *O Estado, o Poder, o Socialismo* (2000) suas análises mostram que o poder em si não é uma quantidade ou coisa que se possua, nem uma qualidade ligada a uma essência de classe, a uma classe-sujeito (a classe dominante) ” (POULANTZAS, 2000, p.148).

Fazendo alusão a esta questão apresentada pelo autor, no campo da definição legal do poder atribuído aos Conselhos de Saúde há de se compreender qual a perspectiva de ‘poder’ a ser conferido a esses espaços no que tange às decisões da política pública de saúde em cada nível de gestão do SUS já que a presença das classes populares no seio do Estado não significa que estas deteriam o poder para, por exemplo, transformar a institucionalidade desse Estado.

Se seguirmos as definições que Poulantzas (2000) faz sobre o poder³⁹, diríamos, a começar pelo Estado, que este não possui poder próprio. O poder que é conferido ao Estado expressa “o poder de certas classes e frações, a cujos interesses corresponde ao Estado” (POULANTZAS, 2000; 1977). O autor nos alerta que o poder de uma classe, por exemplo o da classe dominante, não significa uma substância que ela tenha em mãos, pois este poder não é quantificável, nem partilhável. Poulantzas (2000) dirá, ainda, que o campo do poder é estritamente relacional, pois designa o campo de luta das classes sociais, “o *das relações de forças* e das *relações* de uma classe com uma outra” (POULANTZAS, 2000, p.149, grifo do autor).

Nesta direção, notadamente, o sentido atribuído ao poder conferido a aparelhos de Estado, a exemplo dos Conselhos de Saúde, refletiria apenas a ideologia dominante que este mesmo Estado reproduz e inculca: a de Estado neutro, representante da vontade e dos interesses gerais. Não seria demais pensar que os Conselhos como órgão de representação da sociedade civil e do Estado pudessem ter o ‘poder’ de decidir os rumos

³⁹ Para Poulantzas (2000), por poder se deve entender a capacidade, aplicada às classes sociais, de uma, ou de determinadas classes sociais em conquistar seus interesses específicos (p.149)

da política pública de saúde sob a perspectiva da partilha de poder de decisão pelo Estado?

De fato, se a proposta caminhou com esta perspectiva obstaculizou o debate do poder enquanto campo estritamente relacional em que a adoção, simplesmente, de medidas governamentais que confirmam aos Conselhos de Saúde ‘o poder de decisão’ quanto aos aspectos relacionados à política de saúde não prediz que tais espaços tenham em mãos o poder, pois este não é uma grandeza quantificável ou partilhável. Novamente é Poulantzas (2000) que esclarece os equívocos em torno do conceito

O poder de uma classe significa de início seu lugar objetivo nas relações econômicas, políticas e ideológicas, lugar que recobre as práticas das classes em luta, ou seja as relações desiguais de dominação/subordinação das classes estabelecidas na divisão social do trabalho, e que consiste desde então em relação de poder. O lugar de cada classe, portanto seu poder. [...] O poder não é portanto uma qualidade imanente a uma classe em si no sentido de uma reunião de agentes, mas depende e provém de um sistema relacional de lugares materiais ocupados por tais ou quais agentes (POULANTZAS, 2000, p.149).

Por fim, acreditamos que a luta dos trabalhadores nos anos 70 e 80 por melhores condições de vida e de trabalho gerou conquistas importantes em relação à assunção pelo Estado do conjunto de demandas sociais, se compararmos o período em que tal classe padecia com o caráter devastador das políticas setoriais no Estado autoritário. No entanto, acreditamos que a via da institucionalidade defendida pelas lideranças do Movimento Sanitário – com toda pretensão de transformar o Estado e a sociedade – levou a apostas e táticas equivocadas de que por meio da negociação, do consenso e do estabelecimento de alianças nas altas esferas institucionais do Estado era possível desenvolver um projeto societário emancipatório para a classe trabalhadora. Essas apostas não deram certo.

Da mesma forma, a aposta na participação social institucionalizada a partir da inserção de representantes legítimos dos interesses gerais no interior do aparelho estatal sugeriria o caminho para alcance desse projeto civilizatório. Tal aposta não seguiu com o mesmo propósito. Por tudo que até aqui apresentamos, os contornos assumidos pela estratégia de incentivo à participação e criação de espaços institucionalizados no interior do aparelho estatal serviu apenas para inflar a máquina - e garantir sua legitimidade – sem promover nenhuma transformação efetiva nas relações desiguais de dominação/subordinação presentes na sociedade civil. Caminhemos com essas desigualdades.

3.2 INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE: SOCIEDADE CIVIL CONTROLANDO O ESTADO?

A institucionalidade adquirida pelo o Movimento Sanitário nos primeiros anos da Nova República demarca o período em que lideranças políticas e militantes ligados à área da saúde conseguem pôr em prática uma de suas estratégias, “a ocupação dos espaços institucionais “ no interior do aparelho estatal. Com a intenção de modificar o direcionamento da política pública, o Movimento passou a privilegiar as instituições de saúde como locus de construção da contra-hegemonia. Escorel (1999) nos conta que o processo de institucionalização dos projetos e propostas, ensimesmados no interior dos aparelhos governamentais, revelou-se uma faca de dois gumes uma vez que

Por um lado, era estratégico penetrar nos espaços para tentar implementar idéias [sic] e alterar os rumos da política; por outro lado, assim agindo o movimento passou a sofrer as limitações das alianças que a instituição impõe. O processo passou a ficar restrito a avanços e recuos no âmbito das políticas institucionais e, concentrado nesse espaço (político legal ou jurídico-institucional) de luta (ESCOREL, 1999, p.195).

O paradoxo então identificado por Fleury (2009) no êxito da Reforma Sanitária Brasileira parece dialogar com as observações de Escorel de que o processo de institucionalização de projetos e propostas terminaria por transformar os pressupostos da Reforma em política pública, reduzindo assim sua “capacidade de ruptura, inovação e construção de uma nova correlação de forças desde a sociedade organizada” (FLEURY, 2009, p.751).

A participação institucionalizada da sociedade na gestão do sistema de saúde - também proveniente da agenda propositiva dos reformadores nos anos 1980, assumia o status de elemento estratégico do processo de reforma da saúde viabilizado pela presença de quadros políticos-técnicos oriundos do Movimento Sanitário em postos-chaves da estrutura governamental. Datam da mesma década, como Carvalho (1995) nos informa, o aparecimento dos primeiros espaços institucionalizados de concertação de interesses e gestão compartilhada do setor saúde a exemplo do Conselho Consultivo de Administração de Saúde da Previdência (CONASP)⁴⁰ e dos órgãos colegiados de

⁴⁰ Criado em setembro de 1981 como órgão do Ministério da Previdência e Social, o CONASP era de representação mista, não paritária, entre Estado e sociedade, com predominância desta última, embora com sub-representação da classe trabalhadora. Tinha como atribuição atuar na organização e aperfeiçoamento da assistência médica e na sugestão/elaboração de critérios para a racionalização dos recursos previdenciários destinados à assistência (Inamps). Ocupou-se de criticar o modelo assistencial vigente e ainda, mediante sua atuação, tornar visíveis os projetos em disputas na arena das políticas públicas de saúde. São provenientes do Conasp o projeto de racionalização das contas hospitalares com a

gestão, as Comissões Interinstitucionais⁴¹, penetrados progressivamente por ideias democratizantes de atores técnicos vinculados ao Movimento Sanitário (CARVALHO, 1995).

Ainda que se observa a entrada de novos sujeitos sociais expressando interesses e projetos até então excluídos ou minimizados pelo compartilhamento de assentos em órgão colegiados onde se discutiam as questões de saúde – mesmo com baixíssima capacidade decisória” (CARVALHO, 1995, p.45) – havia um ponto de convergência entre os intelectuais e militantes pela luta política na saúde que cabe aqui ressaltar: a defesa unânime da democracia como valor universal e da luta pela democratização das decisões no âmbito do aparelho estatal. A essa questão Dantas (2017) esclarece alguns pontos no que se refere ao deslocamento da prática política para a dimensão institucional da luta que nos permite compreender a lógica da institucionalização dos Conselhos de Saúde no decorrer de nossas análises:

A questão, guardadas as dimensões de uma luta setorial, não passava fortemente pelo embate estratégico em torno dos objetivos finais da luta: se a saúde em uma perspectiva social-democrata ou socialista. Essa perspectiva de encaminhamento da luta, no geral e no específico, que crescentemente foi deslocada do posto de debate estratégico pela valorização da democracia e do processo de democratização brasileiro em curso, conduziu a prática política crescentemente para a dimensão institucional da luta, na medida em que lutar pela democracia, fosse ela *conflito, movimento ou institucionalidade* – fosse ela ruptura ou integração à ordem, parecia exigir os mesmos esforços e o percurso dos mesmos caminhos, possíveis (DANTAS, 2017, p.170, grifo do autor).

Concordamos com o autor ao demonstrar que a prática política deslocada para dimensão institucional da luta e para democracia enquanto valor universal não passou substancialmente pelo embate estratégico em torno dos objetivos finais das lutas: se a saúde em perspectiva social-democrata ou socialista⁴², ou seja, não permitiu pensar “as

introdução da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e as Ações Integradas de Saúde (AIS) – instrumento gerencial de implementação das medidas propostas no campo da reorientação do modelo assistencial- operacionalizadas por meio dos chamados Convênios Trilaterais entre Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)/Ministério da Saúde (MS)/Secretarias Estaduais de Saúde (CARVALHO, 1995, p.42-43)

⁴¹ Nascidas da lógica racionalizadora que então imperava e que necessitava de instrumentos gerenciais capazes de gerar uma integração entre as diversas modalidades de gestores, as chamadas Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (Cris) e), Comissão Interinstitucional Locais de Saúde e/ou Municipais de Saúde (Clis ou Cims) foram instituídas nos vários níveis federativos com a participação de gestores governamentais, prestadores públicos e privados, profissionais e usuários, em um processo paulatino, numa sequência em que se anteciparam o papel de espaços de concertação de interesses que os futuros conselhos estavam destinados a desempenhar (CARVALHO, 1995, p.44)

⁴² Para Gallo e Nascimento (1989) as posturas socialistas e social-democrata, embora com divergências profundas, apontam, em termos táticos, para a construção de uma democracia baseada no fortalecimento do espaço público, em política sociais abrangentes e no controle estatal dos bens de consumo coletivos e

possibilidades da construção de um novo bloco histórico, de uma alternativa contra-hegemônica que articule a realidade de um setor – a saúde – à sociedade como um todo” (GALLO; NASCIMENTO, 1989, p.103).

A estratégia não foi diferente para aquilo que foi reservado para a participação. No que se refere a este aspecto estava claro para o CEBES (1984)⁴³ que a defesa de um projeto de sociedade voltado para a melhoria das condições de vida e de trabalho de toda população implicaria na

Participação política de todos os segmentos sociais em sua elaboração e implementação, o que pressupõe um amplo debate de idéias [sic] num contexto de livre organização da sociedade civil, fortalecimento dos partidos políticos e da representação política a nível do aparelho de Estado (CEBES, 2007d, p.159)

Na sequência, o documento “ *Subsídio para definição de uma política de atenção à saúde para um governo de transição democrática*”⁴⁴ apresenta a questão do controle social como uma das bases do tripé de sustentação para o modelo racionalizador - em termos de sua legitimidade e efetividade - estrategicamente pensado pelos intelectuais ligados ao Movimento Sanitário como adequado para um governo de transição democrática porque pressupunha a preservação de alianças entre setores progressistas. Tal estratégia pressupunha a defesa de mudança do regime com a finalidade precípua para o exercício da democracia

Faz-se mister que o sistema de prestação de serviços, tanto na sua vertente pública, como na privada, sejam [sic] subordinados ao controle dos usuários, em termos de definição de prioridades, produtividade e qualidade. Como o grau de participação popular é função da legitimidade do poder público, é de se esperar que a mudança do regime possa dar condições básicas para o exercício da democracia em todos os níveis da prática da cidadania, assegurando-a e, no particular, garantindo efetividade do modelo de prestação de serviços preconizados. Assim, mais do que criar estruturas setoriais, de participação, é necessário que os mecanismos de gestão colegiada preconizados sejam legítimos e informados pelos interesses majoritários, canalizados através das várias formas de organização da população, em

setores econômicos essenciais. Esse projeto requer a instituição de sociedade em que os atores individuais e coletivos se reconheçam mutuamente, é um projeto de cidadania, de democracia de massas. (GALLO; NASCIMENTO, 1989, p. 103).

⁴³ Documento apresentado pelo CEBES no V Simpósio Nacional de Saúde na Câmara dos Deputados, em Brasília, novembro de 1984.

⁴⁴ O documento que se apresenta foi elaborado por Eleutério Rodriguez Neto na época professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz e ex-presidente do CEBES gestão (1980-1981). Pela sua extensão a revista Saúde em Debate publicou partes consideradas de maior importância do presente documento incluídos na seleção de 30 artigos que foram publicados na revista dos números 1 ao 23 e que posteriormente foram organizados por Sonia Fleury, Lúcia Bahia e Paulo Amarante no livro *Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária* no ano de 2007.

termos de representação política-formal e de entidades da sociedade civil (CEBES, 2007e, p.166)

Nestes termos esperava-se que a mudança do regime pudesse dar condições para o exercício da democracia em todos os níveis da prática da cidadania. Mas qual democracia? E para quê classe? Se era fortemente majoritária a compreensão pelos intelectuais e lideranças do Movimento Sanitário da democracia enquanto valor universal, tal perspectiva se ampara, ou se amparou, na defesa de um Estado Democrático que expressasse os anseios do povo e, não mais das classes sociais, como apresentado na visão de Motta (2014)⁴⁵,

Um Estado democrático deve caracterizar-se pela descentralização, de forma que a administração opere com mais flexibilidade, mais perto e mais de acordo com a vontade dos governados. Um tipo de Estado deste gênero poderá ser transformado com maior facilidade num Estado apto a chegar ao socialismo por uma via democrática; num Estado mais facilmente controlado pelos eleitos do povo (CARRILLO *apud* MOTTA, 2014, p.28)

Se transpusessemos essas observações apresentados por Motta para o contexto de transição democrática vivenciado no Brasil, é possível que cheguemos a uma conclusão de que a democracia como valor universal pressuporia a atuação do Estado, ou da máquina administrativa, mais perto e mais de acordo com a vontade dos governados pela representação legítima de um corpo de cidadão escolhidos para atuarem em defesa de seus representados. Entretanto é possível também que cheguemos a crítica em torno do consenso que se reproduziu na sociedade civil, ou em seus aparelhos privados de hegemonia que restringem o conceito de democracia aos seus aspectos formais, sobretudo, a sua redução ao aspecto do sufrágio universal. A esta crítica acrescentaríamos que toda problemática em torno do conceito que defendemos sobre democracia tem em tela a questão do Estado, a partir dos conflitos de classes que dão forma ao seu conteúdo e as formas distintas de compreendê-lo (MOTTA, 2014).

Sem dúvida uma determinada compreensão do Estado e da sociedade civil (como esferas opostas) conduziu a formulação e a prática política de lideranças do Movimento Sanitário pela democratização do Estado. Ou seja, a opção tática (ou aposta) do Movimento na democratização como possibilidade de transformar a natureza do

⁴⁵ De acordo com Motta (2014) com a emergência do chamado Eurocomunismo Enrico Berlinguer, Pietro Ingrao e Santiago Carrillo foram dirigentes políticos que junto com intelectuais como Rossana Rossanda, Christine Buci-Glucksmann, Valentino Gerratana, Giuseppe Vacca, Umberto Cerroni, Henri Weber, Etienne Balibar e principalmente Louis Althusser e Nicos Poulantzas travaram uma ampla discussão sobre qual estratégia – revolucionária ou reformista se chegaria ao socialismo. Segundo o autor a maior parte dos intelectuais que participaram desse debate nos anos 1970 situava-se na França e na Itália, pois refletia as formações sociais que tinham as principais organizações de esquerda em atuação na Europa ocidental, como os partidos comunistas e socialistas francês e italiano (MOTTA, 2014, p.20).

Estado, ao nossos olhos, contribuiu para perpetuar a convicção democrática de que a funcionalidade da democracia, em sua versão feitichizada (da ilusão da igualdade de condições entre as classes, da liberdades individuais e coletivas, da formalidade das instâncias representativas), serviria indistintamente a todos, a ponto das classes sociais mais baixas do povo tomasse a palavra, amparada no pressuposto do sufrágio universal.

A democracia formal com a qual convivemos harmoniosamente “não contém (tal qual a democracia antiga) uma prática (e não um “valor”) universal. Ela é democrática para alguns segmentos da sociedade, mas não para a sua grande maioria” (MOTTA, 2014, p.46, grifo do autor). Apesar daqueles que defendem a democracia como valor universal - onde se prepondera a decisão majoritária e a defesa das minorias em oposição à ditadura - (CARRILLO,1977; BERSTEIN;1997 *apud* MOTTA, 2014) ou enquanto regime político, Viana (2003) apresenta o conceito de democracia como um “regime político⁴⁶ onde se permite uma participação restrita das classes sociais e frações de classes na constituição das políticas estatais, sob formas que variam historicamente” (p. 35). Para o autor existe sim a participação das classes sociais na constituição das políticas estatais (e na elaboração das leis), porém esta possui diversos limites que não podem nem conseguem ultrapassar (VIANA, 2003). Eis aqui um ponto que explica os limites do Controle Social na Saúde numa sociedade capitalista: a participação restrita; limitada.

Nestes moldes, a garantia da participação da comunidade na gestão, controle e fiscalização do sistema de saúde foi apregoada na Constituição como diretriz do SUS – subentende-se, nos moldes do *Estado Democrático de Direito*. Mais tarde (na década de 1990) esta participação, embora já esvaziada de conteúdo como sinalizado por Stoz (2006), seria exercida por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde. Vejamos que a década de 1990, no Brasil, foi uma década promissora para a imposição da ideologia neoliberal de estímulo ao desenvolvimento de políticas racionalizadoras, de sanitarismo de resultados capaz de oferecer - num período recessivo - uma medicina para pobres, excluídos do sistema, e de ações de saúde pública de baixo custo e alto impacto (PAIM, 2008).

O que dizer sobre a participação da comunidade nesta dinâmica que sinaliza a própria estratégia do Estado capitalista ou da democracia burguesa em garantir sua

⁴⁶ Para Viana (2003), regime político é a forma como o Estado se relaciona com as classes sociais e não apenas com a classe exploradora. Segundo o autor este regime político pode ser democrático ou ditatorial (p. 35).

hegemonia, sua dominação? Eis a estratégia. Das idas e vindas de todo projeto de participação, no campo da saúde, fica garantida em lei a instituição de espaços participativos, representativos, até porque em um ‘Estado Democrático’ é possível o debate amplo de ideias e da livre organização da sociedade civil, desde que tal participação não ultrapasse os limites impostos pela própria democracia: de respeito às leis e de contestação de qualquer método de luta que não seja democrático.

Assim sendo, se a verdadeira acepção de democracia requer a participação a mais ativa possível das massas populares numa *democracia sem limites* nos termos apresentados por Rosa Luxemburgo (*apud* Motta, 2014), ou seja numa democracia que não se desenvolve no núcleo áspero da desigualdade e da servidão sociais – sob o invólucro da igualdade e da liberdade formais – ou como quer que seja na instauração de uma democracia socialista no lugar da democracia burguesa, certamente não estamos falando da mesma participação que se constrói na conciliação e no *consenso possível* entre os desiguais.

Desta forma, importa-nos compreender se de fato a participação social institucionalizada – aqui expressa na forma de Conselhos de Saúde – nos moldes de uma estratégia reformista de ocupação de espaços estratégicos conseguiu superar a lógica de um projeto de conciliação de classes que “desconsidera o antagonismo insolúvel entre projetos distintos de sociedade” (DANTAS, 2017, p. 195) tal como expresso pelo Movimento Sanitário.

No teor de nossa análise as preocupações apresentadas por Cristina Paniago (S/D) em Controle social e o fundamento liberal dos conselhos gestores reforçam a nossa tese:

Passados alguns anos, uma vez que marcaram presença desde o início da década de 90 do século XX, hoje podemos fazer um exame realista e fundamentado das experiências dos Conselhos de Controle Social sobre o Estado. Sem deixar de considerar algumas realizações alcançadas em defesa dos direitos sociais, o que cabe identificar é qual o grau de autodeterminação e autonomia em que os interesses de classe dos trabalhadores puderam ser formulados, e a partir de que pressupostos estas mediações políticas de participação social foram edificadas.[...] É relevante saber se as alternativas de intervenção democrática no Estado, propostas pelos trabalhadores, organizações e movimentos populares, expressam a contraposição de projetos alternativos hegemônicos entre classes antagônicas ou se se caracterizam como instrumentos reprodutores de conciliação e consenso afirmadores da ordem social dominante, os quais se adequam, não desafiam, à estratégia neoliberal de preservação da reprodução expansiva do capital (PANIAGO, S/D, p.2).

A autora chega à seguinte conclusão, diante das dificuldades e contradições que inviabilizaram a consumação dos objetivos estratégicos dos Conselhos Gestores que cabe aqui registrar:

Alguns pressupostos teóricos estão presentes na formulação desta forma de participação social, a qual não podemos chamar de popular, ou mesmo dos trabalhadores, exatamente por se aceitar como a melhor expressão da relação indivíduo/Estado o conceito de cidadania em detrimento do reconhecimento da existência de classes fundamentais, e antagônicas, na sociedade capitalista caracterizada pela relação capital-trabalho. Neste sentido, aceita-se como real o objetivo do Estado e da administração pública em atender “igual e equitativamente” todos os cidadãos, independente da sua situação de classe e de seu poder político e econômico. Incorpora-se aqui o conceito liberal de que somos iguais perante a lei; que o Estado é um poder instituído de mediação sem determinação de classe, ou um espaço em disputa; e que, portanto, o Conselho é um fórum tripartite: capital, trabalho e Estado. A inexistência reclamada de uma igualdade de condições é mera expressão deste equívoco fundamental, pois a igualdade formal liberal se apoia na desigualdade econômica entre as classes (na ausência de condições iguais), e é inseparável dela. Diante disso a ilusória possibilidade de se utilizar um maior poder de barganha em defesa dos interesses dos trabalhadores fica comprometida, pois contra os interesses privados, quando confrontados pelos interesses públicos, não basta a força da persuasão e do convencimento exercidos à exaustão nos Conselhos Gestores (PANIAGO, S/D, p.4, grifo nosso).

É neste sentido que Paniago apresenta os Conselhos Gestores de Políticas Públicas como instrumentos liberal-democráticos incapazes de avançar em direção à emancipação humana posto que toda estratégia, nestes espaços, desvincula-se da luta de classes, voltando apenas para o consenso e para a negociação entre as classes sem que isso traga alguma possibilidade de desenvolvimento digno para a condição humana (BOTTOMORE, 2013). Nestes termos os Conselhos de Saúde se caracterizam como tal.

De tudo que foi exposto poderíamos então questionar o teor da concepção de democracia almejada pelos sanitaristas a partir da institucionalização dos Conselhos de Saúde. Sobre este aspecto, Faleiros et al (2006) traduz com rigor a concepção defendida, que estamos submetendo à crítica:

A democracia participativa do conselho de saúde permite ao povo falar em seu próprio nome, expressar seus interesses diretamente, pressionar, acompanhar e fiscalizar as ações do Estado. A democracia participativa traz as “ruas” para dentro do Estado, para os espaços do próprio poder executivo [...]. Os de baixo passaram a ter mais um espaço para controlar o Estado e regular o mercado, tendo como horizonte de expectativa o direito de cidadania (FALEIROS et al., 2006, p. 19-22).

Retenhamos a expressão: *os de baixos passaram a ter mais um espaço para controlar o Estado e regular o mercado*. Por todas as apostas táticas e estratégicas que se pretendiam transformar o Estado por dentro ou usá-lo a favor da classe trabalhadora esta é a ilusão do Controle Social na saúde que alimenta as expectativas de entusiastas

da área em defesa da experiência. É preciso reconhecer, talvez para reduzir nossas expectativas, que se por um momento de luta social almejou-se controlar o Estado por meio de espaços participativos institucionalizados, este controle fez parte das estratégias do Estado (fazendo jus à sua natureza de classe) de franquear uma determinada participação dentro de limites seguros para a dominação do capital.

Portanto não se pode deixar a conta desses espaços a tarefa de controlar o Estado. Tal experiência fez parte de um processo que em nome das *liberdades democráticas* reuniu todos os esforços da luta social para a conquista de direitos, anteriormente restritos ou limitados no regime ditatorial. Não se espera, também, que essa experiência tenha como pressuposto a perspectiva de *autogestão*⁴⁷ nos domínios da vida pública, pois estas foram pensadas, estrategicamente, dentro de uma relação que permitiu legitimar as estratégias de dominação de classe (a participação democrática institucionalizada é um exemplo) nas teias do próprio Estado. Parece um contrassenso supor o controle do Estado por ele mesmo!

É com as observações que Dantas (2017) tece a partir da releitura de Poulantzas (2000) que finalizaremos o nosso debate, ou desmistificaremos a nossa indagação inicial (sociedade civil controlando o Estado?) apontando os caminhos tortuosos da tática no campo estratégico do Estado. Segue o comentário do autor:

[...] Também para Poulantzas, não é razoável a tentativa de exercer controle sobre essa máquina, muito menos reeducá-la pela vigilância cotidiana e interna. A disputa do Estado não é a disputa pelo controle de suas ferramentas de dominação, mas, ao contrário, deve ser pela quebra da engrenagem que se retroalimenta incessantemente. E isto não se dará com cinco ou dez mil conselhos gestores de políticas públicas, nem com um número de conselheiros superior ao de vereadores do país, se regulados pelo Estado e harmonizados na sua engrenagem (DANTAS, 2017, p.280).

⁴⁷ Em seu sentido mais geral, a autogestão é a estrutura básica da sociedade socialista, na economia, na política e na cultura. Em todos os domínios da vida pública – educação, cultura, pesquisa científica, saúde, etc. – a tomada das decisões básicas está nas mãos dos conselhos de autogestão e das assembleias organizadas segundo princípios fundados na organização da produção e nas divisões territoriais. Nesse sentido, transcende os limites do Estado (BOTTOMORE, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos até aqui nestas considerações finais com nossas impressões acerca do projeto de participação que nos permite travar o debate da estratégia de classe que concebeu e sustentou os conselhos de Saúde desde o arcabouço de sua proposta até os dias atuais. A começar pela proposta fundada no seio de um movimento articulado num período marcado pela efervescência política da época, vimos que o projeto assumiu contornos diferentes da estratégia de ‘tomar o Estado’ pela expectativa de que a assunção do poder pelas classes populares - no interior da máquina estatal – seria então o horizonte, possível, a ser alcançado pela classe trabalhadora para concretização dos pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira.

Entretanto, as contradições, os interesses divergentes no campo da política de saúde que vimos apresentando nas entrelinhas deste trabalho pela luta por um projeto – de base emancipadora e promotora da igualdade de condições - resumiu-se em conquistas pontuais no interior da ordem burguesa. A estratégia primordial que viabilizasse a consecução desse projeto foi - como já dissemos – a ocupação do aparelho de Estado pela via da institucionalidade.

Se a efetivação dessa luta institucional pretendia o controle do Estado para a construção socialista, pela tentativa de se impor *reformas por cima* por intermédio do aparelho estatal, novamente reforçamos, tal estratégia não deu certo. Resultou no apassivamento das lutas sociais que nos limites, nas alianças e nos consensos possíveis conseguiram implementar o SUS como sistema único e universal e a participação da comunidade na gestão deste sistema por meio das Conferências e Conselho de Saúde. Somado a isso, no percurso da redemocratização brasileira o acúmulo de forças pela defesa das reformas e conquistas democráticas, reforçava mais ainda o empenho dos sanitaristas na tática institucional de ocupação de postos na máquina estatal, em nome da democratização do Estado a favor dos interesses da classe trabalhadora. Poderíamos até compreender que a existência de um inimigo comum, a ditadura, justificasse a luta contra o inimigo de classe, porém dominante.

No entanto, como Poulantzas (2000) já afirmava o remédio para isso não seria, como diz frequentemente, a “tomada dos aparelhos do Estado pelas massas populares” (p.146), mas sim sua superação. Ademais, nas linhas de Viana (2003) quando a luta das

classes exploradas contra o regime ditatorial ameaça ultrapassar o próprio Estado capitalista, ela – a burguesia- não hesita em realizar a redemocratização burguesa.

Nesta acepção, se presumirmos que o processo de redemocratização brasileira e, conseqüentemente, a institucionalização dos Conselhos, tem como fundamento a estratégia burguesa de adequar ou ceder certos espaços para as classes exploradas em troca da manutenção de sua dominação sob qualquer forma, esperar que os Conselhos de Saúde - enquanto parte constituinte de um processo que teve como premissa a redemocratização brasileira - sejam capazes de promover alguma mudança nas correlações de forças existentes na sociedade civil é desconhecer o papel desempenhado pelas classes dominantes de garantir o consentimento ativo das classes subalternas via mecanismo de participação social.

Posto isso, as contribuições de Santos (2008) acerca da democracia e da participação social no campo da saúde são enunciadoras das contradições e dos retrocessos da participação social institucionalizada. Cabe aqui apresentar tais contribuições:

as relações entre a sociedade civil e suas entidades com seus representantes nas conferências e nos conselhos avançam menos na linha da democratização do Estado e da satisfação dos direitos sociais de cidadania, e mais na linha da fragmentação dos direitos e dos pleitos em vários corporativismos no seio da sociedade, no setor privado original, no setor privado terceirizado e no setor público, entre os prestadores privados de serviços ao SUS, entre os prestadores públicos, entre os profissionais da saúde e entre os usuários. A democracia política reconquistada após a ditadura pouco transitou para a democracia socioeconômica, a democracia representativa não cedeu espaço para a democracia participativa e o processo de democratização do Estado não avançou. É sob esta nova perspectiva e correlação de forças que passam a desenvolver as referidas atribuições legais das conferências e dos conselhos (SANTOS, 2008, p.243)

Assim, se estamos diante de uma democracia em que seu sentido reside na premissa do sufrágio universal, das liberdades políticas e do império das leis – porque hoje estamos acostumado a definir democracia mais “em termos de liberdade civis, liberdade de expressão, de imprensa e de reunião, tolerância, proteção de uma esfera de privacidade, defesa do indivíduo e da “sociedade civil” contra o Estado, e coisas tais” - (WOOD, 2003, p. 199, grifo do autor), certamente não estamos diante de uma democracia ‘governo pelo *demos*, o povo’, mas de uma democracia que nada tem a ver com o povo; com o poder popular. Os conselhos de Saúde se inscrevem neste mar de desilusões!

Deste modo, longe da perspectiva daqueles que justificam (ou tentam justificar) a essência dos problemas, dos limites e das fragilidades do Controle Social no Brasil, estritamente, nos aspectos gerenciais, na nossa formação social, na falta de capacitação dos representantes inseridos nestes espaços (especialmente os usuários), dentre outros aspectos apontados na literatura, faz-se oportuno retornar às bases do projeto de participação social e compreender o porquê que tal experiência – projetada na sua formatação legal para ser um espaço altamente democrático, propositivo, formulador e fiscalizador da execução de políticas – caminha, desde sua implementação - com os mesmos problemas (de autonomia, de funcionamento e de homologação de suas decisões, etc.) até os dias atuais.

Tal reflexão talvez faça parte, indiretamente, da lógica que vem demonstrando na conjuntura político-econômica brasileira atual a necessidade de repensar as estruturas participativas. A defesa do ‘caráter pedagógico da participação’ para os entusiastas da democracia participativa talvez seja uma estratégia de mudanças de posições dos sujeitos e de possibilidade de novas oportunidades políticas no âmbito dos Conselhos. Para outros, portanto, mais coerentes com nossas análises, o desenvolvimento de mecanismos autônomos de controle democrático institucionalizado como estratégia de efetivação do controle social das classes subalternas para além dos espaços institucional dos Conselhos seria a possibilidade de exercer pressão social fora do espaço institucional do aparelho de Estado (BRAVO; CORREIA, 2012).

Por todo o exposto, devemos, então, renegar toda trajetória de luta e de construção do projeto de participação social? Claro que não. No atual cenário de extinção e, recriação de espaços participativos, é urgente que façamos a releitura dos pressupostos deste projeto como possibilidade – mesmo que mínima - de luta popular, permanente e organizada na perspectiva de seu avanço. Caso contrário tal estratégia, nos moldes que se observa, ficará à mercê de medidas que visam combater a excessiva proliferação de espaços participativos pela justificativa de racionalizar recursos e ou desburocratizar a máquina estatal.

Desta forma, o que queremos demonstrar com nossas análises é que não convém tratar sobre os impeditivos, entraves e desafios dos Conselhos de Saúde em torno dos problemas de gestão e da nossa formação social. Muitos autores o fizeram. Queremos direcionar nossas lentes analíticas para a reflexão de que estruturas institucionalizadas como os Conselhos de Saúde não conseguem reverter a lógica de uma sociedade civil

cindida em classes na qual os conflitos, os interesses contraditórios entre os setores diversos e antagônicos (os aparelhos privados de hegemonia), inscritos na ossatura material do Estado, espelham o vasto complexo tecido de relações (da dominação de classes, por exemplo) que orienta a prática política, a luta de classes e a consecução de projetos societários que acentuam as desigualdades (sejam elas sociais e econômicas) nas teias de nosso *Estado democrático de Direito*. Por outro lado, mesmo com seus limites e seus efeitos inibidores da luta de classe (fundada na conciliação e no consenso da ordem social dominante), ainda nos resta defender tais espaços como bandeira política contra os retrocessos que se inscrevem no campo da participação social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERS; R.N.; KECK, M.E. Representando a diversidade: Estado, sociedade e “relações fecundas” nos conselhos gestores. **Caderno CRH**, Salvador, v. 21, n. 52, p. 99-112, jan. /abr. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v21n52/a08v2152.pdf> >. Acesso em: 14 set. 2018.

ALMEIDA, C. TATAGIBA, L. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 109, p. 68-92, jan. /mar. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n109/a05n109.pdf> >. Acesso em: 13 abr. 2018.

AVRITZER, L. Sociedade civil e participação no Brasil democrático. In: _____. (Org.). **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez, 2009, p.70-89.

BAHIA, L. A institucionalização da participação social no Conselho Nacional de Saúde: entre a representação de interesses particulares e a universalização do direito à saúde. **Divulgação em Saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.43, p. 37- 47, jun. 2008.

BOTTOMORE, T (Org.). **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 2013 (edição digital). Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2543654/mod_resource/content/2/Bottomore_dicion%C3%A1rio_pensamento_marxista.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 507**. 10 de mar. 2016. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso507.pdf> >. Acesso em: 05 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **14ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final**. Brasília-DF, 2012a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/relatorio_final.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº453**. 10 de mai. 2012b. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html >. Acesso em: 05 dez. 2018.

_____. Presidência da República. **Lei 12.466/11**. Brasília-DF, 24 ago. 2011. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm >. Acesso em: 20 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **13ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final**. Brasília-DF, 2008. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/13cns_m.pdf >. Acesso em: 20 set. 2018>. Acesso em: 21 set. 2018. _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399**. 22 fev., 2006. Disponível em:

< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>.
Acesso em: 25 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final.** Brasília-DF, 2004. Disponível em:
< http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_12.pdf >. Acesso em: 20 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº333.** 04 dez. 2003. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2003/Reso333.doc>>.
Acesso em: 05 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final.** Brasília-DF, 2001. Disponível em:
< http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_11.pdf >. Acesso em: 20 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **10ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final.** Brasília-DF, 1998. Disponível em:
< http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_10.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **9ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final.** Brasília-DF, 1993. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/9_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei.** Brasília-DF, 1993. Disponível em:
< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_02.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº33.** 21 dez. 1992. Disponível em:
< <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1992/Reso033.doc>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

_____. Presidência da República. **Lei 8.142/90.** Brasília-DF, 28 dez. 1990. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 20 mai. 2018.

_____. Presidência da República. **Lei 8.080/90.** Brasília-DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 mai. 2018.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 99.438.** Brasília -DF, 07 ago. 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D99438.htm>
Acesso em: 05 set. 2018.

_____. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em:
< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm >.
Acesso em: 20 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional da Reforma Sanitária. **Documentos III**. Brasília-DF, 1987. 163 p. Disponível em:
< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_08.pdf >. Acesso em: 01 set. 2018.
_____. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final**. Brasília-DF, 1986. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 02 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Sistema de acompanhamento dos conselhos de saúde. Disponível em:
< http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/index.html >. Acesso em: 10 mar. 2018.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan. /mar. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n109/a08n109.pdf> >. Acesso em: 02 dez. 2018.

BRAVO, M. I. S. Gestão democrática na Saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, M. I. S. & PEREIRA, P. A. P. **Política social e democracia**. São Paulo: Cortêz, 2008. p. 43-66.

CARVALHO. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, S. (org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 93-112. Disponível em: < <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/saude-e-democracia-a-luta-do-cebes.pdf> >. Acesso em: 16 mar. 2018.

_____. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). **As origens da questão democrática na Saúde**. dez., 2016. Disponível em:
< <http://cebes.org.br/2016/12/as-origens-da-questao-democratica-na-saude-3/> >. Acesso em: 30 dez. 2018.

_____. A questão democrática na área da saúde. In: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. (orgs.). **Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, p. 149- 151, 2007a. Disponível em:
<<http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=BibliotRS&PagFis=1299> >.
Acesso em: 15 jan. 2019.

_____. Prev- Saúde: considerações sobre o Prev-Saúde. In: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. (orgs.). **Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, p. 152- 156, 2007b. Disponível em:
<<http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=BibliotRS&PagFis=1299> >.
Acesso em: 15 jan. 2019.

_____. Financiamento do setor de saúde: proposta para a transição democrática. In: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. (orgs.). **Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, p.169 -172, 2007c. Disponível em: <<http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=BibliotRS&PagFis=1299>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

_____. Assistência à saúde numa sociedade democrática. In: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. (orgs.). **Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, p.159-162, 2007d. Disponível em: <<http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=BibliotRS&PagFis=1299>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

_____. Subsídios para definição de uma política de atenção à saúde para um governo de transição democrática. In: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. (orgs.). **Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, p.163-168, 2007e. Disponível em: <<http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=BibliotRS&PagFis=1299>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

_____. Para uma teoria da reforma sanitária: “democracia progressiva” e políticas sociais. In: FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. (Org.). **Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, p.202-210, 2007f. Disponível em: <http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=BibliotRS&PagFis=1299>>. Acesso em: 31 mar. 2019.

COELHO, V. S. P. Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? In: COELHO, V. S. P e NOBRE, M. **Participação e deliberação – teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora 34, 2004. p. 255-269.

CORREIA, M. V. C. Controle social (verbetes). In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. Disponível em: < <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>>. Acesso em: 31 mar. 2019.

_____. Controle social na Saúde. In: MOTA, A. E. *et al.* (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortêz, 2006. p. 1-29.

_____. **Desafios para o controle social**: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 280 p.

CÔRTEZ, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 7 (ano 4), p. 18-49, jan. /jun. 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a02n7.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2018.

COUTINHO, C.N. Gramsci e a sociedade civil (apresentação). 2000. Disponível em: < <https://www.acesa.com/gramsci/?id=209&page=visualizar>>. Acesso em: 03 de mar. 2019.

DANIEL, C. Participação popular. **Teoria e Debate**, 2.ed., mar., 1988. Disponível em: < <https://teoriaedebate.org.br/1988/03/08/participacao-popular/>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

DAGNINO, E. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades, In: DAGNINO, E. (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 279-301.

DANTAS, A.V.; PRONKO. Estado e dominação burguesa: revisitando alguns conceitos In: STAUFFER, A.B; BAHNIUK, C.; VARGAS, M. C.; FONTES, V (orgs.). **Hegemonia burguesa na educação pública: problematizações no curso TEMS (ESPSJV/PRONERA)**. Rio de Janeiro: ESPSV, 2018, p. 73-96.
Disponível em: < http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/tems_site.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

DANTAS, A.V. **Do Socialismo à democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017, 319p.

DELGADO, M.; ESCOREL, S. Ensaio sobre a resolução 333/03 do CNS: Entre as dimensões política e técnica, e entre as dinâmicas participativa e fiscalizatória. **Divulgação em Saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.43, p. 79 - 95, jun. 2008.

ESCOREL, S.; DELGADO, M. Perfil dos conselhos estaduais de saúde: as singularidades e similaridades no controle social. **Divulgação em Saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.43, p. 62-78, jun. 2008.

ESCOREL, S. Conselhos de Saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política. **Divulgação em Saúde para Debate – Democracia, Conselhos de Saúde e Participação Social**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 23-28, jun. 2008.

_____. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 208p. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2018.

FALEIROS, V. de P.; VASCONCELLOS, L. C. F. de; SILVA, J. de F. S. da; SILVEIRA, R. M. G. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006, 300 p. Disponível em: <<http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=bibliotrs&pagfis=164&pesq=&esrc=s>>. Acesso em: 07 jan. 2018.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.14, v.3, p.743-752, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/10.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2018.

GALLO, E.; NASCIMENTO, P.C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F (org.). Reforma sanitária em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, p. 91- 118, 1989. Disponível em: < <http://docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=BibliotRS&PagFis=309>>. Acesso em: 25 fev. 2019.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 272p.

GOHN, M.G. Conselhos gestores e gestão pública. **Ciências Sociais**, Unisinos n. 42, v.1, p.5-11, jan. /abr., 2006. Disponível em: < http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/view/6008>. Acesso em: 29 dez. 2017.

GRAMSCI, A. **O leitor de Gramsci**: escritos escolhidos. Organização de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. _____. **Cadernos do Cárcere, vol. 3**: Maquiavel. Notas sobre o Estado e a política; edição e tradução, Carlos Nelson Coutinho; coedição, Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

_____. **Cadernos do Cárcere, vol. 2**: Os intelectuais. O princípio educativo. Jornalismo. Edição e tradução de Carlos Nelson Coutinho; coedição, Marco Aurélio Nogueira e Luiz Sérgio Henriques. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

IASI, M.L. Educação e consciência de classe: desafios estratégicos. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 31, n. 1, 67-83, jan. /abr., 2013.

LABRA, M. E. É possível aferir a qualidade da representação dos usuários nos conselhos de saúde? **Divulgação em Saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.43, p. 106-117, jun., 2008.

_____. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e Democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 353-383.

LAMBERTUCCI, A.R. A participação social no governo Lula. In: AVRITZER, L. (Org.). **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez, 2009, p.70-89.

LEAL, L. Concepções em disputas: tijolo por tijolo. **Revista POLI: saúde, educação e trabalho**, Rio de Janeiro: EPSJV, ano X, n.59, p. 13-17, jul., 2018. Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/poliweb59.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2018.

MARX, K. **A revolução antes da revolução**. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

_____. **A questão judaica**. Traduzido por Artur Morão. 1989. Disponível em: < http://www.lusosofia.net/textos/marx_questao_judaica.pdf>. Acesso em: 20 set. 2018.

_____. **Glosas Críticas Marginais ao Artigo "O Rei da Prússia e a Reforma Social". De um prussiano**. *Vorwärts*: Alemanha, n. 63, ago., 1844. Traduzido por Ivo Tonet. In: Revista Praxis, n. 5, Belo Horizonte: Projeto Joaquim de Oliveira, 1995. Disponível em:

< <https://www.marxists.org/portugues/marx/1844/08/07.htm> > Acesso em: 01 dez. 2018.

_____. **Crítica da Filosofia do direito de Hegel**. 1843. Disponível em:
< <https://www.marxists.org/portugues/marx/1844/critica/index.htm> >. Acesso em: 10 jan. 2018.

MARK, K.; ENGELS, F. **Manifesto Comunista**. Ed. Ridendo Castigat Moraes, 1999. Disponível em: < <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/manifestocomunista.pdf> >. Acesso em: 29 nov. 2018.

_____. **Sobre a Comuna**. mai., 1871. Disponível em:
<<https://www.marxists.org/portugues/marx/1871/05/30.htm>>. Acesso em: 30 nov. 2018.

_____. **Manifesto do Partido Comunista**. 1848. Disponível em:
<<https://www.marxists.org/portugues/marx/1848/ManifestoDoPartidoComunista/index.htm>>. Acesso em: 29 nov. 2018.

_____. **A ideologia Alemã**. 1845-1846. Disponível em:
< <https://www.marxists.org/portugues/marx/1845/ideologia-alema-oe/index.htm> >. Acesso em: 01 dez. 2018.

MEDONÇA, S. R. Sociedade civil em Gramsci: venturas e desventuras de um conceito. S/D. p. 1-8. Disponível em:
< <http://www.historia.uff.br/estadoepoder/7sneq/docs/001.pdf> >. Acesso em: 08 fev. 2019.

MOREIRA, M.R. Democracia participativa, democracia representativa e conselhos de saúde no contexto da reforma política. **Divulgação em Saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.43, p.15-22, jun. 2008.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.795-805, 2009. Disponível em:
< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/15.pdf> >. Acesso em: 10 abr. 2018.

_____. Dilemas da participação social em saúde: reflexões sobre o caráter deliberativo dos conselhos de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, p. 47-55, jan./mar., 2010. Disponível em:
<http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.34%2C+N.84+-+jan&pesq=&x=81&y=15>. Acesso em: 15 mai. 2018.

MOREIRA, M.R. et al. 'Participação' nos conselhos municipais de saúde de municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes. **Divulgação em Saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.43, p. 48-61, jun. 2008.

MORONI, J. A. O direito à participação no governo Lula. In: AVRITZER, L. (org.). **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez, 2009, p.107-141.

MOTTA, L.E. A respeito da questão da democracia no marxismo (a polêmica entre Althusser e Poulantzas). **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n.13, jan./abr., p.19-51, 2014.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbcpol/n13/a02n13.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2019.

NEVES, A.V. Espaços públicos e práticas políticas: os riscos de despolitização da participação da sociedade civil. In: DAGNINO, E.; TATAGIBA, L. (orgs.). **Democracia, sociedade civil e participação**. São Paulo: Argos, 2007. p. 395-420.

OLIVEIRA, A.; KRÜGER, T.R. Trinta anos da constituição federal e a participação social no SUS. **Argum**, Vitória, v.10, n.1, p.57-71, jan./abr. 2018. Disponível em: < <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/18621/13181>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária Brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr., 2009. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2019.

_____. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 356 p. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2018.

PANIAGO, M. C. S. **Controle social e o fundamento liberal dos Conselhos Gestores**. [S.l.], p. 1-8. Disponível em: <http://www.cristinapaniago.com/yahoo_site_admin/assets/docs/Controle_Social_IIIENPESS.185203844.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2018.

POULANTZAS, N. **O Estado, o poder, o socialismo**. 4. ed. São Paulo: Graal, 2000.

_____. **Poder político e classes sociais**. Trad. Francisco Silva. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

RIBEIRO, N.; RAICHELIS, R. Revisitando as influências das agências internacionais na origem dos conselhos de políticas públicas. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 109, p. 45-67, jan./mar. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n109/a04n109.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

SANTOS, N. R. Democracia e Participação da Sociedade em Saúde. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (orgs.). **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 189-226. Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l95.pdf>>. Acesso em 02 dez. 2018

SILVA, A.X. Reforma sanitária, hegemonia e a efetividade do controle social. In DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L.M. (Org.). **Seguridade social e saúde**: tendências e desafios. 2. ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 117-146. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/zw25x/pdf/davi-9788578791933-07.pdf>>. Acesso em: 17.mar. 2018.

SILVA, J.O. Conselhos, controle social e racionalidade do Estado. **Divulgação em Saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.43, p. 118-125, jun. 2008.

SOUZA, O. M.; DOMINGUES, A. Emancipação política e humana em Marx: alguns apontamentos. **Arma da crítica [online]**. n. 4, dez., 2012. Disponível em: < http://www.armadacritica.ufc.br/phocadownload/artigo4_4_1.pdf >. Acesso em: 01 fev. 2019.

STOTZ, E. N. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, p. 149-160, maio/dez. 2006. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345309003.pdf> >. Acesso em: 07 set. 2018.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil, In: DAGNINO, Evelina (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 47-103.

VIANA, N. **Estado, Democracia e Cidadania**: dinâmica da política institucional no capitalismo. Rio de Janeiro: Achiamé, 2003.

WOOD, E. M. **Democracia contra capitalismo**: a renovação do materialismo histórico. São Paulo: Boitempo, 2003.