

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL – PUC/RS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* – DOUTORADO EM SERVIÇO
SOCIAL

DOUTORANDA: CLARETE TERESINHA NESPOLO DE DAVID

A PARTICIPAÇÃO POLÍTICA DOS ATORES COLETIVOS DO CAMPO POPULAR NO
MOVIMENTO DE REFORMA NA SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

2014

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL – PUC/RS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* – DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

A PARTICIPAÇÃO POLÍTICA DOS ATORES COLETIVOS DO CAMPO POPULAR NO MOVIMENTO DE REFORMA NA SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL

Tese apresentada como requisito para obtenção do grau de Doutora, pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Doutoranda: Ms. Clarete Teresinha Nespolo de David

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Krieger Grossi

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D149p David, Clarete Teresinha Nespolo de.

A participação política dos atores coletivos do campo popular no movimento de reforma na saúde no Rio Grande do Sul /Clarete Teresinha Nespolo de David. Porto Alegre, 2014.

241 f.

Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre, 2014.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Krieger Grossi.

1. Direito a Saúde. 2. Reforma Sanitária 3. Conselhos de Saúde. 4. Conferências de Saúde. 5. Participação política. 6. Espaços públicos. 7. Movimentos sociais. I Grossi, Patrícia Krieger (Orientadora). II. Título.

NML WA 541. DB8

Bibliotecária Maria Sílvia Robaina de Sousa Lessa –CRB10/665

CLARETE TERESINHA NESPOLO DE DAVID

**A PARTICIPAÇÃO POLÍTICA DOS ATORES COLETIVOS DO CAMPO POPULAR NO
MOVIMENTO DE REFORMA NA SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL**

**Tese apresentada como requisito para
obtenção do grau de Doutora, pelo
Programa de Pós-graduação da Faculdade
de Serviço Social da Pontifícia
Universidade Católica do Rio Grande do
Sul.**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Patricia Krieger Grossi – PPGSS/PUCRS

Profa. Dra. Berenice Rojas Couto – PPGSS/PUCRS

Profa. Dra. Soraya Maria Vargas Cortes – PPGS/UFRS

Profa. Dra. Miriam Thais Guterres Dias – PPGSS/UFRS

Dedico

Ao Lino

Aos filhos Marcos e Caroline

Aos Militantes da Saúde

AGRADEÇO

A Deus a vida.

A minha família o valor da partilha e da solidariedade, aos meus pais Clarindo e Mires e meus irmãos Cladir, Clarizete, Cleomar, Luiz (Tania e Juliano *in memoriam*). Incluo ainda com muito carinho cunhados e cunhadas, sobrinhos e sobrinhas.

Ao meu companheiro Lino e aos filhos Marcos e Caroline e seus eleitos, companheiros de viagem, o carinho e a paciência.

Aos colegas de trabalho, à Creche São Francisco (Passo Fundo), ao Centro Bom Jesus, à Comunidade do Fragata e ao Conselho de Posseiros (Pelotas); à Assistência Social Diocesana Leão XIII; à Cáritas (Regional, Diocesana e Paroquial); à Universidade de Passo Fundo; à 6ª Coordenadoria Regional de Saúde e à Escola de Saúde Pública (POA) a acolhida e os aprendizados.

Aos companheiros e companheiras de militância da JOC, das associações de moradores de Passo Fundo, das CEBs, do CEAP, da Coonalter, do Cress/RS, das organizações representadas nos CMAS, CMS, CRS, CES/RS e Partido dos Trabalhadores e, de modo especial, às mulheres do MMTU/RS, MMTR e MMC pelo apoio e pelas trocas.

Aos amigos e amigas Adelar, Nelson, Berna, Noeli, Sirlei, Vanderleia, Luiz, Ju, Meni, Vini, Áurea, Lea, Mairi, Janice, Bea, Cris, Cândida, Adalgiza, Márcia, Carla, Maristela E e O, Sandra, Claudio, Rose, Manoel e Pati entre tantos que marcaram minha vida.

Aos colegas do Doutorado, aos professores e aos servidores do PPGSS da PUC/RS pela atenção e a Capes pela bolsa de incentivo à pesquisa. Mas, de modo especial, agradeço à professora e orientadora Patricia Krieger Grossi que me acolheu e, com muita paciência, aceitou fazer essa passagem comigo. Ao Nélio pela revisão do texto. Ainda, e de modo especial, à mesa diretora e aos servidores do CES/RS, CEIDS e Assteplan pela atenção e acolhida durante a coleta de dados e aos Entrevistados pela disponibilidade em partilhar trajetórias e pela colaboração neste estudo.

Por fim, de modo especial, à Banca de Doutorado Berenice, Patrícia, Miriam e Soraya meu muito obrigada!

Uma filosofia da práxis só pode apresentar-se, inicialmente, em uma atitude polêmica e crítica, como superação da maneira de pensar precedente e do pensamento concreto existente (ou mundo cultural existente). E, portanto, antes de tudo, como crítica do “senso comum”. (GRAMSCI, 1981, p. 18)

SIGLAS

Abrasco – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ACE – Ação Católica especializada
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
AIS – Ações Integradas de Saúde
Anampos – Associação Nacional de Movimentos Populares
Aneps – Associação Nacional de Educação e Práticas em Educação Popular em Saúde
AP – Ação Popular
Assteplan – Assessoria Técnica e de Planejamento
CAR – Centro de Administração Regional
CDS – Conselho Distrital de Saúde
CE – Constituição Estadual
CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular
Cebes – Centro Brasileiro de Estudo em Saúde
CEBs – Comunidades Eclesiais de Base
CECA – Centro Ecumênico de Evangelização, Capacitação e Assessoria
CEDI - Centro Ecumênico de Documentação e Informação
CEIDS – Centro Estadual de Informações e Documentação em Saúde
Cenep – Comitê Nacional de Educação e Prática de Educação Popular
Cepis – Centro de Educação Popular do Instituto *Sedes Sapientiae*
CEPO – Centro de Educação Popular
CES – Conselho Estadual de Saúde e/ou Conferência Estadual de Saúde
CESE – Coordenadoria Ecumênica de Serviços
Cesma – Centro de Servidores da Saúde e do Meio Ambiente
CETA – Centro de Educação Treinamento e Assessoria
Cetap – Centro de Tecnologias Alternativas e Populares
CF – Constituição Federal
CGU – Conselho Gestor de Unidade de Saúde
Cimis – Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
Ciplan – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIS – Comissão Interinstitucional de Saúde
CLIS – Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde
CLS – Conselhos Locais de Saúde
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CMAS – Conselho Municipal de Assistência Social
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNS – Conselho Nacional de Saúde e/ou Conferência Nacional de Saúde
Coaps – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
Conam – Confederação Nacional de Associações de Moradores
Conas – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
Conasems – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conasp – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
Contag – Confederação Nacional da Agricultura
Coonalter – Cooperativa Mista e de Consumo Alternativa
COP – Conselho do Orçamento Participativo
CP – Consulta Popular
CPO – Comissão Pastoral Operária
CPT – Comissão Pastoral da Terra

CPT – Comissão Pastoral da Terra
Cress/RS – Conselho Regional de Assistência Social
CRIS – Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
CRS – Conselho Regional de Saúde
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
DRS – Delegacia Regional de Saúde
Enemec – Encontro Nacional de Experiências e Medicinas Comunitárias
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
Escajur – Escola Alternativa para a Juventude Rural
ESF – Estratégia Saúde da Família
ESP – Escola de Saúde Pública
FAG – Frente Agrária Gaúcha
FEEE – Fundação Estadual de Economia e Estatística
FES – Fundo Estadual de Saúde
Fetag – Federação dos Trabalhadores da Agricultura
FNS – Fundo Nacional de Saúde
Fracab – Federação Rio-Grandense de Associações Comunitárias e Sociedades de Amigos de Bairro
FROP – Fórum Regional do Orçamento Participativo
GHC – Grupo Hospitalar Conceição
IBGE – Instituto Brasileiro de Economia e Estatística
Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência
JAC – Juventude Agrária Católica
JEC – Juventude Estudantil Católica
JOC – Juventude Operária Católica
JUC – Juventude Universitária Católica
LC – Lei Complementar
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
ME – Ministério da Educação
MEC – Ministério da Educação e Cultura
MMC – Movimento de Mulheres Campesinas
MMTR – Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais
MOPS – Movimento Popular de Saúde
MOVA – Movimento de Alfabetização de Adultos
MP – Movimento Popular
MPAS – Ministério da Previdência e da Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
MSU – Movimento Social Urbano
NOB – Normas Operacionais Básicas
NOB/RHSUS – Norma de Recursos Humanos do SUS
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não Governamental
OP – Orçamento Participativo
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
OS – Organizações Sociais
Oscip – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PA – Pronto Atendimento
PAM – Posto de Assistência Médica
PCCS – Planos de Carreira, Cargos e Salários
PGE – Procuradoria-Geral do Estado
PGU – Programa de Gestão Urbana

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIM – Programa Primeira Infância Melhor
POA – Porto Alegre
PPV – Programa de Prevenção da Violência
PSF – Programa Saúde da Família
RI – Regimento Interno
RMPA – Região Metropolitana de Porto Alegre
RS – Rio Grande do Sul
SES – Secretaria Estadual de Saúde
Setec – Secretaria Técnica
Sindsepe – Sindicato dos Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul
SMAM – Secretaria Municipal do Meio Ambiente
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SSMA – Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente
SUDS – Superintendência do Desenvolvimento de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
Uampa – União das Associações de Moradores de Porto Alegre
UFSM – Universidade Federal de Santa Maria
US – Unidade de Saúde

Lista de Quadros e Figuras

Quadro 01 – Trajetória da Saúde como Política Pública de 1949 a 1979.....	64
Quadro 02 – Trajetória da Saúde como Política Pública 1980 a 2000.....	66
Quadro 03 – Vertentes do Movimento Nacional de Reformas no Setor Saúde.....	74
Quadro 04 – Governadores e Secretários de Saúde e Meio Ambiente do RS 1959 a 2014 - anexo 7.....	235
Quadro 05 – Secretários de Saúde e do Meio Ambiente do RS – 1959 a 2014 – anexo 8...	236
Quadro 06 – Evolução da Saúde Pública até 1950 – anexo 9	237
Quadro 07– Instituinte pré e pós-SUS no RS até 1990.....	95
Quadro 08 – Representação Política das Entidades na Coordenação do CES/RS – anexo 5.....	231
Quadro 09 – Descentralização Político-administrativa da Sesma – RS: transição das Delegacias para as Coordenadorias Regionais de Saúde.....	108
Quadro 10 – Representação de Entidades no CES/RS – Decreto Estadual 33.199, 02 de junho de 1989 (SUDS).....	113
Quadro 11 – Síntese da Regulamentação da Participação de 1966 a 1990.....	118
Quadro 12 – 20 anos do Direito à Saúde na Constituição Estadual de 1989 no RS.....	120
Quadro 13 – Conferências Estaduais de Saúde do RS 1991 a 2011 anexo 6	234
Quadro 14 – Representação de Entidades no CES/RS – Lei 10.097/94.....	127
Quadro 15 – Estrutura dos Conselhos Regionais de Saúde – Resolução 001/1994.....	132
Quadro 16 – Encontros/Plenárias Estaduais de Conselhos de Saúde no RS.....	136
Quadro 17 – Síntese da Regulamentação da Participação de 1994 a 2012.....	137
Quadro 18 – Concepção de Saúde e de Participação.....	147
Quadro 19 – Perfil Ampliado dos Atores Coletivos Gaúchos do Campo Popular Entrevistados – apêndice 4.....	220
Quadro 20 – Perfil dos Atores Coletivos Gaúchos do Campo Popular Entrevistados.....	152
Quadro 21 – Linha do tempo dos atores políticos de 1970 a 2014.....	156
Figura 01 – Mapa das Regiões de Saúde – anexo 10.....	238
Quadro 22 – Linha do Tempo do CES/RS	241

RESUMO DA TESE

Esta tese trata da construção do direito à saúde com participação e ênfase na leitura dialética da história das políticas públicas de saúde no Brasil a partir da concepção do movimento sanitário, em um contexto de reformas do Estado e de construção do projeto democrático popular. Ela tem a finalidade de analisar como se materializa o debate do SUS, enquanto modelo de atenção universal, nos espaços públicos a partir da participação política dos atores coletivos do campo popular no movimento de reformas. Assim, os indicadores que orientaram a análise são: que participação política pode ter produzido a saúde como direito social? e como se conformam os espaços públicos no desenho institucional na saúde no RS? Isso foi feito a partir da análise documental das Resoluções do CES/RS, dos Relatórios das Conferências e dos Planos Estaduais de Saúde, que orientou o caminho histórico. Ademais, quatorze atores coletivos indicados a partir da técnica da “bola de neve”, via narrativa oral temática, contribuíram explicitando as principais estratégias, as articulações, as mobilizações e a educação política nesse processo. Esses atores estão identificados com o movimento sindical (Fetag/RS, o Departamento Rural da CUT – Fetraf/Sul), o Sindsepe/RS, o Sindfarm/RS, o Movimento comunitário, a Fracab/RS, bem como a CUT/RS, as ONGs (CAMP/RS, CEAP/RS), os movimentos sociais (MMC/RS), o Fórum de Saúde Mental, a igreja (CEBs), além da representação profissional (Cress) e segmentos da Federação dos Hospitais Filantrópicos do RS. As narrativas foram obtidas por meio de entrevistas coletadas e gravadas com autorização, transcritas e codificadas pelo *Software* NVIVO, sistema de análise qualitativa que possibilita a organização, apresentação, interpretação e divulgação mais rápida dos dados. Utilizou-se a análise de conteúdo segundo Bardin (1977). Os resultados indicam que esse movimento ou esses movimentos em defesa do direito à saúde e da instituição do SUS podem ser divididos em três fases: a primeira ocorreu em fins dos anos de 1970 e início dos anos de 1980. Nesse período, a agenda política mobilizadora dos movimentos sociais era a construção e a garantia de direitos na perspectiva da Seguridade Social, terra, trabalho e acesso à saúde. Já nos espaços públicos a luta era pela autonomia em relação às estruturas tradicionais. E as estratégias utilizadas pelos atores coletivos foram a organização de base, a mobilização, a articulação e a formação política. Trata-se de ferramentas potencializadas pela estratégia da Educação Popular, via núcleos de base, dos grupos de discussão, das comissões de saúde e ainda dos Seminários e dos Congressos. É um movimento que tanto forma seus dirigentes quanto disputa espaços na sociedade. Na segunda fase, já no contexto dos anos de 1990, constata-se, de um lado, um movimento de Democratização Política, com regulamentação de direitos via legislação, nova concepção de saúde com participação nos espaços públicos, tendo como particularidades a descentralização do CES/RS no RS e, de outro, um contexto de Reformas do Estado com avanço do Projeto Neoliberal, com refluxo dos movimentos sociais e resistência propositiva nos espaços públicos, centralidade na gestão, aliados ao avanço do “Projeto Privatista”. E uma terceira fase 2003 com ênfase no modelo de desenvolvimento nacional; no RS, porém, aprofunda-se a crise na saúde, percebe-se o avanço das Fundações Públicas de Direito Privado e a crescente perda de poder deliberativo dos Conselhos de Saúde. Surgem novos movimentos de resistência, trazendo para o cenário algumas lutas históricas, a “representação política”, a “participação direta”, a “representatividade” e ainda questões como qualidade e acesso a ações e serviços de saúde, dentre outras.

Constata-se que, a partir da participação política dos trabalhadores dirigentes e de suas estratégias de mobilização, de organização, de articulação e de educação política (“fazer com”) enquanto ferramenta da educação popular foi possível construir as mediações necessárias entre as forças políticas societais (movimentos sociais, sindicais, igrejas, ONGs) e as forças políticas estatais (governo e suas instituições, trabalhadores, partidos) para um Projeto popular nos anos de 1980. Já nos anos de 1990, de um lado, vemos o refluxo dos movimentos sociais, uma participação de resistência propositiva nos espaços públicos e a perda de força política do campo popular e, de outro, a centralidade do poder nas gestões e a judicialização dos direitos. Entretanto, os espaços públicos dos Conselhos e das Conferências de Saúde ainda mantêm certa potência na mediação das relações entre o Estado e a sociedade, mas necessitam incluir novos atores coletivos e garantir a pluralidade na participação.

Palavras-chave: Participação política, Espaços públicos, Reforma sanitária, Direito a saúde, Conselhos de Saúde, Conferências de Saúde, Movimentos sociais.

ABSTRACT

This thesis deals with the construction of the right to health care with the participation of and emphasis on the dialectic reading of the history of the public policies on health care in Brazil since the conception of the health movement, in a context of State reforms and of the construction of the popular democratic project. Its goal is to analyze how the debate about SUS [Unified Health Care System] materializes as a model of universal care, in the public spaces as of the political participation of the collective actors of the popular field in the reform movement. Thus, the indicators which guided the analysis are: what political participation could have produced health care as a social right? and: how are the public spaces conformed within the institutional design of health care in RS? This was done based on the documental analysis of the CES [State Health Conferences] Resolutions/RS, the Conference Reports and State Health Plans which guided the historical path. Besides this, fourteen collective actors indicated based on the technique of the “snow ball”, through thematic oral narrative, contributed by explaining the main strategies, articulations, mobilizations and political education in this process. These actors are identified with the union movement (Fetag [Agricultural Workers Federation]/RS, the Rural Department of CUT [Worker’s Unified Center]– Fetraf [Family Agriculture Federation]/South), the Sindsepe [Public Servants Union]/RS, the Sindfarm [Pharmacists Union]/RS, the community Movement, the Fracab [Riograndense Federation of Community Associations and Neighborhood Associations] /RS, as well as CUT/RS, the NGOs (CAMP [Multi-professional Consultancy Center]/RS, CEAP [Center of Popular Education and Consultancy]/RS), the social movements (MMC [Rural Women’s Movement]/RS), Mental Health Forum, the church (CEBs [Ecclesial Base Communities]), besides the professional representation (Cress [Regional Social Work Council]) and the Philanthropic Hospitals Federation of RS. The narratives were obtained through interviews collected and taped with authorization, transcribed and codified by the NVIVO *Software*, a system of qualitative analysis which makes possible a more rapid organization, presentation, interpretation and disclosure of the data. The content analysis according to Bardin (1977) was used. The results indicate that this movement or these movements defending the right to health care and the institution of SUS can be divided into three phases: the first occurred toward the end of the 70s and beginning of the 80s. During this period the mobilizing political agenda of the social movements was the construction and the guarantee of rights in the perspective of Social Security, land, work and access to health care. In the public spaces the struggle was for autonomy with regard to the traditional structures. And the strategies used by the collective actors were base organization, mobilization, political articulation and formation. These are tools potentialized by the strategy of Popular Education, through base nuclei, discussion groups, health care commissions and also the Seminars and the Congresses. It is a movement which forms its leaders as well as disputes spaces in society. In the second phase, now in the context of the 90s, one observes, on the one side, a movement for Political Democratization, with regulation of rights through legislation, a new conception of health care with participation in the public spaces, having as particularities the decentralization of the CES/RS in RS and, on the other side, a context of State Reforms with advancement of the Neoliberal Project, with an ebbing of the social movements and purposeful resistance in the public spaces, centrality in administration, allied to the advance of the “Privatist Project”. And a third phase with an emphasis on the model of national development; in RS, however, the health care crisis deepens, one perceives the advance of the Public Foundations of Private Law and an increasing loss of deliberative power of the Health Councils. New resistance movements arise bringing into the scenario some historic struggles, the “political representation”, “direct participation”, “representativeness” and still other issues such as quality and access to health care actions and services, among others.

One observes that, stemming from the political participation of the leader workers and their strategies of mobilization, organization, articulation and political education as a tool of popular education it was possible to construct the necessary mediations among the societal political forces (social movements, unions, churches, NGOs) and the state political forces (government and its institutions, workers, parties) for a Popular Project in the 80s. However, in the 90s, on the one side, we see the ebbing of the social movements, a participation of purposeful resistance in the public spaces and a loss of political strength in the popular field and, on the other side, the centralization of power in the administrations and the judicialization of rights. However, the public spaces of the Health Councils and Conferences still maintain some power in the mediation of the relations between the State and the society, but they need to include new collective actors and guarantee a plurality in the participation.

Keywords: Political participation, Public spaces, Health Reform, the Right to Health care, Health Councils, Health Conferences, Social Movements.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
2. PARTICIPAÇÃO POLÍTICA E O DIREITO À SAÚDE	29
2.1 Concepções e formas de participação em saúde	29
2.2 Participação política e a representação em espaços públicos	34
2.3 Os contextos históricos, os movimentos sociais e as estratégias de participação	40
2.4 Estado e sociedade civil: participação política e construção dos direitos	46
3. QUE ESTADO? QUE POLÍTICAS PÚBLICAS? QUE PARTICIPAÇÃO?	53
3.1 O contexto de desenvolvimento no Brasil e a participação	55
3.2 A política pública de saúde no Brasil e a participação popular em saúde	63
3.2.1 Trajetória da saúde como política pública do Brasil Colônia até 1970	63
3.2.2 Contexto histórico das décadas de 1970 e 1980 – Onda da democratização e a participação	65
3.2.3 Forças políticas, atores e estratégias no movimento de reformas na saúde	71
3.2.4 Contexto histórico da década de 1990 – Onda neoliberal e a participação	76
4. DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA NO RS E A PARTICIPAÇÃO POLÍTICA NO CONTEXTO DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE E DOS ESPAÇOS PÚBLICOS (CONSELHO ESTADUAL E CONFERÊNCIA DE SAÚDE)	84
4.1 Descentralização político-administrativa e a instituição da participação em saúde	84
4.2 Secretaria Estadual de Saúde do RS: participação política e projetos em disputa	94
4.3 Participação em saúde – Conselho Estadual e Conferências Estaduais de Saúde do RS	111
4.3.1 Primeira fase da participação em saúde no RS via Fóruns de participação	112
4.3.2 Segunda fase da participação em saúde – transição das Cimis, CRIS, CLIS para os Conselhos de Saúde	123
4.3.3 Terceira fase da participação na saúde: 1994 – Institucionalização do CES/RS – Lei Estadual	126
5. A PARTICIPAÇÃO POLÍTICA DOS ATORES COLETIVOS DO CAMPO POPULAR NO MOVIMENTO DE REFORMAS NA SAÚDE NO RS	151
5.1 Identificação dos atores coletivos do campo popular entrevistados e sua participação política na saúde	153
5.2 Projetos, atores, estratégias e as implicações na saúde e na participação em espaços públicos	155
5.2.1 Que participação produz a saúde como direito? Surgimento dos atores	

coletivos e as estratégias das forças políticas societais para a garantia do direito à saúde	159
5.2.2 Materialização do direito à saúde: como se dá a instituição da participação em espaços públicos	177
CONSIDERAÇÕES FINAIS	198
REFERÊNCIAS	203
Apêndices	
1. Roteiro para análise documental	
2. Roteiro para análise das entrevistas	
3. Roteiro para codificação das entrevistas – <i>Software Nvivo</i>	
4. Perfil ampliado dos entrevistados	
Anexos	
1. Termo de consentimento livre e esclarecido	
2. Termo de compromisso para utilização dos dados	
3. Parecer do CEP	
4. Cartas às entidades	
5. Quadro da representação política das entidades no CES/RS	
6. Quadro das Conferências Estaduais de Saúde do RS 1991 a 2011	
7. Quadro Governadores e Secretários de Saúde e Meio Ambiente do RS 1959 a 2014	
8. Quadro Secretários de Saúde e do Meio Ambiente do RS – 1959 a 2014	
9. Quadro evolução da Saúde Pública no RS – até 1950	
10. Mapa das Regiões de Saúde do RS	
11. Linha do Tempo do CES/RS – Encarte 20 anos da Lei do CES/RS	

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa visa dar visibilidade à participação política dos atores coletivos gaúchos do campo popular e suas estratégias¹ de mobilização, articulação e educação no movimento de reformas do setor de saúde² que surgem da ação dos atores em uma relação de cooperação e de conflito. Assim, no contexto de reformas do Estado e de instituição dos espaços públicos, ela analisa como se materializou o debate do SUS, enquanto modelo de atenção universal à saúde a partir da participação política dos atores coletivos.

Essa construção histórica contou com a participação ativa dos segmentos envolvidos na ação política estatal e na ação política societal. E, em um contexto de reformas políticas do Estado, produz ruptura cultural na relação hegemônica³ entre Estado e sociedade civil para a garantia do direito à saúde. Essa participação política instituiu espaços públicos, inicialmente fóruns e posteriormente os conselhos e as conferências nas políticas públicas.

Para descrever o Estado e a sociedade civil, utilizaremos a categoria marxiana do Estado ampliado. Para Gramsci, a sociedade civil é portadora material da figura social da hegemonia enquanto esfera de mediação entre a infraestrutura econômica e o Estado em sentido restrito (governo) e, nesse contexto, as demandas são transformadas em políticas públicas. Gramsci faz uma distinção entre a sociedade política (governo),

¹ Segundo Matus (1996, p. 82), somos “surpreendidos num jogo que nos motiva para a cooperação e para o conflito. Seu campo de reflexão é o polo oposto, a certeza dogmática e a predileção determinista única [...] a análise estratégica não surgiu nem das ciências, nem do exercício da política, mas da prática do homem excepcional e rebelde”. Nesta pesquisa, os atores coletivos do campo popular são os identificados com as ações do movimento sindical (Fetag/RS, o Departamento Rural da CUT – Fetraf/Sul), o Sindsepe/RS, o Sindfarm/RS, o Movimento comunitário, a Fracab/RS, bem como a CUT/RS, as ONGs (CAMP/RS, CEAP/RS), os movimentos sociais (MMC/RS), o Fórum de Saúde Mental, além da igreja (CEBs), a representação profissional (CRESS) e a Federação dos Hospitais Filantrópicos RS. Alguns hoje têm participação na gestão da saúde, identificados, nesta pesquisa, como atores coletivos do campo popular. O termo “atores coletivos” também é utilizado por Thompson (1981, 1987); Pedrosa (2007); Gohn (2008, 2011); Simionatto (2004) para explicitar a ação dos movimentos sociais na luta por transformações.

² O movimento pela reforma do setor de saúde teria iniciado na década de 1970. Nele estavam envolvidos movimentos populares e sindicais, grupos de trabalhadores da saúde e instituições acadêmicas ligadas à área da saúde – como o Centro Brasileiro de Estudo em Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e ainda gestores de administrações populares e partidos de esquerda – os quais forneceram sustentação política e técnica ao movimento (CARVALHO, 1995). Essas constituíram as vertentes do movimento de reformas na saúde. Para mais detalhes cf. BRASIL, 2006; Saúde em Debate, 2008. Além deles, houve os setores das igrejas e as Comunidades Eclesiais de Base e pastorais da Igreja Católica (DOIMO, 1995, 2003; SCHERER-WARREN, 1996; GOHN, 2011). Esse tema será amplamente explicitado nesta pesquisa.

³ Hegemonia é o “nexo orgânico entre a infraestrutura material e a superestrutura político-ideológica” (ABREU, 2002, p. 34).

que assume, via aparelho jurídico de comando à repressão, a dimensão coercitiva em busca da legitimidade, e a sociedade civil, seu aparelho de hegemonia, que é o lugar do consenso. Assim, Gramsci (1991, p. 21) afirma que “os intelectuais são os 'prepostos' do grupo dominante para o exercício das funções subalternas da hegemonia social e do governo político”. Desse modo, os intelectuais têm papel fundamental no exercício do consenso e na coerção estatal, que assegura legalmente a disciplina de grupos que não consentem.

As relações do ser social, econômico e político são mediadas pela sociedade civil, que produz a socialização política dos sujeitos coletivos. Essas são determinadas pelo contexto histórico e pelas organizações, cuja finalidade é a elaboração e difusão das ideologias. Além disso, é a ideologia hegemônica que organiza uma nova eticidade enquanto espaço contra-hegemônico de lutas pela produção da cultura (COUTINHO, 1981; 1994, 1998 e 2006).

Para esta pesquisa, a sociedade civil se caracteriza pela participação política da cidadania⁴, organizada na defesa de um projeto político societário que se articula via movimentos sociais, movimentos sindicais, movimentos estudantis, movimento comunitário, organizações religiosas, partidos políticos, setores das igrejas e ainda por ONGs, também por segmentos do governo que, na Política de Saúde, produziram movimentos de ruptura com o modelo hegemônico, em fins dos anos de 1970 e início dos anos de 1980 no Brasil e que se organizaram em “movimento de reformas”, garantindo participação em espaços públicos, conforme veremos mais detalhadamente.

É possível categorizar as diferentes forças políticas que compõem o movimento reformista em dois eixos estratégicos: as forças de ação política estatal (governos e a burocracia estatal), e as dos trabalhadores e de ação política societal (movimentos sociais, igrejas, pastorais, ONGs, partidos). As primeiras vinculam-se à estratégia das instituições do Estado, no sentido de propor uma transformação por meio da inserção político-institucional hegemônica – médicos, sanitaristas e políticos da tradicional esquerda comunista. As forças de orientação societal relacionam-se à chamada “nova esquerda” e ao trabalho de base da Igreja Católica, as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) – compostas por inúmeros profissionais de saúde identificados com o Partido dos Trabalhadores. Essas últimas ações vão convergir na organização do Movimento

⁴ A concepção de cidadania com que esta tese trabalha é a da emancipação política. “A cidadania não se reduz simplesmente ao acesso dos indivíduos à satisfação de determinadas necessidades sociais básicas. A construção da cidadania implica o acesso e a participação na definição da agenda política dos distintos atores sociais, que a partir desta prática constroem sua identidade e conquistam sua autonomia, resultando na sua 'capacidade de escolha', frente às distintas alternativas diante de situações dadas” (COHN, 2000, p. 51).

Popular de Saúde (MOPS) (DOIMO e RODRIGUES, 2003, p. 96). Nesta pesquisa principalmente a Fetag/RS, a Fracab/RS fortalecidas pela criação da CUT/RS dos seus departamentos de saúde e das articulações políticas do Campo popular produzem a mediação entre a sociedade civil e o estado na defesa do Direito a saúde no RS.

Em meio à crise econômica no Brasil, as disputas de interesse e o movimento contra-hegemônico entre os projetos políticos em disputa, direitos são instituídos pelo movimento de reformas, entre eles o da saúde, que emerge da onda democrática dos fins da década de 1970 e início da década de 1980, e que retoma a questão da seguridade social universal como direito do cidadão, remetendo a responsabilidade ao fundo público, seu principal provedor. A Constituição de 1988 e as Leis 8080 e 8142 de 1990 incorporaram algumas das demandas do movimento sanitário na política de saúde, a saber, a descentralização, a integralidade e a participação popular.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta-se como resultado do processo de democratização do Estado, bem como de importantes reformas intersetoriais instauradas no país desde meados da década de 1970. Esse processo foi sendo desenvolvido com outros que ocorreram em diferentes setores da política pública no Brasil. Dessa forma, foi redefinido o padrão de intervenção do Estado em um contexto de crise fiscal, econômica e política. O processo de reformas aconteceu com a participação de diversas forças políticas. A Constituição de 1988 instituiu juridicamente mecanismos de participação da sociedade civil organizada no controle e na definição das ações do Estado, em suas políticas públicas. Nesse cenário, os Fóruns de Saúde e os conselhos de saúde foram os primeiros espaços públicos de participação a serem organizados.

Vê-se assim, já no início da década de 1990, com o avanço da onda de contrarreforma, de cunho neoliberal, um Estado com reformas na direcionalidade do livre-mercado e de respostas do Estado focalizantes e privatizantes, minimalistas para as políticas públicas, em particular, a de seguridade social e dos direitos prometidos pela democracia.

Os movimentos de articulação e mobilização desses atores coletivos têm desencadeado resistências ao longo do tempo e de construção de propostas e respostas ressignificadas enquanto potência para a saúde por meio da educação política enquanto estratégia que produz emancipação. Dentre as expressões da participação popular⁵ em

⁵ A participação popular designa a concepção de articulação de um “campo popular” determinado pela concepção de classe social, ser humano, mundo e sociedade que, nos diferentes contextos históricos, luta e se organiza para participar na deliberação, produção e distribuição da riqueza e da cultura da sociedade – os atores sociais coletivos. Essa participação é mediada pela ideologia produzida entre a

espaços públicos, cito a instituição dos conselhos e das conferências de saúde. De acordo com a Lei 8.080, de 1990, que regulamentou o SUS, o atendimento universal e a atenção integral à saúde seriam mais bem viabilizados e controlados mediante a descentralização político-administrativa e da participação da população em instâncias colegiadas (BRASIL, 1990a). As Conferências e os Conselhos de Saúde foram juridicamente instituídos como fóruns colegiados de participação, cuja composição inclui representantes do governo, dos prestadores privados e filantrópicos de serviços de saúde, dos profissionais e trabalhadores da saúde e dos usuários. À representação dos usuários coube os 50% da composição legal desses fóruns; a outra metade foi dividida entre os demais segmentos. Os Conselhos de saúde foram os primeiros a serem criados. Os Conselhos de Saúde são Fóruns de caráter permanente, espaços de deliberação, circunscritos em cada nível de Governo do Poder Executivo. Contudo, além de proporem estratégias, eles atuam “no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, 1990b). Nesse caso, as decisões tomadas nos Conselhos de Saúde deverão ser homologadas pelo Chefe do Poder Executivo no nível correspondente. “Observa-se que, na modernidade, os conselhos irrompem em épocas de crises políticas e institucionais, conflitando com as organizações de caráter mais tradicionais” (GOHN, 2011, p. 69).

No Serviço Social, é recente a produção na área da participação.⁶ Ela aparece a partir de 2000 e investiga os mecanismos de participação em espaços públicos com

infraestrutura econômica e a superestrutura cultural na relação social. Nessa perspectiva, o consenso e o dissenso são parte do processo na busca pela hegemonia – necessária a um novo projeto ético-político. No Brasil, em fins dos anos de 1970 e início dos anos de 1980 e seguintes, reúnem-se as condições favoráveis à instituição de um novo projeto societário: há movimentos reivindicatórios nas ruas, crise na representação política tradicional e há mobilização, articulações políticas dos movimentos da sociedade civil e das estruturas políticas estatais, isto é, movimentos para ampliar a participação e pela democracia dentro e fora do Estado ampliado, que possibilita as rupturas culturais necessárias na gestão pública. Esse processo, além de reivindicar direitos até então negados a segmentos historicamente excluídos, constrói novos atores políticos – sujeitos de direitos, que assumem a direção e a organização dessa nova institucionalidade, ocupando os espaços na sociedade. Esse novo reordenamento aponta, de um lado, a necessidade de ocupação dos espaços públicos e de outro a garantia de manter a participação direta da população na gestão da coisa pública. Essa nova “elite política” propõe novos desenhos de gestão e a expressão dessa nova institucionalidade são os espaços públicos de participação de caráter deliberativo nas políticas setoriais, como possibilidade nesse período.

⁶ Para conhecer a produção na área realiza-se um estudo exploratório documental no banco de dados CAPES de teses e dissertações na área das Ciências Sociais e Ciências Humanas, todas as palavras, no período compreendido entre 1994 e 2010 (<http://acessolivre.capes.gov.br/acessoLivreResumo.jsp> -, acesso em 29, 30 e 31 de Outubro de 2010), visando conhecer a produção na área e ainda a revisão bibliográfica para fundamentar as categorias explicativas da pesquisa. Para acesso ao banco de dados CAPES, depois de várias tentativas com as palavras “participação” e “educação em saúde” sem obter resultados significativos, utiliza-se as palavras compostas “**movimento de reformas na saúde**” pelo interesse em conhecer que áreas e qual o enfoque na produção com relação à participação na construção da política de direito à saúde no Brasil após a 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986) e do Processo Constituinte (BRASIL, 1988).

ênfase nos conselhos e nas conferências de saúde. Ela analisa também a participação dos segmentos de usuários e problematiza a questão da agenda, da reforma do Estado, bem como o pouco poder de deliberação desses espaços de participação. David (2005) enfatiza a natureza da relação entre representantes e representados na participação em espaços públicos.

Constata-se também que a participação política dos assistentes sociais, enquanto trabalhadores nesses espaços de participação, não é investigada. No período do levantamento, não foi encontrado entre as teses ou dissertações a problematização da participação política dos assistentes sociais enquanto trabalhadores de saúde e sua participação nos espaços de políticas públicas, e tampouco se abordou a contribuição da profissão para o Movimento de Reformas do Setor de Saúde, tal como aparece na medicina comunitária. A relação do Serviço Social com o Movimento de Reforma Sanitária na década de 1980 se dá a partir da tendência hegemônica de ruptura da profissão, cuja inserção acontece majoritariamente na academia, em um contexto de renovação da profissão, que obteve acúmulo teórico e tem pouca intervenção nos serviços (NETO, 1993; BRAVO, 1996, 2004).

Nas produções das teses, fica evidente que o contexto histórico de mudanças estruturais expressas nas reformas do Estado, a crise econômica, política e social, associada ao movimento de reformas/revolução em curso na sociedade civil, produziram uma nova institucionalidade. De um lado, a reforma do Estado e a ampliação de seu papel provedor junto às políticas com protagonismo da sociedade civil e, de outro, a fragmentação societal, subproduto do desenvolvimento do mercado capitalista globalizado em um mundo mais interligado economicamente, com perda de autonomia do Estado. Nesse contexto, a esfera social ganha maior transparência e autonomia relativa diante da esfera política.

No Rio Grande do Sul, manifestou-se o forte associativismo, que será tratado no quarto e quinto capítulos desta tese, aliado à tradição de resistências que já permeavam o movimento pela ampliação da democracia emergente na época: na saúde, o movimento antimanicomial pela mudança de paradigma de modelo de atenção; no campo, a luta pelo reconhecimento da agricultura familiar, pelo acesso à proteção social, bem como pelo acesso a e pela posse da terra; a mobilização das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) pelo poder popular impulsionado pela Teologia da Libertação; as associações de moradores na busca pelo acesso aos serviços e pela regularização fundiária; os conselhos populares e os movimentos específicos dentre os quais os

grupos de mulheres na luta pela igualdade de direitos; os jovens, os estudantes pela ampliação de direitos e mobilização pela ampliação do “projeto popular”, dentre outros.

Na perspectiva materialista histórica, o método está vinculado à uma concepção de realidade, de mundo, de vida no seu conjunto (FRIGOTTO, 2004, p. 75). Assim, objetivamos analisar como se materializa o debate do SUS, enquanto modelo de atenção universal, nos espaços públicos a partir da participação política dos atores coletivos do campo popular no movimento de reformas.

As categorias metodológicas e analíticas utilizadas na tese são estas: historicidade, contradição, mediação e totalidade. A historicidade dá ênfase ao processo histórico das reformas; a contradição se dá na relação social entre os projetos políticos em disputa na área da saúde; a mediação acontece a partir dos trabalhadores dirigentes, ou seja, dos representantes políticos dos atores coletivos; e a totalidade é a participação em espaços públicos, inicialmente nos fóruns e posteriormente nos conselhos e nas conferências de saúde.

Nesse sentido, as seguintes questões norteadoras e os seguintes objetivos específicos servirão de indicadores para analisar os documentos e as narrativas orais temáticas dos atores envolvidos: **I – Que participação pode ter produzido a saúde como direito social?** (a) Identificar **os atores coletivos do campo popular** que tiveram inserção no movimento de reformas na saúde; (b) Analisar que **estratégias políticas foram utilizadas** pelos atores coletivos na materialização do SUS; (c) Identificar que **concepção de saúde e de participação** é produzida no contexto das reformas na saúde no RS. **II – Como se materializa nos espaços públicos o desenho institucional do direito à saúde com participação a partir da análise documental?** (a) Verificar como se dá o desenho da participação política em espaços públicos no RS a partir da inserção dos atores coletivos do campo popular.

A metodologia da pesquisa social utiliza para a coleta e a análise dos dados a triangulação de métodos. Segundo Minayo (2005), a triangulação de métodos possibilita ao pesquisador a utilização de vários instrumentos na coleta e na análise dos dados da investigação. Os instrumentos de coleta de dados são determinados pelo método de investigação, isto é, pela opção política, pelo interesse na leitura, pela investigação e interpretação dos dados da realidade. Assim, nesta pesquisa, a coleta de dados se dará pela:

I – Análise documental: realizada a partir dos documentos coletados junto aos atores sociais e à produção das instituições implicadas no estudo e que efetivamente contribuíram para cercar o problema de análise (documentos das organizações,

relatórios de eventos [Conferências Estaduais de Saúde], legislação e publicações, teses, fotos, reportagens, filmes). “A investigação confere um valor histórico ao documento [...] o historiador é também fruto do seu tempo” (PIMENTEL, 1992, p. 193).

A pesquisa documental “assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A diferença entre elas é a natureza das fontes [...] a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico” (GIL, 1989, p. 51), conforme apêndice 1.

Os dados são resultados de pesquisa documental junto ao CES/RS, à SES/RS e aos Relatórios das Conferências Estaduais de Saúde prioritariamente, quando necessário, junto às entidades cujos atores foram entrevistados. A autorização de uso dos dados do CES/RS foi dada pela mesa diretora. O conjunto dos documentos pesquisados é formado pelas atas das reuniões do colegiado de 1987, anteriores à existência das deliberações desse, por resoluções, que só iniciam em 1989 e ainda pelas resoluções que foram localizadas no acervo histórico do colegiado (algumas não foram encontradas). O Regimento Interno, assim como os relatórios de eventos e as narrativas de atores serão utilizadas de forma ilustrativa, para complementar dados.

Os documentos foram localizados e classificados por ano e finalidade. Durante a leitura, foram construídos quadros de síntese dos principais fatos destacados, que são assim codificados: quadro de síntese das atas, quadro de síntese das resoluções e quadro de síntese das Conferências de Saúde e dos coordenadores do CES/RS. Depois de codificados e separados por pastas e arquivos, esses dados recebem o tratamento e a complementação pelas narrativas dos atores, compondo o quarto e o quinto capítulos.

II – A participação em eventos: é parte da experiência social do pesquisador, mas também ampliada por convite dos atores sociais com a finalidade de acompanhar o processo desenvolvido pelos seus coletivos, consistindo, ademais, na participação em plenárias do CES/RS e eventos promovidos pelo CES/RS, congressos, plenárias de Conselhos e de Conferências de Saúde e de Seguridade Social.

III – Entrevistas: feitas na modalidade da narrativa oral temática que, segundo Meihy (2010, p. 39), não se restringe apenas ao ato de apreensão das entrevistas. Todo “o enquadramento em etapas previstas no projeto caracteriza o trabalho de história temática”. Na história oral temática, “sem dúvida o teor testemunhal se torna a chave que abre os compartimentos esclarecidos por versões que devem ser resolvidos pelo narrador”. Além disso, os “questionários precisam estabelecer critérios de abordagem do tema”, que, nesse caso, é o direito à saúde. As perguntas e as respostas “são partes do andamento da investigação proposta” (MEIHY, 2010, p. 35).

A entrevista é uma metodologia de coleta de dados amplamente empregada. Optamos por ela por ser, como indica Gaskell (2002, p. 65), “essencialmente uma técnica ou método para estabelecer ou descobrir que existem perspectivas, ou ponto de vista sobre os fatos, além daqueles da pessoa que inicia a entrevista”. Essa coleta tem finalidade ilustrativa e complementar aos dados documentais, sendo constituída por um instrumento/roteiro com questões norteadoras, escolhidas por suas características de possibilitar a análise em profundidade e servir de orientação para o pesquisador. Elas serão elaboradas a partir de um estudo exploratório com os atores envolvidos na pesquisa e a coleta será utilizada na modalidade narrativa temática, com a finalidade de complementar dados documentais (apêndice 2).

Os entrevistados nesta pesquisa foram quatorze atores sociais⁷ vinculados aos Conselhos e às Conferências de Saúde e Intersetoriais. Para selecionar os atores previamente foi utilizada a técnica da “bola de neve” que valoriza a indicação feita pelos envolvidos nos processos. Os critérios de inclusão e exclusão da amostra obedeceram à representação política por segmentos nesses espaços públicos de participação, à disponibilidade e ao interesse dos atores em participar da entrevista. Além disso, priorizou-se a questão de gênero, da representação de movimentos sociais urbanos e de movimentos sociais rurais e também de trabalhadores de várias áreas cuja inserção foi protagonista na mediação de processos de reformas nos anos de 1980 e de nova institucionalidade nos anos de 1990. As entrevistas foram submetidas a pré-teste para adequar o roteiro.

As narrativas foram obtidas por meio das entrevistas que foram coletadas e gravadas com autorização, transcritas e codificadas pelo *Software NVIVO*, sistema de análise qualitativa que possibilita a organização, apresentação, interpretação e divulgação mais rápida dos dados, cujo roteiro completo está disponível no apêndice 3.

Para a análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo. Para Bardin (1977), esta acontece em movimentos distintos, entre os quais: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Ademais, fez-se a realização de sucessivas entrevistas e revisões da teoria até considerá-la estruturada. Não se encontrou caso novo, nem dado significativo que não caiba na teoria, dando-a por “fechada” e o estudo por concluído.

⁷ Os sujeitos da pesquisa são atores coletivos do campo popular com participação ativa no movimento de reformas e democratização e sua identidade será preservada. As referências ao conteúdo das entrevistas no texto da Tese serão feitas no seguinte formato: ENTREVISTA, número da entrevista e ano nas citações e sistematizadas em um quadro com o perfil no quinto capítulo desta pesquisa e ampliado como apêndice nº 4 ao final.

A ética é um exercício social e é construída cotidianamente. Utilizou-se o *Termo de compromisso* para utilização dos dados com os objetivos da pesquisa para a coleta documental; os termos foram submetidos às entidades detentoras das informações. Já o modelo de *Termo de consentimento livre e esclarecido* utilizado com as entrevistas complementares consta no apêndice 1; os termos foram arquivados com os documentos da pesquisa devidamente assinados pelos entrevistados. Os dados obtidos dos participantes serão utilizados apenas para a finalidade da pesquisa, tendo sido desidentificados, conforme estabelece a Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e os seus resultados devolvidos aos atores coletivos participantes da pesquisa. Assim, o retorno dos dados aos atores entrevistados inclui: 1. CES – A autora integra o Grupo de Trabalho 20 anos e contribuiu na elaboração da Linha do Tempo do Controle Social, disponível no site www.ces.rs.gov.br. Posteriormente a Tese à CES e dará continuidade à pesquisa de memória documental e, na qualidade de membro da Comissão de Educação Permanente, Informação e Comunicação em Saúde – Cepics, contribuirá com o processo de Educação Permanente de Conselheiros de Saúde e fará entrega da cópia da Tese para o acervo do Colegiado; 2. Com relação à SES/RS, além de obter a qualificação para o exercício da função docente junto à ESP, fez a sistematização dos Planos de Saúde e deixará cópia da tese à disposição no CEIDS; 3. Aos entrevistados devolverá as narrativas digitalizadas; 4. Às entidades d – Disponibilizará a agenda para apresentação dos dados, se houver interesse. Elaborou artigo para a Revista da Saúde comemorativa dos 50 anos da Fetag/RS e prestará assessoria ao processo de Educação Permanente para seus dirigentes representantes nos Conselhos Municipais de Saúde, assim como estará à disposição para outras demandas.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Comissão Científica do PPGSS/PUCRS e posteriormente inserido na Plataforma Brasil para que fosse submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa da PUC/RS, após a aprovação do professor/doutor, orientador indicado pelo programa. O Projeto foi aprovado pelo parecer consubstanciado CEP número 62187 em 27 de julho de 2012, anexo 3.

Nesse sentido, a pesquisa quer apontar respostas tanto no âmbito da construção de conhecimento como em termos de relevância social. A relevância científica da pesquisa se dá em dois movimentos: um para a sociedade e outro para a profissão. O primeiro, para a sociedade, dá visibilidade ao processo participativo dos atores coletivos gaúchos do campo popular, cuja mobilização política contribui para consolidar os pressupostos do movimento de reformas na saúde e de suas particularidades históricas,

conjunturais, seus conflitos, suas tensões e estratégias, movimento contraditório na luta pela garantia do direito à saúde no RS. O segundo movimento se refere à necessidade de produção científica na profissão a partir da experiência social e da trajetória dos assistentes sociais. Para avançar hoje na profissão, segundo Bravo (2004, p. 8), “se faz necessário recuperar as lacunas da década de oitenta” e assim problematizar também a inserção política dos assistentes sociais nesse processo e nesse avanço que, segundo a autora, se dariam a partir da ruptura no cotidiano dos serviços. Assim, alguns sujeitos da pesquisa foram assistentes sociais que participaram do movimento de reformas e ainda participam dos espaços públicos de participação.

A relevância social se dará, por um lado, pela visibilidade à contribuição dos atores coletivos gaúchos, entre eles, assistentes sociais, no movimento de reformas do setor da saúde e, por outro, pela institucionalização da prática na política de saúde, cuja concepção de democracia imprimiu um desenho de participação no Rio Grande do Sul que se diferencia do restante do Brasil. Uma participação descentralizada aos moldes das leis de criação dos conselhos de saúde, entre os quais o Conselho Municipal de Saúde – CMS/POA (Conselhos Distritais de Saúde – CDS e Conselhos Locais de Saúde – CLS) e Conselho Estadual de Saúde – CES/RS (Conselhos Regionais de Saúde – CRS) e suas particularidades de agenda política no Rio Grande do Sul. Esse movimento social contribuiu também para a elaboração da Constituição Estadual do Rio Grande do Sul e das subsequentes leis orgânicas.

Assim, para argumentar e defender a presente tese, estuda-se, no segundo capítulo, a concepção e as formas de participação política, o contexto dos movimentos sociais, a participação e a representação política e a instituição do direito à saúde em um contexto de reformas do Estado. Essas reflexões teóricas sustentarão a pesquisa empírica. Esses elementos são essenciais para compreender o processo histórico, suas contradições e a totalidade das relações sociais que possibilitaram rupturas culturais, econômicas, políticas e sociais importantes na garantia de direitos.

No terceiro capítulo, a ênfase é posta nos modelos de desenvolvimento do Estado e na direcionalidade de construção da política de saúde no Brasil permeada de contradições. No processo de reformas políticas, um novo paradigma é gerado – a saúde coletiva, em um campo de disputas entre a garantia de direitos e do avanço do mercado na saúde – a privatização. No quarto capítulo, a pesquisa enfoca o Rio Grande do Sul e a Secretaria Estadual de Saúde, entre a centralidade das ações e a descentralização político-administrativa, os espaços participativos: os fóruns, o Conselho Estadual e as Conferências de Saúde a partir da análise documental e de fragmentos

das narrativas. No quinto e último capítulo, estuda-se os atores sociais coletivos gaúchos do campo popular, suas estratégias no processo de reformas na saúde, tratando, ainda, de trazer elementos que podem contribuir para dar visibilidade aos atores coletivos gaúchos, suas mobilizações, articulações e sua educação política em contextos de disputas de projetos que institui o SUS de direito. Diferentes atores e interesses em disputa e a emergência do protagonismo dos trabalhadores dirigentes, que assumem a mediação entre as demandas dos movimentos sociais e os limites do espaço institucional do Estado.

Com a contribuição de vários autores, a seguir, tratamos de conceituar e apresentar as formas de participação, dentre as quais, a participação popular em espaços públicos. Os movimentos sociais enquanto portadores das demandas da sociedade civil e a luta para a garantia da saúde como direito que envolve os atores do campo popular.

2 – PARTICIPAÇÃO POLÍTICA E O DIREITO À SAÚDE

Para explicitar as categorias teóricas deste estudo, ou seja, o da participação política e do direito à saúde, busca-se apoio em autores que problematizam a temática. Além disso, foca-se um caminho de subcategorias que sustentam estrategicamente as categorias centrais da participação popular em saúde, da participação em espaços públicos, do contexto dos movimentos sociais e da relação entre Estado e Sociedade civil na instituição dos direitos no contexto da reforma do Estado e da instituição de espaços públicos de participação.

2.1 Concepções e formas de participação em saúde

P a r t i c i p a ç ã o é um dos cinco princípios da democracia. Sem ela, não é possível transformar em realidade, em parte da história humana, nenhum dos outros princípios: igualdade, liberdade, diversidade e a solidariedade.

Herbert de Souza - Betinho

Trata-se aqui de uma revisão teórica na perspectiva da Ciência Política e da Sociologia a partir da literatura pesquisada, no intuito de construir as concepções e os significados da participação com a contribuição de Patman (1992) e Gohn (2011).

O que é participação? A participação é um processo e nos remete ao resgate das lutas da sociedade por acesso a direito e cidadania. Assim, segundo Patman (1992), participação é uma das palavras mais utilizadas no vocabulário político, científico e popular da modernidade. E, dependendo da conjuntura histórica, pode ser associada a outros termos como democracia, representação, organização, conscientização, cidadania, solidariedade e exclusão. Patman sugere a análise do tema em três níveis: (a) o conceitual, que varia conforme o paradigma teórico que o fundamenta; (b) o político, que é associado a processos de democratização, mas também aparece associado a mecanismos de regulação e normatização social e (c) o da prática social, associado a ações concretas, lutas, movimentos e organizações.

Na sistematização de Gohn (2011), existem várias formas para entender a participação. Algumas são interpretadas como clássicas: a liberal, a autoritária, a revolucionária e a democrática. Essas concepções recebem historicamente outras interpretações tais como: liberal/comunitária, liberal/corporativa, autoritária de direita e

de esquerda, revolucionária (gradual ou por ato de força); democrática/radical, dentre outras.

A autora recorre a Patman (1992), cujo estudo preocupa-se em analisar o lugar da participação em uma teoria da democracia moderna, apontando ainda que teorias sociopolíticas sobre a participação dos indivíduos na sociedade civil ou política tornam-se parte do vocabulário político e popular no Ocidente pela intensificação dos movimentos sociais em prol de uma participação para a implantação dos direitos. Ela levanta uma questão crucial para a teoria política: qual o lugar da participação numa teoria política moderna e viável?

Além disso, a autora constata que o “termo 'participação' perdeu importância entre os teóricos contemporâneos da política e da sociologia política, em relação ao papel/função que lhe foi atribuído pelos clássicos” (GOHN, 2011, p. 24). Segundo Gohn, nessa retrospectiva, a autora busca os teóricos do liberalismo e do socialismo utópico e ainda, os libertários. Os históricos, Marx e Engels, deram origem a um paradigma, que foi ampliado através da teorização sobre a participação das massas (Trotsky, Lenin, Rosa Luxemburgo) e através da análise dos Conselhos de Fábrica da Itália (Gramsci). Ainda segundo Patmann (1992), para muitos, Rosseau pode ser considerado como o “teórico por excelência da participação”, com a doutrina da vontade geral – principal função da participação é o seu caráter educativo e das decisões coletivas.

Na abordagem marxista, o conceito de participação não é encontrado de forma isolada, mas sim articulado a duas outras categorias de análise; lutas e movimentos sociais [...] refere-se a processos de lutas sociais voltados para a transformação das condições existentes na realidade social, de carências econômicas e/ou opressão sociopolítica e cultural. (GOHN, 2011, p. 27).

A abordagem dos “fatores políticos tem centralidade e a política passou a ser enfocada do ponto de vista de uma cultura política resultante das inovações democráticas relacionadas com as experiências nos movimentos sociais” (GOHN, 2011, p. 28). Ainda, Gohn refere que as revoluções produzem as rupturas da ordem dominante, quebra da hegemonia do poder das elites, e confrontação das forças políticas em luta (Castells, Lojkine, Offe, Laclau, Hobsbawm, Thompson, Rudé e outros).

Também esse caminho nos conduz à participação política que, segundo Pizzorno (1971, p. 21), “é uma ação em solidariedade para com o outro, no âmbito de um estado ou de uma classe, em vista a conservar ou modificar a estrutura do sistema de interesses dominantes”. Essa ação se aproxima, de um lado, do processo de tomada de decisão e, de outro, articula-se com as formas de participação direta e indireta. Para

Dallari (1984, p. 51) “entre as mais eficientes formas de participação estão os trabalhos de conscientização e de organização”. Essas formas de participação são utilizadas pelos atores coletivos no movimento de reformas e ainda serão mais bem explicitadas nesta pesquisa.

Na área das ciências sociais, o tema da participação é encontrado como concepção, categoria ou conceito desde os primórdios de seu desenvolvimento. Nos anos de 1970, “a participação voltou a ser utilizada no sentido da participação da sociedade civil” e, na Sociologia, a palavra “participação” ganhou, nas últimas décadas, o estatuto de uma medida de cidadania, sendo associada a outra categoria importante, a da exclusão social. Esse tema será mais bem explicitado na parte da pesquisa que contextualiza os movimentos sociais, ainda neste capítulo.

Para a participação em espaços públicos, segundo Dunleavy e O’Leary (1987) e Cortes (1994), a participação é o modo como as teorias do Estado concebem a descentralização – condição indispensável para o envolvimento de participantes – das áreas municipal e local da administração pública e das formas diretas de participação pública. Os autores sustentam que há cinco diferentes correntes de pensamento sobre o papel do Estado em sociedades modernas: pluralismo, teorias das elites, nova direita, marxismo e neopluralismo. Para os autores, excluindo os pluralistas tradicionais, todas as demais correntes teóricas criticam o caráter pouco democrático das instituições políticas nas democracias liberais. Com exceção da teoria das elites e de parte dos neopluralistas, as outras teorias posicionam-se a favor da descentralização do poder público. A teoria das elites não acredita que a descentralização vá efetuar a natureza essencialmente não democrática das relações de poder. Os neopluralistas preocupam-se mais com defender a promoção de práticas igualitárias do que com a criação de mecanismos de participação direta da sociedade.

Identificam-se, ainda, duas propostas básicas de intensificação da participação nas teorias liberais. Uma delas é defendida pelos teóricos da nova direita, que preconiza a ampliação do direito à escolha dos participantes – consumidores de bens e serviços, produtores e prestadores privados –, e a outra é defendida por uma parcela dos marxistas e dos neopluralistas, propondo a criação de espaços de participação que venham a ampliar o direito dos cidadãos de influenciar o processo de decisão política.

Quanto ao conceito de participação dos usuários⁸, esse seria um grupo particular que recebe certos serviços específicos (BRASIL, 1990). O conceito do usuário é

⁸ “Determinadas pelas novas configurações do capitalismo” e pela “culpabilização dos sujeitos pelos próprios infortúnios” “é uma zona intermediária, instável que conjuga a precariedade do trabalho e a

utilizado também para denominar o participante preferencial nos fóruns institucionais criados nos níveis municipal, estadual e federal. Possui certa similaridade com o conceito de participação do consumidor, combina noções de cidadania e de direitos políticos (CORTES, 1995).

A participação popular compreende as múltiplas ações que as diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou os serviços básicos na área social (VALLA, 2002).⁹ A participação então é um processo que se constrói conjuntamente e que envolve vários elementos, a consciência social e a organização social (SOUZA, 2004).

Bravo e Souza (2002) fazem uma análise das quatro posições teóricas e políticas que têm embasado o debate sobre a participação em espaços públicos e sobre o exercício do controle social nas políticas públicas.

A *primeira*, baseada no aparato teórico de Gramsci, parte da contradição de classe, visualizando os Conselhos como arena de conflitos, em que grupos diferentes estão em disputa. Nessa perspectiva, o consenso implica dissenso e contradição.

A *segunda*, baseia-se na concepção de consenso de Habermas e dos neo-habermasianos, e considera os conselhos como espaços consensuais, em que grupos com diferentes interesses convergem, por meio de pactuações, para o interesse de todos.

A *terceira* é influenciada pela visão estruturalista althusseriana do marxismo que nega a historicidade e a dimensão objetiva do real, analisando o Estado e as instituições como aparelhos repressivos da dominação burguesa. Nessa perspectiva, os conselhos são concebidos pelo poder público como espaço de cooptação dos movimentos sociais, recomendando-se a saída das entidades desse espaço.

fragilidade dos suportes de proximidade” (CASTEL 1998, p. 24; VALLA, 2005). Ao tratar o tema da pobreza e a questão do usuário da política de Assistência Social, autoras do Serviço social problematizam a questão do usuário da política. Reconhecer o conservadorismo remete ao questionamento: “Décadas de clientelismo consolidaram uma cultura tuteladora que não tem favorecido o protagonismo nem a emancipação dos usuários [...] ‘pobreza, exclusão e subalternidade configuram-se, pois, como indicadores de uma forma de inserção na vida social’ [...]”. Ler ainda, (YAZBECK, 2004, p. 19). SPOSATI (2004, p. 43); (COUTO 2010, 45-6). Para Aginsky *et al.* (2008, p. 69), os segmentos mais vulnerabilizados da população estão deslocados dos debates da construção dos direitos.

⁹ “Quando se fala em **sociedade civil organizada e de caráter popular**, está se falando daqueles setores da sociedade que estão preocupados com o que os organizadores apontam como sendo a construção da cidadania, a melhoria da qualidade de vida e o controle desse processo pela sociedade civil organizada e pelos cidadãos [...] se entende que esta parte da sociedade civil é composta de profissionais e organizações das classes populares que se preocupam com as condições de trabalho e de vida de pelo menos 70% da população brasileira. Quando se utiliza o termo ‘classes populares’, está se referindo a esses 70% da população, isto é, a grande parcela da população que, se não tiver um trabalho diário remunerado, corre o risco de não satisfazer suas necessidades mínimas de moradia e alimentação, mas que também permanece muito distante de qualquer forma de realização profissional ou familiar” (VALLA, 2002).

A *quarta*, por fim, é a representada pela tendência neoconservadora da política que questiona a democracia participativa, defendendo apenas a democracia representativa. Rejeita os conselhos, por considerá-los canais de participação incompatíveis com esta última.

Esta pesquisa se aproxima da concepção da primeira posição apresentada por Bravo, a posição gramsciana, que também está muito próxima da concepção de participação dos neopluralistas apresentada acima. Há necessidade de participação dos envolvidos nas políticas públicas. Além disso, a descentralização no nível local e municipal é concebida como estratégia importante para essa participação em um contexto permanente de disputas e, ademais, percebe o participante como cidadão de direitos.

Segundo Carvalho (1992), pode-se entender o controle social¹⁰ na política de Saúde no Brasil, a partir de um quadro histórico e teórico em quatro concepções: (a) **a concepção do controle social do Estado sobre a sociedade**: um Estado intervencionista em que a sociedade deveria servir ao Estado; (b) **a concepção da participação comunitária complementando o Estado**: a comunidade se envolve em ações compensatórias do Estado; (c) **a concepção da participação popular combatendo o Estado**: organização voltada para o enfrentamento com o Estado e o sentido da participação é acumular forças; (d) **a concepção da participação social controlando o Estado**: a partir dos anos de 1980 vai se firmando a ideia de espaço de representação e de pactuação, participação, cidadania, direitos sociais e universalização.

Esse conjunto de autores nos ajuda a entender, segundo as teorias sociopolíticas, a concepção de participação, participação política e participação popular em espaços públicos. Há diferentes formas de participação política. A participação em espaços públicos é a novidade no Brasil nos anos de 1980 a 1990, assim como a sua institucionalidade na legislação, que inclui os segmentos populares na participação direta na gestão das políticas públicas. As formas de representação política tradicional não dão conta dessa nova institucionalidade.

¹⁰ Nesta pesquisa, o termo “controle social” será utilizado para designar as ações dos atores coletivos nos espaços públicos, controlando as ações do Estado, conforme utilizado na literatura das políticas públicas (CARVALHO, 1992; BRAVO, 2002). Também utilizado para designar participação da comunidade e popular nas políticas públicas.

2.2 Participação política e a representação em espaços públicos¹¹

A emergência e a institucionalização de mecanismos de participação na esfera pública nas democracias liberais ocidentais, em fins da década de 1960, intensificam a manifestação de desilusão com o processo político e com as instituições políticas representativas. Isso é resultado da instituição de direitos de cidadania na relação com o Estado, da emergência de novos grupos de interesse e dos novos movimentos sociais nas décadas de 1960 e 1970, tais como, de mulheres, indígenas, o movimento ecológico, de consumidores, de moradores de vizinhança na busca da autonomia institucional em relação ao Estado. Além disso, há a influência da “crise econômica” mundial com o declínio da atividade econômica, o endividamento público e a pressão sobre o Estado de bem-estar social, bem como as recomendações de agências internacionais de fomento.

Desde a década de 1970, setores da sociedade discutem a ideia de construir formas de participação direta nas instituições públicas ou nos projetos de desenvolvimento governamental e não governamental. Essa ideia foi manifestada via crítica às formas de representação de interesses e pela criação de novas formas de representação de interesses, pela constituição de mecanismos de participação direta, bem como pelos diferentes conceitos de participação e de participantes.

Revisando a bibliografia alusiva ao tema, há alguns autores que auxiliam na delimitação do conceito de representação política. Dentre eles, destacam-se Pitkin (1979), Cotta (1985), Manin (1995); Cortes (1995), Bobbio (1997), Labra (2001) e Bourdieu (2003).

No dicionário de política de Bobbio (1997, p. 888-9), a terminologia participação política, é geralmente usada para designar uma variada série de atividades dentre as quais o voto, **a militância em um partido político, a participação em manifestações**, a contribuição para certa agremiação política, a discussão de acontecimentos políticos, a participação num comício, apoio a candidato no decorrer da campanha eleitoral, **a pressão exercida sobre um dirigente político**, a difusão de **informações** políticas [...] o substantivo e o adjetivo que compõem a expressão participação política se prestam a interpretações diversas.

¹¹ A revisão teórica da temática da representação política em espaço público, dos movimentos sociais e a revisão da política de saúde, segue em parte a base inicial da minha Dissertação de Mestrado na UFRGS, defendida em 2005. O texto foi qualificado com autores e reflexões possibilitadas por aulas e grupos de estudos do Doutorado, pois há o interesse na continuidade de reflexão sobre a temática da participação em espaços públicos.

Estudos sobre o tema apontam que as experiências com a democracia não podem ser generalizadas, pois essa será diferenciada entre os países desenvolvidos e com longa trajetória de participação e os países em desenvolvimento e com a falta de infraestrutura necessária para o exercício da participação, como, por exemplo, a mobilização das massas em países democráticos e em países ditatoriais. Segundo o autor, a definição de atividade política, (a) nem sempre é unívoca; (b) o termo “participação” se acomoda também a diferentes participações e há três formas ou níveis de participação política: (a) **presença** – estar presente; (b) **ativação** – desenvolve ações por delegação permanente por dentro ou por fora da organização, de caráter eventual ou que ele mesmo pode desenvolver e (c) **participação** – esta, propriamente dita, contribui direta ou indiretamente para a decisão política. Isso pressupõe “cidadãos atentos à evolução da coisa pública, informados dos acontecimentos políticos, capazes de escolher entre as diversas alternativas apresentadas pelas forças políticas”.

Cotta (1985) e Manin (1995) veem essa questão sob o prisma de que os mecanismos de representação política são típicos das democracias liberais. Para Manin (1995, p. 23), o representante político é habilitado, por meio de um processo eleitoral, a “substituir” o representado. Porém, o povo tem o poder graças à liberdade de opinião pública, como sujeito político, de intervir com certa unidade e força na atitude desse representante.

Para Manin (1995), quatro princípios assinalam o governo representativo moderno: o primeiro seria a eleição dos governantes pelos governados em intervalos regulares. Essas consultas sistemáticas são a revelação de um juízo do povo sobre os seus governantes. O segundo princípio seria o fato de os representantes conservarem, em suas iniciativas, uma margem de independência na sua relação com os representados. Para o autor, “a democracia representativa não é um regime em que os governantes estão rigorosamente obrigados a colocar em prática os desejos dos governados”. O terceiro princípio seria o de que uma opinião pública sobre os temas políticos poderia se expressar fora do controle dos representantes. A liberdade de opinião pública exige publicidade nas decisões. Numa via de duas mãos, ela requer também a liberdade de expressão das opiniões políticas. O quarto e último princípio seria a decisão coletiva que é tomada ao final da discussão. Manin (1995, p. 31) considera que “o sistema representativo sempre tem sido pensado e justificado como um sistema político em que uma assembleia é para decidir, em que uma instância composta de uma pluralidade de indivíduos desempenha um papel decisivo”.

Cotta (1985, p. 1102-3) apresenta o seu conceito de representação política: “um mecanismo político particular para a realização de uma relação de controle (regular) entre representantes e representados”. Para ele, o sentido da representação política está, portanto, na possibilidade de exercer controle sobre o poder político, atribuído a quem não pode exercê-lo pessoalmente. O autor propõe três modelos interpretativos para a relação na representação política: (a) relação de representação política por delegação; (b) relação de representação fiduciária; e (c) relação de representação como espelho (também chamada representatividade sociológica).

Na representação por delegação, o representante careceria de iniciativa e de autonomia e a ação dele tenderia a ser muito mais por meio de instruções que ele viesse a receber. Esse seria o caso, por exemplo, da representação dos interesses nacionais por intermédio de diplomatas: o conteúdo dessa representação é controlado pelo representado. Entretanto, Cotta admite que a representação delegada estabelece algum nível de vínculo com os representados (1985, p. 1102).

Em contrapartida, na representação fiduciária, o representante teria autonomia, supondo-se que o interesse dos representados fosse a sua única diretiva para a tomada de decisão. Por fim, a relação de representação como espelho concebe o organismo político representativo tal qual um microcosmo que reproduz fielmente as características do corpo político. Essa representação também é conhecida como representação sociológica, na medida em que se refere a perfis não políticos, como, por exemplo, grupos religiosos, étnicos, raciais e de gênero. As subdivisões sociais poderiam provocar conflitos, tendo em vista que os representantes têm a tendência de defender preferencialmente os interesses do grupo. Isso tornaria precária a defesa do interesse público (COTTA, 1985, p. 1105).

Cotta conclui que, em um sistema político representativo, nenhum desses três modelos existe, na prática, em sua forma mais pura. Porém, o próprio autor entende que não há representação sem que ela esteja inserida ou numa instituição ou numa complexa rede de instituições políticas. Isso remete a duas questões centrais: (a) as condições da representação e (b) o grau de incidência que a representação tem sobre as outras instituições.

Tais questões estão condicionadas tanto pela comunicação quanto pela informação das mensagens políticas enviadas às bases. Elas são condicionadas também por fatores culturais.

Pitkin (1979) desenvolve o conceito de representação substantiva, que se refere à substância de determinado segmento. O conceito baseia-se na ideia do representante

agir pelo outro e não no sentido meramente formal de que a pessoa tenha sido autorizada, ou seja, considerada responsável, mas considerando a substância real por trás da formalidade: a atividade de representar (PITKIN, 1979; CORTES, 2002, p. 175).

O modo como a autora enfoca a questão permite-nos fazer uma distinção em termos de ação entre a posição formal ou legal do representante e a daqueles que são representados. Assim, para essa perspectiva, muito mais importante que a delegação formal ou se os representantes simbolizam ou se parecem com os representados, é a substância da atividade identificada com os interesses das respectivas entidades associativas (CORTES, 2002, p. 175).

A autora introduz a noção de que a representação substantiva independe das características do representante: ele pode ter melhor condição social, maior capacidade representativa, de argumentação e de liderança, o que seria desejável para os representados. Isso porque o importante, nessa relação, é a identificação do representante com o grupo ou a entidade representada. São as “bases” que legitimarão a sua função de representação. Por isso, os representantes devem ser escolhidos ou indicados por suas entidades associativas. Estas, por sua vez, responderão pelos atos políticos de seus representantes. Tais entidades detêm o mandato do representante. Assim, elas podem substituí-lo em casos de não cumprimento das responsabilidades acordadas.

Em outra obra, Pitkin destaca que a literatura que trata da representação como “substância de uma atividade ou modo de agir” apresenta limites no que concerne à definição do papel do representante e do que se poderia esperar dele (PITKIN, 1979, p. 19). Nessa perspectiva, configuram-se duas formas de compreensão da representação: a representação pelo mandato e a representação independente. Na primeira, o papel da representação estaria relacionado com o cumprimento da função conforme o que foi designado pelos representados. Ou seja, o representante teria a obrigação de fazer o que é esperado dele. No que tange à representação independente, o representante teria certa autonomia, e ele poderia agir com independência, de acordo com o seu próprio julgamento.

A representação substantiva, segundo Pitkin (1979), indica que o representante estaria identificado com os e sua ação seria o reflexo dos interesses de determinado grupo. Esse tipo de representação, segundo a autora, não exige que o representante se reúna com frequência com a respectiva base para saber como representá-la.

Para Labra (2002), as teorias disponíveis sobre a representação política em fóruns de participação, no que diz respeito à representação da sociedade civil, dão conta

do tema apenas parcialmente. Essa autora reproduz os seguintes princípios que poderiam auxiliar no entendimento do conceito de representação em espaços públicos de participação: (a) político, (b) finalidade e (c) conteúdo (LABRA, 2002, p. 23-4). A representação, como princípio político, significa a relação mediante a qual um indivíduo ou um grupo atua em nome de um corpo maior de pessoas. Ela pode ser entendida igualmente como o cuidado com os interesses de outrem; significa, pois, reproduzir, refletir ou evocar as características de alguém ou de algo. Em relação à finalidade, a representação pode ser definida como um “mecanismo político” particular para a consecução de uma relação de controle (regular) entre representantes e representados. E, por último, quanto ao conteúdo, a noção abarcaria os aspectos da função representativa e do papel dos representantes.

Para Labra (2000), Paiva (2000) e Souza (2004), a representação comunitária é um mecanismo surgido em um espaço construído pelos moradores. Os problemas emergentes na coletividade e as demandas por melhores condições de vida teriam direcionado os movimentos sociais urbanos para a realização de ações coletivas. Estes estabeleceram, assim, uma forma de intermediação e de interlocução organizada – as associações de moradores –, as quais seriam os veículos das demandas em relação ao Estado (LABRA, 2002, p. 26). Nesses termos, a representação comunitária não se identificaria com a representação política tradicional, muito menos com a corporativa. Essa modalidade de representação estaria muito mais vinculada à representação geral de interesses de determinada população.

A organização, como se percebe, supõe conscientização e, por sua vez, é meio para que esse processo se amplie. Articulações internas e externas a nível individual, grupal e institucional são elementos próprios da organização social, enquanto expressão da força social da população. É através dessas articulações que se chega a formas concretas de enfrentamento da realidade. (SOUZA, 2004, p. 93-4)

A contribuição de Bobbio a este estudo esclarece o uso da terminologia da participação política, assim como a finalidade dessa participação política e a sua influência direta ou indiretamente na tomada de decisão política em determinado contexto histórico.

Cotta se refere ao conteúdo da função representativa e ao papel dos representantes na relação de representação política. Embora esse autor analise a representação política tradicional, no âmbito da relação delegada, nas relações fiduciária e como espelho ou sociológica, essa tipologia pode auxiliar na construção de categorias de análise das formas de representação política em espaços públicos. Pitkin, por seu

turno, desenvolve o conceito de representação substantiva de determinado segmento, o qual se baseia na ideia de o representante agir por outro. A autora considera que o relevante é a responsabilidade de um representante legítimo no agir em nome de outros. Piktin não aponta, porém, a maneira como se dá o controle dos representantes pelos representados.

Para Labra, as teorias disponíveis sobre a representação política em fóruns de participação, no que diz respeito à representação da sociedade civil em espaços de participação, dão conta apenas parcialmente do tema. E, para Paiva e Souza a expressão da força social se dá pela capacidade de articulações entre os diversos grupos e instituições.

Bourdieu (2003) trabalha com a noção de representação, no plano da identificação entre representantes e representados, a partir da ideia da “ocupação de espaços sociais” similares no contexto social. Em outra obra, ao criticar os limites da democracia liberal representativa, esse autor argumenta que “nada é menos natural do que o modo de pensamento e ação que é exigido pela participação no campo político”, pois “o *habitus* político supõe uma preparação especial, [...] um *corpus* de saberes, domínio, prática” (BOURDIEU, 2003, p. 169).

Para o exercício da representação, o representante necessita adquirir certa competência política exigida pelo campo. Essa competência envolveria três níveis: (a) aprendizagem do *corpus* específico, isto é, teorias, problemáticas, conceitos, tradições históricas, dados econômicos, dentre outros; (b) o domínio da linguagem, de uma retórica política ao debater com os “profanos”, necessária nos contatos com os profissionais; e (3) alguma iniciação, ou seja, provas e ritos de passagem que tenderiam a inculcar o domínio prático da lógica do campo político. Esse sentido prático dos representantes redundaria em orientação para as tomadas de decisões possíveis e impossíveis, bem como para conhecer (e inclusive, para escolher) as posições “convenientes e convencionadas”.

O espaço social¹² é identificado como local onde acontecem as relações entre os diferentes atores de diferentes campos e as lutas sociais. A noção de campo, segundo Bourdieu (2003, p. 134-5) é “o *lócus* onde se trava uma luta entre os atores em torno de

¹²Os espaços sociais só podem ser compreendidos pela identificação do princípio gerador que funda essas diferenças na objetividade – a estrutura de distribuição de formas de poder (tipos de capital) eficientes no universo social considerado e que variam, portanto, de acordo com lugares e momentos. “A topologia que descreve um estado de posições sociais permite fundar uma análise dinâmica da conservação e da transformação da estrutura de distribuição das propriedades ativas e, assim, do espaço social. É isso que acredito expressar quando descrevo o espaço social global como um campo, isto é, ao mesmo tempo, como um campo de forças, cuja necessidade se impõe aos agentes que nele se encontram envolvidos, e como um campo de lutas” (BOURDIEU, 1996, p. 50).

interesses específicos que caracterizam a área em questão”. E a noção de campo é a sua contribuição para esta pesquisa, a saber, o campo da saúde.

Dagnino (2004), ao referir-se à representação e à representatividade na participação, diz que menos exploradas no projeto neoliberal “são as importantes implicações dessa reconfiguração da sociedade civil” para uma dimensão fundamental, intimamente ligada à ideia de participação e à constituição de espaços públicos, que é a representação e a representatividade. A questão da representatividade assume facetas variadas e/ou é entendida de formas diversas por parte de diferentes setores da sociedade civil.

Os espaços públicos de participação política dos atores aparecem enquanto elementos mediadores entre as ações políticas do Estado e as ações políticas da sociedade em um movimento permanente de rupturas e de produção de consensos. Não se encontram estudos que aprofundem essa relação de mediação. Porém, alguns estudos apontam que historicamente os movimentos sociais protagonizaram demandas e lutas da sociedade pela ampliação dos direitos. O que interessa é compreender a sua contribuição nos diferentes contextos históricos e a sua participação em espaços públicos.

Essa participação política é construída a partir da prática e da inserção dos atores no cotidiano e de um reconhecer-se enquanto classe nos diferentes contextos históricos. Os autores nos ajudam a compreender esse movimento, identificando os atores sociais e as estratégias em cada contexto.

2.3 Os contextos históricos, os movimentos sociais e as estratégias de participação

Retomando a construção do conceito de participação no Brasil, basta lembrar em especial o final da década de 1970 e início da década de 1980, quando surgiram os movimentos reivindicatórios de setores/campo popular, cujas demandas redundaram em ações de transformação social.

Quanto à análise dos movimentos sociais no Brasil, segundo Scherer-Warren (1996), a perspectiva da década de 1970 é influenciada pelos paradigmas teóricos que dominavam o pensamento sociológico naquela época: o marxismo e o funcionalismo. Assim, não poderia deixar de ser influenciada, principalmente pelo primeiro. Nessa linha, os movimentos sociais eram vistos como a expressão das lutas de classes. Segundo a mesma autora, nessa década, o pensamento social brasileiro dirige seu foco, em

especial, para a sociedade civil, as lutas de classes e os movimentos sociais. Para ela, os movimentos sociais, na década de 1970, promoveram lutas nacionais populares.

Ainda segundo a autora, na década de 1980, esse foco se dirigiria aos “movimentos sociais” de base. No lugar das análises dos processos históricos globais, surgem os estudos específicos sobre grupos organizados e sobre a identidade dos movimentos. Para a autora, essa categoria agrega vários conceitos, tanto é que classe social, movimento popular e movimento social substituem o conceito de luta de classes. Um elemento inovador nessas análises é o resgate dos aspectos positivos da cultura político-popular e de base (espontaneidade, autenticidade e “comunitarismo”). Os estudos realizados nesse período veem os movimentos sociais no contexto de Estado-Nação, especialmente na América Latina. Para eles, os movimentos sociais urbanos (MSU) ou buscavam a interlocução com a esfera governamental ou denunciavam a falta de diálogo e de negociação com os governantes durante os regimes ditatoriais.¹³ Nesse cenário, os sujeitos sociais são múltiplos: novos movimentos sociais (NMS), movimentos étnicos, ecológicos e de gênero, e Comunidades Eclesiais de Base (CEBs). Tudo isso traz para o espaço público questões que antes eram tidas como de domínio privado (SCHERER-WARREN, 1996, p. 17).

Na década de 1990, os movimentos sociais passam a ser analisados como redes de movimentos sociais.¹⁴ As pesquisas sobre os MSU, na América Latina e no Brasil, concentram-se no surgimento de práticas políticas que articulam ações no nível local, bem como na constituição das redes de movimentos. Nesse período, é acentuada a crise do regime fordista das instituições sociais e políticas, ou então a crise do Estado Nacional, diante da globalização tanto da economia quanto das instituições que, com ela, vão se desenvolvendo (as empresas multinacionais, o Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial). Esse processo apresenta novos desafios que conduzem à reflexão sobre a relação da pessoa com o seu contexto social, ou então sobre a relação do indivíduo com o coletivo ou ainda do sujeito com o movimento (SCHERER-WARREN, 1996, p. 22). No contexto dessa década de 1990, duas questões mereceram destaque, segundo essa mesma autora: (a) a proposição dos movimentos; e (b) a estratégia de organização da ação.

A proposição dos MSU pressupõe uma nova utopia de democracia, que é

¹³ Os referenciais teóricos desse período abrangiam estudos sobre o binômio “autoritarismo *versus* democratização” (O’DONNELL, 1982; WEFFORT, 1984; VIOLA e SCHERER-WARREN, 1998 e GOHN, 1997, 2003, 2008, 2011).

¹⁴ Essa noção de rede é da Sociologia. Ela é entendida a partir da ideia de redes de articulação política, ideológica e simbólica – “estratégia de ação coletiva, ou seja, como conceito propositivo de atores coletivos, movimentos sociais” (SCHERER-WARREN, 1999, p. 23).

marcada por relações políticas horizontais, como também pelo reconhecimento e pelo respeito à diversidade cultural e ao pluralismo ideológico. Como estratégia, o MSU aposta na possibilidade de serem criados fóruns mediante a participação de associações de bairro, de mulheres, ou das pastorais; o MSU aposta ainda na possibilidade de ser estabelecido um elo entre o local (ou o específico) e o global.

Ainda segundo Scherer-Warren, tem-se a adoção de uma perspectiva sociopolítica e cultural, na qual os movimentos sociais são caracterizados pela prática de ações coletivas, que se referem aos contextos históricos e sociais diferenciados em que estão inseridos. Três tipos de ações podem ocorrer, segundo essa autora (1999, p. 14-16): (a) ações de caráter contestatório, como por exemplo, a realização de denúncias, de protestos, deflagração de conflitos e oposições organizadas; (b) ações de caráter solidário, como a cooperação e parcerias para resolução de problemas sociais; e (c) ações propositivas, como a elaboração de propostas e de projetos alternativos com vistas à transformação social. Um mesmo movimento pode empreender, simultaneamente, os três tipos de ação coletiva.

Outros autores igualmente contribuem para a compreensão dos Movimentos Sociais. Dentre eles destacam-se: Melucci (1994); Baierle (1994); Silva (1987 e 2001) e Gohn (1995, 1997, 2003, 2006, 2011).

Para Melucci (1994), é possível analisar a ação dos MSU de acordo com: (a) o potencial de mobilização; (b) as redes de recrutamento e (c) a motivação para a participação. O potencial de mobilização pode ser percebido mediante as relações estabelecidas entre os diferentes atores na construção da identidade em torno de uma temática. Além disso, ele pode ser detectado na negociação das ações. As redes, por sua vez, seriam fundamentais para o acontecimento das interações, das negociações e também da produção de compromissos entre os atores envolvidos. E, por último, a motivação para a participação resultaria do processo de interação entre os diferentes atores. Essa perspectiva percebe a ação coletiva dos MSU como uma construção social, fruto da negociação e da renegociação entre os atores envolvidos (MELUCCI, 1994).

Silva (1997) considera que as precárias condições de vida da população nas periferias urbanas, assim como a luta para o enfrentamento do Estado para a mobilização para o acesso aos bens e serviços básicos (água, escola e saúde, por exemplo), fomentaram a organização dos MSU. Uma das preocupações desse autor refere-se ao entendimento da ação coletiva dos MSU, a qual, segundo ele, é um processo construído mediante a articulação entre a intencionalidade do ator e as oportunidades e os condicionamentos inseridos no campo de possibilidades da ação. A

primeira é entendida como uma construção da identidade, da experiência e do projeto dos atores. As oportunidades e os condicionamentos, por sua vez, fazem parte do campo das relações sociais objetivas – simbólicas, econômicas, políticas, culturais e institucionais – fazem parte, também, do campo dos condicionamentos subjetivos contidos nos discursos e nas representações dos atores. As principais características destacadas por Silva (1997) para identificar a ação dos MSU são: (a) a centralidade nos locais de moradia com relações que se construíram nos contatos cotidianos; (b) a experiência de uma trajetória de privações e carências históricas; (c) a experiência de exclusão da condição de cidadãos, a qual se expressa no não acesso aos “direitos básicos” – alimentação, moradia, trabalho, saúde, transporte e educação; (d) a luta coletiva pela melhoria da qualidade de vida e pelo bem-comum de uma comunidade e (f) a interação com outros atores.

Segundo o mesmo autor, a ação dos MSU acabou por incorporar influências de outros atores, com os quais eles interagem. Esse processo pode garantir maior ou menor autonomia aos atores, numa influência que varia de acordo com a capacidade que eles têm de processar informações externas de acordo com a respectiva identidade, as experiências acumuladas e os projetos. Os movimentos sociais, em função das diversidades de demandas relativas aos interesses da população em geral, não viriam a se unificar. Isso porque não houve uma articulação “central” com capacidade de substituir uma “classe social” no enfrentamento das contradições e das influências do modo capitalista. O que caracteriza os MSU, para esse autor, é sua concepção pluralista. E o não reconhecimento dessa pluralidade faz desaparecer exatamente o que diferencia os MSU dos outros atores, igualmente contestadores, porém orientados para um projeto totalizante.

Conforme alerta Baierle (1994), seria necessário romper, por um lado, com o mito dos movimentos sociais tais como sujeitos dotados de unidade objetiva e marcados por um processo de mobilização permanente. Por outro, dever-se-ia entender a atuação dos MSU como se fossem teias de articulações sociais e de produção de sentido, no âmbito institucional, sem que isso signifique a captura deles pelo poder ou então a estatização dos mesmos. Segundo esse autor, os MSU podem ser vistos como o conjunto de formas de ação e de construção de identidades coletivas, implicando a luta pelo acesso à cidade e à cidadania (BAIERLE, 1994).

Gohn (2001) analisa os MSU sob a ótica da constituição de espaços governamentais – os Conselhos Gestores, nos quais as suas lideranças poderiam apresentar demandas e proposições. A autora destaca, no entanto, que a prática de

participação dos MSU, presente no processo de democratização da sociedade brasileira, já existia até mesmo antes da instituição dos mecanismos de participação. Para essa autora, os estudos sobre participação estariam relacionados essencialmente com a busca de acesso aos direitos sociais e à cidadania. Em outras palavras, vincular-se-iam às lutas por melhores condições de vida.

As contribuições de Scherer-Warren, no âmbito dessa investigação, situam-se no âmbito do resgate e da interpretação histórica dos MSU no Brasil. Elas estão também na noção de rede, percebida a partir da ideia de uma articulação política, ideológica e simbólica entre os MSU e as diferentes formas de expressão das ações propositivas.

Para Melucci (1994), é preciso destacar o potencial mobilizador, motivador e de recrutamento de atores que os MSU conquistaram nas relações estabelecidas por eles, tanto entre si como com outros atores e com o meio ambiente.

Esse primeiro grupo de autores visto até agora é fundamental para a conceituação e o exame da natureza dos MSU. Por outro lado, o grupo indicado anteriormente tem sua relevância por localizar a tendência de ação dos MSU como representação da sociedade civil, em mecanismos de participação política.

Silva (2002) indica que o caráter pluralista é o fator que caracteriza a ação dos MSU e a diferencia da ação dos outros atores sociais que se orientam por projetos totalizantes. Para Baierle (1994), a ação dos MSU por acesso à cidade e à cidadania está localizada em territórios urbanos determinados e em espaços públicos de participação. Gohn (2000) afirma que o acesso e a garantia de direitos povoam a centralidade da ação do MSU.

Além disso, Borón (2010), ao analisar os movimentos sociais na América Latina, enfatiza a crise das democracias e as estratégias utilizadas pelos movimentos sociais.

Reinventar la democracia podrá ser considerado un proyecto muy razonable, sensato y gradual por las clases subalternas, sus intelectuales, sus organizaciones sociales y políticas, pero para la derecha, sobre todo “nuestra” derecha en América Latina, un proyecto de ese tipo es inequivocadamente subversivo y debe ser segado de raíz. (BORÓN, 2010, p. 40)

Ele aponta que as decepcionantes limitações das democracias latino-americanas e a crise que atravessa os partidos explicam o crescente papel desempenhado pelos movimentos sociais nos processos democráticos da região. Diz ainda que a deslegitimação da política e dos partidos abre espaços para “la calle”. Afirma também que as democracias liberais adquiriram um renovado e acrescido protagonismo na maioria dos países.

Então, o fenômeno recente das massas na rua reflete a incapacidade dos fundamentos legais e institucionais das “democracias” latino-americanas para resolver as crises sociopolíticas dentro dos parâmetros estabelecidos constitucionalmente.

As rebeliões populares são frágeis num governo neoliberal – com tensões, rupturas, exclusão e níveis crescentes de exploração e degradação social. Cabe então perguntar se as revoltas populares agora são meros casos isolados ou refletem uma dialética histórica tendencialmente orientada para a reinvenção da democracia. É nesse terreno que os movimentos sociais têm demonstrado uma criatividade superior à das organizações políticas (BORÓN, 2010).

Ainda segundo o autor, cabe perguntar também: quais as formas organizativas que requerem a luta popular no contexto do capitalismo contemporâneo na conjuntura particular de cada um de nossos países? Como se articulam essas formas entre si para potencializar a eficácia dos projetos emancipadores? Qual é o papel que cabe aos partidos, aos sindicatos e à grande diversidade de movimentos sociais, assembleias populares, piquetes ou outras formas de organização? Como assegurar que as reivindicações canalizadas por essas diversas estruturas organizativas se sintetizem em um projeto global que lhes dê coerência e eficácia?

Após a década de 1970, na América Latina e no Caribe, há evidência de uma posição classista, tanto para a nova fase imperialista do capitalismo globalizado neoliberal, quanto para problematizar os desafios e as alternativas postas aos movimentos sociais na nova hegemonia mundial – problemas e desafios, bem como novas alternativas propostas aos movimentos sociais.

Busca-se também em Gohn (2006) e Oliveira (2011) algumas características dessas ações e estratégias dos movimentos sociais: a ênfase na experiência popular, na territorialidade (aspectos culturais, políticos, econômicos e sociais), na independência com relação ao Estado e aos partidos políticos, na revalorização da cultura e da identidade de seus povos e setores sociais, na capacidade de formar seus próprios intelectuais, no papel protagonista da mulher na organização social e na preocupação com a organização do trabalho e na relação com a natureza. Além disso, menciona-se o desafio de visualizar a indivisível relação entre o micro e o macro, reconhecer a relação entre a forma e o conteúdo de classe e seu processo de complexificação na sociedade burguesa. A América Latina aprendeu nos seus movimentos de resistência e protagonismo, a ouvir as vozes dos indígenas, dos trabalhadores rurais, dos desempregados, dos novos movimentos sociais emergentes.

Para Paludo (2001) esta prática social é histórica e se faz mediada por sujeitos políticos e recursos, que articulam em torno de si diferentes campos de forças políticas e culturais. Essas forças disputam entre si a direção para as práticas educativas (fins e meios) e articulam-se de forma orgânica com as perspectivas de determinados direcionamentos (projetos) econômicos, políticos e culturais da sociedade no seu conjunto.

Uma forma humana emancipatória,¹⁵ ao mesmo tempo político-ideológica, intelectual, técnica e de valores e tem o papel de “contribuir” para que as classes populares se apropriem do conhecimento acumulado historicamente, tenham instrumentos para fazer a crítica do saber e do contexto e que possibilitem a reconstrução do saber, a elaboração de propostas e a sua implementação. (PALUDO, 2001, p. 65)

A estratégia da Educação Popular surge na América Latina no final do ano de 1952 entre os movimentos sociais urbanos e rurais, e, é sistematizada inicialmente por Paulo Freire no Brasil. Ela produz educadores e protagonistas identificados com o projeto político do seu meio, com o território, e os torna sujeitos desse movimento.

A participação que nos interessa nesta pesquisa é a participação política, que também foi sistematizada na proposta de educação popular, inicialmente por Paulo Freire, e que na saúde foi ressignificada por autores do movimento de reformas na saúde. No novo paradigma, a educação em saúde enfatiza a educação política no campo da saúde sistematizada – como educação popular em saúde.

Há uma relação estreita entre projeto de sociedade, projeto de desenvolvimento e projeto de educação. Assim, a articulação das diversas forças de ação política societal e estatal cria a possibilidade de inclusão e de acesso a direitos para segmentos sociais historicamente excluídos. A explicitação a seguir ajuda-nos a entender de que direitos estamos falando, ou seja, da emancipação humana, social e política.

2.4 – Estado e sociedade civil: participação política e construção dos direitos

O ponto de partida vem da constatação de que a questão social, no sentido da problematização da desigualdade, da pobreza e da miséria, é central para a compreensão do sentido da modernidade, impondo uma

¹⁵ Para Freire (2000) “a emancipação humana aparece como uma grande conquista política a ser efetivada pela práxis humana, na luta ininterrupta a favor da libertação das pessoas de suas vidas desumanizadas pela opressão e dominação [...] nesse processo histórico, a educação popular contribui enquanto um instrumento e um espaço necessário para a construção de processos de libertação” (GANDIN, Dicionário Paulo Freire, 2008). E ainda, para Demo (1991, p. 78), a “emancipação é um processo histórico de conquista e exercício da qualidade de ator consciente e produtivo. Trata-se da formação do sujeito capaz de se definir e de ocupar espaço próprio, recusando-se a ser reduzido a objeto”.

redefinição das categorias de público/privado, de cidadania e de direitos. (BODSTEIN, 1997, p, 195).

A noção de Estado Ampliado concebe a concretização dos direitos mediados pela sociedade civil. Na concepção gramsciana, a ideologia é uma dimensão necessária da política e a política assume a forma da vontade coletiva que necessita de um sistema de valores e de crenças para realizar sua função. Coutinho afirma que na práxis interativa, em particular na política, a consciência que é mobilizada e sobretudo de tipo axiológico-normativo representa uma contribuição essencial à compreensão desta particular esfera da ação humana. Além do mais, essa afirmação permite superar uma visão puramente gnosiológica da ideologia e compreendê-la, ao contrário, como realidade prática, ou seja, como um fenômeno ontológico da vida social. (COUTINHO, 2006, p. 89).

Para Coutinho (2006) e Simionatto (2004, p. 48), Gramsci faz uma distinção entre a sociedade política (governo), que assume via aparelho jurídico de comando da repressão, a dimensão coercitiva em busca da legitimidade, e a sociedade civil, o seu aparelho de hegemonia, que é o lugar do consenso, do diálogo e da possibilidade. Para Coutinho (1981, 1994, 1998, 2006), além disso, a concepção de Estado ampliado é determinada pelas relações do ser social, econômico e político mediado pela sociedade civil, que produz a socialização política dos sujeitos/atores coletivos.

Simionatto (2003) reafirma que a sociedade civil constitui-se dentro de um cenário político e é na sociedade civil, a partir do conjunto das relações sociais, que se constituem os interesses, as contradições e os espaços de disputa pela hegemonia.

Para Nogueira (2003, p. 219), a “sociedade civil é um conceito complexo e sofisticado com o qual se pode entender a realidade contemporânea, mas também é projeto político com o qual se pode transformar a realidade”. Há expansão da democracia de modo geral – valorização da ideia de participação e, colaborando para isso, a crise nas democracias representativas e também o protagonismo dos meios de comunicação. Essa configuração de sociedade civil está em disputa com a concepção da democracia radical e a concepção liberal na busca pela hegemonia, assim exemplificada:

1. Sociedade civil gramsciana – democrática radical – luta social e luta institucional caminham abraçadas – sociedade política + sociedade civil = Estado.

2. Sociedade civil liberal – mercado comanda – sociedade civil + mercado – o Estado é o outro lado tanto do mercado como da sociedade civil.

3. Sociedade civil social – destaque central para a luta social – sociedade civil = sociedade política? Estado e mercado, ou seja, nem Estado nem mercado.

Essa pesquisa orienta-se pela concepção da democracia radical em que a sociedade política e a sociedade civil configuram-se na forma de Estado ampliado, em que as **forças potencialmente fragmentadoras** dessa concepção seriam (a) a acumulação, o mercado e a concorrência, (b) a diferenciação social e a mobilidade social, (c) a individualização, (d) a cultura consumista e narcisista, (e) o corporativismo e (f) a despolitização, e **as forças de unificação** encontram-se (a) no Estado e nas instituições políticas, (b) no associativismo, (c) nos partidos políticos, (d) na educação para a cidadania, na cultura cívica, (e) na democratização e (f) na gestão pública democrática (NOGUEIRA, 2003, p. 219).

A teoria da regulação concebe o Estado como “um espaço de contradição” (BOYER, 2008, p. 27), sendo que a maioria dos Estados “intervém no direito ao trabalho e nos sistemas de cobertura social” (p. 52). Para Acanda (2006, p. 73) “a primeira ideologia moderna e da modernidade surge com a classe que a criou: a burguesia”; nela estão em permanente disputa os conceitos de Estado e de sociedade civil. E o que se reproduz nas relações sociais é uma cultura política desses tempos.

A burguesia antidemocrática que engendra uma concepção de democracia e de participação em processos eleitorais, de reforço do poder executivo em detrimento aos demais poderes, freou o desenvolvimento da sociedade civil capaz de produzir e interferir em processos decisórios. (BEHRING, 2008, p. 60-9)

A sociedade civil produz necessidades que os atores sociais coletivos transformam em demandas ao Estado, responsável pelas políticas públicas de direito. Alguns autores contemporâneos, como Marshall (1967), Bobbio (1992) e Couto (2004)¹⁶, distinguem três gerações de direitos: (a) direitos civis e políticos; (b) direitos econômicos, sociais e culturais e (c) direitos difusos.

A primeira geração de direitos é a dos **direitos civis**, que foram conquistados e efetivados no século XVIII e são exercidos individualmente. São fundados na ideia de liberdade. Os **direitos políticos**, por sua vez, foram efetivados no século XIX e exercidos na esfera de intervenção no Estado, no sentido de resistência e de oposição.

A segunda geração de direitos é a dos chamados **direitos econômicos, sociais e culturais**. Estes são exercidos por meio da intervenção do Estado, que deve provê-los. Os direitos de segunda geração se constituíram no final do século XIX, mas

¹⁶Para mais informações sobre a temática cf. Couto (2004), que problematiza a construção dos direitos e a Política de Assistência Social. Ver ainda Marshall (1967), Bobbio (1999), Telles (1994) e Acanda (2011), que aprofunda e materializa o debate sobre a sociedade civil, a partir da experiência de Cuba.

ganharam evidência no século XX e visam dar respostas às desigualdades sociais na luta pela igualdade de direitos.

Se os direitos civis e políticos se dão no sentido da liberdade, os direitos econômicos, sociais e culturais são instituídos para garantir a igualdade na distribuição dos bens e serviços produzidos e, por isso, são mediados pelo Estado. Eles se consolidam no intuito de construção de um sistema de seguridade social cuja ênfase é a distribuição equitativa das riquezas socialmente produzidas.

A terceira geração é a dos direitos conquistados no século XX, que exigem solidariedade entre as nações. São direitos relacionados com o **desenvolvimento da paz, do meio ambiente e da autodeterminação dos povos** – são de natureza coletiva, também conhecidos como **direitos difusos** garantidos via pactos entre os povos mediados por organismos internacionais, tais como a ONU, a OTAN, a FAO, a OIT e por documentos, como o Tratado de Kyoto e a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Esses direitos são entendidos como fruto da evolução na relação entre os povos e independem da ingerência direta do Estado e de particulares. São resultantes de conferências, encontros e fóruns que reúnem os diferentes países, com amplo debate e acordos políticos em relação a determinadas temáticas.

A emancipação política representa concomitantemente a *dissolução* da sociedade antiga, sobre a qual está baseado o sistema estatal alienado do povo, o poder do soberano. A revolução política é a revolução da sociedade civil. (MARX, 2010, p. 51)

E, para Couto (2004), os direitos são resultados de movimentos históricos – do homem concreto e de suas necessidades –, delimitados pelas condições sociais, econômicas e culturais de determinada sociedade.

Os direitos do homem são direitos históricos que emergem gradualmente das lutas que o homem trava por sua própria emancipação e das transformações das condições de vida que estas lutas produzem. (BOBBIO, 1999, p. 32)

O paradigma que compreende a construção dos direitos como movimento histórico das sociedades, que aproxima os direitos da questão de cidadania, considerando esta a

capacidade conquistada por alguns indivíduos, ou por todos os indivíduos, de se aproximarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto, historicamente determinada. (COUTINHO, 2000, p. 50)

Para Dagnino (1998, 2000, 2004), os projetos políticos não se reduzem a estratégias de atuação política no sentido estrito, mas expressam, veiculam e produzem significados que integram matrizes culturais mais amplas. Os projetos políticos se materializaram no contexto das reformas, na década de 1980, com a ruptura da momentânea “unidade” da sociedade civil que havia se construído em torno do restabelecimento do Estado de Direito e das instituições democráticas. Além disso, inicia-se naquele período um debate entre as várias concepções de democracia, expressando a diversidade que sucedeu àquela “unidade” entre os intelectuais no campo ético-político.

E, na década de 1990, com o avanço da estratégia neoliberal – menos reconhecida e debatida do que a reestruturação do Estado e da economia que têm resultado na implementação desse projeto –, há uma redefinição de significados no âmbito da cultura que integra a transformação que tem se operado nos nossos países (DAGNINO, 2004, p. 98). A chamada “inserção institucional” dos movimentos sociais é evidência dessa inflexão (CARVALHO, 1997; GECD, 2000).

Assim, grande parte da interlocução entre o projeto neoliberal, que ocupa majoritariamente o aparato do Estado, com o projeto participativo se dá via setores da sociedade civil que se engajam nessa aposta e passam a atuar nas novas instâncias de participação junto ao Estado. Ainda com relação ao papel que desempenham a participação, a sociedade civil e a cidadania: essa centralidade, de um lado, está relacionada com o papel que elas desempenharam na origem e na consolidação do projeto participativo e, de outro lado e em consequência, elas são fundamentais exatamente porque constituem os canais de mediação entre os dois campos ético-políticos (DAGNINO, 2004, p. 100).

Para Luiz (2008), emergem, então, as concepções de ruptura molecular e de emancipação social (relacionadas processualmente), as quais podem fundamentar e expressar dimensões da prática social e da prática profissional. Assim, o enfrentamento das contradições da sociedade capitalista tardia poderá ocorrer pela via cultural e ético-política, mediante o fomento da potencialidade dos segmentos das classes subalternas, de seu protagonismo consciente, desencadeado por um processo de rupturas para chegar à edificação da emancipação social como um caminho contra-hegemônico.

Numa dimensão molecular,¹⁷ a ruptura processual se dá por meio de práticas pedagógicas que rompem com o senso comum e com as relações de dominação. A

¹⁷ Rupturas moleculares são ações concretas que não necessariamente rompem com o contexto ou a estrutura mais ampla, mas fazem parte de processos orgânicos de grupos, facções, movimentos.

emancipação social possui duas dimensões: a macro (construção de uma democracia radical, pautada pela concretização dos direitos humanos) e a molecular (práticas que contribuam para potencializar o protagonismo consciente e ativo, base fundamental de um projeto contra-hegemônico e emancipatório da sociedade) (LUIZ, 2008, p. 128-9).

Assim, a emancipação humana ao mesmo tempo político-ideológica, intelectual, técnica e de valores tem o papel de “contribuir” para que as classes populares se apropriem do conhecimento acumulado historicamente, tenham instrumentos para fazer a crítica do saber e do contexto e tenham instrumentos que possibilitem a reconstrução do saber, a elaboração de propostas e a sua implementação. A Educação Popular é “uma forma humana emancipatória, estratégia utilizada pelos atores sociais transformadores” (FREIRE, 1996, p. 114).

Em Gramsci também há elementos que compõem sua concepção de emancipação associada à categoria da ruptura, da ruptura processual e permanente da extinção do capitalismo e a instituição do comunismo pela ação organizada das massas, intelectual e culturalmente, preparadas para tanto. Democracia e hegemonia se complementam na medida em que a primeira favorece, por meio de legislações e das relações econômicas, a socialização processual do poder. Passagem que, de forma molecular, demonstra a dialeticidade dos movimentos políticos que podem oportunizar antíteses, novos consensos democráticos e contra-hegemônicos (CARDOSO, 2007, p. 122-3).

Conceito polissêmico, a participação política no campo popular no Brasil possibilitou articulações políticas entre diversos atores de forças estatais e societárias protagonizadas pelos movimentos sociais. Além disso, estabeleceu relações entre o exercício profissional e a militância política. Esta também possibilitou a viabilidade de um projeto político de inclusão e garantia de direitos em um contexto de hegemonia necessário para a ruptura cultural com o projeto de tutela e a adesão a um projeto emancipatório. Essa participação produziu conteúdo e movimento socializante, “transformou pensamento em prática”.

Nesta tese, as rupturas moleculares se dão na política de saúde que se articula no contexto da seguridade social, mas também produz mobilizações descentralizadas locais e regionais. A articulação com movimentos sociais, principalmente o dos

Expressam dimensões de uma luta que se insere no tecido social, sem perder de vista a totalidade da qual sofrem as múltiplas determinações. Em sentido específico, como expressões materiais e concretas de rupturas moleculares podem ser consideradas a elevação do conhecimento e da consciência crítica e do protagonismo autônomo de sujeitos ou grupos com os quais o Serviço Social trabalha. Emancipação social é o processo molecular de elevação da consciência crítica e do protagonismo social autônomo das classes subalternas (LUIZ, 2008, p. 129-30).

trabalhadores do campo e o das associações de moradores, é estratégica nesse processo, pois eram os que, no período, tinham capacidade de mobilização, fortalecidos posteriormente pela criação da CUT, o que os torna protagonistas da nova sociabilidade, fundamental no processo de construção da hegemonia e da ideologia, de conteúdo e forma do projeto ético-político transformador.¹⁸ No movimento de reformas, foi produzida uma nova concepção de saúde articulada com a seguridade social.

Ainda, a sociedade civil se caracteriza pela participação política dos atores coletivos organizados e mobilizados na defesa de um projeto político societário e que se articula via movimentos sociais, movimentos sindicais, movimentos estudantis, movimento comunitário, organizações religiosas, partidos políticos, setores das igrejas e ainda por ONGs e governos de esquerda que produziram movimentos de ruptura do modelo hegemônico no final da década de 1970 e início da década de 1980 no Brasil, e na saúde se organizou em “movimento de reformas na saúde”.

Os modelos de desenvolvimento, as formas de governo e as estratégias dos atores coletivos produzem políticas públicas em uma relação de disputa de interesses. Identificar os marcos sócio-históricos construídos em um contexto de disputa pela hegemonia é o desafio que o terceiro capítulo se propõe. A síntese apresentada é assim um esforço para reunir, em uma linha do tempo, os modelos de desenvolvimento, as respostas do Estado e os movimentos da sociedade pela garantia dos direitos sociais e democráticos no âmbito da seguridade social com ênfase na política de saúde. O movimento de reformas na saúde enfatiza o sistema de seguridade social (Previdência, Assistência e Saúde) e a democratização - novo Projeto Político Societário.

¹⁸ **Ideologia**, na concepção de Gramsci, é o “significado mais alto de uma concepção de mundo, que se manifesta implicitamente na arte, no direito, na atividade econômica e em todas as manifestações de vida individuais e coletivas” (GRAMSCI, 1995, p. 16). Além disso, “conduz ao fortalecimento da concepção de bloco histórico, no qual, justamente, **as forças materiais são o conteúdo e as ideologias são a forma**, sendo que esta distinção entre forma e conteúdo é puramente didática, já que as forças materiais não seriam historicamente concebíveis sem forma e as ideologias seriam fantasias individuais sem as forças materiais” (GRAMSCI, 1995, p. 63).

3 – QUE ESTADO? QUE POLÍTICAS PÚBLICAS? QUE PARTICIPAÇÃO?

A questão social só começou a desempenhar um papel revolucionário quando, na Idade Moderna, e não anteriormente, os homens começaram a duvidar de que a pobreza fosse inerente à condição humana, a duvidar de que a distinção entre os poucos que, por circunstâncias, força ou fraude, tinham conseguido se libertar dos grilhões da pobreza e a miserável multidão trabalhadora fosse inevitável e eterna. (ARENDDT, 1971, p. 22)

As políticas públicas são resultado de um processo de relações sociais construídas historicamente. O contexto histórico brasileiro do século XX ainda é marcado pelo “patrimonialismo” e por relações sociais desiguais. A proteção social tem a participação do Estado, mas é submetida ao modelo dominante da elite que detém a hegemonia. O Estado de bem-estar pós-Segunda Guerra Mundial é uma resposta à crise econômica e ao trabalho assalariado e adquire diferentes configurações em diferentes países na relação entre trabalhadores, empresas e Estado.

A relação de tutela que marca a história da humanidade tem seu apogeu no período da escravatura brasileira dos séculos XVI a XVIII e se reflete na cultura institucional patrimonialista do Estado, produzindo respostas desiguais às necessidades populares, com distinção entre os que podem e os que não podem pagar pelos serviços – os pobres. Assim foram construídas as relações sociais desiguais de poder entre as classes sociais.

Na disputa entre projetos antagônicos de sociedade, nos anos de 1980, o movimento social produz uma nova sociabilidade. Nesse processo, direitos sociais, cidadania, emancipação política, democracia e hegemonia são consolidados em um contexto de disputas e de contradições. O movimento de reformas na saúde com a participação política de atores do campo popular produz um novo conceito de saúde e, no âmbito da seguridade social, garante ainda o controle da sociedade sobre as ações do Estado. É também nesse contexto que o Serviço Social, a exemplo de outras áreas, constrói seu projeto ético-político com inserção de trabalhadores nos movimentos sociais, dentre os quais o de reformas na saúde. Esse movimento problematiza a relação entre a sociedade civil e o Estado – permeado por conflitos de interesses e tensões – e as políticas sociais resultantes desse processo que institui, na década de 1980, o direito à saúde com participação. Foi um período em que a sociedade brasileira vivenciou um movimento hegemônico e de coalizão de forças políticas entre o projeto de

ampliação da democracia e da participação e o projeto corporativo (reformas do Estado neoliberal).

Os marcos legais na área da saúde como direito são derivadas da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e do processo Constituinte (1988), o que demonstra um avanço no sentido de uma nova concepção da saúde, compreendida como um produto social e histórico condicionado pelas circunstâncias de vida e de trabalho das pessoas (SPOSATI, 1992).

As discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde formalizaram as propostas da Reforma Sanitária. Dessa maneira, o Movimento da Reforma Sanitária foi capaz de produzir um projeto de política de saúde que ultrapassava seus interesses corporativos, e, de certa forma, poderia ser caracterizado como uma “intelectualidade orgânica”, no sentido definido por Gramsci, pois contribuiu para a constituição de um bloco histórico que jogou um papel fundamental na transformação do SUS em política oficial do Estado brasileiro (CAMPOS, 2009).

Após amplo debate com a sociedade, o movimento contra-hegemônico de reformas no setor da saúde, envolvendo diversos atores sociais coletivos com ações das forças políticas (societal e estatal), constrói as bases políticas, teóricas, técnicas e operativas para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a participação da comunidade¹⁹. É nesse contexto teórico e histórico que se organiza o Movimento de Reformas no Setor da Saúde.

Em meio à crise econômica da década de 1970, às disputas de interesse em um movimento contra-hegemônico, direitos são instituídos pelo movimento de reformas, entre eles o da saúde, que emerge da onda democrática dos anos de 1980, retomando a questão da seguridade social universal como direito do cidadão e remetendo a responsabilidade ao fundo público, seu principal provedor. Com o avanço da onda de contrarreforma de cunho neoliberal da década de 1990, vê-se um Estado com reformas na direcionalidade do mercado e de respostas focalizantes e privatizantes minimalistas para as políticas públicas e, em particular, para a seguridade social e os direitos democráticos.

A síntese apresentada constitui um esforço para reunir, em uma linha do tempo, os modelos de desenvolvimento, as respostas do Estado e os movimentos da sociedade na garantia dos direitos sociais e democráticos no âmbito da seguridade social.

¹⁹ Participação da comunidade, participação popular e o controle social – são encontrados na literatura para indicar a participação em espaços públicos na política de saúde (BRASIL, 1990).

Essas particularidades de cada período na formação da sociedade brasileira demarcam os modelos de desenvolvimento social, econômico, político e cultural, as reformas do Estado e a cultura institucional do Brasil colônia até hoje, com forte influência das potências transnacionais e resistência dos movimentos sociais na modernidade. O modo de produção econômica e as respostas dos governantes às demandas são permeados pela dominação de grupos de interesse²⁰, dos movimentos sociais dos diferentes contextos sócio-históricos. Interessa a seguir identificar que tipo de participação política demarca cada período histórico.

3.1 O contexto de desenvolvimento no Brasil e a participação

Ao longo de sua história, o Brasil experimentou modelos de desenvolvimento que influenciaram na construção dos direitos ou no seu cerceamento. Para Florestan Fernandes (1987), o desenvolvimento do capitalismo brasileiro passou por três fases: (a) fase de eclosão de um mercado capitalista especificamente moderno, que iria da abertura dos portos até meados da década de 1860 – fundado em novas relações entre a economia interna e o mercado mundial. Trata-se de um padrão neocolonial de desenvolvimento; (b) fase de formação e expansão do capitalismo competitivo, na qual o sistema econômico se diferencia, inclusive com a fixação das bases para a industrialização (1860-1950); (c) Fase de irrupção do capitalismo monopolista, marcada pelas operações comerciais, financeiras e industriais das grandes corporações no país, que se acentua na década de 1950 e adquire caráter estrutural após o golpe de 1964.^{21/22}

²⁰ **Grupo de interesse:** Um grupo de interesse é uma organização constituída por pessoas que compartilham pelo menos um interesse comum e que atuam em prol do seu objetivo. Diferentemente dos grupos de pressão, um grupo de interesse não depende prioritariamente das relações com entidades públicas e, caso não pretenda alterar políticas públicas, pode até mesmo prescindir destas relações para a execução do seu objetivo. Grupos de interesse são vistos como componentes necessários numa democracia pluralista. Sobre a diferença entre grupos de interesse e grupos de pressão: **grupo de interesse** é todo grupo de pessoas físicas e/ou jurídicas, formal ou informalmente ligadas por determinados propósitos, interesses, aspirações ou direitos, divisíveis dos de outros membros ou segmentos de sua união. O **grupo de pressão**, por sua vez, é o grupo de interesse dotado dos meios humanos e materiais necessários e suficientes – e da vontade de utilizá-los ativamente – para a promoção dos seus objetivos, até vê-los atingidos. Atua perante toda a sociedade ou parte dela ou ainda diante de órgãos do Estado – Legislativo ou Executivo – com competência para mudar ou manter o *status quo* referente ao seu interesse (FARHAT, 2007).

²¹ Segundo Belato (2004) e Furtado (2008), a formação econômica política, social e cultural do Brasil e sua lógica de produção e expropriação pode ser dividida em três períodos: (a) o oligárquico – agroexportador e coronelista; (b) o urbano – industrial populista e (c) o novo liberalismo, caracterizado pela economia de mercado globalizada.

²² Nascimento (2010, p. 2) propõe uma análise na perspectiva de proposta político-pedagógica da educação popular e pergunta: “Qual o papel da educação popular na construção de uma contra-hegemonia, mais claramente, na construção de um Projeto Popular para o Brasil? Como esse processo

Para Belato (2004), o primeiro período teve início com a ocupação portuguesa e se estendeu até por volta de 1930, ou seja, do século XIV ao século XX. Este sistema se manteve por aproximadamente 430 anos. A sua base de formação econômica regionalizada se assenta na agroexportação, principalmente a açucareira, localizada no Nordeste, e a cafeeira, localizada no Sudeste, que também iniciou o processo de formação econômica industrial. A sua base política ficou centrada na monarquia e posteriormente nas oligarquias conservadoras com variação em alguns Estados e a sua base social subalterna aos “senhores feudais”. As ações sociais ficavam por conta da caridade e da filantropia.

O segundo período tem início na década de 1930 e se prolonga até o final da década de 1970 – parte do século XX. Esse processo estendeu-se por aproximadamente 50 anos, caracterizou-se pela construção de uma sociedade urbana industrial voltada para dentro do país, tendo como um dos grandes protagonistas o presidente Getúlio Vargas, que criou as primeiras leis de proteção social, o direito do trabalho, além de Juscelino Kubitschek de Oliveira, e perdurou por todo o período de exceção. A visão de um Estado nacional e sobretudo a visão de nação enquanto ideologia, como disse bem Tavares (2000, p. 46), “sempre foram gaúchas, cariocas e nordestinas”. Há uma vocação liberal em São Paulo pela própria formação econômica urbana industrial capitalista.

Nesse período, o governo considerou o setor da saúde como estratégico para o desenvolvimento econômico, tendo sido um dos quatro pilares do Plano SALTE21 (saúde, alimentos, transporte e energia). A saúde foi o único setor social relacionado aos problemas do desenvolvimento, pelo entendimento de que era “precondição ao aumento da produção e da riqueza social” (FEE, 1983, p. 165-6). O Plano Salte²³ é considerado o primeiro plano de desenvolvimento de cunho mais globalizante no país, interessante para a expansão do mercado urbano industrial.

A política assume ainda um caráter de ideologia nacionalista e a sua base social foi permeada por dois movimentos antagônicos: um de resistência contra o autoritarismo

foi assumido por várias experiências de educação popular no país?” Para responder a essa questão, o autor nos insere no processo histórico, articulando a questão da educação popular com a disputa de projetos políticos. E, para isso, classifica o período de análise em uma “onda de longa duração, contendo três períodos: (a) Memória longa = anos 50 até 1964; (b) Memória média = período da ditadura militar (1964-1988/1989) e (c) Memória curta = período pós-neoliberal (anos de 1990 até os dias atuais)”. Segundo o autor, essas experiências trouxeram a marca da educação popular articulada com as questões culturais e também da educação popular como política pública nos governos citados (Pernambuco, Rio Grande do Norte e RS). Interessa para este estudo na medida em que indica o resgate do processo histórico e da contribuição da educação/participação política na construção da hegemonia popular como cultura e como política pública (*site*: Claudionascimento.br; acesso em abril de 2014).

²³ Lei n. 1.102 de 1950.

militar e outro instituinte de direitos, movimentos de abertura política, “diretas já” e a reforma da Constituição de 1988. No final da década de 1970 e início da década de 1980, na onda de democratização, consolidam-se os novos movimentos sociais, motivados pelo projeto de mudança societária via “poder popular” que também se estende por vários países da América Latina.

O século XX foi marcado pela emergência de sistemas de proteção social configurados pela teoria e conhecidos pela gestão como Estado de Bem Estar Social, *Welfare State*, consolidado no período posterior à Segunda Guerra Mundial como um pacto de solidariedade social e de ampliação dos direitos sociais (HOBBSAWN, 1995; HARVEY, 2000) capazes de permitir analistas batizarem os trinta anos do Pós Guerra como sendo dourados. As sociedades contemporâneas, reafirma Cohn (2006),²⁴ têm no Estado e nas suas instituições o *locus* dos processos de decisão política, embora não seja o único espaço de exercício da política. Esses modelos são resultado das condições materiais da relação entre o Estado, os trabalhadores e os empresários. E, segundo a mesma autora, podem ser classificados em três modelos.

O primeiro modelo é conhecido como universal redistributivista (social-democrata), em que o Estado é o seu principal provedor com forte caráter redistributivo e “os serviços de saúde e de assistência médica são produzidos exclusivamente pelo Estado, configurando-se como serviços públicos estatais” (COHN, 2006, p. 225).

O segundo modelo de sistema de proteção social é conhecido como meritocrático-corporativista (corporativista e conservador, que segundo a autora é próprio do caso brasileiro, além de predominar na França, Áustria, Alemanha e Itália). Os direitos e os serviços sociais, dentre eles, à saúde, se dão a partir da situação do trabalhador no mercado de trabalho, isso é, contribuem para o sistema de proteção social. Essa regulação da relação entre capital e trabalho se dará na política trabalhista, na política sindical e na política previdenciária. Esse modelo segmenta e diferencia o acesso aos direitos para quem tem renda e para quem não tem renda, os pobres, que contam com as instituições filantrópicas como principais parceiros para os serviços.

O terceiro modelo, o residual (liberal), é típico dos Estados Unidos da América. O Estado se ocupa apenas dos segmentos sociais mais pobres, que necessitam

²⁴ A classificação de Cohn (2006) não é a única forma de análise do tema. Cf. Gosta Esping-Andersen (1991). Na Europa do pós-guerra, a proposta do Estado de bem-estar social, *Welfare State*, ganhou peculiaridades nos diversos países onde foi implantado. Assim, identifica-se a constituição desse sistema em vários regimes de Estado. Um vinculado ao projeto de Estado Liberal (EUA, Canadá e Austrália). Outro tipo de Estado é o corporativista e conservador (Áustria, França, Alemanha e Itália) e ainda o regime social-democrata que adota os princípios do universalismo (Inglaterra e os países escandinavos); cf. ainda Couto (2004).

comprovar a sua situação de carências. Os demais trabalhadores se vinculam aos serviços sociais e os benefícios são garantidos pela contribuição a instituições privadas do mercado.

Nos três modelos, a presença do Estado tem um caráter minimamente distributivo com presença direta ou indireta de recursos e de riquezas entre os diferentes segmentos sociais. O Estado pode produzir equidade ou iniquidades nas distintas sociedades.

Há uma tentativa de consolidar no Brasil um modelo de acesso universal neste período, mas que encontra nas elites políticas conservadoras e nas corporações seus principais inimigos.

O terceiro período tem início no final da década de 1980 e início da década de 1990. Esse período se deu, superando um quarto de século e em um contexto de “crises” e contradições. Ele se subdivide em duas fases:

A **primeira fase** está integrada na lógica do capital globalizado e é mais conhecida como novo liberalismo. Esse se inicia na era Collor com uma pauta regressiva no país, revertendo “as tendências democratizantes e expectativas redistributivas dos anos de 1980” (BEHRING, 2008, p. 153).

É um modelo que se volta inteiramente para fora com um discurso de querer ser “competitivo” no mercado mundial e promete superar a crise financeira. Abre as fronteiras e acaba com qualquer obstáculo para a livre circulação dos capitais, tentando atrair novos investimentos e novas tecnologias, acreditando que dessa forma o Brasil se equipararia aos países mais desenvolvidos.

Ganha força a ideia das reformas do Estado, em uma demonstração clara do pouco interesse em implementar ou regulamentar principalmente as questões relativas à seguridade social. Justificado com o “satanismo” do Estado ineficiente e corrupto e considerando a iniciativa privada eficiente e “ágil”, abriu espaço para as privatizações e a redução do poder do Estado de intervir na economia e de dar respostas às demandas da população via políticas públicas de direito (DAGNINO, 2002).

A doutrina neoliberal da década de 1990 é reforçada política, econômica e culturalmente pelo Consenso de Washington²⁵ e seu receituário de medidas de ajustes

²⁵ Nesse encontro, em 1993, foram discutidos os passos políticos necessários para a implementação de um programa de estabilização que passaria por três fases, a primeira macroeconômica, tendo como prioridade absoluta um *superávit* primário envolvendo invariavelmente a revisão das relações fiscais intergovernamentais e a restauração dos sistemas de previdência pública; a segunda dedicada, segundo o Banco Mundial, às chamadas reformas estruturais: liberação financeira e comercial, desregulação dos mercados e privatização das empresas estatais e a terceira etapa redefinida como a da retomada dos investimentos e do crescimento econômico (FIORI, 1994, p. 2).

cria “as condições econômicas, políticas, intelectuais e morais para os futuros acontecimentos” (BEHRING, 2008, p. 148).

O *impeachment* do presidente Collor (1998) pela mobilização social do período reconduz a aliança patrimonialista ao centro do poder. Itamar Franco assume a Presidência da República, apresentando uma imagem de cidadão comum, o que o diferencia do seu antecessor, e o então senador da república Fernando Henrique Cardoso assume o Ministério da Fazenda, criando o Plano Real como “milagre” para sanar a crise financeira e abrir caminho para a sucessão presidencial. Abrem-se assim novamente as portas para as nações amigas, facilitando os investimentos estrangeiros e a venda das empresas estatais.

O governo Itamar Franco, ainda no contexto de mobilização da sociedade pelo “fora Collor” e de pressão para a regulamentação das diretrizes constitucionais de 1988, encaminha algumas medidas referentes à seguridade social, dentre as quais a implantação do Conselho Nacional de Seguridade Social, e ainda aprova a Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS,²⁶ vetada por Collor. Embora ele tenha freado a crise ética e contido a inflação, as crises estruturais persistiram: (a) a crise do pacto federativo, (b) a crise de reestruturação da gestão das políticas sociais, em especial a da saúde e (c) a crise financeira. A segunda crise, a crise de gestão, se expressa concretamente na criação e regulamentação dos Conselhos de Saúde, na realização da 9ª Conferência Nacional e na implantação do SUS. O pioneirismo do RS ficou expresso na manifestação do secretário substituto de saúde do Rio Grande do Sul que afirma: “a maioria dos Municípios gaúchos está preparada para responder à extinção do INAMPS” (BRASIL, 2006, p. 124), condição para a implantação do sistema único de saúde.

A sua base política assume um caráter político e ideológico de contrarreformas do Estado; em uma coalizão de forças políticas de centro, “destrói-se o Estado desenvolvimentista apenas para restaurar o estado patrimonialista” (TEIXEIRA, 2000, p. 20-1). A base social foca-se na privatização e na refilantropia para ações nas expressões da questão social.

O significado cultural para a sociabilidade foi “fundado na dura pedagogia da inflação” e serviu para legitimar por um longo período os planos econômicos de eleição e reeleição de Fernando Henrique Cardoso (GONÇALVES, 1996, BEHRING, 2008).

²⁶ Lei número 8742 de Dezembro de 1993: “A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” (BRASIL, 1993).

O modelo neoliberal permitiria a ação de regulação do Estado às regras do mercado, mas sem a participação deste enquanto empresário na produção econômica. Essa nova ordenação do mercado capitalista no Brasil, principalmente nos anos de 1990, acelerada pela revolução tecnológica, impôs agilidade aos processos de informação, pela queda do muro de Berlim, e pôs fim à sociedade planificada, referência de resistência ao avanço do capitalismo de mercado.

E, com um governo permeável ao projeto, impôs às instituições da sociedade de forma hegemônica a contrarreforma do Estado. Boyer (2009) pergunta por que a competição entre indivíduos autônomos preocupados somente com os seus interesses não leva ao caos. E responde: deduz-se daí, que a viabilidade de uma economia de mercado não depende somente de condições particulares, restritas à esfera do mercado. São necessárias instituições para atuar com o regime monetário e para garantir a qualidade dos bens, assim como a organização da concorrência (BOYER, 2009, p. 27).

Consolidado como modo de produção hegemônico na Europa e nos Estados Unidos, o advento da modernidade liberal marca a ruptura, a partir do qual se estrutura toda a questão social.²⁷

Esse processo contra-hegemônico permitiu, assim, a estabilidade financeira às empresas multilaterais com o mercado globalizado, a reforma do Estado redefinindo seu papel regulador, repassando as respostas às expressões da questão social ao mercado e à sociedade, com ações de Estado focadas e de solidariedade no combate à pobreza via iniciativas de responsabilidade social do terceiro setor (ONGs, OS, Oscips e Fundações). Na agenda pública, estão ações na área da saúde, da assistência social, da defesa do meio ambiente, sendo esta uma das novas questões assumidas pelas parcerias público-privadas. Na política de saúde, a regulamentação se dará por portarias e pela focalização e na assistência social pelo Conselho do “Comunidade Solidária”.

A resposta das instituições políticas, como resultado das relações sócio-históricas, apresenta um agudo contraste no Brasil que identifica também dois discursos para a saída da crise, o neoliberal e o desenvolvimentista. Entre a hiperatividade decisória e a fraca capacidade de implementação e de gestão [...] os pontos de estrangulamento situam-se, sobretudo, no âmbito da execução das políticas, na capacidade de fazer

²⁷ Adota-se nesta pesquisa a questão social como “as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade exigindo o seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. Ainda é a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e da repressão” (IAMAMOTO, 2008, p. 258).

cumprir as decisões tomadas e de assegurar a continuidade dos programas governamentais. (BERHING, 2008, p. 140).

Contraditoriamente foram lançadas, nesse período, as bases que consolidaram os desenhos institucionais que reafirmam o caráter universalista do SUS e de outras políticas públicas no país. Houve intensas lutas políticas, na qual participaram não apenas os movimentos sociais e sindicais, mas as corporações profissionais, entre elas a dos assistentes sociais, dos prefeitos e dos secretários de saúde. Essa participação acontece nos municípios, nos estados e mesmo no governo federal, que resistiam às orientações doutrinárias do núcleo central de governo.

Crises econômicas e político-institucionais profundas e duradouras podem conduzir a processos revolucionários de transformação radical de estruturas econômicas, sociais e institucionais. Mas esse não era o caso do Brasil nos anos de 1990 ou de 2000. Entretanto, não há como menosprezar o papel da luta política que impediu a imposição de propostas neoliberais em diversas áreas de políticas sociais, sindicais e mesmo, em menor escala, de política econômica, durante o governo FHC. Nem a importância da ascensão de Lula e do PT à Presidência da República, que desequilibrou os recursos de poder, no contexto da luta política, em favor das classes populares. Isso não quer dizer que, em última análise, as grandes corporações e a banca internacional não tenham permanecido no controle final dos rumos das políticas, especialmente, no que se refere à política econômica. A teoria gramsciana trata isso como guerra de posições e estratégia política possível para o Estado do tipo ocidental, como é o caso do Brasil, em que há certo equilíbrio na relação social entre Estado e sociedade civil.

Em sua segunda fase em 2003 e com um governo representativo do campo do trabalho, Lula se elege apesar do projeto hegemônico de mercado ser dominante, e assume o governo com características de Estado Nacional. Retoma o processo democrático e o investimento nas políticas públicas de direito e continua com a estratégia econômica neoliberal como política de relações externas, e internamente propõe políticas intersetoriais com ênfase no desenvolvimento social (POCHMANN, 2008).

Nesse período, consolidam-se no Brasil avanços econômicos significativos aliados a programas de diminuição da pobreza. E com a crise financeira de 2008 que atingiu os Estados Unidos e a Europa como um todo, com o acúmulo de desequilíbrios críticos, configura-se a centralidade do Estado.

O que passa a orientar a ação política é a concepção de desenvolvimento, de Estado e de políticas de direito com participação do cidadão. São apontados como fatores importantes para o redesenho do Estado, “um estado mais descentralizado, mais participativo, mais democrático nos seus processos decisórios, mais transparente no plano da informação e com maior papel articulador dos diversos agentes de transformação da sociedade” (SACHS, LOPES, DOWBOR, 2010).

A sociedade civil faz movimentos para construir uma nova forma de desenvolvimento econômico e social, novos atores sociais são incluídos na agenda política. A garantia de direitos exige a presença do Estado como gestor e executor das políticas públicas.

Historicamente se comprova que a sociabilidade no modo de produção capitalista é uma relação social que produz alienação e dominação dos trabalhadores e se sustenta pelas instituições da sociedade e pela ideologia hegemônica dominante. “O mercado é uma instituição que pressupõe um acordo referente à qualidade, à organização das trocas, às condições de acesso e ao modo de pagamento das transações. É, portanto, uma construção social” (BOYER, 2009, p. 37).

O modelo keynesiano do pós-guerra garantiu, na década de 1970, certa estabilidade econômica, pleno emprego nos países mais desenvolvidos e inflação acompanhada de desemprego nos países em desenvolvimento, direitos trabalhistas mais amplos aos setores centrais da economia com regulação e controle das ações políticas dos trabalhadores. Garantiu ainda a seguridade social com finalidade de reduzir os conflitos sociais. Esse modelo de organização social, econômica e política sofreu mudanças profundas com a revolução tecnológica dos anos de 1990, com o fim do modelo fordista/taylorista de produção em massa e a passagem para o toyotismo da flexibilização cuja consequência foi o desemprego estrutural e a produção de uma nova subjetividade no mundo do trabalho. A consequência desse modelo para a classe trabalhadora foi a divisão entre os “qualificados” e “sobrantes”, aumentando a desigualdade e a exclusão social. Esse projeto nega a categoria “trabalho”, transformando o trabalhador em consumidor e aproxima o mercado dos fundos públicos do Estado. Implanta-se assim, o que Santos (1996) denomina de “fundamentalismo do consumo”.

No jogo de interesses das elites econômicas dominantes no mercado globalizado, a emancipação humana e a igualdade de direitos passa para a invisibilidade na cultura das instituições políticas. Esse modo de produção do Estado, da sociedade, do mercado

e do ser humano dá respostas às diferentes expressões da questão social de forma atomizada.

A política de saúde no Brasil nasce na perspectiva do Estado Liberal, sendo sua oferta do interesse do mercado filantrópico e privado e situando-se posteriormente na perspectiva meritocrática e na lógica da medicina previdenciária, ou seja, sempre obedeceu a interesses privados e foi tratada como mercadoria. Somente a partir da construção coletiva da concepção da saúde como direito social tema enfatizado por esta tese, outra perspectiva se apresenta para a saúde. Na realidade, os esforços – coroados de êxito – para que contemporaneamente o mercado aumente sua participação no setor da saúde podem ser também traduzidos como uma reação do mercado à maior presença do Estado no setor.

Nesse contexto a centralidade da categoria trabalho passa a ser questionada e o trabalhador desconhece a nova subjetividade produzida. Assim, sem a participação política dos trabalhadores na construção da nova sociabilidade, a construção do projeto societário não terá a dimensão ético-política necessária para sua sustentação e/ou a construção de um novo paradigma.

3.2 A política pública de saúde no Brasil e a participação popular em saúde

Trata-se, pois, da construção do direito à saúde com participação a partir da concepção do movimento sanitário, em um contexto de reformas do Estado e de construção do projeto democrático popular.

3.2.1 Trajetória da saúde como política pública do Brasil Colônia até 1970

Embora a saúde seja de relevância pública, o cuidado com a saúde se dá de forma diferenciada entre os diversos segmentos da sociedade. As classes dirigentes sempre contaram com algum tipo de assistência por pessoas especialmente preparadas para esta finalidade. Já a população busca na resistência o seu próprio cuidado entre os conhecimentos tradicionais milenares e ainda na caridade.

No período da oligarquia agrária e exportadora, o marco legal era a Constituição de 1891 e não se falava em seguridade social e com relação à assistência a saúde a preocupação era com mão de obra escrava, com os migrantes e com a chegada dos colonos imigrantes. O que o Estado oferecia para garantir a força de trabalho eram as campanhas de higienismo com vigilantes com poder de polícia e para a assistência o acolhimento e o cuidado pela caridade via as Santas Casas. E, em relação à Saúde

Coletiva, são implementadas campanhas de combate a endemias pelo Departamento Nacional de Saúde Pública e as Reformas Sanitárias impulsionadas por Carlos Chagas.

Em 1923, observa-se o nascimento da Previdência Social no Brasil, ligada à produção econômica e ao processo de industrialização, principalmente na região Sudeste do Brasil – Consolidação da Legislação Trabalhista – a CLT e a Lei Elói Chaves (1923); surgem as primeiras caixas de aposentadorias e pensão – as CAPs organizadas por empresas de natureza civil e privada, financiada e gerenciada por empregados e empregadores dos setores da marinha, das ferrovias, dentre outras organizadas no período. A partir dessa forma de proteção social, as categorias organizadas da assistência médica passam a ser uma atribuição das CAPs através de serviços próprios. As caixas são por categorias e os trabalhadores contribuem e participam da gestão dos fundos públicos (CORTES, 1996).

Essa forma de organizar a previdência e assistência aos trabalhadores incluídos no mercado formal de trabalho sofre alterações com a crise de 1930 de um lado e de outro com a criação do Ministério do Trabalho que passa a regular todas as organizações trabalhistas via CLT que prevalece até o regime militar em 1964. Em relação à Previdência Social, o governo padroniza as categorias profissionais no Instituto de Assistência e Previdência Social – IAPS, que fica na dependência do governo; os trabalhadores já não têm mais participação direta nos fundos de assistência e previdência social. Em relação à assistência médica, há cortes na prestação dos serviços pela Previdência e, com a criação do INSS, avançam os grupos privados na assistência à saúde. (CORTES, 1996). Já na saúde coletiva, efetiva-se o sanitarismo campanhista como resposta ao modelo desenvolvimentista, como se observa no quadro a seguir.

Quadro 01 - Trajetória da saúde como política pública de 1945 a 1979

Período	Marco político legal	Previdência	Assistência à saúde	Saúde coletiva
1930/1945 Contenção de gastos e ações centralizadas	Criação do Ministério do Trabalho CLT	IAPs organizados por profissionais com dependência do Governo Federal	Corte nas despesas médicas.	Sanitarismo Campanhista (febre amarela e malária) Cria o SESP (1942)
1946/1966 Crise do regime capitalista Ações centralizadas de saúde	Constituição de 1946; LOPS; Estatuto do Trabalhador Rural; GOLPE MILITAR (1964); INPS (1966)	Crescimento dos gastos e esgotamento das reservas; Incorporação da assistência médica à Previdência; Uniformização dos direitos dos trabalhadores	Crescimento dos serviços próprios da Previdência; Aumento dos gastos com assistência médica; Serviços privados em expansão	Sanitarismo desenvolvimentista Serviço Nacional de Endemias Rurais
1967/1973 O acirramento da crise e a privatização da assistência médica	AI-5 Emenda constitucional nº 1	Modernização autoritária; Ampliação da cobertura previdenciária; Ampliação do complexo previdenciário; Cobertura previdenciária	Aumento dos gastos com saúde na previdência; Extensão de cobertura; Modelo de compra de serviços; Convênios com Medicina de Grupo; Autarquização	Dispersa em vários ministérios e órgãos da administração direta e indireta do governo
1974/1979 O acirramento da crise e a Privatização da Assistência Médica	II PND; MPAS; FASFundos de Assistência à Saúde	SIMPAS; Disciplina na concessão de benefícios, prestação de serviços e administração da previdência	Remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada; Criação do Inamps; Separação das ações de saúde coletiva e educação	Cuidados primários e saúde; Alma Ata PIASS, CEBES, Abrasco

Fonte: Sistematização feita por esta pesquisadora de 2010 a 2013 com base em documentos do SUS

Particularmente a partir do final da década de 1970 e início da década de 1980, surgiram movimentos reivindicatórios com origem em setores populares, cujas demandas resultaram em ações de mudança social. No Brasil, na década de 1980, há uma agenda progressista protagonizada pelo movimento sindical aliado aos movimentos populares brasileiros. Eles se apresentam como possibilidades materiais, na produção de uma nova hegemonia na instituição de direitos, dando visibilidade a segmentos sociais até então excluídos da agenda política.

3.2.2 Contexto histórico das décadas de 1970 e 1980 – Onda da democratização

O processo de reformas aconteceu com a articulação das ações de diversas forças políticas, estatais e societárias. Os marcos históricos fundamentais na instituição da

saúde como política pública com participação no Brasil estão sistematizados no quadro abaixo.

Quadro 2 - Trajetória da saúde como política pública de 1980 até hoje

Período	Marco legal	Previdência	Assistência à saúde	Saúde coletiva
Década 1980 Consolidação das propostas Reformadas	Democratização. Nova República Constituição de 1988	CONASP Seguridade social	PREV SAÚDE, Crescimento da medicina supletiva; Universalização; AIS 8ª Conferência Nacional de Saúde SUDS	8ª CNS Formalização do conceito ampliado de saúde Criação do SUS
Década 1990 O processo de implantação do SUS	Eleições diretas; Globalização; Leis Orgânicas Conferências; Instituição Participação	Seguridade Social: Previdência Assistência - LOAS Saúde - LOS	NOBs Financiamento; Sistema misto; Sistema suplementar	PACS/PSF Controle social
Década 2000	Globalização	Seguridade social: Assistência, previdência e saúde contrarreformas	NOAS, NOB/RH-SUS Financiamento Sistema misto. Sistema suplementar	PACS/PSF Controle social Medidas regulatórias Indicadores de pactuação Contratos de gestão intergestores Contratualização
2003 Eleições Lula PAC Social PAC Saúde 2006	Regulamentação da legislação social - Saúde mental, Idoso, Estatuto da Cidade, Lei Maria da Penha Pacto pela saúde Mecanismos de Participação nas Políticas públicas	PNAS SUAS SUSP Bolsa Família	Pactos pela saúde em defesa de Vida, de Gestão e em defesa do SUS	Segep – Dagep Coneps Política de Educação Permanente Participasus
2010 Governo Dilma Combate à pobreza	Combate à pobreza	Inclusão de novos trabalhadores	Fundações Públicas de Direito Privado	Conferência Internacional de Sistemas Universais de Seguridade Social Ministro da Saúde retoma a Presidência do CNS por aclamação Caravanas em Defesa do SUS – CNS
2011				14 CNS

2012	Decreto 7508 Regulamenta a Lei 8080/90 LC 141 Financiamento saúde Eleição do Segmento Usuários para a Presidência do CNS		Portaria dos COAPS Política de Educação Popular em Saúde	Resolução 453 CNS Regula os CS Portaria Política Nacional de Educação Popular em Saúde Assume a presidência do CNS – representação da Contag
------	---	--	--	---

Fonte: Sistematização feita por esta pesquisadora de 2010 a 2013 com base em documentos do SUS, Cortes (2000), Doimo e Rodrigues (2002), Faleiros (2006).

O movimento das Diretas já (1985) e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais, inclusive na área de saúde, que culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (Conass) ou municipais (Conasems), e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS e para a Constituição Federal (1988).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) foi a primeira que permitiu a participação de diferentes setores sociais na arena do debate, especialmente as instituições e entidades envolvidas no movimento pela reforma do setor da saúde. Foi a conferência que construiu a concepção de saúde como direito.²⁸

Nesse contexto, a Constituição de 1988 instituiu juridicamente mecanismos de participação da sociedade civil organizada no controle e na definição das ações do Estado em termos de políticas públicas, os quais ultrapassaram os limites da democracia representativa. Mecanismos como *referendum*, plebiscito e projetos de Lei de Emenda Popular foram instituídos, assim como os Conselhos Setoriais em áreas vitais das políticas públicas. A instituição dos Conselhos de Saúde, como estão configurados hoje, combina aspectos das democracias direta e representativa (DRAIBE, 1995, p. 201-21). E as organizações dos secretários de saúde virão a seguir nas estratégias das forças políticas estatais.

Nas grandes cidades, o Movimento Popular de Saúde (MOPS) foi oficialmente criado como resultado do empenho de várias entidades²⁹ integradas no objetivo de dar unidade aos movimentos populares e às experiências comunitárias de saúde que

²⁸ Para conhecer mais veja ainda o vídeo *História das políticas de saúde no Brasil 1ª e 2ª edição ampliada*. Acesso site <www.saude.rs.gov.br/link> Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEPE – filmes.

²⁹ Uma das principais articuladoras do MOPS foi a ONG Centro de Educação Popular do Instituto *Sedes Sapientiae* – Cepis. Porém, inúmeras entidades estavam envolvidas nessa articulação e organização popular: Ação Católica Especializada – ACE; Ação Popular – AP; Coordenadoria Ecumênica de Serviços – CESE e Centro de Estudos e Documentação e Informação – CEDI. Trata-se de entidades de apoio nacional que não podem deixar de ser mencionadas por serem um conjunto importante de entidades que foram se instituindo em âmbito localregional.

existiam e estavam dispersos por todo o Brasil (DOIMO e RODRIGUES, 2003; FALEIROS, 2006). Esse movimento vai adquirindo visibilidade e se organizando em várias cidades e dentre as regiões metropolitanas populosas destaca-se Porto Alegre.³⁰ As mobilizações dos atores articulados em torno desse movimento construiriam em todo o país e em Porto Alegre, por um lado, a noção de saúde como um “direito” a ser provido pelo Estado e, por outro, um radical desejo do “poder popular” alternativo a esse Estado autoritário.

A estratégia central do Movimento Popular de Saúde (MOPS) referia-se à exigência de serviços de saúde a partir de decisões tomadas pelo “povo”, sem concessões. Esse foi o discurso adotado por esses movimentos, cujas práticas foram de enfrentamento ao Estado autoritário. Naquele momento, as redes sociais locais predispostas à participação já estavam articuladas, tendo forte vínculo orgânico com a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB e as Pastorais Sociais criadas em 1981, dentre elas, a Pastoral da Saúde, sob a hegemonia³¹ da Teologia da Libertação (BETTO, 1988).

A opção da CNBB, que, na época, detinha a hegemonia nesse segmento, foi de chamar as bases organizadas para a realização de um grande mutirão – traduzir politicamente as reivindicações, institucionalizando-as como direito.³² Uma estratégia que se destaca desse conjunto de forças políticas foi a coleta de assinaturas em torno das Emendas Populares, desencadeada em nível nacional. Na temática da saúde, cuja mobilização estava interligada, a Emenda Constitucional n. 050, relativa ao direito a saúde que instituiu o SUS, foi uma das emendas que coletou o maior número de

³⁰ Ao realizar uma sistematização da literatura que trata dos Conselhos de Saúde, no período de 1996 a 2000, Labra (2002, p. 12) destaca que os estudos por ela examinados apresentam, de modo geral, visões bastante pessimistas quanto ao modo de funcionamento e efetividade deles. Exceção seria feita ao caso de Porto Alegre, cidade na qual há uma tradição de associativismo catalisado por sucessivos governos do Partido dos Trabalhadores e da Frente Popular. Além disso, o Movimento Popular de Saúde (MOPS) e as Associações de Bairro promoveram inserções mobilizadoras para a obtenção de bens e serviços (CECCIM, 1990; CORTES, 1996; RÉOS, 2003 e DAVID, 2005). O Conselho Popular da União de Vilas, na região Grande Cruzeiro, teria constituído, em 1978, uma comissão de saúde e saneamento, na qual se reuniram, além de profissionais da área da saúde, vinculados aos serviços públicos da região, as lideranças do Movimento Social Urbano (MSU), para discutir ações que pudessem viabilizar a organização da saúde no município de Porto Alegre.

³¹ Hegemonia: “a consciência de fazer parte de uma determinada força hegemônica (isto é, força política) é a primeira fase de uma ulterior e progressiva autoconsciência, na qual teoria e prática finalmente se unificam” (COUTINHO, 1995, p. 21).

³² “Instituir a equidade na saúde não se limita a uma mera extensão e distribuição mais adequada dos serviços, mas, igualmente, à sua conformação em um direito” (COHN, 1992). No contexto da “Saúde-Projeto-Sociedade”, a noção de **direito é conquista social**. O desafio consiste em trabalhar a saúde como direito e como serviço. Longe de uma situação de abundância e de pleno atendimento em serviços de saúde, a qual permitiria a “cidadania de vigilância”, onde os cidadãos vigiam o governo para garantir que os serviços funcionem, Valla e Siqueira (1989) dizem que temos uma “cidadania de escassez” que põe para a população o risco de sobreviver (SPOSATI, 1991, p.3). “Saúde direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988).

assinaturas: 58.615 pessoas e 160 entidades sociais a apoiaram. Essa estratégia de mobilização articulada forçou a inclusão de dois importantes princípios no SUS: a saúde como direito de todos os cidadãos e a participação da comunidade nas decisões sobre a política de saúde (DOIMO e RODRIGUES, 2003, p. 99).

Fortalecidas pela atuação articulada nacionalmente pelo MOPS, são reativadas as Conferências Nacionais e Estaduais de Saúde. Em 1975, por Decreto, a 5ª e a 6ª Conferências aconteceram em um Estado burocrático-autoritário. Mesmo assim, elas propuseram um Sistema Nacional de Saúde que estimulasse as ações pulverizadas, e que houvesse um mínimo de racionalidade operacional. Após os eventos da Anistia Política e da Reforma Partidária, em 1980, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), convocou a 7ª Conferência Nacional de Saúde. Nela, foi proposta a criação de alternativas que ampliassem os espaços de participação dos técnicos não comprometidos com o modelo previdenciário hospitalocêntrico. Esse modelo se caracterizava pela contratação de provedores privados de serviços de saúde. E, em 1986, antes da eleição dos Deputados Constituintes, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Em um ambiente de crise, conflitos e tensões, foram instituídas as bases para as políticas públicas de saúde no país. Em fins da década de 1970 e início da década de 1980, buscando distensionar o regime, tendo em vista que a crise econômica havia reduzido a legitimidade política, o governo militar tomou medidas administrativas na tentativa de constituir novos canais de representação de interesses da população.

Sem o apoio da sua base de sustentação (a burguesia) e sob forte pressão popular que ameaçava a sua legitimidade, foi criando formas democráticas de representação e de expressão política, tais como as eleições para cargos do Executivo e as liberdades de imprensa, de associação e de organização partidária. Projetos e programas governamentais previam a criação de comissões ou conselhos que deveriam ter, entre seus componentes, representantes da sociedade civil (CORTES, 2000, p. 24).

Além disso, as recomendações das agências internacionais de desenvolvimento, como, por exemplo, da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde, também convergiam na direção de ampliar a participação da sociedade. A descentralização e a criação de fóruns colegiados, abertos à participação da população, seriam estratégias que tornariam viável a fiscalização sobre a aplicação dos recursos financeiros internacionais – com planejamento, regulação e previsão de políticas. Isso porque os governos centralizados não teriam estrutura para controlar a totalidade desses gastos repassados aos projetos locais.

As principais estratégias desenvolvidas pelo governo federal em direção à descentralização e à participação foram as Ações Integradas de Saúde (AIS), iniciadas em 1984, e a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987.

As AIS previam o repasse, pela Previdência Social, de recursos financeiros para os governos estaduais e municipais que aderissem ao sistema, cujo principal objetivo era melhorar a rede de serviços distribuídos nos três níveis de governo. Isso diminuiria as demandas por serviços ambulatoriais e hospitalares que chegavam à Previdência Social. Essas medidas visavam à integração das instituições que prestavam serviços de saúde e repassavam recursos financeiros para os Estados e Municípios. Em atendimento à condição necessária à adesão, foram criadas comissões colegiadas de participação cuja função seria planejar, gerir e acompanhar as AIS. Tal estratégia redefiniu o modelo assistencial de saúde no Brasil, implicando mudanças estruturais no aparato funcional do sistema de saúde (CORTES, 2000, p. 25).

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) tinha por objetivo consolidar as AIS mediante a transferência de recursos financeiros, humanos e materiais da esfera federal para os Estados e Municípios, significando a descentralização do poder decisório.

Aliada ao debate em torno de projetos alternativos para a redução de gastos do governo, a participação de novos atores sociais teve forte expressão na redemocratização do país, em meados da década de 1980. No âmbito da saúde, o movimento pela reforma do setor da saúde teve papel destacado no cenário, especialmente por ter desencadeado um debate articulado e garantido do conteúdo teórico e político, que resultou em deliberações propositivas durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Tais proposições repercutiram positivamente e levaram à formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Trabalhadores da saúde, movimentos populares e sindicais, além de instituições acadêmicas ligadas à área da saúde reivindicaram políticas que apontavam para universalidade e a integralidade do atendimento. Elas apontavam também para a **descentralização político-administrativa** e para a democratização do sistema, mediante a **participação popular** na tomada de decisões (CARVALHO, 1995).

A articulação de atores coletivos, predisposta a rupturas políticas, econômicas, sociais e culturais, formada pelos movimentos sociais, sindicais, partidos, segmentos das universidades (professores e alunos), das igrejas e das administrações populares, é feita em um campo político, pode-se afirmar até em um “campo democrático e popular”,

e reivindica participar das decisões via participação política – inserindo na sociedade demandas de segmentos até então excluídos do domínio público e transformando-as em direitos. Esses novos direitos são institucionalizados via CF 1988 e legislações setoriais em um contexto de construção democrática e de reformas no Estado.

3.2.3 – *Forças políticas, atores e estratégias no movimento de reformas na saúde*

É possível categorizar as diferentes forças políticas que compõem o movimento reformista em dois eixos estratégicos: as forças de ação política *estatal* e as de ação política *societal*. As primeiras vinculam-se à estratégia estadista no sentido de propor uma transformação por meio da inserção político-institucional hegemônica – médicos, sanitaristas e políticos da tradicional esquerda comunista. As forças de orientação societal têm relação com a chamada “nova esquerda” e o trabalho de base da Igreja Católica, as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) – compostas por inúmeros profissionais de saúde identificados com o Partido dos Trabalhadores. Essas últimas ações vão convergir na organização do Movimento Popular de Saúde (MOPS) (DOIMO e RODRIGUES, 2003; FALEIROS, 2006).

É desse processo que resulta a instituição jurídica do Estado de Direito do cidadão e da participação popular na deliberação e na fiscalização das ações do Estado. Entendemos ser de fundamental importância a compreensão mais profunda das articulações que foram sendo estabelecidas entre os atores e as ações políticas sociais e os atores e as ações políticas estatais. Em função disso, fundamental se torna descrever os movimentos e os interesses de cada conjunto de atores que, em diferentes espaços de articulação política, construíram estratégias que consolidaram as bases para a reforma do Estado, neste caso, no setor da saúde.

As ações dos segmentos identificados com a estratégia de ação societal tiveram a sua articulação sustentada nas estruturas capilarizadas da Igreja Católica, a qual estava comprometida com a Teologia da Libertação; as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) eram sua maior expressão organizativa. Oriundos dessa estrutura, vários agentes sociais se destacaram nesse período com sua atuação nesses espaços marcados por uma pedagogia de Educação Popular; era o “fazer com” em várias áreas temáticas.

A aplicação desse conceito alarga e multiplica os espaços de discussão e cria novas possibilidades de evolução do conhecimento, que podem levar ao compromisso e à responsabilidade histórica de humanização do próprio homem. Humanização que Freire afirma não poder ser feita senão pelo caminho de uma práxis que coloque a realidade concreta frente a homens concretos (FREIRE, 1983).

Duas dessas temáticas de atuação que se tornaram importantes em face do envolvimento de profissionais da saúde foram a da saúde alternativa e a da saúde comunitária. É a partir dessas ações alternativas de atenção e produção de saúde junto às comunidades que seria construído o conceito de saúde como “direito para todos os cidadãos” e de “humanização” no atendimento. “Emancipação total de todos os sentidos e qualidades humanas [...] tanto do ponto de vista subjetivo como objetivo [...] o olho tornou-se olho humano” (MARX, 1991, p. 197).

Essa articulação acontecia por meio de inúmeros encontros locorregionais, nos níveis estadual e nacional de medicina alternativa, os quais envolviam a troca de experiências entre as comunidades organizadas e os técnicos engajados nessas comunidades, bem como de algumas experiências de gestão da saúde desenvolvidas em administrações populares. No Encontro Nacional de Experiências e Medicinas Comunitárias – Enemec (1981), o Movimento Popular de Saúde (MOPS) foi oficialmente criado como resultado do empenho de várias entidades integradas no objetivo de dar unidade aos movimentos populares e às experiências comunitárias de saúde que existiam e estavam dispersas por todo o Brasil (DOIMO e RODRIGUES, 2003, FALEIROS, 2006).

Nesse contexto, ainda segundo as mesmas autoras, o MOPS vai adquirindo visibilidade e se instalando em pequenas e grandes cidades; dentre as regiões metropolitanas populosas destaca-se Porto Alegre. As mobilizações dos atores articulados em torno desse movimento construiriam, em todo o país e em Porto Alegre, por um lado, a noção de saúde como um “direito” a ser provido pelo Estado e, por outro, um radical desejo do “poder popular” alternativo a esse Estado autoritário.

Entretanto, para melhor entender o fato de essas propostas terem sido incorporadas ao discurso oficial e incluídas na reforma da saúde, é fundamental resgatar as estratégias e a participação das forças de ação política estatal. Durante a década de 1980, foi marcante a atuação do movimento sindical na luta pela autonomia em relação ao Estado e por melhores condições de trabalho. Na área da saúde, os trabalhadores reivindicavam trabalhos dignos contra a medicina hegemônica de grupo. O movimento médico comunitário passou a posicionar-se politicamente contra as multinacionais da área da saúde (CORTES, 2000; DOIMO, 2003). Soma-se a essas frentes de luta, a dos grupos vinculados ao Partido Comunista Brasileiro em defesa da eficácia da ação política estatal. Esses mesmos atores, com o processo de abertura política que se instaurava no Brasil e posteriormente com a eleição direta dos governadores, passaram a ocupar espaços e postos importantes nas esferas federal, estadual e municipal.

Em 1982, em condições favoráveis no governo da Nova República, vários técnicos já ocupavam postos no Ministério da Saúde como sanitaristas na coordenação de trabalhos em Postos de Saúde Pública, nos espaços das Câmaras Legislativas federal e estaduais; ali, eles passam a produzir movimentos institucionais importantes. As ações políticas estratégicas de mobilização estatal adquirem visibilidade e adesão das forças de ação política societal produzindo assim uma nova sociabilidade – condições favoráveis para a ruptura.

Quadro 03 – Vertentes do movimento de reformas na saúde

Vertentes/ pilares	Academia	Gestão dos serviços	Bloco suprapartidário (MDB, PCB e PT)	Movimentos redemocratizantes
Caracterização	Contexto de crise na concepção de saúde-doença	Contexto de abertura política e de eleições diretas para prefeitos e governadores	Criação e legalização de novos partidos, Conselhos Populares	Emergência dos Novos Movimentos Sociais Formação das Centrais Sindicais e de Movimentos Populares Teologia da Libertação Emancipação dos Movimentos Sociais Cidadania
Bases	Inspiração marxista e o Modelo de Reforma Sanitária Italiana	Experiências inovadoras da administração popular em Municípios e Estados (participação, orçamento participativo) Conferência Internacional de Alma Ata (cuidados primários de saúde)	Coalizão de forças políticas “partido da saúde” Núcleos de Base Frente Parlamentar da Saúde	Agentes de saúde; Movimentos comunitários e de vizinhança (Associação Amigos de Bairro); Movimentos vinculados às igrejas – CEBs; Movimento Popular de Saúde – MOPS; Movimento Sindical; Movimento contra a Carestia; Conselhos Populares; Conselhos de Saúde; I Encontro Popular de Saúde
Atores	Autores e pesquisadores da academia	Gestores Sanitaristas	Parlamentares Congresso Constituinte	Lideranças dos Movimentos Sociais Populares
Estratégias	Eventos, Congressos, Publicações OPAS (Organização Pan-americana de Saúde), Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) e da Cebras (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde) e a ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública)	Criação do PIAS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e de Saneamento) AIS (Ações Integradas de Saúde) SUDS (Superintendência de Desenvolvimento da Saúde) Estruturas Organizativas – Conass (Conselho Nacional de Secretários) e Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde)	Educação de Base	Educação Popular – Círculos de Cultura e o Teatro Popular Encontros, Seminários, Congressos, manifestações populares Conferências de Saúde

Pressupostos	Determinação social da doença	-	Força popular Projeto societário	Democracia, cidadania Instituição de Direitos Autonomia, Emancipação, Pluralidade Participação
Tese	Saúde tem papel fundamental no modo de produção e organização da sociedade – Reinterpretação da medicina social	Tentar desenhos alternativos que se contrapunham à política oficial de saúde (fragmentada, segmentada e centralizada)	Enfrentamento da questão da inclusão de direitos no Congresso e na Constituição Frente Parlamentar da Saúde	Processo Participativo Popular como eixo estruturador
Contribuição	- Elaboração crítica na formulação das políticas públicas – base teórica do SUS	- Novos atores políticos – Conass e Conasems; - Novos desenhos de implementação de políticas públicas – centrada nos usuários com protagonismo e autonomia dos trabalhadores	- Legislação do SUS - Municipalismo	- Matriz política da participação - Socialização de informações; Infraestrutura para mobilização social - Identidade política transformadora; - Luta pelo acesso a saúde

Fonte: Dados sistematizados por esta pesquisadora no período de 2010 a 2011 (BRASIL, 2005; DAVID, 2005 e 2010)³³

O quadro aponta quatro grandes vertentes políticas que contribuíram para construir o SUS no Brasil: a academia, as administrações, principalmente após a nova república (gestões populares municipais e estaduais), o bloco suprapartidário e os movimentos sociais (sindical, de bairro, de saúde e de trabalhadores).³⁴

Em uma primeira constatação, percebe-se que o SUS só foi possível com a articulação da participação política. Os atores desse processo, como já destacados pela literatura referente ao tema e nesta pesquisa, foram professores, pesquisadores e acadêmicos das universidades; gestores e sanitaristas nos serviços públicos, parlamentares de esquerda e lideranças dos movimentos sociais populares e sindicais,

³³ Cf. mais detalhes sobre esse processo histórico no *site* que traz a publicação de uma pesquisa nacional sobre *A construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo de participativo*, coordenado por Vicente de Paula Faleiros, Brasília, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=25574.

³⁴ Desde os anos 1970, segundo Vasconcelos (2001), a Educação Popular em saúde no Brasil é protagonizada pela participação dos profissionais de saúde de base freiriana, com rupturas nas práticas tradicionais de educação na saúde. O Sistema Único de Saúde – SUS é resultado e articula experiências dos Encontros Nacionais de Medicina Comunitária – Enemec, que reunia usuários e trabalhadores oportunizando trocas de experiências entre esses segmentos. Por exemplo, na Paraíba, a Universidade foi para a comunidade acompanhar as práticas populares de cuidado. No início da década de 1980, existia uma pequena articulação que depois se efetivou na Rede Popular de Saúde – Redepop que gerou um diálogo virtual e algumas produções teóricas sistematizadas por Vasconcelos, dentre outros, de Valla, Stoz, Dantas e Pedrosa, como se poderá acompanhar durante esta pesquisa.

profissionais de saúde, cujas estratégias foram dentre outras, utilizar os espaços dos debates **para produzir o conteúdo da política**. Para isso, foram de fundamental importância os Eventos, os Congressos e as Publicações da OPAS (Organização Pan-americana de Saúde), da Abrasco (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) e da Cebes (Centro Brasileiro de Estudos da Saúde) e da ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública). A **produção de novas experiências de gestão pública** foi impulsionada pelas demandas da população e pelas iniciativas de trabalhadores, gestores e sanitaristas via criação do PIAS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e de Saneamento), das AIS (Ações Integradas de Saúde), da SUDS (Superintendência de Desenvolvimento da Saúde) e das estruturas organizativas – Conass (Conselho Nacional de Secretários) e Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), bem como do bloco suprapartidário que cumpre a função de **elaborar a nova legislação** dentro do Congresso, no momento constituinte e de apoio à educação de base e à mobilização dos movimentos sociais que produziram o conceito de saúde como direito, a humanização, a **educação política e a mobilização** via Educação Popular – Círculos de Cultura e o Teatro Popular, Encontros, Seminários, Congressos, manifestações populares, Conferências de Saúde e abaixo-assinados.

Assim, de um lado, as estruturas capilarizadas da igreja da Teologia da Libertação possibilitam os processos de educação popular e as mobilizações por direitos e, de outro, os técnicos, os sanitaristas, os militantes dos partidos de esquerda que ocupam espaços nas gestões administrativas populares via articulação da saúde alternativa e comunitária propõem estratégias de descentralização com participação. Essa síntese foi resultado da articulação entre as forças políticas democráticas mediadas pelos trabalhadores dirigentes que, por sua vez, desembocou no novo paradigma na saúde.

*3.2.4 – Contexto histórico da década de 1990 – **Onda neoliberal e a participação***

Na década de 1990, a crise mundial do capitalismo começou a afetar o processo de implantação tardia do sistema capitalista no Brasil. Isso não impediu, mas dificultou a implementação das reformas que haviam sido aprovadas na Constituição Federal de 1988. A “diferença de classe” estava prevista na Resolução nº 283 do extinto Inamps, revogada pela Constituição Federal de 1988: “é conferir tratamento especial e diferenciado aos pacientes dentro de um sistema que prevê o acesso universal e igualitário da população às ações e serviços do Sistema Único de Saúde, conforme disposto no art. 196 da Constituição Federal” (BRASIL, 1988).

Tanto a Constituição Federal do Brasil de 1988, quanto as Leis 8080 e 8142 (BRASIL, 1990) aprovadas em 1990 pelo Congresso Nacional, as Constituições Estaduais e a Leis Orgânicas Municipais foram influenciadas pelas articulações entre as organizações que representavam os interesses da população quanto à saúde (segmento “usuário”) em parceria com outros segmentos reformistas do sistema brasileiro. A Constituição conta ainda com dispositivos que podem e devem ser acionados nas lutas por saúde, bem como em outras lutas por cidadania, constituindo-se em instrumentos dos quais a população pode se valer nas três esferas de poder: Legislativo, Executivo e Judiciário.

Vários autores têm chamado a atenção para a instituição de espaços públicos,³⁵ e fóruns de participação, em diversas áreas e diferentes níveis da administração pública no Brasil. Dentre tantos, referenciamos Bravo (1995), Cortes (1995, 1998, 2002 e 2003), Carvalho (1998), Raichelis (2000), Valla (1998), Dagnino (1990 e 2002), Tatagiba (2002), Gohn (2001) e Fuks (2002).

Dentre esses fóruns participativos pode-se destacar os conselhos de políticas públicas nas áreas de saúde, assistência social, trabalho e emprego, desenvolvimento rural e educação. Além disso, destacam-se as experiências de Orçamento Participativo, promovido por administrações municipais, particularmente naquelas cidades governadas por partidos de esquerda. Entre os conselhos de políticas públicas, os da área da saúde foram os primeiros a ser legalmente instituídos e regulamentados (BRASIL, 1990). O modo como eles são constituídos, como funcionam e se compõem serviram de modelo para os conselhos que vieram a se organizar posteriormente (CORTES, 2002, p. 167).

O paradigma vigente, que orientou os anos de 1980, era o de que, com a participação cidadã em espaços públicos instituídos, seria possível intervir, de forma propositiva, na formulação das agendas de planejamento e na execução das políticas públicas no Brasil. As mudanças seriam possíveis, a participação provocaria tensionamentos entre as agências estatais. Isso resultaria em: (a) maior transparência nas ações desenvolvidas pelos governos, permitindo um maior controle destes pela sociedade; (b) negociação do Estado com diversos grupos de interesse, coibindo a ação

³⁵ A constituição dos **espaços públicos** representa o saldo positivo das décadas de luta pela democratização, expresso especialmente — mas não só — pela Constituição de 1988. Em contrapartida, houve um processo de encolhimento do Estado e de progressiva transferência de suas responsabilidades sociais para a sociedade civil (DAGNINO, 2004, p. 97); “além de incorporar uma agenda universalista de direitos e proteção social, o novo texto traduz uma exigência: participação na gestão da coisa pública e acena com possibilidades de construção partilhada e negociação de uma legalidade capaz de conciliar legalidade e cidadania [...] que no contexto das políticas se traduz em espaços plurais de representação de atores coletivos”, de “direito a ter direitos” (PAOLI e TELLES, 2000, p. 103).

de grupos corporativos que pudessem circular em torno do poder estatal e (c) promoção da cidadania, pois essa participação teria um efeito pedagógico sobre os atores envolvidos (TATAGIBA, 2002, p. 47- 48).

É possível compreender melhor os conselhos de políticas tendo em conta as seguintes características: (a) eles estão ligados às políticas públicas mais estruturadas ou concretizadas em sistemas nacionais; (b) estão previstos, geralmente, em Legislação Nacional, com atribuições legalmente estabelecidas no plano da formulação e da implementação das políticas na respectiva esfera governamental, compondo as práticas de planejamento e fiscalização das ações; (c) são também concebidos como fóruns públicos de captação de demandas e de negociação de interesses específicos dos diversos grupos sociais e (d) são um instrumento de ampliação, da participação dos segmentos que têm pouco acesso ao aparelho do Estado. Nesse sentido, podemos situar os conselhos num nível amplo e restrito de políticas (TATAGIBA, 2002, p. 49). Os conselhos podem variar de acordo com a natureza da área temática que abrangem ou quanto à conformação política locorregional. Conforme indica Tatagiba (2002, p. 65), os conselhos (a) são órgãos concebidos para influir, consecutivamente, na vontade normativa do Estado, mediante o exercício de competências conferidas pelas respectivas Leis criadoras, as quais devem trazer as linhas que definem o respectivo campo de atuação; (b) os conselhos constituem-se em instâncias de caráter deliberativo, mas não executivo. São órgãos com função de controle, mas não concorrencial às políticas sociais, a base de anulação do poder político; (c) os conselhos devem-se deter também medidas que visem ao reordenamento institucional dos órgãos da administração pública responsáveis pela execução das políticas sociais dentro de cada campo específico de intervenção. Tudo o que tenha caráter de adequação ou reorientação e que expresse o exercício de competência prevista na sua Lei de criação não necessita de homologação; (d) as exceções são os conselhos de saúde, cujas resoluções devem ser homologas pelos Executivos.

Estudando o aspecto de contextualização dos espaços públicos reivindicatórios, Nunes e Jacobi (1989) destacam a possibilidade de o Município transformar-se em *lócus* privilegiado para o confronto de ideias entre os atores. Ao descrever as organizações populares em cidades de pequeno e médio porte, esses autores fazem referência ao Município como sendo a unidade de governo com maior sensibilidade e permeabilidade às camadas sociais excluídas do processo decisório. A descentralização político-administrativa, a municipalização dos serviços de saúde e a instituição de espaços

públicos de participação favoreceriam a defesa de interesses, o debate acerca da organização do Município e a inclusão dos segmentos da saúde na tomada de decisão.

Na presente pesquisa, o Conselho de Saúde será focado como um dos diversos conselhos de políticas públicas instituídos a partir da Constituição de 1988. Normatizados, pela Lei Federal 8.142, de 1990 (BRASIL, 1990), por ocasião da descentralização político-administrativa do Sistema Único de Saúde, eles passaram a ser uma condição indispensável para a efetivação do repasse de recursos federais.

As Conferências e os Conselhos de Saúde foram juridicamente instituídos como fóruns colegiados de participação, cujas composições incluem representantes do governo, dos prestadores privados e filantrópicos dos serviços de saúde, dos profissionais e trabalhadores em saúde e dos usuários do sistema (BRASIL, 1990a).

Embora a atenção à saúde tenha se tornado por lei uma obrigação municipal, até meados da década de 1990 essa municipalização aconteceu paulatinamente, em meio a negociações complexas e conflituosas entre as autoridades de saúde das esferas estadual e municipal. As Normas Operacionais Básicas (NOBs) do Ministério da Saúde (1991, 1993 e 1996), as Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS (2001) e a Norma Operacional de Recursos Humanos – NOB-RHSUS (2001), normatizam e regulam o nível de responsabilidade em cada área da saúde, bem como a forma de repasse de recursos; estava sendo estimulada, assim, a municipalização da saúde (CORTES, 2000). Um dos requisitos para que as Secretarias Estaduais e Municipais pudessem se habilitar a receber recursos financeiros federais era ter Conselhos organizados de acordo com as determinações legais. Em 2006, foi publicado o Pacto pela Saúde que orientava as responsabilidades da gestão na execução e forma de financiamento da política pública de saúde (BRASIL, 2006) e no ano de 2011 foram publicados o Decreto 7508, a Portaria dos COAPS e a LC 141, dentre outros.

O modo como são configurados os Conselhos de Saúde gerou uma nova institucionalidade pública. Eles são arenas públicas de disputas que visam à elaboração de políticas e às definições de ações de saúde no nível de jurisdição em que estão localizados. Esses Conselhos são novos instrumentos de expressão, de representação e de participação; em tese, eles detêm um potencial de transformação política. Se forem efetivamente representativos, eles poderão imprimir um novo formato às políticas sociais, pois se referem aos processos de formação das políticas e à tomada de decisões (GOHN, 2001, p. 87).

A finalidade dos Conselhos é estabelecer estratégias, decidir sobre a alocação de recursos financeiros e monitorar a implantação das políticas. Partindo-se do pressuposto

das realidades locais e de que estas influenciarão diretamente a constituição dos Conselhos de Saúde, estes vão adquirindo diferentes formatos. Eles frequentemente representam “cunhas democratizantes inseridas em contextos predominantemente conservadores, e o caráter que irão assumir no nível local poderá variar de meras estruturas governamentais a espaços públicos nos quais são constituídos atores e sujeitos políticos autônomos” (DAGNINO, 1994; BRAVO, 2004, 2006).

Grande parte desses conselhos foi criada sem o envolvimento da sociedade; em sua maioria, eles foram criados nas Câmaras de Vereadores e seus integrantes indicados pelos Secretários Municipais de Saúde ou por setores das elites políticas locais. Essa cultura política autoritária pode exercer predomínio sobre as ações de grande parte dos Conselhos que, nesse caso, passariam a se constituir como órgãos de legitimação das políticas do governo. Daron (2003) e David (2005) mencionam trabalhos que analisam o envolvimento de usuários nos Conselhos de Saúde, indicando que tal participação varia conforme as especificidades históricas, políticas e sociais da região ou do local no qual esses conselhos estão inseridos.

Se, por um lado, o Estado e as políticas neoliberais da década de 1990 “desconstruíram” o sentido do público, retirando-lhe a sua universalidade e remetendo-o ao campo do assistencialismo e da lógica do consumidor usuário dos serviços, por outro, a existência dos Conselhos possibilitou a aglutinação de tais direitos fragmentados, reconstruindo os caminhos de conquista da cidadania, que estaria sendo esfacelada (GOHN, 2001). Nesse processo de disputa, entretanto, os representantes dos usuários competem em condições de desigualdade com os outros atores envolvidos. De acordo com Telles (1994, p. 99), existe uma “assimetria de posições e diferenças no poder de negociação dos grupos envolvidos”.

O Estado e suas instituições se configuram em contexto de disputas de interesses na sociedade e de construção de consensos. As políticas públicas são respostas às demandas, que podem produzir equidade ou iniquidades de acordo as conformações sócio-históricas, econômicas, políticas e culturais vigentes que conferem forma ao modelo de desenvolvimento e de proteção social. O Estado brasileiro nasce a partir de modelos de desenvolvimento focados no crescimento econômico, em um contexto do capitalismo conservador patrimonialista e dá respostas para a questão social a partir do modo corporativo, a partir da contribuição individual. As políticas públicas propostas pela trajetória dos diferentes regimes de Estado brasileiro são compensatórias, contributivas, de direito e focalizadas segmentando a população usuária entre os que necessitam da

contribuição geral da sociedade e os que coparticipam, contribuindo individualmente para o acesso aos serviços.

No final da década de 1970 e início da década de 1980, a sociedade brasileira em um contexto de “crises” constrói um pacto de defesa de direitos e um sistema de seguridade social de acesso universal. Essas diretrizes constitucionais permeiam a legislação social que, já nos anos de 1990, em sua fase de implementação, sofre a influência do avanço da terceira via liberal que impõe a regulação do mercado nas políticas de Estado. Há um avanço do mercado sobre o campo da saúde. A relação “público-privado” nos serviços de saúde, também sustentada pelos organismos internacionais, como condicionalidade imposta ao financiamento externo, recoloca o debate sobre o papel do Estado. O mercado pressiona o Estado para que este assuma um papel de provedor, de controle e de regulação dos serviços de saúde. Coube então ao Estado reduzir as suas ações enquanto produtor de saúde, focando sua atenção em serviços básicos. A saúde passa a ser ofertada como mercadoria e seus usuários como bons consumidores em um mercado altamente competitivo e complexo.

Ainda são incipientes os estudos que articulam o modelo de desenvolvimento com a determinação social da saúde e da doença e desigualdades e segmentação no acesso ao direito a saúde. O conceito de desenvolvimento tem caráter polissêmico, o que torna ainda mais difícil fazer uma relação com a concepção de saúde. Diante disso, surge a pergunta: que desenvolvimento? Este “requer que se removam as principais fontes de privação de liberdade: pobreza e tirania, carências e oportunidades econômicas, destituição social sistemática, negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva de Estados repressivos” (SEN, 2000, p. 18). Como enfrentar a degradação contínua nas periferias das grandes cidades (CAMPOS, 2004). A pobreza que atinge significativa parcela da população exige que políticas de direito sejam garantidas por um Estado social forte e com projeto ético-político de emancipação humana, política e social.

Nesse sentido, a hegemonia está colocada em um campo de lutas “de alianças, de construção e de desconstrução de saberes e experiências”, pois “toda a hegemonia é uma relação pedagógica” uma vez que encerra em si possibilidades de emancipação coletiva para toda a sociedade (GRAMSCI, 1978; SIMIONATTO, 2004).

Um processo de rupturas histórico-sociais e culturais moderno e contemporâneo subsidia com valores e indicativos de intervenção que contribuem para a constituição de práticas profissionais e sociais (LUIZ, 2008) no contexto de democratização da sociedade para a construção de uma nova sociabilidade, arena de disputas e tensões na

luta por democracia, liberdade, autonomia, pluralismo e emancipação. Na medida em que o princípio da participação em saúde é reconhecidamente legítimo e fundamental para a garantia do direito a saúde, o acesso à política pública de saúde com qualidade e equidade, torna-se necessária a formação de atores sociais ativadores da emancipação e de seus representantes nas esferas de representação e participação em saúde, lócus de expressão de seus diferentes projetos políticos.

A seguir será explicitada segundo dados (documentos e narrativas dos atores) a forma e o conteúdo da materialização do SUS no RS. Ela tem início com o debate sobre a descentralização político-administrativa. Destaca-se a questão da descentralização de poder e de recursos como condição básica para a participação popular nas políticas públicas. Isso evidenciaria que diferentes modelos de desenvolvimento, de organização política e de mobilização social produzem diferentes contextos sociais. Assim, veremos como as estratégias serão utilizadas nas estruturas da SES/RS, do CES/RS e das Conferências de Saúde para a inserção do projeto de reformas na saúde e também o modo como os conceitos de saúde e de participação gradativamente se consolidam. Além da análise documental que marcará os tempos históricos, serão utilizadas como ilustração as narrativas de atores sociais. Os atores gaúchos e as estratégias utilizadas no movimento de reformas na saúde serão tema do quinto e último capítulo.

4 – DESCENTRALIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA NO RS E A PARTICIPAÇÃO POLÍTICA NO CONTEXTO DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE E DOS ESPAÇOS PÚBLICOS (CONSELHO ESTADUAL E CONFERÊNCIA DE SAÚDE)

Na primeira parte deste capítulo será incluída a contribuição de alguns atores/autores que refletiram sobre a temática e que contribuirá para compreender como se dá a relação entre os atores, as articulações, as concepções e os projetos em disputa em cada período histórico. Para orientar a análise neste capítulo, os documentos utilizados são principalmente os Planos Estaduais de Saúde – PES/RS da Secretaria Estadual de Saúde do RS – SES/RS e principalmente as Resoluções e Atas pré-resoluções do Conselho Estadual de Saúde - CES/RS e os Relatórios das Conferências Estaduais de Saúde. Além disso, serão utilizados de forma ilustrativa fragmentos das narrativas de atores que fizeram parte desse processo de construção do SUS. A primeira parte deste capítulo trata da descentralização político-administrativa e sua materialização no RS, buscando, ademais, nos PES/RS e Relatórios das Conferências, dirigir o foco para as concepções de saúde e de participação. Já nos documentos do CES/RS, a finalidade é analisar como a participação política em espaços públicos vai se instituindo no RS e como os movimentos sociais ocupam os espaços públicos materializando a saúde como direito.

Esse olhar é feito com base no banco de dados da Assessoria Técnica e de Planejamento – Assteplan e do Centro de Documentação e Informação em Saúde – CEIDS da Escola de Saúde Pública – ESP/RS e ainda em dados do acervo do Conselho Estadual de Saúde – CES/RS, com sistematização desta autora no período de 2012 e 2013 a partir dos Planos, documentos das entidades, Relatórios das Conferências de Saúde e da publicação e ampliação da Constituição Estadual, Relatórios das Plenárias e ainda de documentos do CES (resoluções, atas, RI), bem como de narrativas dos atores visando explicitar a descentralização no Estado do RS e descrever como o SUS vai se materializando a partir do movimento dos atores desse campo político.

A coleta de dados sobre as conferências dá-se a partir da sistematização dos relatórios das seis Conferências Estaduais de Saúde no Rio Grande do Sul que aconteceram de 1991 a 2011. Elas iniciam, portanto, na década de 1990, num tempo de antagonismos de um lado e de reforma do Estado de outro, num período também de regulamentação do SUS.

O processo de descentralização no Rio Grande do Sul está articulado com o projeto político nacional do final da década de 1960 de um modelo desenvolvimentista

cepalino, tendo como particularidade rio-grandense o Movimento pela Legalidade contra a ditadura militar liderado por Leonel Brizola, característica que permanece até fins da década de 1970. Caracterizada como área de segurança nacional, a representação política era indicação oficial da União. Na década de 1980, inicia-se um movimento pela estadualização com eleições diretas, já no contexto da Nova República. A pesquisa trabalha na perspectiva de que a descentralização facilita o processo de participação.

4.1 Descentralização político-administrativa e a instituição da participação em saúde

A literatura pesquisada aponta algumas características dos processos de descentralização das políticas públicas tais como: a transferência de poder decisório e de recursos entre os poderes, fortes relações intergovernamentais, tensões permanentes entre a elite política no sentido de descentralização e centralização, articulações entre o federalismo cooperativo X disparidades regionais e, além disso, a rescentralização das ações, entre outras a serem agora explicitadas (VIANA, 2001; ABRUCIO, 1998; RABELO, 1998; KULGEMAS & SOLA, 2000; LEVCOVITZ, 1997; JAEGER, 2001; FERLA, 2002).

Foi precisamente nessa conjuntura contraditória de emergência dos movimentos sociais construtores desse “espaço público” de participação cidadã dos anos de 1980 e de incapacidade de fazer valer a lei, os direitos e a justiça dos anos de 1990 que o SUS construiu seu arcabouço legal e de instituição do direito a saúde.

A **descentralização**, como parte da reforma do Estado, pode ser balizada por 1) o paradigma democratizante, cujos objetivos seriam a transferência de poder ao âmbito local com a participação da sociedade ou 2) o paradigma neoliberal, no qual haveria uma transferência de atribuições, seja para as instâncias descentralizadas de governo seja para o setor privado, buscando o Estado mínimo. (RABELO, 1998, p. 143)

Segundo Viana (2001, p. 3), esse processo se caracteriza por três fases distintas: (a) fase embrionária de assunção de responsabilidades na área social por parte dos Municípios, pressionados pelo crescimento da demanda no início dos anos de 1980; (b) fase caracterizada por ações coordenadas entre as três esferas de governo, na implantação de determinadas políticas (saúde, por exemplo) nas Leis Orgânicas Municipais, nas Constituições Estaduais e Federal de 1988; e (c) fase marcada pela retomada da centralização fiscal e administrativa, cujo desdobramento é o isolamento municipal.

O sistema preconizado pelo SUS concretiza-se na experiência do federalismo cooperativo [...] relações intergovernamentais [...] compreendendo o financiamento, a administração e a política [...] cooperativas e no sentido de solucionar conflitos, pois o acesso aos serviços subordina-se a esses mesmos acordos, tendo em vista as desigualdades da sua distribuição no território nacional. (VIANA, 2001, p. 4)

No embate entre descentralização e centralização, o federalismo sempre foi uma “instituição amortecedora das profundas disparidades regionais, e suas características atuais conformam uma federação que constrange o centro e redireciona os papéis dos governos subnacionais, porém com grande diversidade de respostas, em razão das profundas disparidades inter e intrarregionais” [...] na saúde um poder gestor municipal, integrado de forma sistêmica” (KULGEMAS & SOLA, 2000, p. 1) sofre com as reformas do Estado e se concretiza nas relações intergovernamentais que (a) priorizam a distribuição de recursos e (b) revelam relações político-administrativas convergentes entre “tensão e distensão de controles políticos e fiscais”.

Para Abrucio (1998), esse período se caracteriza por três fases: (a) a primeira de alto centralismo, característico da fase do regime autoritário nos anos de 1970, modelo denominado “unionista autoritário”, ou seja, o do regime militar; (b) o segundo, “federalista estadualista”, seria orientado para a descentralização e a formação de um novo modelo federalista nos anos de 1980 e (c) o terceiro ainda estaria indefinido quanto ao novo modelo de federação, mas com traços de rescentralização e ausência marcante de mecanismos cooperativos, denominado de federalismo predatório nos anos de 1990. Isso será melhor explicitado a seguir.

Nos anos de 1980, constata-se um aumento significativo dos Estados nas receitas nacionais “a partir da emenda Passos Porto, em 1983, consolidando-se posteriormente, na Constituição Federal de 1988”; entretanto, segundo Abrucio (1998), a descentralização no Brasil ocorreu sob um padrão perverso de políticas públicas; nem a União nem os Estados mudaram a forma clientelista de fazer política, mantendo a politização da administração pública estadual, a dependência do sistema eleitoral em relação ao governo estadual, a ausência de contrapesos regionais, a baixa visibilidade política e a neutralização dos órgãos fiscalizadores estaduais. Assim, o poder dos governadores alicerça-se numa rede de lealdade, vinculada à distribuição de cargos do executivo estadual e à montagem de uma estrutura clientelista junto aos prefeitos e líderes locais.

Para superar os conflitos e as contradições geradas por um “federalismo predatório” dos anos de 1990, são incluídos nas Normas Operacionais Básicas – NOBs

alguns “**instrumentos-chave**”. As normas criaram contradições na gestão das políticas (VIANA, 2001; LEVCOVITZ *et al.*, 1997, p. 1), um “paradoxo das reformas em saúde: no momento da afirmação da economia liberal, fortaleceu-se o controle estatal”. A política descentralizadora contou, no Brasil, com **fortes induções estratégicas** constrangedoras de centro, realizadas por meio das NOBs da década de 1990 e pela edição da NOAS (2001)³⁶, mas também configuram outros espaços de negociação e pactuação tais como:

1. A criação dos **Conselhos de Saúde** e das **Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite** (CIT e CIB), com a presença de representantes dos Conselhos de Secretários Estaduais e Municipais (Conass e Conasems), constituindo instrumentos importantes para a construção da intergestão, essencial ao processo de regionalização e de criação de sistemas supramunicipais.

2. **Transferências automáticas per capita do PAB fixo e variável**, representando a descentralização dos recursos, homogeneizando a presença da esfera federal e impulsionando a reorganização da atenção básica.

3. Os **incentivos ao aprendizado institucional** vinculados ao histórico de habilitações, perfazendo estratégia importante de indução para a melhoria da qualidade da gestão pública.

Na década de 1990, aponta Couto e Silva (1998, p. 2-3), a tendência para a descentralização presente na Constituição de 1988 foi revertida, havendo mudanças nas relações intergovernamentais, considerando-se os aspectos fiscais e financeiros “em virtude da apropriação pelo Orçamento Geral da União dos recursos previstos para o financiamento da seguridade social e do desequilíbrio financeiro dos governos subnacionais”. Assim, para o autor, “a incapacidade do processo de manutenção da descentralização decorre da fragilidade da base de sustentação fiscal dos Estados [...] e consequente frustração das políticas sociais descentralizadoras, como a educação e a saúde”.

Tínhamos, no fim dos anos 70 e início dos anos 80 um processo de mobilização de rua, de passeatas, de greves. O neoliberalismo foi um processo desorganizador de movimentos sociais: ele desorganizou o

³⁶ “Guido Carvalho foi um eminente jurista e estudioso do direito universal à saúde. Coautor de grande parte da legislação de saúde nas décadas de 1980/1990, desde as AIS e o SUDS. Nunca à frente de cargos, mas como colaborador engajado na luta da saúde, questionava sempre as denominadas NOBs. Seu argumento era que as NOBs e outras portarias do executivo se detinham em regulamentação excessiva e minuciosa de questões que não precisariam ser regulamentadas. Além disso, discursavam intenções inócuas, pois elas já estavam na Constituição Federal e na Lei Orgânica de Saúde” (CARVALHO, 2001; **Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200012>. Acesso em 3 de setembro de 2013).

movimento sindical, ele desarticulou a CUT/RS, a teologia da libertação, o Movimento Comunitário, social e popular. Ele reprimiu esse processo, na medida em que desarticulou e matou sonhos com a era do fim da história. (ENTREVISTA 5, 2012)

Para Jaeger (1999-2000, p. 11-12), a diretriz da descentralização, entre outros aspectos, abriu caminho para “a melhor aplicação e racionalização dos recursos operacionais e financeiros utilizados nos Municípios, estados e união para a organização do sistema”. A autora destaca ainda que a Constituição Federal de 1988 associou essa diretriz a outras duas diretrizes, a saber, à da integralidade da atenção à saúde e à do controle social. E, ainda em 1990, a “ampla pressão da população organizada, principalmente por meio dos movimentos populares e sindicais, possibilitou que o SUS fosse regulado por Lei Ordinária, a ‘Lei orgânica da saúde’”. Quanto ao financiamento, ela “no seu artigo 35 definiu uma forma de repasse para estados e Municípios, já que foram diminuídas as responsabilidades diretas da união”. E o critério básico para esse repasse foi o populacional, que deixa de ser efetuado por contratos e convênios e passa a ser feito por repasses fundo a fundo.

Descentralização entende-se ainda, como foi na gestão popular do RS, “processo de transferência de poder decisório e de recursos” para instâncias mais próximas da rede local de serviços envolvendo as transferências de algumas responsabilidades administrativas (desconcentração) e de poder decisório (devolução) para as Coordenadorias Regionais³⁷ de Saúde (CRSs) e da SES e para os Municípios no Rio Grande do Sul, além de uma “relativa delegação”, na medida em que envolvem ações conjuntas de organizações da rede com os serviços privados filantrópicos. Portanto, um *mix* em que ações de gestão (descentralização da gestão) combinam-se com ações de organização da atenção (regionalização e hierarquização da atenção) (RIO GRANDE DO SUL, 2001, p. 55).

Para o Ministério da Saúde a descentralização segundo a NOB SUS 1/93 – Portaria do MS n. 545, de maio de 1993, “deve ser entendida como um processo que implica redistribuição de poder, redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas e de controle social”.

³⁷ Coordenadorias Regionais de Saúde são instâncias político-administrativas descentralizadas nas regiões sanitárias da SES/RS. Inicialmente criadas como Delegacias Regionais de Saúde vinculadas a concepção de saúde e da finalidade do período. Em 1999, passa para nova regulamentação de nome e finalidade para adequar-se a gestão democrática e popular e sua concepção de saúde. Esse tema será mais bem explicitado ainda neste capítulo.

Para Carvalho (2001), as NOBs – todas elas – incorreram na ousadia de descumprir a CF e as leis 8.080 e 8.142. Isso também se confirma nesta narrativa: “Tem um momento em que o MS adota uma postura de descentralização radical e logo faz um recuo [...] que rescentraliza tudo e aí vêm as NOBs, que são contra a descentralização. As NOBS são a absoluta negação da Plataforma de Reforma Sanitária. As NOBS são a INAMPIZAÇÃO do SUS”. (ENTREVISTA 11, 2013).

Em um movimento contraditório, de avanço neoliberal que rescentraliza no MS as ações e os recursos do SUS, numa retomada patrimonialista de repasse de recursos do Estado, a iniciativa privada e setores da elite reformista inserem na NOB/1993 mecanismos de participação e de controle social.

Nesse contexto de aprovação da Constituição Estadual do RS em 1989, e ainda de mobilização de atores coletivos na implantação do SUS na gestão da saúde no RS (1999-2002, p. 20)³⁸, “ao compromisso político do atual governo, somam-se os demais gestores, os prestadores, os conselheiros e as entidades dos movimentos popular e sindical”. Além disso, são apontadas estratégias na descentralização para o RS:

O compromisso que o novo governo realizaria a municipalização solidária [...] Iniciamos a efetivação da descentralização da gestão do SUS com o incentivo financeiro e a regionalização da assistência e da formação [...] O diagnóstico inicial da Secretaria de Saúde apontou excessiva **centralização do poder de decisões** e de recursos no círculo central; municipalização burocrática dos serviços; o âmbito regional sucateado e apenas com funções administrativas, esvazia e sem autonomia de gestão na coordenação regional do SUS; recursos financeiros transferidos sem critérios técnicos de reforço a organização regional e de estímulo à implantação do SUS; fragmentação de respostas às instâncias de pactuação e de controle social; o Estado não habilitado a qualquer das modalidades de gestão previstas no SUS. (JAEGGER, 1999-2000, p. 12).

A SES RS, no desafio de implantar o SUS, estabelece ações para o Planejamento Estadual, em cinco eixos estratégicos. Os principais projetos da SES/RS, desenvolvidos no período de 1999 a 2001, traduzem e implementam os cinco eixos estratégicos a seguir, imprimindo uma marca de “gestão solidária da saúde” (FERLA, MARTINS, 2001, p. 12-17):

1. Descentralização da gestão - **Remodelagem das Delegacias Regionais de Saúde em Coordenadorias Regionais de Saúde**, que de repassadoras de papéis aos Municípios passaram a exercer a cooperação técnica.

³⁸ Cf. o Relatório do Seminário de Avaliação, Integração e Participação na Elaboração e Execução da Política Estadual de Saúde, realizado em 24 e 25 de abril 1999 junto a Procergs com atores de todo o Estado do RS. Mimeo.

A **descentralização entre as esferas de governo** caracteriza-se pela “descentralização de poder”, pelo repasse de recursos financeiros, pelas ações e serviços de saúde, de gerenciamento e ainda pelo processo de regulação (FERLA *et al.*, 2002, p. 15).

Cabe ao gestor municipal, com cooperação técnica e financeira do Estado e da União [...] a pactuação horizontal entre os gestores, pré-condição para assegurar o acesso aos serviços e procedimentos que são oferecidos em outro território, deve estar solidariamente construída, com instrumentos de gestão capazes de garantir as condições pactuadas. (FERLA, *et al.*, 2002, p. 20).

Os eixos estratégicos da descentralização da gestão e da regionalização da atenção têm como objetivo garantir a atenção necessária à saúde, com a qualidade demandada pelo usuário, em todo o Estado.

Vem significando a opção pela criação e pelo fortalecimento das instâncias de gestão regional e pactuação entre os gestores, ampliando a transparência e a sua permeabilidade ao controle social... Também a inversão da cultura vertical de planejamento, de acompanhamento e de organização da atenção à saúde no Estado, mobilizando esforços para a mudança da estrutura técnica e operacional existente, sua qualificação e a emergência de um novo modo de funcionamento para o sistema de saúde, que é próprio do SUS. (FERLA, MARTINS, 2001, p. 17)

Isso é um desafio de cooperação técnica, financeira e operacional de “gestão solidária” entre as três esferas da gestão do SUS, as instâncias do controle social, dos prestadores públicos e privados de ações e serviços de saúde, do Ministério Público e das outras instâncias governamentais e não governamentais do campo da saúde. Essa experiência de gestão do SUS pode reorientar a produção de tecnologias de gestão descentralizada, ainda em construção no contexto nacional, neste período.

Embora nem sempre com informações decisivas para a gestão, a alocação de recursos e a regionalização da atenção têm sido propostas com um vínculo muito forte para o planejamento dos sistemas de saúde. A temática da regionalização das ações e serviços de saúde surgiu associada ao financiamento. (RIO GRANDE DO SUL, 2001, p. 53).

A **Municipalização solidária da saúde**, por sua vez, é uma estratégia de descentralização enquanto projeto de cooperação técnica e financeira da SES/RS. Ele é pactuado a partir de indicadores construídos entre gestores e controle social, transferidos trimestralmente para os Municípios mediante os Planos de Aplicação financeira discutidos e aprovados pelos CMS e as prestações de contas via Relatórios

de Gestão apresentados aos respectivos conselhos de saúde e ao Legislativo conforme o que determina a Lei Federal nº 8.689/93 (FERLA, MARTINS, 2001, p. 12-3 e p. 59).

A municipalização solidária da saúde “prevê a cooperação técnica e financeira do Estado com todos os Municípios, e a saúde solidária [...] prevê estímulos financeiros da SES/RS aos prestadores de serviços hospitalar que se comprometem com a readequação assistencial segundo as necessidades locais e regionais, sua capacidade instalada e as Diretrizes da Política Estadual de Saúde” (*IBID.*, p. 12).

2. Regionalização da atenção – Um projeto de **redes macrorregionais** (sete macrorregiões geossanitárias).

A regionalização da atenção à saúde no Rio Grande do Sul tornou-se eixo prioritário da Gestão Estadual, constituindo uma regionalização na mesma concepção da descentralização. As 19 CRS tiveram delegada a função de gestão regional do SUS no Estado. Anteriormente denominadas Delegacias Regionais de Saúde – DRS, elas passam a chamar-se Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS. “Mudar o papel das Coordenadorias foi importante, para elas não serem um mero policial, assinando ou repassador de papel e com isso ter mudado o seu papel”. (ENTREVISTA 3, 2013).

Transformaram-se de instâncias repassadoras de ações e normas do chamado nível central da SES/RS em instâncias de Planejamento, acompanhamento, controle e avaliação regional da atenção da saúde e de pactuação com os gestores municipais. (RIO GRANDE DO SUL, 2000, p. 17)

As CRS têm sob sua gestão uma realidade absolutamente distinta no que se refere ao perfil epidemiológico, demográfico, social, cultural e econômico-financeiro e de capacidade instalada de serviços nos Municípios de sua atuação. Elas desenvolvem estratégias e responsabilidades próprias para o exercício de suas atribuições sob as diretrizes gerais da SES-RS: reorganização administrativa e funcional (RIO GRANDE DO SUL, n. 24, 2001, p. 56-7).

– A área geográfica das CRS planeja a resolutividade da atenção básica e de média complexidade e fortalece essa esfera de gestão com uma política horizontal de financiamento.

– Fortalece a rede de referência das demandas na relação com as responsabilidades municipais.

– Define as microrregiões no território das CRS e das sete macrorregiões de saúde – unidades em que são planejados e operados os fluxos assistenciais, os investimentos, os tetos de custeio e as estratégias de regulação de média e da alta

complexidade. (Divulgação em saúde para o debate RS. O Município na construção do SUS, n. 24, 2001, p. 56-7). Esse tema será mais bem explicitado a seguir.

3. Integralidade da atenção – Integralidade da atenção à saúde: “integração entre as áreas técnicas e a proposição de ações intersetoriais, visando à redução do risco de doenças e outros agravos, à promoção da qualidade de vida e ao atendimento as reais necessidades e problemas de saúde das pessoas em cada local, Município ou região, reduzindo a morbimortalidade, prolongando a expectativa de vida e construindo novos patamares de saúde coletiva” (*IBID.*, p. 13).

4. Fortalecimento das instâncias do controle social e de pactuação intergestores

A efetivação e o fortalecimento das instâncias de controle social e pactuação: “qualificação dos fluxos de informação, o aperfeiçoamento da definição de especificidades e interfaces, o incremento de atividades de capacitação de conselheiros e o estímulo à regionalização dos fóruns de controle” (*IBID.*, p.13).

Para o governo e para a secretaria da saúde a ampla e democrática participação dos cidadãos na gestão do Estado [...] significa concretamente a condição para a inversão de prioridades e o aumento da eficácia das políticas públicas. Dessa forma, a opção do governo por eleger projetos estruturantes que priorizam esse aspecto, como o Orçamento Participativo Estadual (OP), a Constituinte Escolar além dos já indicados na área da saúde. A discussão do Plano de Aplicação dos recursos assegurados no orçamento estadual deve contar com a presença dos Delegados Municipais do OP, o que amplia a discussão sobre as prioridades municipais e desencadeia uma importante ação intersetorial, ainda, o relatório de gestão deverá ser apresentado em audiência pública na câmara de vereadores, [...] e controle os Planos de Aplicação e os Relatórios de Gestão aprovados pelos respectivos conselhos de saúde. (FERLA, MARTINS, 2001, p.13-17)

Nesse período, o CES recebe pela primeira vez financiamento público (da União e do Estado) para viabilizar a qualificação dos Conselheiros de Saúde; segundo David & Daron (2002), essa é uma ação continuada no SUS/RS, sendo composta por um conjunto de atividades desenvolvidas em âmbito estadual e regional com direção política coordenada pelo CES/RS e articulada como Projeto Nacional com criação de comissões interinstitucionais em todos os níveis via os Núcleos Regionais de Educação e Saúde Coletiva – Nurescs descentralizados e articulados com a Escola de Saúde Pública.

5. Formação em saúde para o SUS – Formação em Saúde pública para o SUS: “ação deliberada de produção de inteligência em Saúde Coletiva e documentação dos processos de produção de saúde [...] visa à geração de uma cultura de educação contínua, orientada pelas realidades municipais, locais, regionais, estadual e nacional

[...] viabilizando a integração entre ensino-serviço-sociedade e a articulação do conjunto dos órgãos formadores com o gestor estadual do SUS”.

A criação de **19 Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva** (Nuresc); a reorganização dos programas de **residência médica** pela inclusão do aperfeiçoamento profissional especializada via Portaria nº 16 de 1999 que institui o programa multiprofissional integrando a residência médica existente (RIO GRANDE DO SUL, 2003, p. 120); parcerias com as universidades do Estado com a constituição dos **Polos de Formação** e de novos consórcios.

A pactuação de estratégias com os Municípios, por intermédio da Comissão de Intergestores Bipartite, o fortalecimento do envolvimento dos Municípios e a construção de relações solidárias e responsáveis com o SUS caracterizam uma fase pioneira nacional da descentralização: “**a municipalização solidária** com transferência regular de recursos financeiros aos Municípios, pretendendo-se a viabilização de sistemas municipais, consórcios intermunicipais, intergovernamentais e regionais de saúde, gerenciamento regional e o Sistema Estadual de Saúde” (JAEGER, 1999-2000, 13 e 14). Ainda, enfatiza que o CES/RS foi importante, mas ele se burocratizou, acho que o CES foi importante e que os Conselhos Regionais de Saúde foram importantes para descentralizar a saúde” (ENTREVISTA 3, 2013).

Em parceria entre, a SES/RS, a CIB/RS e os CES/RS, conforme comprovado nas resoluções CES/RS no período de 1999-2002, formularam a Política Estadual e Apoio e Qualificação da Assistência Hospitalar aos usuários do SUS “Saúde Solidária” (FERLA, 2002, p. 23) para resolver os problemas das ações hospitalares no Estado. Essa Política estabelece critérios e diretrizes para o financiamento, humanizando o atendimento com a implantação de alternativas assistenciais adequadas em cada região (hospital-dia, internação domiciliar, etc.), bem como o estabelecimento de parcerias para a formação de gerentes de serviços e outros projetos para qualificação dessa modalidade de atenção.

Nesse processo foi pactuada também a condição para que os hospitais públicos recebessem recursos do Tesouro do Estado, que seria a de construir um “Conselho Gestor”³⁹ com a finalidade de acompanhamento e avaliação, a de elaborar um Plano

³⁹ O Conselho Gestor é um fórum onde são apresentados e aprovados o Plano diretor da Instituição, os planos de aplicação dos recursos, as prestações de contas e os relatórios de atividades, na periodicidade definida pelo convênio (FERLA *et al.*, 2002, p. 36). Para entender leia ainda “O Conselho Gestor de que trata esta Resolução terá caráter deliberativo e fiscalizador no seu âmbito de atuação, na garantia dos princípios do SUS, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros relativos aos recursos repassados pelo poder público” (Art. 2 da Resolução 05/2001 do CES/RS).

Diretor, um Plano de Saneamento Financeiro e de apresentar um Plano de Aplicação dos Recursos e relatórios mensais de prestação de contas.

E, conforme deliberação do CES/RS e pactuação na CIB/RS, a execução de recursos de investimentos para a rede privada considerará a existência e o regular funcionamento das Comissões Técnicas, resultado de disputa de interesses entre os projetos na saúde, como se verá ainda neste capítulo e explicitado na entrevista.

E tentou implantar os tais dos conselhos gestores, não sei se tu já ouviu falar dos **conselhos gestores** [...] houve uma discussão, o CES/RS aprovou a resolução eu fui o único que votou contra, porque nós éramos contrários à implantação dos conselhos gestores, o conselho gestor é a interferência no processo de gestão da instituição privada [...] o CES criou uma instituição paralela que foram as Câmaras Técnicas. **Então na época, na realidade se você for ver é que ali houve uma certa radicalização na implantação dos conselhos gestores, quando se instituiu o caráter deliberativo dentro das instituições.** (ENTREVISTA 4, 2013)

O processo de descentralização no RS foi permeado por tensões entre os projetos políticos em disputa. Entre os que defendem os princípios da reforma sanitária e os que defendem o projeto de repasse para a sociedade das funções de Estado. Nesse sentido, essa disputa de interesses entre as elites políticas não permitiu a aprovação da EC 029 na época que previa os repasses de responsabilidade da União do Estado dos Municípios com o financiamento do SUS.

Assim, a modalidade utilizada pela União foi a de desconcentração de serviços, aliada à estratégia do projeto privatizante e de reforma fiscal do Estado, de rescentralização dos recursos e das decisões estratégicas para o projeto político hegemônico e ainda de repasses dos serviços para a sociedade civil.

Ainda nesse contexto da articulação nacional, setores do campo popular mantiveram a estratégia de participação nos espaços públicos na saúde, ocupando a composição nos conselhos de saúde e articulando as bases para as conferências de saúde. Conhecer, então, um pouco de como os conceitos de saúde e de participação, construídos nesse movimento, permearam os Planos Estaduais de Saúde e as Conferências de Saúde no RS é nossa intencionalidade a seguir.

Entre a literatura revisada, os documentos analisados, de modo especial os Planos Estaduais de Saúde – PES/RS e as narrativas dos atores entrevistados o período compreendido entre 1999 a 2002 experimenta uma descentralização político-administrativa – de poder, de serviços e de infraestrutura, de recursos financeiros com

participação popular, para viabilizar as diretrizes do SUS. Essa análise também será retomada adiante na apresentação dos PES/RS ainda neste capítulo.

Constata-se que o processo de descentralização político-administrativo, apesar da resistência de segmentos comprometidos com as reformas, sofre retrocesso nos anos de 1990. Na contramão da história há um movimento de resistência no RS, inicialmente com a experiência da gestão popular de POA e em seguida com a gestão popular no Estado do RS cuja finalidade na saúde era de materializar o projeto do movimento de reformas – implantar o SUS no RS.

4.2 – Secretaria Estadual de Saúde do RS: participação política e projetos em disputa

De acordo a resolução 555/2012 da CIB, o novo desenho das Regiões de Saúde altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR (cf. anexo 10 desta pesquisa).

São estas as palavras do Secretário Estadual de Saúde do RS por ocasião da assinatura da resolução CIB 5555 no dia 19 de setembro de 2012, indicando os desafios para a nova regionalização da saúde no RS e para a participação popular:

Na verdade esse desenho territorial é base para as próximas etapas que devem ser amplamente discutidas e tratadas pela SES e o Conasems-RS com os novos gestores municipais, para que seja possível implementar rapidamente a adesão ao COAP.⁴⁰ (CONASEMS, 2012, p. 11)

Assim, para compreender as reformas de gestão do SUS das décadas de 1980 e 1990 é preciso lançar um rápido olhar para o processo de regulação do Estado do RS, para os anos que antecedem as reformas, o contexto que influencia e é influenciado pelo conjunto de medidas políticas de atores e de interesses do campo conforme já explicitado.

O marco histórico da participação popular na saúde acontece quando o RS assina o convênio SUDS entre o MS, o Inamps e o Ministério da Educação. Dados documentais (atas e resoluções) e ainda as narrativas dos atores apontam que o Conselho Estadual foi reativado a partir do compromisso assumido pelo Estado do Rio Grande do Sul por meio da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente – SSMA no que se refere às responsabilidades decorrentes do Convênio de Estadualização da Saúde 01/87, que

⁴⁰ Trata-se da implementação do Decreto 7508 de 2011 via contratos de gestão pública de saúde entre os entes federados. Maiores informações no *site* no Ministério da Saúde: www.saude.gov.br.

implantou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS já explicitado no terceiro capítulo.

O quadro 07 a seguir apresenta a evolução histórica instituinte das estruturas na Secretaria Estadual de Saúde no pré e pós-SUS. Na primeira parte até os anos de 1970, ocorre a criação da Secretaria da Saúde e sua regulamentação, pois até então esse serviço era prestado pelo DAS, responsável pelas ações de saúde pública no Estado e pela criação do CES/RS. A partir dos anos de 1980, já no contexto do pré-SUS, a ênfase está nos movimentos, na mudança de modelo de saúde e na criação dos fóruns de participação e suas estruturas de apoio no âmbito da SES/RS e nas Regionais de Saúde, que serão mais bem explicitados ainda neste capítulo.

Quadro 07 – Instituinte pré e pós-SUS no RS

Período	Atividade	Destques
Até 1960	Lei nº 3.602 de 1958	Cria a Secretaria do Estado dos Negócios da Saúde que assume <i>status</i> de Secretaria e somente em 1960 passa a ser Secretaria da Saúde.
	1966 – Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, nº 244, ano XXIV, 16 de maio de 1966. Decreto nº 17.868 de 26 de abril de 1966.	Da nova estrutura a Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde.
1970	Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, nº 244, ano XXIV, 16 de maio de 1966, Porto Alegre, nº 69, ano XXIX, 02 de outubro de 1970.	Aprova o Regulamento do Conselho Estadual de Saúde criado pelo Artigo 1º do Decreto nº 17.868 de 26 de abril de 1966.
1980 a 1990	1985 – Ações Integradas de Saúde – AIS	No RS, com esse convênio, efetuou-se a expansão da rede de serviços de saúde de nível municipal, até então bastante inexpressiva.
	1986 – Criação da Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (Asedisa) 1987 – Implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) No período do SUDS (1987-1989), o RS municipalizou 125 Municípios.	Constitui-se como importante agente propulsor do movimento municipalista
	1989 – Convênio 01/87 – SUDS pela SESMA Convênio SUDS de 7 de abril de 1989 Decreto Estadual 33.199/89 de 2 de junho de 1989. E, no mesmo ano,	O RS foi um dos primeiros Estados no País a repassar a rede de assistência médica do Inamps para o Estado. Cria o colegiado e, indica entidades representativas ampliando competências do CES/RS.
	VI Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde em Porto Alegre	Eleito para o Conasems o prefeito da Asedisa, na época o Secretário de Saúde de Venâncio Aires

1990 a 2000	1989 e 1990 – III e IV Seminários de Municipalização da Saúde	Discutir as dificuldades enfrentadas para a efetiva implantação do SUS.
	1991 – Pré-Conferência Estadual de Saúde, Encontro Estadual das CIMIS e a 1ª Conferência Estadual de Saúde do RS	Não ocorreu nenhuma municipalização. Período em que se inicia a regulamentação do SUS
	1992 – Reinicia-se o processo de municipalização sob a orientação da NOB 01/92	O RS municipalizou 98 Municípios dos 333 existentes no período. Uma das condições era a criação dos CMS No RS não avançam A SSMA em conjunto com a CIB recebe, avalia os pedidos de municipalização, e encaminha os pedidos para a instância federal. Acontecem encontros entre Secretários Municipais de Saúde, Prefeitos e o quadro técnico da SESMA
	1993 – NOB 01/93 institui a modalidade de gestão (incipiente, parcial ou semiplena) O RS ingressa na Gestão Parcial e convênios anteriores foram cancelados. Inicia-se a era SUS	As resoluções e propostas da CIB devem ser referendadas ou aprovadas pelo Conselho Estadual

Fonte: Dados sistematizados por esta autora a partir de 2012 a partir de documentos do CEIDS/RS, da Assteplan, CES/RS, Cortes (1984), Rabelo (1988), Jovchelovitch (1993).

A Secretaria Estadual de Saúde do RS adotou como modelo de gestão a municipalização com ênfase na regionalização, por entender que é a que mais respeita o conceito de comando único em cada nível de governo (SSMA, 1997, p. 87). Além disso, ocorre a municipalização com ênfase na regionalização (SSMA, 1997, p. 94), a regionalização com o esforço das Delegacias Regionais de Saúde, a criação de Comissões Intergestoras Bipartites Regionais e Conselhos Regionais de Saúde, o estabelecimento de Polos Regionais para os serviços de saúde e dos consórcios intermunicipais.

Desde a criação da Secretaria dos Negócios da Saúde do RS, esta assume a gestão dos Programas de Saúde Pública, pois a assistência contributiva era realizada pelo Inamps, o cuidado aos pobres era dispensado pela rede dos hospitais de caridade e a saúde pública estava a cargo do Departamento Estadual de Saúde – DES, instituído ainda nos anos de 1940.

Além disso, constata-se um modelo campanhista na saúde pública, aliado a movimentos de descentralização das ações e de formação de recursos humanos para a saúde. Cria-se, nos anos de 1970, a Residência Comunitária no Murialdo que, como veremos, foi protagonista no RS e preparou técnicos para assumir os programas no

Estado. Mas, foi no contexto dos anos de 1980, com a emergência dos Movimentos Sociais Populares e a articulação política dos gestores municipais que a saúde fez rupturas no modelo de saúde como indica o próprio quadro acima. Nos anos de 1990, acontece a regulação do SUS e há a emergência de novos atores e novas instâncias de pactuação no SUS, as CIBs. A narrativa enfatiza o papel do Murialdo enquanto espaço de exercício e formação para um novo modelo de atenção na saúde.

E o Murialdo tinha uma matriz de trabalho territorial e em família e de continuidade de cuidado e responsabilização pelo paciente de saúde; naquela época se chamava paciente, era pela equipe de saúde mental da saúde da atenção primária. Mas também não era competência da CLIS e do território. Nesse caso, o serviço especializado era do Hospital. Então, nisso o Murialdo, na época, já era um sistema de saúde avançado [*na atenção primária*], mas não na questão antimanicomial. Então isso nos anos 80. (ENTREVISTA 8, 2014)

Segundo Arretche (1998)⁴¹, o projeto de execução da descentralização proposto e executado entre 1980 e 1990 obteve resultados distintos nos diferentes Estados brasileiros e diferentes variáveis contribuíram para isso como: (a) o nível de riqueza econômica dos Estados, (b) o porte dos Municípios que aderiram, (c) o grau de participação política dos cidadãos, (d) a capacidade fiscal de Estados e Municípios e as demandas que a política requeria.

No caso do RS⁴², há uma participação bastante ativa dos atores gaúchos no Movimento Nacional de Reforma no Setor Saúde – MNRS que inicia com a preparação da 8ª Conferência Nacional de Saúde e segue no processo constituinte e de instituição da Lei Orgânica da Saúde – LOS. Esse conjunto de atores que formam a elite reformista é oriundo de instituições representativas do Estado e da sociedade civil. As mobilizações e articulações desses atores induzem ações e transformações no desenho do Estado do RS e na política de saúde com participação. A mobilização pela Constituição Estadual, a criação dos Conselhos de Saúde e a realização das Conferências são algumas das estratégias adotadas. Uma das ações estratégicas por dentro do Estado é a elaboração dos Planos Estaduais de Saúde – PES/RS.

Os primeiros Planos Estaduais de Saúde – PES/RS, no formato que têm hoje, aparecem a partir do pré-SUS, do SUDS já no contexto da 8ª Conferência Nacional de

⁴¹ Martha Arretche estudou, em sua tese, modificações que ocorreram no sistema de proteção social brasileiro, “compreendido como uma agregação de políticas setoriais, cujo desenvolvimento institucional ocorreu de modo bastante independente”, assim como a descentralização (ARRETCHE, 1998, p. 5).

⁴² Para Arretche (2000), o governo do Estado do RS teve um papel decisivo no processo de descentralização quando, em 1987, assina o Termo de Adesão ao SUDS. Mas, deste período até 1994, houve, segundo a autora, maior investimento dos governos no fortalecimento das ações do Estado do que na estratégia de municipalização da saúde.

Saúde e do Movimento Constituinte. Para este estudo serão utilizados os PES/RS a partir de 1987.

O **PES/RS de 1987 a 1990**, elaborado por um Grupo de Trabalho de Saúde e Meio Ambiente, foi resultado do longo e amplo debate do setor da saúde que vinha ocorrendo a nível nacional durante o ano de 1986, conforme verificado (PES/RS, 1987 a 1990, p. 12-20). A formulação desse Plano deve ser entendida como um processo permeado por interesses. Constatam nele agradecimentos à equipe do Ministério da Saúde, a representantes políticos do Senado e aos inúmeros autores de textos da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (PES/RS, 1987 a 1990, p. 2).

Segundo dados (PES/RS, 1987 a 1990, p. 20), a **saúde expressa a qualidade de vida de uma população em um determinado tempo e espaço**, implicando indagação permanente sobre seus determinantes políticos, econômicos, sociais e culturais, sendo, portanto, imprescindível sua articulação com as áreas que a condicionam em busca de uma ação integrada e embasada na realidade social e institucional. O nível de saúde de um povo é a **resultante de seu desenvolvimento socioeconômico** (PES/RS, 1987 a 1990, p. 12).

Os princípios estratégicos da Reforma Sanitária são: a integração institucional, a regionalização, a hierarquização, a distritalização (distritos sanitários) e a gestão colegiada.

A partir desses princípios organizativos gerais torna-se essencial a participação dos Estados e Municípios à luz das condições específicas de cada região do País, permitindo a consolidação dos Planos Estaduais da Reforma Sanitária, e aos Estados cabe a coordenação entre os Municípios com base em uma **Política Estadual de Saúde**. (PES/RS, 1987 a 1990, p. 20)

A **participação começa a ser instituída a partir da organização de um novo modelo de atenção e gestão na saúde**. As AIS deixaram de ser um programa e se colocaram como estratégia de reformulação do Sistema Nacional de Saúde (PES/RS, 1987 a 1990, p. 23), constituído, no RS, pela CIS (órgão executor de instituições intersetoriais), pela Secretaria Executiva da CIS, pela CRIS (Comissão Regional Interinstitucional de Saúde – instituições e comunidade organizada), Cimis e CLIS (Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde/ Comissão Local Interinstitucional de Saúde), constituídas por representantes das instituições e da comunidade organizada no nível local (PES/RS, 1987 a 1990, p. 16). A Reforma Sanitária deve ser

entendida como um processo político de conquistas em direção à democratização da saúde, sendo imprescindível, no entanto desde já, redefinir um novo arcabouço institucional para o Sistema Nacional de Saúde que propicie, a partir de bases adequadas de financiamento, uma nova configuração dos serviços de saúde no nível local, uma nova relação com o usuário. [...] uma reforma eficaz não se concretiza como um processo indolor, pois remove privilégios e distorções incrustadas na estrutura de poder de uma sociedade, reafirmando a cidadania. (PES, 1987-1990, p. 16 e 19)

No PES constam, além disso, metas para a **criação do Conselho do Meio Ambiente, de caráter deliberativo** e assessorado por uma câmara técnica (PES/RS, 1987 a 1990, p. 101-2). Acontece a instalação da Comissão Estadual da Reforma Sanitária e da Comissão Distrital da Reforma Sanitária (distritalização imediata). A distritalização consiste nisto: “o Distrito Sanitário será módulo Básico de Atenção Primária – Microrregião de Saúde”. “A formação dos Distritos Sanitários deverá passar pela **Cimis**”.

A proposta de **ampliação da CIS com a participação da sociedade civil organizada** efetiva a implantação da Reforma Sanitária no Estado do Rio Grande do Sul. **A CISRS passa a ser a Comissão Estadual da Reforma Sanitária** do Estado do Rio Grande do Sul.

Foi um período de transição de paradigma na saúde, segundo o PES/RS (1987, p. 5), pioneiro na implantação de um modelo de assistência a saúde. Até 1985 existia uma duplicidade de ações entre diversos órgãos envolvidos com a saúde, principalmente a SSMA e o Inamps, este último impondo uma política privatista, priorizando e repassando recursos aos agentes prestadores de serviços assistenciais privados e beneficiando os produtores internacionais de insumos.

Os principais problemas organizacionais da SESMA apontados no Plano foram a dualidade de ações, a pulverização de funções, o descalabro administrativo, a inexistência de uma estrutura eficaz de informação e a falta de planejamento, além de ter de superar nos serviços a **dicotomia entre “saúde pública e atenção médica”**.

Coube à **Comissão Estadual de Reforma Sanitária** gerenciar a participação de instituições filantrópicas e privadas na transição do modelo. O Estado do RS via Secretaria do Inamps foi pioneiro em fazer valer a resolução 123/86, que prevê a participação das mulheres e da comunidade no planejamento e na execução da política.

Para assumir o processo de organização do Conselho Estadual de Saúde foi nomeado como Presidente do CES/RS o Secretário de Saúde e do Meio Ambiente do Estado da representação do governo estadual.

Dados apontam ainda que havia urgência para iniciar o processo de municipalização da saúde no Estado, o qual foi articulado pelas Cimis locais, que na implantação do SUS se tornariam os CMS. A narrativa do trabalhador de saúde indica essa implicação

A assistência a sua saúde em seus três eixos, de prevenção, de promoção e de reabilitação, então essas questões eram tratadas como direito universal, então entrava aqui uma das diretrizes do sistema que era desde a época do SUDS **o direito universal e igualitário com qualidade e gratuito, além disso com participação e controle da sociedade**. Esses eixos eles estavam sempre dentro do debate, né, desde aquele período ali desde o início... que culminou com a 8ª Conferência e com a CF 88 e depois nas Leis Constituintes Estaduais 1989 e nas Leis Orgânicas Municipais de 1990 em diante. (ENTREVISTA 2, 2013)

No PES/RS de 1991 a 1995, a estrutura estadual denominava-se Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente – SESMARS e utilizava Relatórios de Atividades e do Plano Estadual de Saúde como instrumentos de gestão estadual. O Plano de Saúde deste período orienta-se para uma reordenação do setor, tendo como princípios “a democratização e a participação social” (PES/RS, 1991 a 1995, p. 3).

Trata-se do primeiro documento que reúne **informações relativas às ações de saúde coletiva**, tradicionalmente desenvolvidas pela SSMA/RS, e dados sobre a Assistência Médica, ambulatorial e hospitalar, até 1987 coordenada pelo extinto Inamps. Assim, “os dados estão apresentados em séries **históricas de modo a possibilitar a avaliação de desempenho, a construção de parâmetros e indicadores de produtividade e qualidade e a otimização do processo de planejamento**” (Deplan/SSMA/SUS – Chefe de Divisão de Controle e Avaliação).

A população, por sentir as consequências de uma situação sanitária que progressivamente vem se deteriorando nos últimos anos, clama por serviços básicos e por uma participação efetiva nas decisões atinentes ao setor. Isto conduz o governo atual a estimular a gerência das ações de saúde de forma conjunta, ou seja, **trabalhadores de saúde e os vários segmentos representativos da sociedade atuando para reduzir as iniquidades do sistema e a ineficiência dos serviços, buscando uma atenção integral com ênfase na promoção de saúde**. (PES/RS, 1991-1995, p. 3-4)

A **descentralização das ações de saúde** pela SESMA é percebida como prática transformadora e, para o PES, é avaliadora e promotora do processo de municipalização do setor, induzindo os Municípios a utilizar o **Plano Estadual de Saúde como referência para a elaboração de seus respectivos planos municipais**, a “ser agente

que ponha em jogo a criatividade, a defesa e o compromisso com a saúde de toda a população do Estado” (PES/RS, 1991-1995, p. 3). O Plano explicita também que o compromisso do governo é a viabilização das diretrizes políticas estabelecidas pela CF e a Constituição Estadual e regulamentadas pela Lei Orgânica da Saúde, nº 8080/90.

A concepção de modelo de atenção à saúde é **“aquele que preconiza um planejamento ascendente, participativo e descentralizado”** (PES/RS, 1991-1995, p. 28).

Dentre as suas atribuições cabe à Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente “promover, assessorar e apoiar financeiramente a municipalização da saúde e a criação da Comissão Bipartite e Secretaria Técnica”, conforme NOB 01/93. Além disso, cabe-lhe a realização de seminários, conferências e oficinas em conjunto com a Escola de Saúde Pública, Famurs, Asedisa e outras entidades com o intuito **de qualificar técnicos das DRSs e dos Municípios para a descentralização das ações.**

Nesse período, são criadas por decreto a 17ª DRS com sede em Ijuí, a 18ª DRS com sede em Osório e a 19ª DRS com sede em Frederico Westphalen, completando-se, assim, o atual desenho territorial da gestão estadual em saúde, com a mesma finalidade das demais já criadas, conforme quadro neste capítulo.

Além disso, acontece a **1ª Conferência Estadual de Saúde** em 1991, realizada em Passo Fundo, com a temática **“Saúde: direito de todos e dever do Estado: municipalização é o caminho”**, que reafirma o conceito de saúde como um **“dever do Estado”**, consolidado na 8ª CNS, devendo ser efetivamente implantado o processo de municipalização da saúde, afastando-se qualquer possibilidade de privatização da Previdência e da Saúde e “promover a relação intersetorial entre as áreas de saneamento, meio ambiente, qualidade dos alimentos, dos locais de trabalho, educação e moradia...” (RIO GRANDE DO SUL – CES/RS, 1991, p. 8-9).

O planejamento em nível estadual e a definição da política de saúde devem contemplar a determinação social do processo saúde-doença e promover a relação intersetorial. “Superação de um modo de produção de saúde voltado para o mercado em prol de um Sistema Único de Saúde Municipalizado” (CES, 1991, p. 8-9). Além disso, a implantação e o gerenciamento do SUS com a unificação de comando em cada nível de governo, alterações profundas nas funções desempenhadas pelas instâncias federal, estadual e municipal. As funções da Secretaria Estadual de saúde passam a ser de assessoria e fiscalização dos sistemas municipais (Secretarias e Conselhos Municipais de Saúde).

O papel do Estado se define pelo controle e pela avaliação das ações de saúde via reforma administrativa, e as prioridades são:

1. Municipalização

Exigir do Ministério da Saúde a transferência para o Município das estruturas de serviços do Inamps cedidas ao Estado, não devendo ser municipalizados os órgãos de referência estadual (ex. IPB, Hemocentro, ESP, Lafergs).

2. Financiamento

Proposta dos índices de supressão do item 3.7 do cap. II da Norma Operacional Básica 01/91 modificada, suprimindo também a cláusula 18ª da minuta da municipalização proposta pela SSMA (CES, 1991, p. 12). Os Municípios e o Estado devem alocar no mínimo 10% dos recursos orçamentários para a saúde, sendo que a União deve comprometer 10% do orçamento fiscal para o setor da saúde e 30% do Orçamento da Seguridade Social (CES, 1991, p. 12) “com garantia de repasses dos recursos diretos, sem convênio, automática e regularmente [...] conforme a necessidade de cada comunidade e não por produtividade”.

3. Regulamentação

Discussão e proposta, por parte dos conselhos municipais de saúde, em conjunto com o CES, de diretrizes políticas para o artigo 35 da Lei 8.080/90. O Conasems deve fazer estudos de maneira a formular uma proposta para manter nos Municípios um percentual do valor arrecadado pelos Fundos Sociais. Cabe aos CMS e/ou CIMS atuar e definir como serão comprometidos os recursos do FNS. Assim, cabe aos CES e ao CNS deliberar sobre a aplicação dos recursos do FES e FNS, respectivamente. Exigir a regulamentação do artigo 35 da Lei 8.080/90 que trata das dotações e distribuição orçamentária aos Municípios (CES, 1991, p. 13). O Estado e a União deverão alocar recursos às instituições públicas ou fundações mantidas pelo poder público, formadoras de recursos humanos para a política do SUS.

4. Recursos humanos

O sistema terá como princípio a participação do respectivo CMS e CES no acompanhamento da vida funcional dos servidores. Implantar um PCCS único para os trabalhadores do SUS que contemple o ingresso por concurso público no Município e uma adequada remuneração, com processo de avaliação de desempenho,

possibilitando ascensão funcional com dedicação exclusiva e isonomia salarial. A discussão e implantação devem contar com a participação das entidades representativas das categorias dos profissionais de saúde. Estabelecer como modelo a saúde coletiva, garantindo a atenção integral aos níveis adequados de atendimento à saúde (CES, 1991, p. 14).

5. Controle popular

O PES destaca os avanços significativos da 8ª CNS na formulação do texto constitucional e na legislação decorrente, na mobilização e organização populares e na organização dos sistemas locais de saúde (PES/RS, 1991, p. 9). Controle social “é a capacidade que tem a sociedade organizada de intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado para o estabelecimento de suas necessidades e interesses e na definição de prioridades e metas dos **Planos de Saúde** incorporando a participação popular antes desconsiderada” (CES, 1991, p. 15).

Todos os Municípios devem participar do CES/RS com representantes dos Conselhos Municipais de Saúde (CES, 1991, p. 16). As CIMS são os fóruns de participação direta da população na gestão das políticas de saúde do Município. A CIMS é reconhecida como Conselho Municipal de Saúde enquanto este não for regulamentado. A **CIMS/CMS** é reconhecida enquanto autoridade para controle integral do sistema, incluindo o poder de fiscalização da qualidade das ações e dos serviços de saúde (e da punição de faltas, se necessário). As CRIS/CIMS/CMS têm o poder de intervenção para a resolução dos problemas.

Deve haver a constituição de uma Comissão de Fiscalização do CNS para acompanhar e analisar as despesas relativas à Seguridade Social. Que o CNS pressione pela reforma tributária no contexto nacional contra o projeto político neoliberal de privatização da Previdência Social. E, no contexto estadual, deve ser criado um Novo Código Estadual de Saúde, que as Conferências de Saúde não ocorram vinculadas às Conferências Nacionais, mas de acordo com as necessidades locais e que tenham uma periodicidade própria, que seja, na medida do possível, anual (CES, 1991, p. 19).

Na 9ª CNS (1992), a análise dos pontos referentes ao controle social indica “o redirecionamento do projeto de participação da 8ª CNS”, sendo esse processo “marcado pela tendência de fechamento do projeto sobre os espaços legalmente instituídos”. Cabe, então, ao controle social o acompanhamento e a fiscalização da implementação

do SUS – presença hegemônica de conteúdos relativos aos Conselhos de Saúde, no sentido de garantir a independência em seu funcionamento.

O **PES/RS de 1997 a 2000** identifica os projetos prioritários que são a reestruturação da Rede de Unidades Assistenciais, a **implementação do Programa** de Saneamento Básico Comunitário – Prosan, a implementação de Hospitais Polo e de Referência Regional e a conclusão de Hospitais Municipais, a construção, o aparelhamento e a equipagem do Hospital de Caxias do Sul e a municipalização dos serviços de saúde, o Programa de Atenção a Pessoas Portadoras de Deficiências ou de Altas Habilidades, o Piá 2000 (prevenção da mortalidade na infância – garantia e reabilitação nutricional), o apoio ao Programa de Parceria Comunitária – Mãos Dadas (SSMA) e o Programa Estadual de Sangue e Hemoderivados.

O referido PES prevê a **participação via instâncias colegiadas**, “tem por objetivo garantir os princípios do SUS, em especial a universalidade, a equidade e a participação popular” (PES/RS, 1997 a 2000 p. 78). A Comissão Intergestores é “foro de negociação e deliberação”. A Portaria 09/93 da SSMA, modificada pela Portaria 001/95-SSMA, criou a Comissão Intergestora Bipartite no RS – CIB/RS.⁴³ As normas de funcionamento preveem que **as atas das reuniões sejam enviadas ao CES e à Coordenadoria das Promotorias Cíveis do Rio Grande do Sul para o acompanhamento do processo de implantação do SUS no Estado**. Além disso, constam no PES/RS ações com relação aos Conselhos Municipais de Saúde, aos Conselhos Regionais de Saúde e ao Conselho Estadual de Saúde.

O Estado conta no período com 7 (sete) Conselhos Regionais de Saúde (CRS): 1. Caxias do Sul (5ª); Litoral (18ª); Passo Fundo (6ª); Santa Maria (4ª); Erechim (11ª); Ijuí (17ª); Missões (12ª). Nesse período, havia 274 CMS cadastrados junto ao CES/RS.

Ainda conforme dados do PES/RS, de 90 relatórios de gestão analisados dos Municípios municipalizados em 1994, as denúncias mais frequentes encaminhadas aos CMS foram as cobranças irregulares de serviços (33,3%) e problemas relacionados ao saneamento e ao meio ambiente (33,1%). **Há participação na aprovação da política e das ações de saúde (96,6%)** e na programação da assistência ambulatorial e hospitalar (87,4%). Observa-se participação menor na aprovação da gestão financeira do Fundo Municipal de Saúde (71,6%). Além disso, aconteceram as Conferências de Saúde. No PES não aparecem metas para dar conta dessas demandas dos CMS.

⁴³A CIB/RS tem como competência principal “formular, executar e acompanhar o processo de negociação a ser estabelecido entre o gestor estadual e os gestores municipais, visando primordialmente à imediata viabilização da política de municipalização do SUS” (PES, p. 78).

A II Conferência Estadual de Saúde aprovou a proposta de criação de uma Câmara Técnica de Recursos Humanos junto à Comissão Intergestores Bipartite, que seria um fórum permanente de negociação, acompanhamento, deliberação, enfim “as proposições apresentadas pelos 35 grupos de trabalho foram levadas à Plenária Final para deliberação e estão consubstanciadas neste Plano Estadual” da II Conferência Estadual de Saúde de 1996 (PES/RS, 1997 a 2000, p. 82).

Também estão incluídas no PES/RS, ações do Conselho Estadual do Meio Ambiente. O organograma da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente na sua estrutura básica inclui o Conselho Estadual de Saúde e Conselho Estadual de Meio Ambiente (PES/RS, 1997 a 2000, p. 75).

De 1997 a 2000 foi executado o Plano Estadual de Saúde e Meio Ambiente. O conceito de saúde que orientou o trabalho realizado considera “**a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde**”, conforme definido na VIII Conferência Nacional de Saúde e referenciado pela IX e X Conferências Nacionais.

A elaboração e atualização periódica do Plano de Saúde são atribuição da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (Lei 8080/90, artigo 15, inciso VIII), sendo requisito para habilitação dos Estados à condição de gestão avançada e gestão plena do Sistema Estadual de Saúde, conforme estabelecido na NOB 1/96. É condição para o recebimento de recursos do Fundo Nacional de Saúde (Lei 8142/90, art. 4º), sendo “vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em emergências” (Lei 8080/90, Art. 36).

O Plano se apresenta como documento para ser lido nos Conselhos de Saúde Municipais, Regionais e Estadual com garantia de atualização permanente e de adequação às necessidades da população. Ele destaca também que o eixo principal da política estadual é a municipalização com a regionalização dos serviços. Inicia-se a estruturação dos Polos Regionais de Saúde.

Reafirma-se que a **responsabilidade e a competência na prestação dos serviços de saúde são do Município**, atribuindo, assim, ao Estado a função de coordenador do sistema estadual nas ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. O Plano propõe ainda, a reestruturação dos programas de assistência à saúde, assumindo o papel de órgão normativo e supervisor. O enfoque programático desenvolvido através da definição de prioridades segundo critérios epidemiológicos e político-administrativos e também a retomada do trabalho baseado em

indicadores epidemiológicos e nas necessidades da população introduz um elemento novo na área da assistência ambulatorial e hospitalar: **a integração programática**.

Já com relação à infraestrutura o PES/RS prevê que: **os recursos humanos deverão ser capacitados para assumir o novo papel que o Estado e os Municípios devem exercer**; a formação de recursos humanos deve ser incrementada com ênfase nas questões gerenciais, ponto crítico na ação do SUS. “O programa especial referente à **Estratégia Saúde da Família – ESF e Agentes Comunitários de Saúde – ACS**, a formação é fundamental para o seu êxito, fundamentado na informação e na educação em saúde” (PES/RS, 1999 a 2000, p. 3).

É destacado o papel da SSMA enquanto gestora estadual do Sistema Único de Saúde, sistema este criado pela CF de 1988 e regulamentado pelas leis orgânicas de saúde, Lei 8080/90 e Lei 8142/90.

O plano mostra a ênfase conferida à descentralização, inclusive através da formação de consórcios intermunicipais e o apoio às instâncias colegiadas da comunidade, representadas sobretudo pelos conselhos de saúde em seus vários níveis. (PES/RS, 1999 a 2000, p. 4)

O PES/RS de 1999 a 2000 e de 2000 a 2003 da Coligação Participação Popular: houve a elaboração de um Plano Emergencial e posteriormente uma atualização do Plano Estadual de Saúde (PL 03 e PL 04, CEIDS, 2012).

Esse Plano cumpre as diretrizes formuladas e aprovadas em 2000 pela 3ª Conferência Estadual de Saúde – preparatória à 11ª, singular pelo nível de mobilização e participação alcançado: na fase preparatória, 30 mil gaúchos participaram de 16 Conferências Regionais e 304 Conferências Municipais, e o encontro final contou com 3018 participantes entre delegados e observadores (PES, 1999-2002, p. 4).

O Plano enfatiza que é objetivo central do governo “desprivatizar o Estado, para que sirva aos interesses da maioria da população” (PES/RS, 1999-2000, p. 4). Dessa forma, a opção do governo por eleger projetos estruturantes que priorizam este aspecto, como o Orçamento Participativo, a Constituinte Escolar e a Municipalização Solidária da Saúde, “representa um novo modo de governar”. No caso da saúde, o governo busca garantir e fortalecer a participação e o **controle social com poder deliberativo**, como forma de possibilitar a implementação do SUS.

A gestão estadual elegeu para o desenvolvimento do seu trabalho cinco eixos estratégicos: a descentralização da gestão, a regionalização da atenção, a integralidade da atenção, o fortalecimento das instâncias de participação e de controle social e das instâncias de pactuação intergestores e a formação em Saúde Pública para o SUS,

conforme já explicitado amplamente neste capítulo, quando foi tratada a temática da descentralização.

A gestão estadual também propõe a Emenda Constitucional n. 25 do Rio Grande do Sul, de 1999. A Constituição Estadual de 1989 estabeleceu no artigo 244 que o Sistema Único de Saúde no âmbito do Estado será financiado, entre outros, com recursos da Seguridade Social da União, dos Estados e dos Municípios. “Parágrafo 3º – O Estado deverá aplicar em ações e serviços de saúde, no **mínimo 10% (dez por cento) da sua Receita Tributária Líquida**, excluídos os repasses federais oriundos do Sistema Único de Saúde, considerando ações e serviços de saúde, os programas de saúde no orçamento do Estado” (RIO GRANDE DO SUL, 1999).

O RS implantou em 1999 a Municipalização Solidária e o Programa Saúde Solidária (PES/RS, 2000-2004, p. 52-53). E pelo Decreto nº 39.691 de 30 de agosto de 1999, do governo estadual, a Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente passa a chamar-se Secretaria de Estado da Saúde. A Lei 11.362, de 29 de julho de 1999 (publicado no DO de 29.06.1999) modifica a lei nº 10.356, de 10 de janeiro de 1995 que dispõe sobre a Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do RS e cria a Secretaria da Saúde – SES e a Secretaria do Meio Ambiente – SEMA.

Além disso, o Decreto nº 39.691, de 30 de agosto de 1999, determina a alteração na denominação das Delegacias Regionais de Saúde – DRS para Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS. Considerando o **princípio da descentralização** do comando político previsto na Constituição Federal, despontou a necessidade de a Secretaria dispor de recursos estratégicos que viessem agregar as demandas assistenciais e de gestão dos sistemas, com um processo de cooperação técnica e financeira entre o Estado e os Municípios.

As 19 CRS têm novas responsabilidades no desenvolvimento de estratégias próprias para o exercício de suas atribuições. (Exemplo: a 6ª CRS utiliza a estratégia de realização da Conferência Regional de Saúde em todos os Municípios e por microrregião para construir a agenda política de ação para a região).

Transformaram-se de instâncias repassadoras de ações e normas do chamado nível central da SES/RS em instâncias de planejamento, acompanhamento, controle e avaliação regional da atenção à saúde e de pactuação com os gestores municipais [...] (SES-RS, 2000).

Quadro 9 – Descentralização político-administrativa da Sesma/RS – transição das delegacias para Coordenadorias Regionais de Saúde.

Ano	Delegacias Regionais/Coordenadorias	Normatização
1982	1ª Região Sanitária em Porto Alegre,	Decreto Estadual nº 30.090
1982	2ª Região Sanitária em Canoas,	Decreto Estadual nº 30.090
1982	3ª Região Sanitária em Pelotas	Decreto Estadual nº 30.090
1982	4ª Região Sanitária em Santa Maria das Missões	Decreto Estadual nº 30.090
1982	5ª Região Sanitária em Caxias do Sul	Decreto Estadual nº 30.090
1982	6ª Região Sanitária em Passo Fundo	Decreto Estadual nº 30.090
1982	7ª Região Sanitária em Bagé	Decreto Estadual nº 30.090
1982	8ª Região Sanitária em Cachoeira do Sul	Decreto Estadual nº 30.090
1982	9ª Região Sanitária em Cruz Alta	Decreto Estadual nº 30.090
1982	10ª Região Sanitária em Alegrete	Decreto Estadual nº 30.090
1982	11ª Região Sanitária em Erechim	Decreto Estadual nº 30.090
1982	12ª Região Sanitária em Santo Ângelo	Decreto Estadual nº 30.090
1982	13ª Região Sanitária em Santa Cruz do Sul	Decreto Estadual nº 30.090
1982	14ª Região Sanitária em Santa Rosa	Decreto Estadual nº 30.090
1982	15ª Região Sanitária em Palmeira das Missões	Decreto Estadual nº 30.090
1982	16ª Região Sanitária em Lajeado	Decreto Estadual nº 30.090
1991	Cria a 17ª DRS com sede em Ijuí	Decreto Estadual nº 30.090
1993	Cria a 18ª DRS com sede em Osório	Decreto Estadual nº 34.636
1997	Cria a 19ª DRS com sede em Frederico Westphalen	Decreto Estadual nº 37.801

Fonte: Dados dos PES/RS e de documentos do CEIDS e da Assteplan sistematizados por esta pesquisadora em 2013

O Decreto nº 39.691 da SES/RS, de 30 de agosto de 1999, além de reestruturar as estruturas administrativas descentralizadas de delegacias para coordenadorias regionais de saúde, também regulamenta os Conselhos Regionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul – CRS, conforme prevê o item XVII do art. 8º da Lei Estadual 10.097/94.

O PES/RS de 2004 a 2007 teve como ênfase a Política Nacional de Humanização – PNH, instituída em 2003, anteriormente vinculada apenas à assistência à saúde, ampliando e reestruturando suas diretrizes e estratégias no ano de 2007 para o conjunto dos serviços do SUS. A Escola de Saúde Pública coordena a Política de Humanização do Estado, assumindo o compromisso de dar continuidade ao processo de difusão e descentralização desta no RS; além disso, o Plano prevê a criação do Programa de Prevenção a Violência – PPV, cuja **ação é intersetorial**.

A **4ª Conferência Estadual de Saúde** acontece em Caxias do Sul no ano de 2003, em um “Teatro de Lona”, com a temática “Saúde: direito de todos e dever do

Estado. A Saúde que temos e o SUS que queremos!” Ela apontou os caminhos para o SUS na visão dos rio-grandenses, contribuindo para alcançar uma “Saúde para Todos”.

Quanto à concepção de saúde e de participação, observam-se avanços na gestão do SUS, hoje organizado em 100% dos Municípios.

Alguns pontos necessitam ser reforçados e implementados: a intersetorialidade das ações de saúde, visando garantir a integralidade da atenção à saúde e a busca de solução para as relações de trabalho, especialmente no que se refere ao Programa Saúde da Família – PSF e aos Agentes Comunitários de Saúde – ACS (CES/RS, 2003, p. 5).

Quanto à participação no SUS, a gestão “deve respeitar a Lei da paridade e da autonomia dos conselhos de saúde em todos os níveis e estimular a participação da população nas reuniões plenárias”. “Os Conselhos Regionais de Saúde devem ser mantidos como órgãos de controle social regional”.

Particularidade do RS: o CES exige o cumprimento pela SES/RS da deliberação da III Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul que aprovou a frase e o símbolo “O SUS é legal” para identificar o controle social (CES/RS, 2003, p. 41).

Propostas para a Conferência Nacional: o cumprimento da EC 029, que garante os 10% de recursos da União para a Saúde e da Resolução 0333/2003 do CNS que normatiza o controle social na saúde.

O **PES/RS de 2007 a 2010**, que por Resolução do CES/RS em 13/2003 aprova o Plano nos seus aspectos técnicos e reprova o mesmo no que se refere aos seus aspectos de financiamento, que está em desacordo com a Emenda Constitucional n. 29, hoje LC 141 de 2012, que trata do financiamento em saúde, disciplinado pela Lei 8080/90, pelas Portarias 2047/02/MS e pela Resolução 322/03/CNS de 13 de janeiro de 2010.

O **PES/RS de 2009 a 2011** (p. 16) foi destacado como “importante instrumento de gestão do SUS”. “Durante os nove meses de trabalho, houve um desenvolvimento institucional e pessoal de cada participante: ora pelos embates, dificuldades e enfrentamentos; ora pelas ricas trocas de experiências” (PES/RS, 2009-2011, p. 17).

Na metodologia de elaboração do PES,

o processo de trabalho foi dividido em quatro fases, ficando com a Assessoria Técnica e de Planejamento – Assteplan a coordenação do processo de elaboração do instrumento. Foram convidados também para participar do processo e acompanhá-lo o Conselho Estadual de Saúde – CES e a Associação dos Secretários e Dirigentes de Saúde – Asedisa. (PES/RS, 2009-2011, p. 15)

Fase 1: na metodologia de construção do PES, buscou-se um alinhamento intelectual com o Plano Plurianual do Estado 2008-2012, a 13ª Conferência Nacional de Saúde e a **5ª Conferência Estadual de Saúde**; no Termo de Compromisso de Gestão e Pacto pela Saúde, foram analisadas as atas do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão Interiores Bipartite de 2007 e 2008 (“onde estamos”).

Fase 2: consistiu na elaboração da análise situacional da saúde no Estado do RS; essa fase contou com a participação da Radis. A partir da priorização dos indicadores regionais, foi organizado um encontro com as Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS.

Fase 3: Nessa fase foram identificados os problemas prioritários do Estado, construídos os objetivos do Plano e estruturadas as linhas de ação através da definição de estratégias e prioridades, as metas e os indicadores (“onde queremos chegar”).

Fase 4: Revisões e posterior envio ao Conselho Estadual de Saúde para apreciação (PES/RS, 2009-2011, p. 16).

O Programa Primeira Infância Melhor – PIM tem centralidade como Política Pública de atenção e promoção do desenvolvimento integral de crianças de 0-6 anos no RS; embora tenha sido implantada em 2003 no RS, só foi regulada pela Lei Estadual nº 12.544 de 03 de julho de 2006. É um período marcado pela epidemia de dengue principalmente na Região Metropolitana de Porto Alegre e na Região Noroeste do RS.

O Programa de Prevenção da Violência – PPV: “Este projeto teve como marco inicial a publicação dos decretos nº 44.907 e 44.908, ambos de 27 de fevereiro de 2007, que respectivamente também criam a Câmara Setorial de Segurança e Prevenção da Violência e instituem o Comitê Estadual para a Prevenção da Violência no Estado do Rio Grande do Sul, coordenado pela SES/RS em parceria com a Unesco.

A Consulta Popular⁴⁴ foi regulada pela portaria 046/2006, visando definir a parcela do orçamento da SES voltada aos investimentos e serviços de interesse municipais e regionais conforme legislação em vigor.

As **instâncias colegiadas** são as CIBRS e os Colegiados de Gestão Regional. As CIBRS também estão organizadas em Colegiados de Gestão Regional – Cogeres, que correspondem às 19 CRS. “São **espaços permanentes de pactuação e cogestão solidária e cooperativa** entre as secretarias Estadual e Municipais de Saúde nas

⁴⁴ A Consulta Popular é um processo de participação popular no qual a população escolhe e vota quais as ações de governo que gostaria de ver realizadas em seu município e sua região. Cabe aos Conselhos Municipais de Desenvolvimento e os 28 Conselhos Regionais de Desenvolvimento – Coredes participar do processo, sistematizando as prioridades municipais/regionais e opinar sobre programas de desenvolvimento. Embora ela já exista desde o governo Collares, só foi regulada em 2006. Cf. www1.saude.rs.gov.br/dados/1238159340440PORTARIA_046_2006.doc.

regiões, sendo que todas as decisões devem ser tomadas em consenso” (PES/RS, 2009-2011, p. 57).

A **5ª Conferência Estadual de Saúde** aconteceu em Porto Alegre em 2007 e a temática debateu o tema “Saúde – qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento”. Essa Conferência Estadual de Saúde é convocada pelo Conselho Estadual de Saúde – RS em um contexto de crise interna de relações com os Conselhos Regionais de Saúde, com o objetivo de avaliar o cumprimento dos princípios e das diretrizes para a saúde. Ela acontece no contexto da 13ª Conferência Nacional de Saúde, com o objetivo de avaliar os 20 anos do SUS e das propostas da 8ª CNS.

A seguir, conforme explicitado acima, dirige-se o foco para a participação dos atores nos espaços públicos, para os Conselhos e as Conferências de saúde e para as estratégias para materialização do SUS a partir dos atores coletivos representados.

4.3 Participação em saúde – Conselho Estadual e Conferências Estaduais de Saúde do RS

O direito à saúde, defendido na Reforma Sanitária, traz, intrinsecamente à sua constituição, o apoio, a participação e a pressão dos setores populares. Qual o grau de apropriação popular das políticas e ações de saúde a partir do controle social? (SPOSATI, 1992, p. 367-373).

Esse processo de descentralização da participação em saúde é significativo e será explicitado em três fases: (a) a primeira fase da participação em saúde no RS ocorre via fóruns participativos; (b) a segunda fase da participação em saúde no RS é a fase de transição dos fóruns para os Conselhos de Saúde, os Decretos e a inconstitucionalidade com o SUS, já em um contexto de avanços neoliberais; e (c) a terceira fase de participação em saúde no RS, pela Lei Estadual n. 10.097, do CES/RS, de 1994.

Documentos apontam que, no Estado do RS, o colegiado é anterior às discussões do SUS, criado ainda no período desenvolvimentista. Ele nasce via Decreto Estadual nº 17.868 de 26 de abril de 1966⁴⁵ como órgão da Secretaria de Estado dos Negócios da

⁴⁵RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 17.868 de 26 de Abril de 1966. Da nova estrutura a Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde e fixa a respectiva lotação de cargos de provimento efetivo e em comissão e de funções gratificadas e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, n. 244, ano XXIV, 16 de maio de 1966; RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 20.578 de 01 de outubro de 1970. Aprova o Regulamento do Conselho Estadual de Saúde criado pelo Artigo 1º do Decreto nº 17.868 de 26 de abril de 1966. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, n. 244, ano XXIV, 16 de maio de 1966, Porto Alegre, n. 69, ano XXIX, 02 de outubro de 1970.

Saúde do Rio Grande do Sul, período em que também foi criada a Escola de Saúde Pública, editado o novo Código Estadual de Saúde e adequado à realidade da década de 1960. Na década de 1970, foram editados dois decretos, o Decreto nº 20.578 de 1º de outubro de 1970 que aprova o Regulamento do Conselho Estadual de Saúde e o Decreto nº 22.692, de 10 de outubro de 1973 que o atualiza e permanece até a década de 1980. Nesse período, o CES/RS⁴⁶ tinha caráter consultivo e era composto por dezesseis membros⁴⁷ de entidades públicas e de trabalhadores da saúde.

4.3.1 Primeira fase da participação em saúde no RS via Fóruns de participação

A primeira fase, digamos, de rearticulação do CES acontece em 1986, no contexto da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Da assinatura do Convênio 01/87 – SUDS pela SESMA até a assinatura e regulação do funcionamento do Conselho Estadual de Saúde do RS, em 7 de abril de 1989. Segundo dados das atas das reuniões do colegiado no período, a pressão popular sobre a gestão garantiu a participação efetiva do colegiado na política de saúde, além da participação na mobilização nacional do processo Constituinte Federal na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, ainda no Congresso Constituinte e também uma atuação na frente Constituinte Estadual e na implantação das Leis das Orgânicas Municipais e da Municipalização da Saúde no RS. Há participação deliberativa, na política e no processo de criação do SUS, dos segmentos representados no colegiado que será explicitado a seguir.

E aí nessa época eu já conhecia a CUT e o Movimento Popular pois já circulava por aí e eu comecei a militar no departamento de Saúde da CUT/RS e daí como eu fazia Residência em Saúde Comunitária eu como representante do Sindicato dos Assistentes Sociais participava dos encontros do Departamento de Saúde da CUT/RS. Esse foi um dos marcos muito importantes da minha formação porque foi ali que eu conheci, que eu li sobre o movimento da Reforma Sanitária. [...] E acabei participando da 8ª Conferência Nacional de Saúde como delegada pela CUT/RS, representando o segmento dos trabalhadores; foi o departamento de Saúde da CUT/RS que retirou os delegados do RS para participar da Conferência Nacional de Saúde, aí acabei indo para a conferência com a delegação do RS. [...] nós do sindicato dos AS fomos

RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 22.692, de 10 de outubro de 1973. Aprova o Regulamento do Conselho Estadual de Saúde. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, nº 75, ano XXXII, 10 de outubro de 1973.

⁴⁶O Conselho Estadual era um órgão consultivo e de planejamento, formado por técnicos da Secretaria e por corporações profissionais – médicos sanitaristas, psiquiatra e puericultor; assistente social; engenheiro e odontólogo (FEE, 1983, p. 257 e DIAS, 2007, p. 69).

⁴⁷Ministério da Saúde, Superintendência do Desenvolvimento do Extremo Sul, Companhia Rio-Grandense de Saneamento, Instituto Nacional da Previdência Social e cinco funcionários da Secretaria da Saúde.

como delegados da CUT/RS participar da 8ª Conferência Nacional de Saúde. (ENTREVISTA 14, janeiro de 2014)

O DOU de 3 de maio de 1984 publicou a criação de Ciplan, CS, CRIS, Cimis e CLIS. Nesse contexto, há uma preocupação geral das entidades da sociedade civil articuladas com o campo popular da saúde com a organização e atribuições do CES/RS. Para compor o colegiado foram indicadas, conforme descrição a seguir, as formas de representação de entidades no colegiado e foi estabelecida uma sistemática de organização de reuniões plenárias e coordenação.

Quadro 10 – Representação de Entidades – Decreto Estadual 33.199/89 de 2 de junho de 1989 (SUDS)

Entidades públicas	
Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente	2
Escritório Regional do Inamps	1
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	1
Diretoria Regional da Sucam	1
Delegacia Regional do Trabalho	1
Secretaria Estadual da Educação	1
Secretaria Extraordinária para Assuntos de Ciência e Tecnologia	1
Secretaria do Trabalho, Ação Social e Comunitária	1
Superintendência da Legião Brasileira de Assistência	1
Procuradoria Geral do Estado	1
Procuradoria Geral da Justiça	1
Secretaria de Coordenação e Planejamento	1
Secretaria do Interior, Desenvolvimento Regional, Urbano e Obras Públicas	1
Secretaria Especial de Ações Comunitárias	1
Ouvidoria Geral do Estado	1
Federação da Associação de Municípios do Rio Grande do Sul	1
Associações de Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde	1
Secretaria da Agricultura e Abastecimento	1
Ministério da Agricultura	1
Total	20

Entidades da sociedade civil	
Central Única dos Trabalhadores	2
Central Geral dos Trabalhadores	2
Federação dos Trabalhadores da Agricultura	2
Federação Rio-Grandense de Associações Comunitárias e de Moradores de Bairro	3
Federação dos Aposentados e Pensionistas do Estado do Rio Grande do Sul	1
Associação Gaúcha de Proteção ao Ambiente Natural	1
Associação Democrática Feminina Gaúcha – Amigos da Terra	1
Associação Gaúcha dos Hospitais	1
Federação das Santas Casas de Misericórdia do RS	1
Associação Gaúcha dos Prestadores de Saúde Ambulatorial	1
Pastoral da Saúde	1
Entidades Representativas de Profissionais de Saúde	1
Associação Médica do RS	1
Sindicato Médico do RS	1
Federação das Indústrias do RS	1
Total	20

Fonte: RIO GRANDE DO SUL Decreto Estadual 33.199/89 de 2 de junho de 1989. Estrutura do CES/RS. DOE nº 103, 1989.

Dados indicam a falta de regimento interno, da Setec, da regulamentação do colegiado pelo Estado assim como da infraestrutura necessária para o seu regular funcionamento. A situação era agravada pela ausência constante de seu presidente nato, que na época era exercido pelo Secretário Estadual de Saúde. Posteriormente essa construção foi regulada pelos Decretos Estaduais 33.199/89 de 2 de junho de 1989 e 33.612 de 20 de julho de 1990 que cria legalmente o colegiado e indica entidades representativas ampliando competências do CES/RS, conforme já explicitado.

Nessa configuração, a composição do colegiado era de quarenta entidades representativas dos atores da saúde, divididas de forma paritária entre os segmentos de **entidades públicas e da sociedade civil**. Na representação da sociedade civil, constava a representação que posteriormente na legislação denominou-se de prestadores de serviços de saúde e a representação dos trabalhadores, além das

representações dos usuários. A coordenação do colegiado era exercida pelo gestor estadual.

A Fetag, a CUT, a CGT, a Asedisa, a Fracab, a Agapan, a Pastoral da Saúde, a Associação dos Amigos da Terra e a Fetapergs enquanto entidades articuladas do campo popular denunciam a Urgência do Decreto para regularização do CES/RS junto à Plenária do Conselho e Mesa Diretora do CES/RS e a definição da data da audiência pública com o governador. Denunciam também que a Plenária de Eleições da Mesa diretiva do CES/RS ainda acontece sem a regulamentação da Nova Legislação do colegiado estadual (RESOLUÇÃO nº 7, 1988).

Ademais, por demanda do CES/RS, a representação política da SSMA/RS no colegiado entrega o Termo de Adesão ao SUDS a todas as entidades conselheiras, assim como o Protocolo de Intenção de Estadualização do SUDS, a relação das Comissões Interinstitucionais de Saúde – Cimis, bem como o Plano de Metas da CIS, e esclarece que o Conselho de Saúde deverá ser criado através de Decreto pelo Governador do Estado (ata de 14 de dezembro de 1987).

Mesmo em um contexto de democratização, a regulação do Colegiado em 1989 se dá por decreto do gestor. Nesse período, a coordenação fica com a SSMA e a vice com a representação da Fracab. Ainda sem a legislação específica que o regulasse, ele funcionou seguindo os termos do convênio SUDS quanto à composição e finalidade. A Fracab, entidade da sociedade civil que manteve o exercício da coordenação do colegiado, explicita e denuncia a dificuldade de marcar a audiência com o governador para tratar do decreto de criação do CES/RS e manifesta estranheza pelas ausências do presidente nas reuniões. Propõe que as deliberações do CES/RS sejam manifestadas por Resolução, o que foi aceito. Assim, desse período em diante, os dados priorizarão as resoluções do CES/RS, ou seja, foram priorizadas as atas para sistematizar a coordenação política do colegiado com eleições a cada dois anos.

Depois de muitas reuniões e tensões entre as entidades do CES/RS e da SSMA, foi publicado o Decreto Estadual 33.199/89 de 2 de junho de 1989. Ele existe desde as Cimis com a responsabilidade de garantir a participação da comunidade nos espaços públicos de produção da política pública de saúde. Ele nasce também “do esforço da sociedade civil em instituir um processo democrático e cidadão na participação na saúde aliado ao conjunto de mobilizações pelo acesso aos direitos”. A ata do dia 13 de abril de 1989 registra a assinatura do Convênio 01/87 e a Criação do Conselho Estadual de Saúde no dia 07 de abril de 1989, Dia Mundial da Saúde.

Esse Conselho foi marcado por fortes embates entre as entidades da sociedade civil e a representação do Estado e de denúncia de inclusão de entidades de representação médica (sindicato e associação); além das entidades médicas, foram incluídas as representações da Federação das Indústrias do RS e da Ouvidoria do Estado sem aprovação do colegiado. Havia uma expectativa por parte das entidades representadas no colegiado de que o controle social sobre o Estado se daria via Cimis.

Já nesse período as atas indicam que a representação da CUT/RS solicitava que “as reuniões sejam gravadas, as atas com decisões e votos sejam publicadas em diário oficial, a publicização da relação nominal dos representantes do CES/RS e seus endereços”. Além disso, que as atas da CIS de 1985, 1986 e 1987 “estejam à disposição dos conselheiros” do CES, bem como a relação das comissões existentes, ainda que as reuniões do CES/RS sejam semanais e as cópias originais do convênio SUDS e a relação dos representantes do Setec/CIS.

A CUT denuncia ainda que, apesar da resolução contrária do CES/RS, o GHC, que é hospital público, propõe a manutenção e ampliação dos leitos privados e o desrespeito pela eleição direta dos diretores. Denuncia também a assinatura dos Convênios com filantrópicos sem a manifestação das Cimis. Essa denúncia enfatiza a defesa do caráter público e estatal dos serviços de saúde, como parte integrante da Seguridade Social, uma pauta que ainda está em disputa entre os representantes do projeto de reformas e o corporativo.

A Mesa solicita à SSMA informação sobre a prestação de contas do SUDS, os planos de municipalização dos 35 Municípios municipalizados neste período e sobre o termo de adesão. De acordo com a ata de 28 de novembro de 1987, os vinte e três primeiros Municípios municipalizados foram escolhidos fundamentalmente a partir dos critérios da participação social das entidades e pelo trabalho das Cimis locais. Percebe-se uma distância entre o CES/RS enquanto instância deliberativa e a Comissão Interinstitucional de Saúde – CIS, comissão de reformas no RS, com relação ao processo de municipalização na saúde.

A Fetag solicita que o Inamps informe mediante documentação todos os recursos repassados ao Estado e seus valores e os do último convênio assinado e do seu respectivo Plano de Aplicação do SUDS e denuncia que não tem um local para acolher as denúncias de falta de atendimento dos hospitais do interior, nem no Inamps, nem na SSMA/RS nem no CES/RS. Essa entidade é portadora das necessidades de acesso à saúde dos trabalhadores rurais. “Eu te digo que naquela época nos não tínhamos

caráter deliberativo, mas tudo era decidido na Cimis era uma e duas era mobilização” (ENTREVISTA 1, 2003).

A mobilização das entidades aqui identificadas como atores coletivos, de modo especial, a Fetag/RS, a Fracab e posteriormente a CUT será mais bem explicitado no quinto capítulo. No quadro abaixo, retrata-se uma síntese do processo de regulamentação da participação na saúde e posteriormente do SUS no RS.

Quadro 11 – Síntese da regulamentação da participação na saúde no RS de 1966 a 1990

Ano	Documento	Finalidade	Observações
1966 Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, nº 244, ano XXIV, 16 de maio de 1966.	Decreto nº 17.868 de 26 de abril de 1966.	Da nova estrutura da Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde. Fixa a respectiva lotação de cargos de provimento efetivo e em comissão e de funções gratificadas e dá outras providências	O CES integra a estrutura da Secretaria Estadual
1970 Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, nº 244, ano XXIV, 16 de maio de 1966, Porto Alegre, nº 69, ano XXIX, 02 de outubro de 1970.	Decreto nº 20.578 de 01 de outubro de 1970.	Aprova o Regulamento do Conselho Estadual de Saúde criado pelo Artigo 1º do Decreto nº 17.868 de 26 de abril de 1966.	Primeira regulamentação do CES/RS
1973 Porto Alegre, RS, nº 75, ano XXXII, 10 de outubro de 1973.	Decreto nº 22.692, de 10 de outubro de 1973	Aprova o Regulamento do Conselho Estadual de Saúde. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul.	Aprova o novo regulamento do CES/RS
1989 Convênio 01/87 – SUDS pela SESMA Convênio SUDs de 7 de abril de 1989	Decreto Estadual 33.199/89 de 2 de junho de 1989	Cria o colegiado e, indica entidades representativas ampliando competências do CES/RS.	Conforme quadro nº 15
1990 Termo aditivo nº 01/91 ao Convênio SUS MS/ Inamps/SES-RS – 01/91. (DOE – 01/03/91)	Decreto Estadual 33.612 de 20 de Julho de 1990		

Fonte: Documentos do CES/RS, sistematização desta autora em 2012-2013.

O Decreto Estadual 33.199/89 de 2 de junho de 1989 do Estado do Rio Grande do Sul cria o Conselho Estadual de Saúde e do Meio Ambiente – CES/RS. Esse Decreto Governamental garante a participação da sociedade civil na saúde antes da criação do SUS, ainda no bojo do sistema de convênio SUDS. Garante também a sua responsabilidade e competência na gestão da política de saúde e enfatiza o caráter deliberativo e de representação das instituições públicas e da sociedade civil.

Segundo dados (atas, resoluções e narrativas), entre os temas mais debatidos pelos conselheiros de saúde nas reuniões do colegiado estão a sua composição, o processo de municipalização da saúde, a eleição da mesa diretora e a finalidade do colegiado na descentralização da saúde nas diretrizes e legislação do SUS. Não podemos deixar de destacar estratégias importantes de mobilização que foram pautadas e coordenadas pelo colegiado, como o Seminário Estadual da Cimis com reuniões descentralizadas pelas regiões sanitárias e acompanhadas pelas entidades do CES e o

processo de preparação da primeira Conferência Estadual de Saúde, ainda no contexto pré-SUS. A continuidade das reuniões das Cimis acontece com a articulação das Plenárias/Encontros de Conselhos de Saúde que serão explicitadas a seguir.

O novo CES/RS é organizado no RS no contexto da descentralização das ações de saúde pelo Ministério da Saúde e da Previdência Social – via convênio SUDS em 1987, ainda no contexto do pré-SUS. Documentos apontam que um dos vários fatores que induziram as reformas foi a existência de uma elite política reformista predisposta à descentralização nas instâncias de gestão do SES/RS e no Inamps e ainda a sociedade civil mobilizada no período. E, já no contexto da Nova República, o Convênio SUDS possibilitou no RS, ainda em 1987, ações de participação popular na política saúde.

Nesse período, também há mobilização no RS pela **Constituinte Estadual**, com relação à saúde, segundo a Constituição Estadual de 1989, no artigo 13 da Seção I, Disposições Gerais e no Capítulo III – Da Saúde e do Saneamento Básico – Seção I – Da saúde, art. 241, diz que a **saúde é direito de todos e dever do Estado e do Município**, através de sua promoção, proteção e recuperação, e, no art. 243 – atribuições inerentes: Parágrafo Único – Lei complementar, disporá sobre organização, financiamento, controle e gestão do Sistema Único de Saúde no âmbito do Estado, bem como do sistema Estadual de informações em Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 1989).

Segundo dados na Constituição Estadual há muitas emendas à Constituição propostas pelo **movimento de saúde**, emendas populares que colocavam preocupações como de garantia às diretrizes construídas na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 e na CF de 1988; na CF **havia contramovimentos** que defendiam os interesses da iniciativa privada na saúde.

Nós tínhamos aqui um movimento muito bem articulado aqui centralizado por um deputado e ex-Secretário de Saúde [...] ele tentou incluir nos termos da lei. O que era nos termos da lei, era **jogar algumas possibilidades de regulamentações condicionantes para as pessoas terem de fato esse acesso gratuito, público e universal**. [...] Então já havia isso e depois veio um movimento também no governo do Collor, né, em 1990 ele aceitou as leis orgânicas 8080 e 8142 e vetou alguns artigos, mas ele depois mandou uma proposta nos termos da lei que o FHC chegou a manter por um período mais foi derrotado pela força dos movimentos, então esses governos tentaram ludibriar o sistema em sua concepção. (ENTREVISTA 02, 2013)

O quadro número 12 abaixo traz uma rápida síntese do processo constituinte estadual do RS.⁴⁸

Quadro 12 – 20 anos do direito a saúde na Constituição Estadual de 1989 no RS

Ano	Presidentes da Assembleia Legislativa
1989 Assembleia Constituinte	<p>47ª Legislatura da Assembleia Legislativa do RS concluiu, assim, a tarefa Constitucional com certeza de entregar ao povo gaúcho uma constituição democrática e com avanços políticos e sociais, especialmente nas áreas da saúde e da educação. (p. 10)</p> <p>“A participação popular foi intensa. Os corredores da Assembleia Legislativa abrigaram de 5.000 a 5.600 pessoas por dia.” Houve contribuições da CNBB, [...], de muitas outras entidades e instituições representativas da sociedade, e grande número de emendas populares, com milhares de assinaturas”. “A Perspectiva de mudanças contagiou a todos”.</p> <p>“Os constituintes afirmaram os instrumentos sociais de controle do Estado e também atenderam ao clamor público, assegurando a sabedoria popular a manifestação também através do plebiscito, do referendo e da iniciativa popular no processo legislativo”.</p>
2009 Edição Comemorativa 20 anos	<p>Constituição gaúcha: duas décadas de um processo democrático e coletivo. A Constituição de 1989 foi elaborada por 55 deputados de oito diferentes partidos [...] que em suas diversas fases, desde o trabalho das comissões temáticas, das emendas populares, subscritas por milhares de assinaturas, até suas duas votações em plenário, evidenciou o cenário político com a maior participação popular legislativa já vista neste Estado.</p> <p>O processo teve ampla participação das organizações da sociedade, das instituições dos diferentes setores, dos partidos e parlamentares nas dinâmicas de elaboração [...] trouxe uma nova ordem política e administrativa para o nosso Estado com muitos avanços e conquistas, intensificando os mecanismos de controle externo, propondo a cooperação e o fortalecimento dos poderes do Estado.</p> <p>[...] a tradição democrática gaúcha e a participação popular fazem com que o RS seja peculiar na harmonia entre a sociedade em permanente busca de aperfeiçoamento das leis e a sensibilidade de seus representantes em adaptá-las [...] afirmamos que o parlamento do RS cumpriu um processo importante, hoje com 20 anos, além das homenagens, precisamos ter bem presente que para garantir essa conquista é necessário uma reflexão e autocrítica no sentido de que este processo continue se adequando aos anseios e expectativas da nossa sociedade. (p. 7)</p>

Fonte: Dados sistematizados por esta pesquisadora em 2011 do Caderno Comemorativo dos 20 anos da Constituição Estadual do RS

Ainda em junho de 1989, segundo Jovchelovitch (1993, p. 53-4), e em meio às disputas e interesses entre governo, setor privado, burocracia inamptiana, políticos fisiológicos e conservadores, acontece em Porto Alegre o IV Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, coordenado pelo Secretário Municipal de Saúde de Venâncio Aires e vice-presidente da Região Sul do Conasems, que proclama a “Carta de Porto Alegre”. Esta reafirma a agenda de lutas do movimento pela “descentralização e

⁴⁸ Maiores informações poderão ser encontradas na Revista 20 anos da Constituição Estadual que traz uma retrospectiva com os deputados Constituintes e sua avaliação do processo. Destaque para várias manifestações sobre a saúde, inclusive que os deputados gaúchos estavam despreparados nesta área pois poderiam ter galgado avanços importantes. Disponíveis no link <http://www2.al.rs.gov.br/constituicao20anos/P%C3%A1ginaInicial/tabid/57/Default.aspx>. Acesso: outubro de 2013).

gestão única em cada nível de governo, atendimento integral, democratização e controle popular sobre todo o sistema” e que o financiamento tenha previsto critérios determinantes e condicionantes de saúde e não acordos político-partidários e ou corporativos. Esse representante regional assume também a representação do RS na coordenação de preparação da 9ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi “Saúde, municipalização é o caminho”.

Também no mesmo ano de 1989, a Asedisa e a Famurs promovem o III Seminário de Municipalização da Saúde com o objetivo de discutir os avanços e os recuos no processo de municipalização da saúde e manifestam a disposição “forte e firme: continuar a luta pela **municipalização da saúde** no Estado”. Isso também é confirmado pelas Atas do CES/RS daquele período.

Havia uma enorme... como teve uma enorme mobilização nacional sobre o que ia constar e o que não ia constar na CF88 então todo mundo que estava envolvido lá, se envolveu aqui também e era debate por tudo o que é lado e jeito, né. Aí quando baixou para o RS já tinha essa mobilização (*Constituição Estadual*). Então tu pegavas lá as questões que já tinham sido aprovadas lá e incluía aqui, quando podíamos enquanto nos avançávamos aqui sobre novas questões. Aí nós fazíamos grandes debates. Na Comissão de saúde nós fizemos um grande debate, inclusive quem coordenou muito isso na prática foi [...], sobre a municipalização da saúde, que ainda não tinha no RS nesse período. A saúde não era municipalizada e estava aquele debate para municipalizar e instituir o SUS. (ENTREVISTA 7, 2013)

Há uma articulação entre a Famurs, a Asedisa, a Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa e o Conselho Estadual de Saúde para reunir os Municípios no I Fórum Estadual de Política de Saúde em 1990, discutir sobre a “Nova Política de Saúde” já instituída pelas Leis 8080 e 8142/90.

A estruturação do CES/RS com as entidades indicadas pelo convênio foi ampliada num primeiro momento via decretos no debate entre o conjunto das entidades envolvidas no campo da saúde e seus diversos atores, interesses, concepções e desenhos institucionais.

No Relatório da 8ª CNS (1986), a participação “é pensada a partir de sua inserção na constituição de políticas de saúde, como sujeito de sua determinação e do seu acompanhamento e fiscalização de seu respectivo processo, em todos os níveis do sistema” e o controle social têm por objeto o campo da saúde e suas implicações nas políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1986).

O conflito de interesses que permeia o processo de reformas na saúde se reflete na instituição do SUS no RS: de um lado, a burocracia inamptianista, resistindo às

mudanças, pois tinha o apoio das forças políticas da iniciativa privada fortemente organizada no RS via representação dos hospitais e de entidades médicas na garantia da assistência médica à saúde e, de outro, o grupo de profissionais de saúde pública, os gestores municipais e os segmentos da burocracia do Estado na ampliação de ações de prevenção e promoção de saúde na ruptura do modelo centrado no médico. Nesse período, as mobilizações populares, principalmente as dos trabalhadores do campo, foram de extrema importância, pois permitiram a ampliação das ações do Estado na materialização do sistema de saúde.

A 1ª Conferência Estadual de Saúde do RS conforme quadro nº 15, em anexo nº 5 foi precedida de uma pré-conferência de 6 a 8 de dezembro de 1990, em Santa Maria, coordenada por CES/RS, DRS/RS e UFSM com as temáticas da 9ª Conferência Nacional de Saúde, ou seja, implantação do SUS: municipalização, financiamento, recursos humanos e gerência, controle popular, e, para o RS, as diretrizes para a formulação de um Plano Estadual da Saúde e o *slogan* “Municipalização é o caminho”. Conforme documento houve ainda um debate entre as entidades sobre as propostas do colegiado estadual para reestruturar os Conselhos Nacional, Estadual e Municipais de Saúde, bem como indicar a representação do RS na Comissão Nacional de Preparação da 9ª CNS. O Rio Grande do Sul era o único Estado que tinha Conselho Estadual ou representação participando da Comissão Nacional da organização da conferência, pois tinha o Conselho Estadual de Saúde organizado e em funcionamento.

Nos anos noventa a nossa luta era os 10% para a saúde, então a gente pegava o deputado tal de tal região então nos pegávamos o Conselho de Saúde daquela cidade, o movimento sindical, o movimento comunitário daquela região para que eles dissessem ao deputado sobre o que ele tinha que votar. (ENTREVISTA 1, 2003).

Destaca-se que, nos anos de 1990, o RS foi palco de intensos debates, visando à normatização, organização e infraestrutura para o funcionamento dos espaços de participação e de ações voltadas para a institucionalidade da participação na saúde, adequando-se à legislação do SUS. As ações do Estado estavam voltadas para a municipalização da saúde, os Conselhos de Saúde passam a ser **condicionalidade** para o acesso e o repasse de recursos financeiros aos Estados e Municípios. Mas as mobilizações visavam garantir o acesso da população à saúde, a conquista de equipamentos, tais como postos de saúde nas comunidades.

4.3.2 Segunda fase da participação em saúde – transição das Cimis, CRIS, CLIS para os Conselhos de Saúde

Nessa fase houve o Encontro Plenário das Cimis preparatório para a 1ª Conferência Estadual de Saúde, a elaboração do PES (1987 a 1991) e um novo decreto de criação do CES/RS.

O Estado do RS, por meio do Secretário de Estado da Saúde e Meio Ambiente – SSMA, institui via Decreto de nº 33.612, de 20 de julho de 1990, o CES/RS, cuja finalidade é dar pleno cumprimento ao que está determinado no capítulo da Constituição Federal que trata da Saúde, ou seja, nos artigos 8º, 9º e 18 da Lei Federal 8080/90 e no texto da cláusula I parágrafo 1º, letra “b”, do Termo aditivo nº 01/91 ao Convênio SUS MS/ Inamps/SES-RS – 01/91 (DOE – 01/03/91). O decreto reforça a competência de fiscalização e deliberação da política de saúde. A presidência do CES fica com a gestão, mas ela não é assumida pelo secretário que se ocupa da gestão e da representação política no mandato de Deputado Estadual Constituinte. Há uma permanente tensão nas relações entre a gestão e a sociedade civil (entidades representativas de trabalhadores e de usuários).

Entre as atribuições conferidas ao CES/RS está a realização das Conferências de Saúde, nos termos do art. 1º, parágrafo 1º da Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990. E estas se constituem como fórum máximo de avaliação e proposição de diretrizes, destinadas à formulação de políticas de saúde.

Segundos os dados disponíveis, o CES/RS estimula, nesse período, a participação das entidades em um Seminário Nacional de Saúde Pública. A lei da saúde não seria remetida para o Congresso e, no contexto de mobilização, decide-se pela mobilização, pelo *lobby* com Deputados Constituintes e com o Relator da Comissão de Saúde. Além disso, a Asedisa convida a todos os Conselheiros de Saúde para o Encontro Nacional de Secretários de Saúde a ser realizado nas dependências da PUC/RS (ata de 15 de junho de 1990).

Segundo ata de 10 de abril de 1990, a mesa do CES/RS informa às suas entidades que “a partir do momento em que for promulgada uma lei orgânica reconhecendo no seu conteúdo um Conselho Municipal de Saúde, deixam de existir as Cimis”.

Para o momento preparatório da Plenária Estadual das Cimis, o CES fez reunião nas dezesseis Delegacias Regionais de Saúde – DRS, hoje Coordenadorias Regionais de Saúde, sensibilizando-as para fazerem a articulação das Cimis para as Plenárias

Regionais e garantiu ainda a participação e o acompanhamento nos eventos por representantes do órgão colegiado estadual.

Também definiu as datas de 16 de março e 29 e 30 de março para a realização das Plenárias Regionais e Estadual da Cimis. Manifesta-se a posição contrária da Mesa à inclusão de novas representações na composição do Grupo Executivo da I Conferência Estadual de Saúde (ata de 18 de outubro de 1990).

Percebem-se nos relatos avaliativos as dificuldades que o colegiado enfrentava para viabilizar as reuniões regionais preparatórias ao encontro estadual da Cimis, que começavam com a divulgação e a comunicação com os Municípios, necessitando, para isso, da participação efetiva da Famurgs e da Asedisa, assim como da infraestrutura e do apoio das Delegacias Regionais de Saúde nem sempre disponíveis.

O CES/RS tem, ademais, o papel de zelar permanentemente pela correta aplicação das resoluções aprovadas e constantes no Documento Final da 1ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (DOE nº 247, 1991). Vão sendo instituídos, assim, mecanismos para adaptar as ações do Estado às novas exigências da legislação brasileira. Até esse período não haviam sido realizadas Conferências de Saúde no Rio Grande do Sul. Esse período se caracteriza pelo Sistema Único de Saúde – SUS instituído, suas diretrizes garantidas pelos artigos 196 a 200 da CF/88 e, no RS, pela Resolução do CES/RS, que regularia a participação na saúde (CES/RS – Resolução 3 de 1989).

Ainda nesse contexto de inconstitucionalidade com a Lei Nacional da Saúde em 1992 foi publicada a nova composição do CES/RS. Assim, o Estado se retira da Coordenação nata do Colegiado, conforme dados do quadro 16 sobre a Representação política das entidades no CES/RS, anexo 5. A coordenação do colegiado passa para a representação política da Sociedade dos Amigos da Terra.

Segue a nominata da nova representação de entidades – Decreto Estadual 34.213, de 11 de março de 1992 – (SUS) Inconstitucionalidade com o SUS: **área governamental**: Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente (2), Escritório Regional do Inamps, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Diretoria Regional da SUCAM, Delegacia Regional do Trabalho, Secretaria Estadual da Educação, Secretaria Extraordinária para Assuntos de Ciência e Tecnologia, Secretaria do Trabalho, Ação Social e Comunitária, Superintendência da Legião Brasileira de Assistência, Procuradoria Geral do Estado, Procuradoria Geral da Justiça, Secretaria de Coordenação e Planejamento, Secretaria do Interior, Desenvolvimento Regional, Urbano e Obras Públicas, Secretaria Especial de Ações Comunitárias, Ouvidoria Geral do

Estado, Federação da Associação de Municípios do Rio Grande do Sul, Associações de Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde, Secretaria da Agricultura e Abastecimento, Ministério da Agricultura com 1 (um) representante cada, totalizando 20 (vinte) representantes do governo; Federação das Misericórdias, **representando a área dos prestadores de serviço de saúde** do Rio Grande do Sul, Associação dos Hospitais do Rio Grande do Sul, Associação dos Prestadores de Serviços Ambulatoriais do Rio Grande do Sul (AGPSSA), Sindicato dos Laboratórios, Associação Rio-Grandense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural (Emater), totalizando 5 (cinco) representantes; **representantes de trabalhadores de saúde:** Representação dos Médicos, Representação dos Odontólogos, Representação dos Enfermeiros, Sindicatos dos Empregados em Hospitais e Casas de Saúde, Representação dos Assistentes Sociais, Representação dos Nutricionistas, Representação dos Psicólogos, Representação dos Farmacêuticos Bioquímicos, Representação dos Veterinários totalizando 10 (dez) representantes dos trabalhadores; **representantes da sociedade civil organizada:** Federação Rio-Grandense de Associações Comunitárias e de Amigos de Bairro (Fracab) (2), Federação dos Trabalhadores da Agricultura (Fetag/RS) (2), Central Única dos Trabalhadores (CUT/RS) (2), Central Geral dos Trabalhadores (CGT/RS) (2), Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), Federação dos Aposentados e Pensionistas do Estado do Rio Grande do Sul (Fetapergs), Associação Gaúcha de Proteção ao Ambiente Natural, Representação dos Portadores de Doenças, Federação das Indústrias do Estado do Rio Grande do Sul (Fiergs), Federação das Associações Comerciais do Rio Grande do Sul (Federasul), Federação da Agricultura do Estado do Rio Grande do Sul, Federação das Cooperativas de Trigo e Soja do Rio Grande do Sul (Fecotrigo), Associação Gaúcha de Meio Ambiente (Agapan), Associação Democrática Feminista Gaúcha Amigos da Terra (ADFG – Amigos da Terra), Conselhos Regionais de Saúde (8), totalizando 25 (vinte e cinco) representantes do segmento⁴⁹, em uma composição de 59 representações.

Observa-se que a composição governamental é de 20 (vinte) representantes, a dos prestadores de serviço é de 5 (cinco) e a dos trabalhadores de saúde de 9 (nove), além da representação da no decreto assim chamada sociedade civil, que tem 25 (vinte e cinco) representantes. Constata-se que, de um lado, há uma tentativa de separar a representação por segmentos no colegiado e, de outro, verifica-se que não há paridade nas representações, situação agravada ainda mais na medida em que inclui as

⁴⁹ RIO GRANDE DO SUL. Decreto nº 34.213, 11 de março de 1992. Dispõe sobre o Conselho Estadual de Saúde e do Meio Ambiente e dá outras providências. DOE, POA, RS, nº 48, ano 1, 11 março de 1992 (p. 5).

representações dos 8 (oito) Conselhos Regionais de Saúde na composição do segmento “sociedade civil”, sem regular a forma como esses representantes seriam escolhidos nas regiões e se de fato seriam representantes da sociedade civil. Embora o decreto garanta o poder deliberativo ao colegiado, não há similaridade na representação do segmento sociedade civil em relação aos demais segmentos já instituídos pela legislação federal do SUS. Esse decreto gerou insatisfação entre as entidades do campo popular e a resposta foi o processo de criação da Lei Estadual do CES/RS, com inserção das entidades no corpo da lei.

Os conselhos são um processo contraditório no qual se observam, de um lado, novas relações, oportunidades e consolidação de espaços democráticos; e, de outro, impactos nas formas de organização popular, no encaminhamento das demandas e nos resultados para os diferentes setores da sociedade civil organizada que participa daqueles processos. (GOHN, 2011, p. 128)

No RS, a mobilização popular anterior e posterior à 1ª Conferência Estadual de Saúde, que havia sido antecedida por uma Plenária dos Conselhos de Saúde que, na época, eram as Cimis, induziu, por um lado, os atores da estrutura de saúde do Estado à elaboração do PES/RS desse período, que inclui propostas do Movimento de Reformas no Setor da Saúde e, por outro lado, produziu um amálgama dos atores do campo da saúde no sentido de ressignificação da Educação Popular em educação popular em saúde, além de estratégias descentralizadas de mobilização pela municipalização da saúde e de fortalecimento dos espaços públicos de participação.

Segundo alguns autores/atores (p. ex., FAGUNDES, 2006; DIAS, 2007), nesse período, era muito forte no RS o movimento de luta antimanicomial, cujo enfrentamento ao modelo centrado no médico trabalhou a dimensão cultural de rupturas com o estigma contra o usuário desse serviço. Nesse sentido, defender a municipalização naquele período significava incluir o usuário cidadão na sua comunidade, no seu Município.

4.3.3 Terceira fase da participação na saúde: 1994 – Institucionalização do CES/RS – Lei Estadual

Desde a criação da Lei do CES/RS até hoje, 20 anos se passaram. Nesse período, houve avanços quanto à ocupação das vagas na composição do colegiado, pois essa garante a permanência das entidades e a relativa autonomia com relação à gestão. Mas com a flexibilização das entidades e maior presença da gestão nesses espaços, houve um esvaziamento da instância com conseqüente perda de poder do

espaço instituído do controle social. Nesse período, transita um Projeto de Lei para a reestruturação do CES/RS, retirando do corpo desta a nominata das entidades que a compõem.

Porque **era por decreto que cada governo mudava**, aí iniciamos um movimento para que as decisões... Acho que hoje está vencido esse debate e, por isso é que a lei 10.094/94 as entidades estão transcritas na lei por esse motivo e para subtrair uma entidade só com outra lei, isso hoje nos criou um problema, tem entidade que nem existem mais e estão lá em nossa lei. Mas naquela época era a única forma que nós tínhamos para garantir a forma de trocar as entidades do CES e dizer também que o Sindsepe e outras entidades garantiram a sua inclusão no Conselho Estadual de Saúde. (ENTREVISTA 1, 2013)

Trata-se de um período de embates políticos de correlação de forças entre as diretrizes do projeto de reformas no setor da saúde e do projeto privatista no SUS/RS. E acompanhada do movimento de rescentralização das ações de saúde no MS. Essa fase pode ser subdividida por períodos de gestão, conforme já explicitado.

Nesse período, a saúde estava em pauta, [...] a maioria dos sindicatos tinham comissão de saúde e queriam muito discutir a saúde dos trabalhadores, como até hoje é um dos problemas bem graves [...] estavam no mesmo grupo patrões e empregados e essa foi uma crise que levamos muito tempo para vencer, porque alguns militantes achavam que os trabalhadores não podiam sentar à mesma mesa que os patrões para fazer o debate do direito à saúde. (ENTREVISTA 1, 2012)

O quadro 14 abaixo destaca as entidades que por lei passam a ocupar vaga no CES/RS.

Quadro 14 – Representação das entidades – Lei 10.097, de 31 de janeiro de 1994

1. Representantes da área governamental	
Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente	3
Coordenadoria de Cooperação e Apoio Técnico do Ministério da Saúde/RS	1
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	1
Federação da Associação de Municípios do Rio Grande do Sul	1
Associações de Secretários Municipais de Saúde	1
Secretaria Estadual da Educação	1
Companhia Rio-Grandense de Saneamento	1
Secretaria de Planejamento e da Administração	1
Secretaria da Justiça do Trabalho e da Cidadania	1
Total de representantes	9
2. Área dos prestadores de serviços de saúde (6)	
Federação das Misericórdias do Rio Grande do Sul	1

Associação dos Hospitais do Rio Grande do Sul	1
Associação dos Prestadores de Serviços Ambulatoriais	1
Sindicato dos Laboratórios	1
Associação Rio-Grandense de Empreendimentos de Assistência Técnica e Extensão Rural (Emater)	1
Total de Representantes	5
3. Área dos profissionais de saúde (10)	
Representação dos Médicos	1
Representação dos Odontólogos	1
Representação dos Enfermeiros	1
Federação dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde do Rio Grande do Sul	1
Representação dos Assistentes Sociais	1
Representação dos Nutricionistas	1
Representação dos Psicólogos	1
Representação dos Farmacêuticos Bioquímicos	1
Representação dos Veterinários	1
Representação dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais	1
Total de representantes	10
4. Área da sociedade civil organizada	
Federação Rio-Grandense de Associações Comunitárias e de Amigos de Bairro (Fracab)	2
Federação dos Trabalhadores da Agricultura (Fetag/RS)	2
Central Única dos Trabalhadores (CUT/RS)	2
Central Geral dos Trabalhadores (CGT/RS)	2
Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB)	1
Federação dos Aposentados e Pensionistas do Estado do Rio Grande do Sul (Fetapergs)	1
Representação dos Portadores de Doenças	1
Federação das Indústrias do Estado do Rio Grande do Sul (Fiergs)	1
Federação das Associações Comerciais do Rio Grande do Sul (Federasul)	1
Federação da Agricultura do Estado do Rio Grande do Sul (Farsul)	1
Associação Gaúcha de Meio Ambiente (Agapan)	1
Associação Democrática Feminista Gaúcha Amigos da Terra (ADFG – Amigos da Terra)	1
Conselhos Regionais de Saúde	5
Representação das Pessoas Portadoras de Deficiências	1
Representação das Entidades de Defesa ao Consumidor	1
Fórum Gaúcho de Saúde Mental	1
Sindsepe	1
Total de Representantes	26

Fonte: RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. Lei nº 10.097, 31 de janeiro de 1994. Cria o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e estabelece outras providências, Porto Alegre, 1997.

A Lei Estadual 10.097 de 31 de janeiro de 1994, regulamenta o CES/RS, define a composição do colegiado com representação política de 52 (cinquenta e dois)

Conselheiros titulares e de 52 (cinquenta e dois) conselheiros suplentes, depois de amplo debate com a sociedade e em um contexto de mobilização popular e de disputa em torno do projeto de saúde. Nesse período, conforme quadro de coordenadores do CES (cf. quadro 9, anexo 5), a sociedade civil assume a coordenação do colegiado em um embate de concepções sobre participação entre os projetos em disputa. Além disso, verifica-se ainda um controle social da sociedade sobre o Estado, como já explicitado no primeiro capítulo.

A constituição dos espaços públicos representa o saldo positivo das décadas de luta pela democratização, expresso especialmente – mas não só – pela Constituição de 1988. Por outro lado, o processo de encolhimento do Estado e da progressiva transferência de suas responsabilidades sociais para a sociedade civil. (DAGNINO, 2004, p. 97)

Segundo ata de eleição nº 12 de 9 de julho de 1996, houve consenso após várias reuniões entre os representantes dos segmentos. Nesse acordo foi estabelecida a alternância no mandato entre presidente e vice. No primeiro ano, assumiria a presidência o representante da SEC/RS, do segmento gestor, e, no segundo ano, o representante do Sindsepe, do segmento dos usuários. Esse dado também foi comprovado no quadro 9, anexo 5, referente à composição política da mesa diretora do CES/RS por período, sistematizada a partir das atas das eleições.

A saúde é uma agenda permanente do Sindsepe, além do sindicato ter uma grande base na saúde, essa ainda estava em permanente debate no sindicato, [...] o sindicato conquistou uma cadeira, a condição de conselheiro da saúde, que para a entidade foi uma coisa muito boa. É uma entidade que estuda muito, sempre fez questão de estudar. Então passou a incentivar que os seus representantes passassem a representar o sindicato nos Conselhos Regionais de Saúde. (ENTREVISTA 1, 2012)

O Relatório da **2ª Conferência Estadual de Saúde** realizada em Porto Alegre em 1996 teve como temática “Construindo um modelo de atenção à saúde: saúde e qualidade de vida”. Nas palavras do coordenador da Conferência de Saúde:

O SUS não é uma realidade pronta, acabada: precisa ser construído, um processo que se consolida com o debate amplo e democrático [...] não é um simples aparato burocrático: ele é feito de seres humanos que sofrem, que lutam, que sonham com um futuro melhor para o Rio Grande e para o Brasil. (RIO GRANDE DO SUL, 1996, p. 5)

A concepção de saúde tem ênfase nas ações de atenção básica em saúde e seu foco na Estratégia do Programa de Saúde da Família – ESF. “Que as ações sejam

inseridas no Plano de Municipalização, respeitando a política definida pela comunidade e aprovada nos CMS [...] em determinado território, integradas à rede básica, com recursos específicos e para execução de ações de vigilância e assistência à saúde” (RIO GRANDE DO SUL, 1996, p. 10).

Com relação à gestão: com o avanço do processo de municipalização, impõe-se ao gestor estadual do SUS a redefinição do seu papel, na perspectiva de adequar-se aos princípios constitucionais e às Leis 8080/90 e 8142/90 no que tange às atribuições e às competências do Estado em relação ao SUS. Ele redefine o papel das Delegacias Regionais de Saúde, de acordo com o novo papel da Secretaria de Saúde e do meio ambiente, estimulando a elaboração dos Planos Regionais de Saúde.

Com relação aos recursos humanos: o gestor estadual estabelece um plano de ordenamento e um perfil de formação dos recursos humanos para o SUS, englobando as formações de nível médio e superior. Os currículos das Universidades devem ser modificados como meio de formar profissionais qualificados não somente para a cura da doença. “Uma forma de superar esse problema seria a Escola de Saúde Pública Descentralizada – ESPRS, descentralizando a sua atuação e ampliando o convênio com as Universidades” (RIO GRANDE DO SUL, 1996, p. 8). Ocorre a implantação do PCCS em todos os níveis de governo com valorização do trabalhador. “[...] adicionais aos profissionais com dedicação exclusiva, mantendo a isonomia salarial de acordo com o nível de escolaridade. Qualificar os gestores no início de cada administração [...] ao gestor estadual cabe oportunizar a capacitação para os gestores municipais” (RIO GRANDE DO SUL, 1996, p. 9).

Quanto à participação: esta é focada no respeito às deliberações do CES/RS e dos Conselhos Municipais onde o Município já está municipalizado na condição semiplena, segundo a NOB/96 (RIO GRANDE DO SUL, 1996, p. 11).

Particularidade do RS: inicia imediatamente o processo de discussão da Lei Orgânica da Saúde para enviar o Projeto de Lei à Assembleia Legislativa. O envio de um Projeto de Lei Orgânica do Estado sobre a saúde é de responsabilidade do Executivo e deve ser apresentado no prazo máximo de 180 dias após a promulgação da **Constituição Estadual**. “No entanto, já se passaram seis anos e dois governos, existindo um Projeto de Lei entregue no ano de 1991 ao executivo que não retornou à Assembleia Legislativa” (RIO GRANDE DO SUL, 1996, p. 12).

Na 10ª CNS (1996), esse movimento é consolidado, “reforçando a redução da noção de participação à prática (externa) do controle social”. As ações voltam-se para a organização dos Conselhos de Saúde em todos os níveis de gestão da política de saúde

(interna). Destacam-se ainda o debate sobre a temática da gestão participativa na gestão dos recursos humanos na saúde e os novos mecanismos de participação. É consolidado um controle social como prática externa de acompanhamento e fiscalização do SUS, garantido pelas prerrogativas constitucionais.

Os dados indicam que foram elaborados dois Planos de Saúde no mesmo período **de 1999 a 2000**. Não encontrei a justificativa para isso, mas pelos dados do PES/RS a intenção foi incluir o Plano de Saúde do Meio Ambiente e adequar a NOB/1996 da Saúde. Um foi elaborado ainda pela equipe de saúde do governo de Antônio Britto e o outro Plano Emergencial foi elaborado já pela equipe do governo de Olívio Dutra.

Os Conselhos Regionais de Saúde – CRS⁵⁰, constituindo-se por ocasião da descentralização do CES/RS, em âmbito regional em todo o Estado do Rio Grande do Sul, em caráter permanente, deliberativo e fiscalizador, no âmbito de competência, têm como objetivo contribuir com o CES/RS, na efetivação do controle social do SUS/RS na sua área geográfica de atuação, cujas resoluções foram homologadas pelo CES/RS, conforme prevê a lei e as resoluções do CES/RS (cf. Quadro 13). A sede do Conselho Regional de Saúde será na cidade e no local da circunscrição Regional de Saúde em que ele esteja atuando. Essa articulação no âmbito da descentralização político-administrativa da Secretaria Estadual de Saúde é uma particularidade do RS.

A CUT tinha um espaço institucional que debatia saúde, um coletivo de saúde e ali nos articulávamos através dos Conselhos Regionais de Saúde de todo o Estado. Foi um período muito bom do movimento sindical [...] O movimento sindical que sempre teve representação junto aos conselhos, um dos sindicatos que sempre teve muita participação é o Sindicato dos Trabalhadores Rurais, o dos Metalúrgicos além do Sindsep. Quando nós chegamos aqui em 94 já existiam dois Conselhos Regionais de Saúde (organizados), o de Caxias do Sul e o de Santa Maria, naquele decreto que só foi extinto com a Lei de criação do CES. Porque teve um processo do MP que tornou o CES constitucional e tinha o do Litoral em formação. Mas no decreto dizia que tinha oito vagas para os Conselhos Regionais no Colegiado Estadual, nós propomos no projeto de Lei do CES/RS que seriam cinco vagas para Conselhos Regionais na plenária do Conselho Estadual. (ENTREVISTA 1, 2013)

⁵⁰ “Os Conselhos Regionais de Saúde – CRS, constituindo-se na descentralização do CES/RS em âmbito regional em todo o Estado do Rio Grande do Sul, com caráter permanente, deliberativo e fiscalizador, no âmbito regional, têm como objetivo contribuir com o CES/RS, na efetivação do controle social no SUS/RS na sua área geográfica de atuação e suas resoluções serão homologadas pelo CES/RS, conforme prevê a lei 10.097/94”.(Art. 1 da Resolução 01/2000 do CES/RS). Disponível no site: www.ces.saude.rs.gov.br.

O quadro a seguir explicita a estrutura dos Conselhos Regionais de Saúde enquanto espaços organizativos descentralizados e de articulação política do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

Quadro 15 – Estrutura dos Conselhos Regionais de Saúde – Resolução 001/1994

DRS/CRS	Região	Data de criação
1º Porto Alegre	Metropolitana	Criado em 19 de outubro de 2005
2º Porto Alegre	Metropolitana	Primeira eleição em 20 de agosto de 2004
3º Pelotas	Sul	Portaria nº 510/2005 Designação dos conselheiros do 3º CRS – 30 de novembro de 2005
4º Santa Maria	Centro-Oeste	Portaria 25/2002 designa os Conselheiros do Conselho Regional de Saúde – 17 de maio de 2002
5º Caxias	Serra	*
6º Passo Fundo	Norte	Aprovado pela Plenária Regional do dia 10 de dezembro de 1994 e a Resolução 07/94 do 6º CRS e homologado pela Resolução nº 02/2000
7º Bagé	Sul	*
8º Cachoeira do Sul	Centro-Oeste	Portaria 604/2007 de 9 de outubro de 2007
9º Cruz Alta	Missioneira	Ofício CRS 017/2007 – Aprovação do RI do CRS em Reunião Ordinária do dia 12 de abril de 2005 e data da eleição
10º Alegrete	Centro-Oeste	Portaria 595/2007 – Designa os membros do CRS de Alegrete – para fins de readequação 20 de julho de 2006 a 31 de dezembro de 2007
11º Erechim	Norte	Portaria nº 662/2006 altera o artigo 1º da Portaria 11/2002 designa os Conselheiros para compor o CRS – 28 de dezembro de 2006.
12º Santo Ângelo	Missioneira	Regimento Interno do CRS Aprovado em 17 de março de 1999
13º Santa Cruz	Missioneira	Assembleia de aprovação do RI, plenária e eleição e posse da nova diretoria – 1º de abril de 1997
14º Santa Rosa	Missioneira	Regimento Interno do CRS 14 aprovado no dia 4 de fevereiro de 2003
15º Palmeira das Missões	Norte	Portaria 368/2005 – Designa conselheiros para compor o CRS – 18 de agosto de 2005
16º Lajeado	Vales	Portaria nº 602/2007 – Designa os membros para o CRS do 16º CRS – 8 de outubro de 2007
17º Ijuí	Missioneira	Portaria 600/2007 designa os membros para o CRS do 16º CRS para readequação – 09 de outubro de 2007
18º Osório	Metropolitana	Portaria 50/2001 designa os membros para o CRS de Osório– 2 de janeiro de 2002
19º Frederico Westphalen	Norte	Ofic. CRS nº 17/ 2006 – Ata nº 12/2004 nominata dos membros da mesa diretora eleita e 24 de novembro de 2004

Fonte: Dados das Resoluções do CES/RS de criação dos Conselhos Regionais de Saúde, dados dos Conselhos Regionais de Saúde do acervo do CES/RS.

*Dados não encontrados.

Embora os CRS já fizessem parte da estrutura do CES anterior à Lei Estadual, apenas três estavam organizados e em funcionamento (Santa Maria, Cachoeira e Osório). Em 1998, havia apenas oito em funcionamento. Até 2003 outros onze foram constituídos, totalizando dezenove, um em cada região de saúde. Nesse período de expansão, há “influência dos Conselhos Regionais na formação de posições entre os demais representantes de usuários [...] e ações do CES” (PEREIRA, 2006).

A **3ª Conferência Estadual de Saúde**, realizada em Porto Alegre, em 2000, tem como temática “Efetivando o SUS: acesso, qualidade, e humanização na atenção à

saúde, com controle social”. Ela se subdividiu em seis blocos temáticos: descentralização da gestão, regionalização da atenção, administração e formação em saúde pública dos trabalhadores, integralidade da atenção, ações e políticas intersetoriais e fortalecimento do controle social.

A saúde acontece a partir do “fortalecimento do controle social para efetivação do SUS – ênfase ao acesso, à qualidade e à humanização da atenção” (CES/RS, 2000, p. 2-3). E “a participação reafirma o SUS cada vez mais legal, como diz a marca aprovada na Conferência”. Com relação aos seis blocos temáticos, é reafirmado o da descentralização da gestão – critérios de equidade no aumento do volume e na utilização de recursos e autonomia ao gestor municipal para a utilização de recursos financeiros da saúde, com aprovação e controle pelo respectivo conselho de saúde e várias estratégias de regulamentação dos fundos de saúde e a utilização de planos de aplicação e de relatórios de gestão (CES/RS, 2000, p. 4). O relatório afirma ainda que houve avanços na gestão do SUS, organizado em 100% dos Municípios. Pontos que necessitam ser reforçados e implementados: intersetorialidade das ações de saúde visando garantir a integralidade da atenção à saúde e a busca de solução para as relações de trabalho especialmente no que se refere ao Programa Saúde da Família – PSF e aos Agentes Comunitários de Saúde – ACS (CES/RS, 2000, p. 5). A intersetorialidade entre as políticas públicas é fundamental para a concretização do novo conceito de saúde condicionado e determinado pelos fatores socioeconômicos, políticos e culturais de determinada sociedade.

A particularidade do Governo Democrático Popular do RS: a SES/RS lança a campanha o “SUS é Legal”, o Orçamento Participativo, a descentralização político-administrativa, a municipalização e a saúde solidária.

Esse relatório é documento fundamental como instrumento de planejamento, reorganização e acompanhamento do SUS. E contribuiu nas proposições do RS na 11ª CNS e na revisão do Plano Estadual de Saúde, no novo Código Estadual de Saúde e nos projetos cotidianos da Secretaria Estadual de Saúde – SES/RS (RIO GRANDE DO SUL, 2000, p. 1). Ainda assim, incluiremos dados da **6ª Conferência Estadual de Saúde**, que foi realizada em 2011, tendo por local o centro de eventos em Tramandaí e tratando da temática “Todos usam o SUS! Acesso e acolhimento com qualidade – um desafio para o SUS”. Ela acontece no contexto da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Em um período cujas demandas são orientadas por programas das diversas políticas, muitas delas com apoio do movimento social, foram sistematizadas mais de

600 propostas para o nível estadual e federal e 37 propostas aprovadas e disponíveis no *site* do CES/RS, como agendas estratégicas de monitoramento pelo controle social.

Quanto à **concepção de saúde**, ela reflete a verticalidade dos projetos e das políticas, mas há uma ênfase na garantia de acesso como direito e ela parte da seguridade social, assim como da necessidade de segurança alimentar e da não utilização de agrotóxicos na produção de alimentos. Ela aparece como **estratégia importante para a gestão, para o cuidado, para o ensino e para a sociedade ou para o controle social**, como educação permanente, educação continuada, Educação Popular, buscando espaços para a práxis.

Quanto à **concepção de participação**, embora haja um permanente desafio para ampliar esses espaços de protagonismo, ainda **são os Conselhos Municipais de Saúde** que, apesar das dificuldades para garantir o poder deliberativo junto às políticas de saúde, assumem a tarefa e são demandados para questões de possibilidades.

Segundo Guizadi *et al.* (2004, p. 16) e Vial e David (2006), ao analisar as Conferências Nacionais de Saúde, busca-se identificar as questões relativas à participação social desde a instituição do SUS com destaque para os deslocamentos argumentativos a partir dos relatórios das Conferências. Esse processo das Conferências Nacionais de Saúde confere certa direcionalidade às Conferências Estaduais de Saúde nos Estados e Municípios.

A 11ª CNS (2000) indica uma diferenciação do referencial esboçado a partir da 9ª CNS. A participação começa a se desenhar como prática decisória e são trazidos os limites dessa forma de participação, “as restrições ao não acesso concreto às decisões”. Enfatiza-se que o crescimento do movimento, no sentido de concretização do direito a saúde (saúde coletiva), provocou um desgaste na concepção legal de participação/controle social. As decisões dessa CNS apontam para a construção de novos desenhos de participação/controle social nas práticas dos diferentes atores sociais – como tomar parte da produção do SUS pela comunidade.

Nesse período, aconteceram ainda a 12ª e a 13ª Conferências Nacionais de Saúde (2003 e 2007 respectivamente). Segundo os relatórios finais dessas conferências, a 12ª CNS, intitulada Sérgio Arouca, prevista para acontecer em 2004 foi antecipada por decisão da Plenária do Conselho Nacional de Saúde, cujo colegiado assumiu a organização e a condução da conferência. O discurso que permeia o relatório da referida conferência é o de que o controle social e a gestão participativa contribuem para a ampliação da cidadania e os conselhos de saúde avançaram na sua implantação, porém enfrentam um obstáculo para o seu pleno funcionamento: o não exercício de seu

caráter deliberativo. Esta conferência também aponta para a qualificação e o fortalecimento da rede de controle social (BRASIL, 2004).

A 13ª CNS, convocada pelo Conselho Nacional de Saúde, no período em que o SUS completou 20 anos – desde a 8ª CNS de 1986 –, faz uma retomada dos princípios da reforma sanitária brasileira: o direito a saúde e um olhar retrospectivo sobre o campo da saúde coletiva, no qual são aprovadas propostas de educação permanente para o controle social do SUS. Já o controle social na saúde volta-se para um controle externo, além de conceber a saúde como “Política de Estado e desenvolvimento”, tendo pela primeira vez um trabalhador da saúde à frente dos trabalhos realizados por um coordenador eleito entre os diferentes atores considerados na paridade dos segmentos constitutivos do CNS (BRASIL, 2009).

As Conferências de Saúde são resultado de um processo de construção social e os próximos movimentos podem apontar um compromisso com o projeto que sustenta o SUS ou correr o risco de referendar concepções contrárias à democratização das políticas de saúde.

No RS, verifica-se ainda a realização **dos Encontros/das Plenárias de Conselhos de Saúde** que nascem no RS em 1990. São espaços estratégicos de articulação política do controle social no RS. Em 1996, realiza-se a I Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, impulsionada pelos atores gaúchos, constituindo um evento que, apesar de perder força política, acontece anualmente até hoje. Percebe-se serem espaços de potência na construção da agenda política dos atores do campo popular nos CES/RS e nos CMS e, além disso, de elaboração da agenda estratégica para a ação política dos Conselheiros nas Conferências Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde. É uma espécie de Movimento dos Conselhos de Saúde. Esses “Fóruns de articulação” são coordenados por Conselheiros escolhidos por ocasião dos encontros e sua mobilização é financiada no nível nacional pelo Conselho Nacional de Saúde e nos Estados pelos Conselhos Estaduais de Saúde; por ter autonomia em relação aos Conselhos, a estrutura estadual não criou infraestrutura e recursos financeiros para sua organização e funcionamento no RS.

As plenárias e/ou os encontros iniciaram no RS ainda no início da década de 1990 no contexto do pré-SUS e mantiveram certa regularidade enquanto movimento de articulação dos Conselhos de Saúde. Sofrem a mesma flexibilização que acometeu as estruturas do movimento social a partir dos anos 2000. Além disso, desencadeiam um movimento nacional que desde 1996 realiza anualmente Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde. Estas acontecem em todos os níveis de gestão do SUS, são

utilizadas como estratégias articuladoras da agenda política dos Conselhos de Saúde e influenciam a formulação da agenda política desses fóruns para pautar os governos em todos os níveis. Foram pouco estudadas pela pesquisa, mas sua potência pode estar exatamente em ser um espaço de resistência do campo popular que continua a militância política na saúde e mantém certa autonomia em relação à gestão. Sua fragilidade contraditoriamente encontra-se na mesma questão: seu financiamento pela instância de gestão do SUS.

O quadro número 16, destaca as Plenárias de Conselhos de saúde realizadas no RS no período compreendido entre 1990 a 2009. Sistematizadas a partir dos documentos do CES/RS, ele contém o ano, a temática e o local de realização.

Quadro 16 – Encontros/plenárias estaduais de Conselhos de Saúde no RS

Ano	Plenária	Local
1990	1ª Plenária Estadual de CRIS/CMS/CIMS-RS (embora ainda não regulamentados, considera-se a 1ª Plenária de Conselhos de Saúde)	Assembleia Legislativa do RS – Porto Alegre
1991	2ª Plenária Estadual de CRIS/CMS/CIMS-RS (embora ainda não regulamentados, considera-se a 2ª Plenária de Conselhos de Saúde)	Itaimbé Palace Hotel – Santa Maria – RS
1994	3º Encontro Estadual de Conselhos Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul	Assembleia Legislativa do RS – Porto Alegre
1995	4º Encontro Estadual de Conselhos Municipais de Saúde do RS: realizado pelo CES/RS, nos dias 24 e 25 de novembro	Capão da Canoa – RS
1996	I Plenária Nacional de Conselhos de Saúde	Brasília – DF
1997	5º Encontro Estadual de Conselhos de Saúde do RS no mês de abril.	Assembleia Legislativa do RS – Porto Alegre
1998	6º Encontro Estadual de Conselhos de Saúde do Rio Grande do Sul em abril	Assembleia Legislativa do RS – Porto Alegre
1999	7º Encontro Estadual dos Conselhos de Saúde do RS em dezembro	Auditório do SESC– Porto Alegre
2001	8ª Plenária Estadual de Conselhos de Saúde – Realizada pelo Conselho Estadual de Saúde – CES/RS nos dias 28 a 30 de setembro	Sede Campestre do SESC – Porto Alegre
2002	9ª Plenária Estadual de Conselhos de Saúde	Sede Campestre do SESC – Porto Alegre
2004	10ª Plenária Estadual de Conselhos de Saúde, nos dias 26, 27 e 28 de agosto	Auditório da Fetag/RS – Porto Alegre
2005	11ª Plenária Estadual de Conselhos de Saúde do RS, realizada pelo CES/RS, nos dias 5, 6 e 7 de abril	Auditório da Fepagro – Secretaria Estadual da Agricultura – Porto Alegre
2006	12ª Plenária Estadual de Conselhos de Saúde do Rio Grande do Sul, realizada pelo Conselho Estadual de Saúde nos dias 1, 2 e 3 de Junho	Auditório da Sede Campestre do SESC – Porto Alegre.
2009	13ª Plenária do Estadual de Conselhos de Saúde do RS, nos dias 27 e 28 de março	Hotel Ritter – Porto Alegre

Fonte: Sistematizados a partir de documentos do CES/RS por ocasião do processo de Educação Permanente com os Conselheiros de Saúde e para os 20 anos da Lei do CES/RS 2014 pela CEPICS.

Verifica-se que não aconteceram Plenárias Estaduais de Conselhos de Saúde nos anos de 1992, 1993, 2003, 2007, 2008 nem nos anos de 2010, 2011, 2012 e 2013. As Plenárias e os Encontros da Coordenação Nacional continuam a acontecer. O RS é um Estado que ainda não garantiu o financiamento das Plenárias de Conselhos de Saúde.

A efetivação da organização e do funcionamento do CES/RS foi condicionada e determinada pela disputa de interesses que permeou o campo da saúde em cada período. Destacam-se mais fortemente os interesses expressos no Projeto de Reformas no setor da saúde, que representa os princípios universalistas e a saúde como direito do cidadão, e os do Projeto Privatista do SUS que representa o princípio do consumo e da mercadoria com ações de focalização na saúde para quem pode e quem não pode pagar.

Constata-se que embora no PES/RS 1987 a 1990 não apareça à realização da 1ª Conferência Estadual de Saúde do RS, a legislação estadual previa a sua realização. Nesse período, estava ativa a Comissão Interinstitucional Estadual de Reforma Sanitária – CIS. Embora as questões da participação instituída apareçam de forma programática em algumas gestões e no formato de concepção de saúde implícitas no processo de trabalho, em outras, optamos por trabalhar didaticamente a participação nos conselhos e nas conferências de saúde separadamente.

O quadro abaixo é uma tentativa de sintetizar as resoluções que expressam as estratégias, os conflitos e as tensões que permeiam o espaço do CES/RS. E, posteriormente explicitados na tese.

Quadro 17 – Síntese da regulamentação da participação na saúde no RS de 1994 a 2012

Ano	Documento	Finalidade	Observações
1994	Lei 10.097 do CES, artigo 5º: "As decisões do Conselho Estadual de Saúde serão consubstanciadas em Resoluções. Parágrafo único – O Secretário da Saúde e do Meio Ambiente, na qualidade de Gestor do Sistema Único de Saúde/RS, terá o prazo de 30 (trinta) dias para homologar as Resoluções" (RIO GRANDE DO SUL, 1994)	Os critérios de formação dos Conselhos Regionais de Saúde e as vagas para indicação das representações no CES serão estipulados no Fórum Estadual de Conselhos Regionais de Saúde	Normatização por lei do CES/RS com nominata das entidades na lei Caráter deliberativo
Resolução 02/2000 O Plenário do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul – CES/RS, em sua	Criação, organização e funcionamento dos CRS representam a descentralização do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em cumprimento às diretrizes de descentralização do SUS,	Art. 1º – Os Conselhos Regionais de Saúde – CRS, constituindo-se na descentralização do CES/RS em âmbito regional em todo o Estado do Rio Grande do Sul, com caráter permanente, deliberativo e fiscalizador, no	Agenda Política CES/RS – Descentralização CES/RS

Reunião Plenária Ordinária realizada no dia 16 de março do ano 2000 Presidente do CES/RS Adalgiza Balsemão Araújo	com controle social	âmbito regional, têm como objetivo contribuir com o CES/RS, na efetivação do controle social no SUS/RS na sua área geográfica de atuação e suas resoluções serão homologadas pelo CES/RS, conforme prevê a lei 10.097/94.	
Resolução 5 de 2001 em Plenária Ordinária do dia 21 de junho de 2001 Presidente Luiz Carlos Bolzan	Cria os Conselhos Gestores nos serviços de saúde	Considerando que os Conselhos Gestores constituem um instrumento de fortalecimento do controle social no SUS; também as resoluções da 9ª, 10 e 11 Conferências Nacionais de Saúde no que trata do tema Conselhos	Agenda Política CES/RS
2001	Resolução 09 de 2001 em Reunião Plenária Ordinária do dia 21 de junho de 2001	Artigo 1º – Dar nova redação aos Artigos 1º e 2º da Resolução nº 05/2001, do CES/RS, que passam a vigorar com a seguinte forma: "Deverão ser criadas, junto aos Conselhos de Saúde correspondentes, estruturas específicas com a função de câmaras técnicas de acompanhamento de gestão dos serviços, para aperfeiçoar o controle social sobre sua vinculação ao SUS". Artigo 2º – Aprovar as diretrizes para o controle social nos serviços de saúde vinculados ao SUS, conforme Anexo 1 desta Resolução. Artigo 3º – Autorizar a SES/RS a utilizar recursos orçamentários próprios para a viabilização da presente Resolução. Artigo 4º – A SES/RS regulamentará a presente resolução no prazo de 30 (trinta) dias.	Agenda Política CES/RS
2003 Presidente Luiz Carlos Cachanosky	Resolução nº 4 do CES/RS	Criar uma "Força Tarefa" – coordenação do CES. Avaliar a precariedade da saúde pública em alguns Municípios	Agenda Política CES/RS
2003	Resolução nº 12	Não aprovar recursos que não estejam previstos com os gastos em saúde EC/029 e Resolução 322 do CNS de 8 de maio de 2003	Agenda Política CES/RS – Financiamento
2004	Resolução nº 12	Não aprovar a execução orçamentária e o relatório de gestão 2003 da SES/RS	Agenda Política CES/RS – Financiamento
2005	Resolução nº 1	Os cargos de Presidente e ou	Presidência dos

Presidenta Maria Helena Lemos da Silva		Coordenadores Gerais dos Conselhos Regionais de Saúde não deverão ser exercidos por representantes de governo, ocupantes de cargo em comissão ou funções gratificadas, nas três esferas de governo.	CES não pode ser gestor – Autonomia dos Conselhos de Saúde
	Resolução nº 2	Instituir Comissão Especial para fins de elaboração do Regimento Interno e do Protocolo de Instituição da Mesa Estadual Permanente de Negociação do SUS	Agenda Política CES/RS
	Resolução nº 3	Institucionalizar o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, como Coordenador Geral dos Projetos de Capacitação de Conselheiros em todos os níveis de gestão	Política de Educação Permanente para o controle social do SUS
2007	Resolução nº 6	Não aprovar o Orçamento apresentado pelo Governo do Estado, através da Secretaria Estadual da Saúde – SES/RS, em face do não cumprimento do preconizado pela Emenda Constitucional nº 29/2000, pela Lei Federal 8080/90, bem como Portaria n.º 2047/2002/MS e Resolução n.º 322/2003/CNS	Agenda Política CES/RS – Financiamento
2008	Resolução nº 2 do CES/RS Publicada no Diário Oficial do dia 14/02/2008 p. 26 e 27	Revogar as homologações efetivadas pelo CES/RS acerca da regularidade dos Conselhos Regionais de Saúde, bem como as devidas publicações editadas até a presente data – “ficam os representantes dos Conselhos Regionais de Saúde impossibilitados de exercer suas funções de representantes do controle social, interna e externamente”	Que a partir desta data, até que suas situações sejam regularizadas frente a instância de controle social estadual
	Resolução nº 5	Aprovar o Plano de Trabalho para aplicação do recurso da Portaria 3060/07 para o Estado do Rio Grande do Sul no valor de R\$ 999.996,12 (novecentos e noventa e nove mil, novecentos e noventa e seis reais e doze centavos)	Repasse de recursos financeiros do MS para apoio à gestão com ênfase na participação social no SUS
2009 Presidente Carlos Alberto Ebeling Duarte	Resolução nº 1	Aprovar o Plano de Trabalho para aplicação do recurso da Portaria 2.588/GM/MS de 17 de dezembro de 2008 para o Estado do Rio Grande do Sul no valor de R\$ 1.136.532,57 (um milhão cento e trinta e seis mil, quinhentos e trinta e dois reais e cinquenta e sete centavos)	Participasus – Financiamento

	Resolução nº 3	REJEITAR o Projeto de Lei Complementar nº 92/2007 e a proposta de fundação pública de direito privado para a área da saúde	Agenda Política CES/RS – Defesa do SUS
	Resolução nº 4 Art. 2º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua aprovação pela Plenária do CES/RS	Reestruturar as Comissões do Conselho Estadual de Saúde – CES/RS. a) Comissão Permanente de Fiscalização; b) Comissão Integrada de Vigilância e Políticas de Saúde e suas comissões temáticas; c) Comissão de Regionalização e Descentralização; d) Comissão de Acompanhamento do Processo Orçamentário e Financeiro; e) Comissão de Educação Permanente, Informação e Comunicação;	Agenda Política do CES/RS – Autonomia do CES/RS
	Resolução nº 6	Repúdio ao Projeto de Lei nº 219/2009, de autoria do Deputado Gilmar Sossela, ora em trâmite na Assembleia Legislativa deste Estado Os termos dessa Resolução são específicos para a retirada do referido projeto de pauta , ou caso apreciado pelos membros da Casa Legislativa, seja o Projeto de lei rejeitado pelo Plenário da Assembleia Legislativa do Estado Rio Grande do Sul	Agenda Política do CES/RS – Reestruturação do Colegiado
Presidente Paulo Humberto Gomes da Silva	Resolução nº 8	Não aprovar o Relatório Anual de Gestão – RAG – competência 2008, apresentado pela SES/RS.	Agenda Política do CES/RS – Financiamento
	Resolução nº 9	Não aprovar a proposta orçamentária do Governo do Estado para a SES/RS, referente ao ano de 2010, enquanto não forem sanadas as ilegalidades acima discriminadas, a fim de buscar o efetivo cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000, em adequação à Portaria 2047/2002 do Ministério da Saúde -MS e Resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde – CNS	Agenda Política do CES/RS – Financiamento
	Resolução nº 12	Aprovar a Política Estadual de Educação Permanente para o controle social do SUS na 6ª Região Sanitária do Estado	Agenda Política do CES/RS – Educação Permanente par ao controle social do SUS

	Resolução nº 13	Aprovar o Plano Estadual de Saúde – PES 2009/2011 nos seus aspectos técnicos e REPROVAR o mesmo no que se refere a seus aspectos de financiamento, que está em desacordo com Emenda Constitucional nº 29, disciplinada pela lei 8080/90, Portarias 2047/02/MS e Resolução 322/03/CNS	Agenda Política do CES/RS – Financiamento
	Resolução nº 11	Considerando a necessidade de regularizar e reestruturar os Conselhos Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul – CRS, nos moldes do que preceituam a Lei Federal n. 8142/90, Lei Estadual n. 10.097/94 e a Resolução nº 333/2003 – CNS; Após a aprovação dessa Resolução, o CES/RS terá 60 dias a partir da sua primeira reunião plenária ordinária do ano de 2011 para iniciar o processo de reestruturação dos Conselhos Regionais de Saúde	Agenda Política – Reestruturação do CRS
	Resolução nº 14	Não aprovar a proposta orçamentária do Governo do Estado para a SES/RS, referente ao ano de 2011, enquanto não forem sanadas as ilegalidades acima discriminadas, a fim de buscar o efetivo cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000, em adequação à Portaria 2047/2002 do Ministério da Saúde -MS e Resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde-CNS.	Agenda Política do CES/RS – Financiamento
2011	Resolução CES/RS n.º 03 Resolução CES/RS nº 09 Resolução CES/RS nº 09 Resolução CES/RS nº 11	Não aprovar o Relatório Anual de Gestão – RAG – competência 2006, apresentado pela SES/RS. Art. 1º – Referendar as Propostas Federais Consolidadas já cadastradas no sistema da 14ª Conferência Nacional de Saúde , sendo o relatório de diretrizes e propostas que foram aprovadas. Art.1º- Não Aprovar o Relatório de Gestão- RAG, referente ao exercício de 2010 apresentado pela Secretaria Estadual de Saúde-SES/RS, tendo em vista as considerações acima	Agenda Política do CES/RS – Financiamento e propostas para a 14ª Conferência Nacional de Saúde

		<p>elencadas.</p> <p>Art. 1º – Não aprovar a Proposta Orçamentária do Governo do Estado para a SES/RS, referente ao ano de 2012, a fim de buscar o efetivo cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000, em consonância com o aprovado pela Câmara dos Deputados e Senado da República.</p>	
2012	<p>Resolução CES/RS n.º 03</p> <p>Resolução CES/RS n.º – 06</p> <p>Resolução CES/RS n.º – 07</p> <p>Resolução CES/RS n.º – 08</p>	<p>Artigo 1º – Homologar a reestruturação do Conselho Regional de Saúde junto à 16ª Região Sanitária, bem como sua atual composição, autorizando sua atuação como extensão administrativa descentralizada do Conselho Estadual de Saúde, em caráter permanente, propositivo e fiscalizador em sua área de abrangência.</p> <p>Artigo 1º – Publicizar a deliberação da Plenária do CES/RS em reunião plenária extraordinária de 10 de julho de 2008, que aprovou a modificação da composição da Mesa Diretora do Colegiado.</p> <p>Artigo 2º – Alterar o texto do Regimento Interno do CES/RS, no tocante aos artigos 12, que terá a seguinte redação:</p> <p>Art. 12 – O CES/RS será administrado por uma Mesa Diretora composta por 8 (oito) membros, sendo 4 (quatro) usuários, 2 (dois) trabalhadores em saúde, 1 (um) do governo e 1 (um) prestador de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.</p> <p>Parágrafo primeiro – A mesa Diretora do CES/RS será formada pelos cargos de Presidente, Vice-Presidente e seis coordenadores.</p> <p>Parágrafo segundo – As competências dos integrantes da Mesa Diretora serão aprovadas pelo Plenário, por proposta da Mesa Diretora.</p> <p>O Plenário do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições, que lhe confere a Lei Federal 8142/90 e a Lei estadual 10.097/94 e</p> <p>•Considerando ser imprescindível a participação</p>	<p>Agenda Política do CES/RS – Reestruturação</p>

		<p>do Gestor Estadual do Sistema Único de Saúde na Mesa Diretora do CES/RS,</p> <ul style="list-style-type: none"> •Considerando que a possibilidade da representação da Secretaria de Estado de Saúde se ausentar por 3 reuniões consecutivas ou 6 reuniões intercaladas prejudicaria sua participação, bem como formação de chapa para eleição da Mesa Diretora, •Considerando a necessidade de modificar o art. 13 do regimento interno do CES/RS, a fim de evitar o problema de falta de participação da Secretaria de Estado da Saúde nas deliberações deste Colegiado, <p>Art. 1º – Alterar o art. 13 do regimento Interno do CES/RS, que passará a ter a seguinte redação:</p> <p>Art. 13 – A Mesa Diretora será eleita para um período de dois anos, através do voto aberto e pelo sistema de proporcionalidade direta, garantida a paridade, exceto o representante do Gestor Estadual do SUS, que será membro nato no segmento Governo.</p> <p>Parágrafo primeiro – Os eventos eleitorais serão conduzidos por uma comissão eleitoral cujos membros não poderão fazer parte das chapas concorrentes.</p> <p>Parágrafo segundo – Por proposta da Comissão Eleitoral, caberá ao Plenário deliberar sobre o Regulamento Eleitoral.</p> <p>Art. 1º – Rejeitar a Proposta de Orçamento do Estado para a Saúde – 2013</p>	
--	--	---	--

Fonte: Dados das resoluções do CES, sistematizados por esta pesquisadora no período de 2012 a 2013, a partir dos dados sobre a regulamentação dos RI, CES, Atas, Resoluções, Regimento Interno.

A gestão descentralizada do CES/RS e sua relação com a gestão estadual do SUS são determinadas pelo contexto de avanço da privatização do SUS e de refluxo dos movimentos sociais. O CES/RS tem a possibilidade de fazer a mediação entre o governo e a sociedade civil, porém sem a autonomia e a infraestrutura necessárias para o seu funcionamento, de um lado, e, de outro, com a fragilidade das representações políticas no colegiado, ele fica sem representatividade, isso é sem força política. Isso se reflete na

regulamentação da participação no período de crise interna e na sua representação, nas resistências a estratégias que exigem uma coalizão de forças ampliada contra o avanço do projeto corporativo na saúde.

As Conferências Estaduais de Saúde também são espaços de expressão dessas tensões e disputas em torno da concepção de saúde e da participação na política de saúde, não estando desvinculadas dos projetos políticos em disputa. A institucionalização dos instrumentos de participação no SUS foi uma tentativa de garantir o controle social no SUS. A efetividade deliberativa é compreendida como,

a capacidade efetiva dessas instituições – *conselhos e conferências* – de influenciarem, controlarem e decidirem sobre determinada política pública, expressa na institucionalização dos procedimentos, na pluralidade da composição, na deliberação pública e inclusiva, na proposição de novos temas, na decisão sobre as ações públicas e no controle sobre essas ações. (CUNHA, 2013, p. 6 [grifo meu])

Assim, conclui-se que governos que têm projetos políticos mais participativos e emancipatórios fazem tentativas de valorização dos espaços participativos por meio da apresentação de suas propostas à deliberação dos conselhos. Portanto, o tipo de governo e seu projeto político podem indicar uma estratégia de controle sobre o conselho ou então uma estratégia de fortalecimento desses espaços.

A capacidade organizativa do movimento social e sua autonomia em relação à gestão pública podem indicar ainda certa autonomia dele em relação à gestão. As formas de financiamento das políticas públicas podem garantir maior ou menor autonomia desse movimento e/ou de adesão ao projeto político representado.

A ideia da realização das Conferências de Saúde no Rio Grande do Sul nasce no bojo da implantação das Cimis. A Fracab propôs a realização de Conferência Estadual de Saúde conforme ata de 21 de junho de 1988. Mas, devido aos interesses contraditórios dos atores nacionais, ela só se efetivou no contexto de implantação e regulamentação do SUS, após a NOB/1991.

Observa-se que a periodicidade das Conferências de Saúde não obedece aos ciclos dos governos, que inicialmente seria de quatro em quatro anos. O Decreto 7508 (MS, 2011) sugere a realização de Conferências de Saúde como estratégicas para levantar diretrizes para a elaboração dos Planos de Saúde em todos os níveis: local, regional, estadual e nacional. Mas a prática das gestões indica que as Conferências são utilizadas por alguns atores que atuam nos Conselhos de Saúde como dispositivos para a fiscalização e definição de diretrizes para a política de saúde nos Municípios e Estado, de um lado, e, de outro, como estratégia de resistência do projeto sanitário na saúde.

Falar em política pública de saúde significa falar de **modelo de desenvolvimento, das formas de governo e da organização da sociedade civil**. Assim, na contextualização histórica do Rio Grande do Sul, esses diferentes atores sociais, seus interesses e antagonismos, reformas e contrarreforma no processo democrático, convivem com o Movimento de Reformas Setoriais, nesse caso, com o da saúde.

No final dos anos setenta e nos anos oitenta do século XX, a Saúde Pública brasileira transformou-se radicalmente. Mudou até de nome: foi rebatizada de Saúde Coletiva. A nova denominação foi necessária porque se pretendia indicar que, graças a todo um prolongado trabalho de reelaboração teórica e prática, haver-se-ia constituído um “novo paradigma”, uma nova maneira de compreender e agir sobre o processo saúde e doença. (CAMPOS, 2007, p. 13)

Assim, podemos concluir a partir dos planos de saúde, dos relatórios das Conferências e das Plenárias – documentos disponibilizados pela Assteplan/SES, CEIDS/ESP/SES, instâncias de planejamento e de memória e documentação da SES/RS e também do acervo do CES/RS – que, nesse período, há entre a elite política, a burocracia estatal (trabalhadores e suas instituições política) e a articulação das forças sociais do campo popular (movimentos sociais, sindical, igrejas, conselhos), mudanças com relação à concepção de saúde, incluindo a participação popular na política de saúde, inicialmente enquanto fóruns de participação e posteriormente os conselhos de saúde, como confirma-se no PES/RS.

Foi um movimento de vanguarda e de resistência. Foram pessoas que tinham uma trajetória política antes do regime militar, inclusive existiam as Conferências de Saúde, não nesse formato [...] interrompidas em 1964 com o golpe militar e que de certa forma foram realizadas, mas muito dentro dos gabinetes e retomadas com a abertura política em 1984-1986, com um movimento mais forte foram trazendo à cena esses atores no sentido de retomar o processo de construção de um sistema de saúde mais qualificado, único e descentralizado, igualitário. Isso tudo já vinha se construindo com as versões anteriores do SUDS, antes as AIS, Ações Integradas de Saúde, depois o SUDS que foi o embrião do Sistema Unificado e Descentralizado que depois de 1988 é o SUS sistema que nós vivemos até hoje. (ENTREVISTA 2, 2012)

A participação na saúde é instituída por legislação nos anos de 1990 em um movimento contraditório na estratégia de descentralização do Projeto de Reformas na Saúde. Assim, nesse novo contexto de disputas, de um lado, garante a descentralização do SUS via participação direta na deliberação da política de saúde, da representação dos diversos segmentos do campo da saúde, nos Conselhos de Saúde e nas

Conferências da Saúde, bem como nas Comissões Intergestores Bipartites nos Estados e nos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde e, de outro, centraliza a política de saúde no Ministério da Saúde, regulando via Normas Operacionais Básicas, a organização e o repasse de recursos para as ações e serviços de saúde aos Estados e Municípios. Essa estratégia, já explicitada neste capítulo, está vinculada ao projeto privatista da saúde que precariza as relações de trabalho e dirige o foco para as ações de assistência à saúde, repassando para a iniciativa privada responsabilidades do Estado previstas na Constituição Federal de 1988.

Constatam-se tensões nas relações entre os atores do CES/RS com a SSMA e o Inamps. Com relação à SSMA a disputa se dá pela coordenação do colegiado na fase do convênio SUDS e na institucionalização do SUS com controle social, de um lado; de outro, vemos a morosidade com que se dá a regulação do colegiado e a coordenação exercida pelo gestor estadual, que esvazia as reuniões e assim, retira o caráter deliberativo pelas constantes ausências, e pela falta de garantia de infraestrutura necessária ao funcionamento do colegiado. Além disso, com relação à fase anterior e posterior à criação dos Conselhos Regionais de Saúde no início de 1986, constata-se que eles nascem na perspectiva de instituição da participação nas estruturas estaduais e posteriormente na lei que regulamenta o CES/RS sob a hegemonia dos atores do campo popular e sua organização produz tensionamentos entre os segmentos do governo e da sociedade civil – com mediação da elite reformista. Em 2008, em meio à crise de poder da em relação à estratégia política de descentralização e de centralização do controle social no RS, a plenária revoga as homologações efetivadas pelo CES/RS acerca da regularidade dos Conselhos Regionais de Saúde.

Constata-se ainda que os espaços das Conferências, cuja participação se dava pela disputa de projetos no início dos anos de 1990, sofre com o refluxo dos movimentos sociais e as ações corporativas dos atores coletivos. Além disso, teoricamente os PES/RS também incorporam demandas das Conferências de Saúde.

O quadro número 18 abaixo é resultado da sistematização dos PES/RS e dos Relatórios das Conferências de Saúde e indica as expressões da Concepção de Saúde e de Participação que materializa o SUS nas diferentes gestões de saúde do Estado do RS de 1987 a 2010.

Quadro 18 – Concepção de saúde e de participação no RS

Período	Concepção de Saúde	Concepção de Participação
De 1987 a 1990	<ol style="list-style-type: none"> 1.Saúde como qualidade de vida; 2.Transição do paradigma de saúde; 3.Desafio de superar a dicotomia entre saúde pública e atenção médica; 4.Saúde como direito de todos e dever do Estado e do Município – Universalidade de acesso na promoção, proteção e recuperação da saúde. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Início da Institucionalização da participação na saúde – CIS, Cimis, CLS; Criação do Conselho do Meio Ambiente; 2.CIS – Comissão do Movimento de Reformas no Setor Saúde no RS com envolvimento da SES, do Inamps, das Instituições Privadas e Filantrópicas; 3.Constituinte Estadual em 1989 com forte mobilização social; 4.Encontros: Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde; Seminário Estadual de Municipalização da Saúde.
De 1991 a 1994	<ol style="list-style-type: none"> 1.Aparece o termo “saúde coletiva”; 2.Destaque para as Diretrizes da CF de 1988 e as Leis da saúde 8080 e 8142 de 1990 e as Diretrizes da Constituição Estadual do RS – institucionalização do SUS; 3.Planejamento ascendente enquanto estratégia na descentralização; 4.Municipalização da saúde enquanto estratégia de descentralização, possibilitar acesso à saúde. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Criação da CISRS, da CIBRS e da Setec/RS, instâncias de pactuação; 2.Instituição da participação na 1ª Conferência Estadual de Saúde do RS antecedida por encontro das Cimis – Participação Popular; 3.Cria a Lei Estadual do CES/RS e garante cinco representantes dos Conselhos Regionais de Saúde na composição do CES/RS; 4.Cria os Conselhos Regionais de Desenvolvimento – Coredes.
De 1995 a 1999	<ol style="list-style-type: none"> 1.Implementação de ações programáticas de saúde centralizadas no MS com repasse de recursos; 2.Reestruturação da Rede de Unidades Assistenciais; 3.Conceito da Lei da Saúde: “Saúde dever do Estado e direito do cidadão”; 4.Plano de Saúde como condição para o processo de habilitação no nível de gestão estadual; 5.Eixo central é a municipalização; 6.Descentralização via consórcios 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Reestruturação das instâncias colegiadas CIB e CES com instâncias colegiadas e descentralizadas, os Conselhos Regionais em sete regionais de Saúde; 2.Apoio à estruturação dos CMS; 3.Decreto da 2ª Conferência Estadual de Saúde – o PES/RS destaca que as propostas dos 35 grupos de trabalho foram inseridas no PES 4.Apoio às instâncias colegiadas e ao Conselho de Saúde.
1999 a 2000 e de 2000 a 2003	<ol style="list-style-type: none"> 1.Inclui a participação popular na atenção, gestão, ensino e controle social 2.Preocupação com a desprivatização do SUS 3.Descentralização de poder e novas responsabilidades – DRS X CRS 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Gestão participativa 2.3ª Conferência Estadual de Saúde 3.Orçamento Participativo 4.Controle social com poder deliberativo 5.Criação do Conselho Estadual do Meio Ambiente <p>Regulamentação dos Conselhos Regionais de Saúde</p>
De 2003 a 2010	<ol style="list-style-type: none"> 1.Processo de planejamento da saúde 2.Ações programáticas prioritariamente a PNH, o PDV e o PIM 3.Princípio da intersetorialidade 4.Sintonia com as propostas da 13ª CNS e com a 5ª CES (2007) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Consulta Popular 2.Pactuação com as instâncias colegiadas (CIB e Cogeres).

Fonte: Sistematização da autora a partir dos PESRS de 2012 e 2013.

O quadro acima indica que, de 1987 a 1990, no contexto do processo constituinte federal, fica evidente a transição do paradigma da saúde para a superação dos desafios entre a assistência médica até então contributiva e a saúde pública universal. O Estado faz movimentos para instituir a descentralização, acessando elementos do projeto de

reformas na saúde que aparecem no PES. Além disso, ocorreu a instituição da participação política nos fóruns de participação popular, nos Cimis, inicialmente via decretos, sendo posteriormente transformados em Conselhos de Saúde. Também em um contexto de mobilização popular e pressão sobre os governantes é promulgada a Constituição Estadual. Nesse processo novos atores são incluídos no cenário – os secretários municipais de saúde que se articularam na defesa da descentralização via municipalização.

De 1991 a 1994, no contexto de regulamentação do SUS e de avanço neoliberal, o PES/RS apresenta o planejamento e a municipalização como estratégias para a descentralização do SUS. Em relação à participação acontece a primeira Conferência Estadual de Saúde, enfatizando que “municipalizar é o caminho” e a regulamentação da participação estadual via aprovação da Lei do CES/RS, que inclui a representação dos Conselhos Regionais da Saúde na composição do colegiado. O desenho da gestão descentralizada cria os Coredes nas regiões administrativas do Estado, que passam a cuidar do desenvolvimento regional.

De 1995 a 1999, o PES/RS passa a ser uma condicionalidade para o Estado receber os recursos federais e a atenção à saúde passa a ser focalizada e viabilizada via Programa de Saúde da Família – PSF e ações programáticas oficiais. Em relação à participação, acontece a 2ª Conferência Estadual de Saúde que enfatiza a “saúde como qualidade de vida” e o apoio às instâncias colegiadas.

De 1999 a 2002, o PES/RS inclui a participação popular na atenção, gestão, no ensino e controle social com descentralização político-administrativa de poder, recursos, infraestrutura com novo perfil que passa das Delegacias para as Coordenadorias Regionais de Saúde, com mudança de competências na gestão participativa. Quanto à participação, acontece a 3ª Conferência Estadual de Saúde “Efetivando o SUS: acesso, qualidade, e humanização na atenção à saúde, com controle social”, viabilizada em um contexto de debate estadual do Orçamento Participativo e de regulamentação dos Conselhos Regionais de Saúde.

De 2003 a 2010, a ênfase é posta no planejamento em saúde e nos programas de governo, principalmente o Programa RS Amigo de Idoso e o Programa Infância Melhor – PIM. Em relação à participação, acontece a Consulta Popular que fixa percentuais entre as prioridades, dentre as quais a saúde, e a pactuação dos intergestores com centralidade para a gestão nas ações de saúde. Acontecem a 4ª Conferência Estadual de Saúde com o tema “Saúde: direito de todos e dever do Estado” e a 5ª Conferência Estadual de Saúde com o tema “Qualidade de vida: políticas de Estados e

desenvolvimento”.

A partir de 2003, o CES/RS não aprova o relatório de Gestão da SES/RS, conforme resoluções do colegiado (cf. Quadro 19) devido à inconstitucionalidade: não aplicação de 12% do orçamento estadual na saúde. Acontece ainda a desregulamentação dos Conselhos Regionais de Saúde, referida no mesmo quadro, seguida do retorno da representação do Sindisepe à coordenação do CES/RS. Há uma retomada das Comissões via revisão do RI e a criação da Comissão de Educação Permanente, Informação e Comunicação em Saúde - CEPICS.

Constata-se que a dimensão política passa a fazer parte do conceito de saúde, que amplia-se com a participação da comunidade via espaços públicos instituídos.

A seguir, conforme já anunciado, o enfoque será dado na participação dos atores nos espaços públicos, nos Conselhos e nas Conferências de Saúde, bem como nas estratégias para materialização do SUS a partir dos atores coletivos representados.

5 – A PARTICIPAÇÃO DOS ATORES COLETIVOS DO CAMPO POPULAR NO MOVIMENTO DE REFORMAS NA SAÚDE NO RS

No capítulo anterior, foram amplamente discutidos os dados documentais que historicizam a trajetória da instituição do direito à saúde no RS, já com fragmentos das narrativas. Neste capítulo, serão contextualizados os diferentes atores coletivos, seus “trabalhadores dirigentes”, representantes políticos e suas ações políticas, as estratégias (mobilização, articulação e educação política) e as concepções de saúde e de participação, forma e conteúdo na materialização do SUS no RS e a instituição da participação em espaços públicos.

Isso se deu em dois movimentos, um com relação ao poder público que compreendeu a necessidade de implantar um sistema público **e o dos movimentos sociais** que reivindicavam acesso à saúde como direito universal. (ENTREVISTA, 2, 2012)

Interessante observar nesse movimento de ruptura e de resistência que não há um processo de construção de um movimento, mas diferentes mobilizações e em diferentes contextos que produzem diferentes e novos movimentos. Trata-se do processo histórico das mobilizações, organizações e lutas da sociedade civil na garantia de direitos. Trata-se de vários movimentos, que produzem mobilizações propostas por um ou mais movimentos articulados. Trata-se de trabalhadores protagonistas que se reconhecem enquanto classe. Trata-se desse “novo ator” que se constrói na luta e que produz um amálgama entre a base social e o novo projeto societário.⁵¹

Esses projetos societários que aparecem no horizonte das disputas políticas na área da saúde são, para Netto, “projetos de classe”, “trata-se daqueles projetos que apresentam uma imagem de sociedade a ser construída, que reclamam determinados valores para justificá-la e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-la” (NETTO, 1999, p. 93-4). Para esta pesquisa, identifica-se o projeto societário como “Projeto Democrático Popular”. Assim, será feita a seguir a identificação dos atores coletivos, a explicitação da forma de escolha, da metodologia de coleta e análise dos dados, bem como das estratégias desses atores no movimento de reformas na saúde.

⁵¹ “Os projetos societários são projetos coletivos; mas seu traço peculiar reside no fato de se constituírem projetos macroscópicos, em projetos para o conjunto da sociedade” (NETTO, 1999, p. 93).

5.1 Identificação dos atores coletivos entrevistados e sua participação política na saúde

Os dados desta pesquisa têm a contribuição de um novo olhar, o olhar dos entrevistados, dos representantes políticos dos atores coletivos gaúchos do campo popular do RS no processo de reformas e de garantia de direitos na saúde.

Segue no quadro número 20, uma rápida caracterização do perfil dos entrevistados. A coleta de dados iniciou em agosto de 2012 com a primeira entrevista e seguiu até a entrevista de número sete em dezembro do mesmo ano. Em janeiro de 2013, foi retomada a coleta de dados da entrevista oito até a entrevista dez. Nesse período, ocorreu a transcrição e o início da codificação do roteiro de análise dos dados via *software* Nvivo para pesquisa qualitativa como auxílio à sistematização. Houve um período de certa crise quanto à definição de quem seriam as próximas pessoas entrevistadas, pois a indicação via técnica da “bola de neve” mapeou um número significativo de atores sociais. Mas, nesse momento, os dados apontavam que o conjunto dos trabalhadores tinha certo protagonismo na construção do direito à saúde no RS. Entretanto, a opção foi parar e olhar os dados à luz da teoria. Quem seriam esses trabalhadores? De que categorias são? E como se inserem no campo popular? Trabalhadores de todas as áreas profissionais diretamente relacionados com a assistência à saúde, mas também trabalhadores que se articulam no processo de reformas democráticas possibilitadas pelos diferentes encontros e agendas políticas. Nesses encontros, novas demandas, novos desenhos, novas agendas, novos atores e novos movimentos aparecem nas lutas específicas e nas lutas coletivas.

Assim, essa “crise” levou a incluir entre os entrevistados, representantes do Movimento das Mulheres Campesinas, de entidades de Educação Popular, uma representação da categoria médica e mais uma assistente social. O número de entrevistas também foi ampliado, de um lado por entender que as disputas de interesses que permeavam o campo da saúde também permeavam a construção do conjunto da representação dos trabalhadores, influenciando a forma como as estratégias dos sindicatos, associações, conselhos profissionais, núcleos e grupos se redesejavam em um contexto de disputas na micro e na macropolítica e, de outro, destacar que os movimentos específicos, os novos movimentos sociais, as ONGs e os governos do campo da esquerda são os novos atores sociais. Com isso, as entrevistas onze, doze e treze foram realizadas em outubro de 2013 e a entrevista quatorze no início de 2014 já no contexto de elaboração da Tese.

Quadro 20 – Perfil dos representantes políticos dos atores coletivos gaúchos do Campo Popular entrevistados e sua inserção política no Movimento de reformas na saúde

Nº Entrevista	Sexo	Nível de formação	Início da trajetória	Profissão	Representação
01	F	Superior	1970	Assistente Social	Sindsepe
02	M	Superior	1980	Enfermeiro	Sindicato dos Enfermeiros
03	F	Superior	1970	Sociólogo	Sindicato dos Sociólogos
04	M	Superior	1990	Administrador	Federação
05	M	Superior	1970	Filósofo	Uampa
06	M	Médio	1970	Agricultor	CUT/RS
07	M	Superior	1970	Teólogo	CEBs
08	F	Pós-Graduação Educação	1970	Psicóloga	Fórum de Saúde Mental
09	F	Pós-Graduação Farmácia	1970	Farmacêutica	Sindicato dos Farmacêuticos
10	M	Médio	1960	Agricultor	Fetag/RS
11	F	Pós-Graduação Administração	1970	Médica	Uampa
12	F	Pós-Graduação <i>lato sensu</i>	1980	Teóloga	MMC/RS
13	F	Pós-Graduação Mestrado	1980	Filósofa	ONGs
14	F	Pós-Graduação Mestrado	1980	Assistente Social	Sindicato dos Assistentes Sociais

Fonte: Sistematização feita por esta pesquisadora a partir das entrevistas realizadas em 2012 a 2014. Caracterização mais ampliada encontra-se no quadro 19 – Apêndice 4.

A coleta de dados, entrevista na modalidade narrativa oral temática, focou o processo de construção coletiva que articulou representantes orgânicos do campo popular, identificados com o movimento sindical (FETAG/RS, o Departamento Rural da CUT – FETRAF/Sul, o Sindsepe/RS, o Sindfarm/RS; o Movimento comunitário, a FRACAB/RS; ainda, com as ONGs (CAMP/RS, CEAP/RS); os movimentos sociais (MMC/RS), com a igreja (CEBs) e também com representação profissional (CRESS, Sindfarm) e a Federação dos Hospitais Filantrópicos.

O início da militância política foram os anos de 1970. As narrativas orais apontam que, para grande parte dos atores, foram os espaços da academia junto ao movimento estudantil e de estágios e ou residência em saúde junto às comunidades urbanas e rurais - “na década de 1960 eu participava dos núcleos de base da igreja” (ENTREVISTA 10, 2013) –, sendo essas as escolas mais importantes de inserção política de resistência e de reivindicações. Outras lutas aconteceram, entre as quais, a luta contra a proposta de reforma universitária – “era um momento em que o movimento estudantil era forte. E tanto de denúncias contra a repressão, autoritarismo, abaixo assinado para a vinda de

professores e lideranças políticas que tinham sido exilados” (ENTREVISTA 8, 2013). Os movimentos de ruptura acontecem dentro das instituições e para o conjunto das organizações da sociedade.

Como parte da formação profissional, o estágio curricular junto às comunidades de periferia foi também a inserção prática – então lá também foi “uma ‘experiência’ muito importante de participação e de mobilização [...], existia um conselho comunitário e esse mobilizava a comunidade e nós fazíamos um trabalho com as pessoas de melhorias das ruas, das moradias e por acesso aos serviços” (ENTREVISTA 1, 2012).

Assim, esse também era um espaço de **resistência criativa** em que novas práticas foram experimentadas, ora demandadas pelos estudantes e ora pela comunidade e ora pelos profissionais comprometidos com o projeto emancipatório.

O estágio da saúde era todo direcionado para a área de administração pública e na época eu provoquei uma mudança; eu fazia parte de um grupo de apoio ao MST o GAMST que se constituiu em 1984, junto com estudantes de agronomia, veterinária, artes plásticas. [...] Nós acompanhamos um grupo de assentados desde a chegada ao assentamento [...]. (ENTREVISTA 2, 2013)

Sou fruto da reforma universitária; eu entrei em 1972 na Universidade. Nós somos a primeira turma do vestibular unificado, portanto uma confecção da fragmentação dos estudantes [...] nos éramos todos uma massa meio que uniforme, meio que pasteurizada, termo não adequado, mas sim sem identidade. (ENTREVISTA 9, 2013)

Em 1979, eu fiz residência, militei no sindicato, na CUT e no Movimento de Reformas na Saúde, mas organicamente era através do movimento sindical, que era a organização que eu participava. E, no período da RIS eu me aproximei muito do movimento popular da Uampa, da Fracab e tinha também um pessoal que trabalhava na saúde e se articulava com a gente. (ENTREVISTA 14, 2014)

A residência em saúde também foi enfatizada pelos atores como importante escola de aprendizagem sobre a medicina comunitária, de exercício da participação dos trabalhadores, de muito estudo e debates e inserção nas comunidades. “Então tem essa constância pela democracia, trabalho social e essa militância com uma formação técnica e política [...], que nessa época já existia junto ao Murialdo”⁵² (ENTREVISTA 8, 2013).

Se, de um lado, a instância universitária foi um espaço de formação técnica que segmento estudantil utiliza para fazer a resistência e a inserção militante, de outro, a

⁵² Centro de Saúde Escola Murialdo, ESPRS-SESRS, desde os anos 1970 é campo de formação em serviço, residências multiprofissionais com ênfase na Atenção Primária em Saúde. “O Murialdo foi uma boa raiz e base para pensar o sistema de saúde de acesso universal e integral e inserir a saúde mental na saúde” (ENTREVISTA 8, 2013).

práxis que se multiplica nos espaços de trabalho, nas estruturas institucionais da saúde, nos serviços, esse conjunto de movimentos produz um novo instituinte.

Embora, o objeto deste trabalho contemple o período de análise de 1986 a 2011, as narrativas envolvem a vida dos entrevistados. Desde sua militância no movimento estudantil e popular em fins da década de 1960 até a sua inserção em governos democráticos e populares nos anos após a Nova República, em 1983, e que prevalece até hoje, na academia e na formação em serviço, além de suas trajetórias políticas e partidárias. Elas permitem com isso deixar claro que, no RS, assim como em todo o Brasil há movimentos de resistência e inserção de lideranças dos movimentos sociais nos governos populares, reconfigurando e ou miscigenando a relação entre Estado e sociedade civil, como veremos a seguir.

Então esse processo todo está em construção, está em disputa. **O Sistema é uma disputa de conceitos, uma disputa dos princípios** que tu defendes, que é garantir o acesso universal, da equidade, da integralidade, da igualdade e da participação, a descentralização e a regionalização dos serviços que é possibilitar ao cidadão e à cidadã ter o atendimento no serviço de saúde. (ENTREVISTA 2, 2012)

Dados apontam ainda, que em diferentes períodos, os atores utilizaram diferentes estratégias de mobilização, de formação política e de articulações políticas coletivas e específicas de algum segmento para manter o movimento. Mas, as **rupturas de paradigmas** acontecem nos anos de 1980. Segundo Sader (1988), as agendas que possuem um sentido coletivo criaram uma identidade e uma organização das práticas, por meio das quais seus membros pretendiam defender seus interesses e expressar suas vontades, constituindo-se em lutas (SADER, 1988).

Assim, a trajetória da pesquisa incursionará pelo contexto histórico da questão social e suas expressões na saúde com participação dos entrevistados, trabalhadores (rurais e urbanos), dos novos atores que se formam no processo de luta no contexto das Conferências e dos Conselhos de Saúde.

5.2 Projetos, atores, estratégias e as implicações na saúde e na participação em espaços públicos

O quadro abaixo foi produzido a partir da sistematização das entrevistas via sistema Nvivo roteiro apêndice 3 e da análise documental e propõe uma espécie de linha do tempo dos atores coletivos no contexto dos anos de 1970 até hoje. Essa então é uma tentativa de organizar a explicitação das narrativas da participação política dos atores coletivos no contexto das reformas no RS.

A seguir apresenta-se o quadro número 21, uma espécie de Linha do Tempo que tenta demonstrar os atores coletivos no contexto das reformas do Estado: período, atores, estratégias e implicações na saúde e na participação.

Quadro 21 – Linha do tempo dos atores políticos de 1970 até hoje

Período e ênfase	Atores	Estratégias	Implicação na saúde	Implicação na participação
Até 1970 Processo Ruptura cultural da tutela	Movimento Sindical	Formação e mobilização da categoria	Planos de Seguro-empresa e Funrural – assistencial	Cultura política autoritária, tutelar Estado e /protagonismo criativo MRSS
	Movimento Comunitário	Mobilização e organização da população nos territórios – Educação de Base	Luta pelo acesso aos Equipamentos de Saúde	Associados/Capacidade de Mobilização/resistência
	Serviços de Saúde	Rede de Serviços descentralizados Postinhos e Hospitais	Hospitais e Inamps X Medicina Comunitária	Conselhos técnicos Consultivos
	Igrejas	Evangelização Integralismo X Progressistas	Caridade/filantropia/ Evangelização	ACE, AC, FAG Núcleos de Evangelização
	Partidos	Construir a resistência Autoritarismo X Democracia	Ocupar espaços Institucionais	Autoritarismo e clandestinidade Participação em outros partidos
1970 a 1980 Ideologia do Projeto Popular	Movimento Sindical	Ampliação da base social e articulações Ocupar Espaços públicos Mobilizações	Novo Sindicalismo – Intersindical CUT/RS – Departamento de saúde	Oposições sindicais (rurais e urbanas) autonomia/reivindicação
	Movimento Comunitário	Ocupar espaços públicos	Fracab/RS – Comissão de saúde	Novos Movimentos Sociais/reivindicações/ mobilizações.
	Serviços de Saúde	Inserção popular X Ações programáticas	Saúde Pública - Novo Modelo de Atenção e de Gestão em Saúde.	Movimento de Reformas na Saúde - Fóruns de participação Cimis Informações ao MSP
	Igreja	Descentralização da ação pastoral nas comunidades	Teologia da Libertação – Defesa de direitos	CEBs, ONGs, CPT, CPO, Saúde. Formação de Lideranças Espaços de articulação.
	Partidos	Resistência X Inserção nas comunidades e mobilizações	Novos Partidos com vínculos orgânicos com a base social	Núcleos de Base e Inserção social Resistência

1980 a 1990 Instituição de direitos	Movimento Sindical	Descentralização por regiões Ocupação dos Espaços Ampliação da base	Oposições Sindicais e sindicatos por categorias Articulação campo e cidade.	Projeto Democrático e Popular Mobilizações e Inserção das propostas na CF e CE e Educação Política.
	Movimento Comunitário	Mobilização e Inserção de propostas na CF e CE	Organização Conselhos Populares, Grupos de Mulheres, de Jovens por terra, saúde, moradia,	Mobilizações das bases, representação nos espaços e articulações políticas e ONGs Populares.
	Serviços de Saúde	A descentralização político-administrativa Municipalização. X modelo de atenção Inamps	Rede de serviços do SUS – SUDS, AIS Novo Paradigma na saúde	Inserção nas comunidades Conselhos de saúde CES/RS, Asedisa, CIMIS /CMS
	Igreja	Doutrina Social da Igreja - Pastorais sociais Protagonismo social	CEBs/ Inserção nas Comunidades	Articulação de Comissões temáticas de direitos/Organizar, mobilizar.
	Partidos	Resistencia X Coalizão política Formação da base	SMS, administrações populares, Asedisa, descentralização e municipalização	Projeto Popular/Ocupar espaços
1990 a 2000 Período de Regulamentação dos Direitos	Movimento Sindical	Resistência e ampliação da base social	Novas Centrais Sindicais e Planos de Saúde (urbanos) X SUS (campo).	Crise, Flexibilização e disputa pela base social – corporativismo X ocupação de espaços públicos.
	Movimento Comunitário	Resistência X prestação de serviços associações/ONGs	Prestadoras de Serviços públicos Ocupar os espaços públicos	Pouca capacidade de mobilização e Crise Representação X Representatividade.
	Serviços de Saúde	Implantação da Legislação do SUS – LOS e Ruptura na Instância Estadual, Regional e Municipal X resistência.	SUS Princípios do SUS X Projeto Privatização (OS e Oscips) Saúde Coletiva.	Conselhos de Saúde (CES/RS, CRS, CMS e ou CLS Institucionalidade Transição Descentralização e Municipalização
	Igrejas	Neoconservadorismo	Pastorais Específicas.	Perda de referência de projeto para a sociedade Representação em espaços públicos
	Partidos	Construção de alianças para fins de eleição	Representação de interesses econômicos X resistência	No RS radicalismo e resistência – Disputas de projetos antagônicos.

2000 até Hoje Judicialização dos Direitos ⁵³	Movimento Sindical	Resistência X Ocupação de espaços públicos	Ocupa os espaços - saúde do trabalhador Comissões temáticas	Crise de Representatividade nos espaços públicos X resistência /Burocratizados/aparelhados/corporativos.
	Movimento Comunitário	Defesa de Pluralidade de interesses X cooptação pela gestão pública	Prestadoras de serviço	Perda da capacidade de mobilização
	Serviços de Saúde	Resistência X Flexibilização e interesses corporativos (governos e trabalhadores)	Criatividade X burocratização e crise na gestão - Fundações Públicas de Direito Privado	Centralidade na Gestão – CIB Privatizações/ Conselhos de Saúde, Conselhos Gestores/ Comissões Técnicas X Deliberações Representação X representatividade
	Igrejas	Retomada de posição - Neoconservadora	Pastoral da Saúde ocupa os espaços públicos via CNBB	Neoconservadorismo
	Partidos	Resistência X Alianças políticas e Interesses corporativos	Disputa de conceitos	Difusos – Defesa de projetos políticos hegemônicos

Fonte: Quadro produzido por esta pesquisadora para fins de análise e síntese a partir das entrevistas narrativas com atores coletivos, de dados primários, de documentos institucionais, de dados secundários e da literatura sobre o tema: Sposati (1992); Yazbek, (2004); Eckert (1984), dentre outros.

Para explicitar a análise dos dados foca-se de um lado os atores coletivos cujas ações políticas de inserção estatal circulam em torno da SES/RS (gestão pública e suas instituições, os partidos políticos e os espaços públicos) e de outro, os atores coletivos e a inserção nas ações políticas societal (movimentos sociais, sindicais, igrejas e ONGs).

A análise visa de um lado enfatizar a participação política dos atores coletivos do RS e as suas estratégias de mobilizações, de articulações e de educação política, de outro, a concepção de saúde e de participação instituídas, das reivindicações e das possibilidades por períodos históricos. As questões norteadoras e os objetivos servirão de indicadores para esta análise.

⁵³ A Judicialização dos direitos, no sentido utilizado na tese, enfatiza um contexto de disputa de projetos políticos na saúde. De um lado, vemos a corporação médica aliada aos laboratórios e aos planos privados de saúde, pressionando o Estado para a compra de medicamentos novos para o tratamento de determinadas patologias e a finitude de recursos investidos pelos gestores nos serviços de saúde e, de outro lado, temos o direito do cidadão e da cidadã, garantidos pela Constituição Federal de acesso universal às políticas públicas de saúde como direito.

5.2.1 Que participação produz a saúde como direito? Surgimento dos atores coletivos e as estratégias das forças políticas sociais para a garantia do direito à saúde

Reconhecer o conservadorismo remete ao questionamento de décadas de clientelismo que consolidaram uma cultura tuteladora que não tem favorecido o protagonismo nem a emancipação dos usuários. (YAZBEK, 2004, p. 19).

Segundo dados da pesquisa, da literatura consultada (MADURO, 1990; VERONESE, 1993; e RACHELLE, 2003; MISOCZKY, 2002; DARON, 2003; PICOLOTTO, 2011; CAMARANO, 2012; dentre outros), de documentos e narrativas de atores, a Fetag foi a primeira federação a mobilizar-se para a inclusão de direitos de parcela da população, trabalhadores do campo excluídos do sistema de seguridade social. Assim, ao enfatizar a mobilização da Fetag/RS e suas contradições, será tecida a trajetória histórica da participação em saúde no RS. A Fetag/RS nasce como resultado das articulações de setores do campo com a ação dos bispos da Igreja Católica do Rio Grande do Sul que criam a Frente Agrária Gaúcha (FAG).⁵⁴

Constatou-se que as lutas dessa categoria de agricultores por reconhecimento remontam ao período da constituição do sindicalismo. A trajetória de organização sindical no Brasil nasce com a Lei do Trabalho no Governo Vargas (1935) inicialmente para os trabalhadores urbanos. No final do século XIX, iniciaram as primeiras experiências de organização de alguns segmentos sociais do campo, como “os colonos” no Rio Grande do Sul, que formaram organizações formalizadas e não formalizadas com vistas a promover a agricultura colonial e representar os seus interesses perante o Estado.

Essas experiências são ressignificadas com a formação do sindicalismo rural na década de 1960 (PICOLOTTO, 2011, p. 305). A categoria ‘trabalhadores rurais’ vai se construindo com o processo de mobilização, nascendo e se consolidando na Federação dos Trabalhadores da Agricultura – Fetag/RS, segundo Maduro (1990), Veronese (1993) e Rachele (2003), divide-se em três períodos distintos: a primeira fase a ser organizada no RS de 1963 a 1969 – período de formação da entidade; a segunda fase, de 1970 a

⁵⁴ FAG é “uma associação civil”, fundada em 1961, objetivando a investigação e o estudo acerca da questão agrária, formar líderes rurais, desenvolver a educação de base do agricultor, incentivar a sindicalização e cooperativização, dentre outras iniciativas de ordem cultural e assistencial dos assalariados rurais e dos agricultores.

Com participação histórica reconhecida na AL, Brasil e no RS nas grandes questões da sociedade a posição da igreja Católica com hegemonia Conservadora, convive com as contradições internas entre as vertentes integralistas e a progressista. Esse interesse pela questão agrária se dá segundo Bassani (2008, p. 58), pela “preocupação em relação ao avanço e a ação comunista no campo, representados pelas Ligas Camponesas, pelo Partido Comunista e pelos setores progressistas do PTB, entre os quais os líderes do MASTER no RS”.

1979 – consolidação da estrutura já formada; e a terceira fase em 1980 – período de mudanças, de redefinição de características. Foi também um período de eclosão dos Novos Movimentos Sociais, de abertura política e de rupturas culturais para uma nova institucionalidade.

A Fetag é a primeira Federação de trabalhadores rurais a ser organizada no RS: a **primeira fase** vai de 1963 a 1969 – período de formação da entidade. Nesse período, além da FAG, a Ação Católica contraditoriamente articulava a Juventude Agrária Católica – JAC; no meio urbano, organizava os universitários via Juventude Universitária Católica – JUC, a Juventude Estudantil – JEC e a Juventude Operária Católica – JOC, que influenciavam o debate político na época. Também atuava no campo o Movimento Agrário dos Sem-Terra (Master)⁵⁵ que articulava trabalhadores pela Reforma Agrária. Como resultado do processo, foi fundada, em 6 de outubro de 1963, a Federação dos Pequenos Proprietários e Trabalhadores na Agricultura no Rio Grande do Sul (Fetag). A partir de sua fundação há um distanciamento entre a FAG e a Fetag com independência na ação política. A organização partiu dos núcleos de base.

Eu participava do **movimento comunitário de base**, e o sindicato se organizou também nos núcleos de base. Na época eram 84 núcleos onde se discutia toda essa questão dos problemas que o agricultor enfrentava. Então, a **questão da saúde e da previdência era um dos problemas sentidos**. (ENTREVISTA 10, 2012)

Nesse período, setores da igreja contrários ao projeto hegemônico assumido pela instituição de combate ao comunismo e apoiados pelo Concílio Vaticano II iniciaram por dentro da igreja movimentos de resistência e de reformas, entre as quais a formação pela base – ação-reflexão-ação. Isso remeteu a mudanças e rupturas e resultou em inúmeras comunidades de religiosos nas comunidades, digamos assim, descentralizadas e distribuídas nos Municípios e no Estado. Mas, também produziu uma concepção de fé e vida. “Acabei participando de um grupo que naqueles anos, nos **anos 70** em que naquele período havia um **grande movimento dentro da igreja, movimento de inserção**” (ENTREVISTA 5, 2012).

Mas, retomando o fio temático, foram realizados quatro Congressos em conjunto pela Fetag e pela FAG. Ao final de cada congresso, como estratégia política, eram aprovadas “Cartas de Reivindicação e Ação”. No primeiro congresso, em 1962, as propostas e reivindicações são relativas à produtividade, entre as quais uma lei para a

⁵⁵O Movimento Master nasce no RS nos anos de 1962-1963 e foi o que mais marcou a história gaúcha na luta pela Reforma Agrária (ECKERT, 1984, 2009; CAMARANO, 2012).

Reforma Agrária, e ao referir à legislação e a previdência social referia à equiparação entre trabalhador rural e urbano.

No segundo Congresso (1963), a carta aberta traz uma profissão de princípios em que os autores se comprometem a lutar por um mundo rural, segundo a mensagem do evangelho e cobram dos órgãos públicos a criação de condições legais para a superação da injustiça e desumana estrutura capitalista individual e a construção de uma estrutura de espírito comunitário e solidário. E propuseram formas associativas de produção “Comunidades agrícolas de produção, de trabalho”, associando de 10 a 12 famílias, nas quais esse trabalhador também participa dos lucros e da administração. Foi mantida também a proposta pelo momento político de conjuntura de reformas de base (VERONESE, 1993, p. 39).

No terceiro Congresso, realizado em 1965, em um contexto de repressão e medo da ditadura militar, o movimento Master foi desarticulado como manifestação de repúdio a qualquer expressão que pudesse ser entendida como de cunho socialista. A temática central focou a FAG e o mundo rural, previdência social rural e a cooperação dos sindicatos na sua implantação, cooperativismo e sindicalismo na luta pelo reconhecimento deste pelo Ministério do Trabalho.

A segunda fase vai de 1970 a 1979 – consolidação da estrutura já formada. Do quarto ao sexto Congressos (1969, 1971, 1973, 1976) adota-se o estilo e o posicionamento de abordagem de temas como o da reforma agrária, da educação rural, da previdência social, da política agrícola, do cooperativismo e do sindicalismo. É relevante destacar a presença de presidentes, ministros e secretários de Estado nas cerimônias oficiais dos congressos. As ONGs assumem a articulação e a assessoria “viajamos praticamente para todas as regiões do Estado, **era o início da Teologia da Libertação, então tanto valia jovens rurais quanto jovens urbanos**, [...] os movimentos sociais tais como os conhecemos não existiam e foram surgir mais especificamente nos anos 80” (ENTREVISTA 7, 2012).

É o período em que o Sindicato dos Trabalhadores Rurais assume a assistência técnica à sua base social com recursos repassados pela Secretaria da Agricultura do RS, havendo a descontinuidade do repasse e a transferência dessa função de assistência técnica para a Emater em 1981. Esse período foi caracterizado também pelo absoluto controle sobre a vida sindical pelo Ministério do Trabalho via Delegacias Regionais do Trabalho (VERONESE, 1993, p. 42).

Destacam-se duas características centrais deste período: a relação do sindicalismo com a previdência e o início de reestruturação da Fetag a partir das

regionais sindicais. Esse processo de mobilização geral vai incorporando aos poucos as demandas específicas. Tudo isso traz para o espaço público questões que antes eram tidas como de domínio privado (SCHERER-WARREN, 1996, p. 17).

Os sindicatos, a partir do ano de 1970, passam a receber incentivos do governo federal para desenvolver a assistência social em geral; além da assistência técnica e passam a fazer atendimento médico e odontológico, providenciar medicamentos e encaminhar a aposentadoria. Algumas ações ocorriam via Funrural e outras de educação via Programa Estadual de Bolsas de Estudo (PEBE). O lema para a época era “reivindicar com dignidade e cooperar com lealdade”. Assim, era comum uma certa confusão sobre o papel do sindicato, “se perguntassem onde fica o sindicato, a população não sabia, mas sabia onde ficava o Funrural” (ENTREVISTA 10, 2012 - Dirigente). Há nesse período, por parte dos trabalhadores rurais, uma percepção social do sindicato como entidade assistencial e não como uma ferramenta na defesa de interesses dessa categoria em construção – a da agricultura familiar.

A criação das regionais sindicais por sub-regiões dinamizou as relações dentro da estrutura da Fetag e marcou o início da reestruturação do departamento de educação. Nesse processo, algumas regiões realizaram alguns movimentos em busca de certa autonomia de mobilização e articulação que não foram bem aceitos pela direção central. Entre as reivindicações já aparece a saúde: “Então foi na luta pela democratização e conquista de direitos **que as questões da saúde eram um dos principais temas que vinham da demanda dos agricultores**, E foi aí que nós começamos a trabalhar sobre isso, nas mobilizações” (ENTREVISTA 6, 2012).

Importante destacar ainda que os dirigentes dos movimentos autônomos do campo passam a ocupar espaços nas estruturas descentralizadas das regionais sindicais, da igreja e partidárias que neste período se articula como a nova esquerda que nasce dos setores da igreja, impulsionados também pela articulação intersindical estadual que precede a organização da CUT/RS.

A terceira fase no ano de 1980 – período de mudanças, de redefinição de características. Foi também um período de eclosão dos Novos Movimentos Sociais. Na década de 1980, o sindicalismo vivenciou profundas mudanças conjunturais devido à crise econômica que assolou a sociedade. Marca o início das mobilizações e **reivindicações**. O primeiro protesto referente à questão da previdência social no RS acontece em Frederico Westphalen em 1979 e reúne 10000 agricultores. A bandeira central foi o problema da assistência médico-hospitalar e as divergências com o Funrural

local. Uma carta do encontro afirmava: “Os agricultores incendiarão a região e mobilização todo o Rio Grande do Sul” (VERONESE, 2003; MISOCZKI, 2002).

No período, a luta era contra o Inamps e os encontros cumpriam duas importantes finalidades, a de reivindicar o acesso à saúde, sem as cobranças paralelas pelos médicos e hospitais e a previdência aos trabalhadores e trabalhadores rurais de um lado e de outro a educação política de sua base social. “Então assim os agricultores, eles assumiram de **forma organizada**, penso que ouvi algumas coisas nas avaliações, pois mais de **150 reuniões** foram feitas no sentido de preparação de toda essa situação da saúde e da previdência” (ENTREVISTA 10, 2013).

Antes do surgimento da CUT, alguns sindicatos, dos sociólogos, dos jornalistas, dos metalúrgicos, dos bancários, dos rurais e o Cpers articulavam-se via intersindical. Daí começa a discussão sobre as políticas de saúde, o processo de democratização e a discussão da Constituinte, proposta de reforma de verdade no setor da saúde. (ENTREVISTA 3, 2012)

O novo sindicalismo, com caráter de luta mais geral, defesa de um projeto societário envolve ações conjuntas entre os vários Sindicatos Urbanos e Rurais, já em um contexto de formação das centrais sindicais – é formada a CUT nacional e a Estadual e com ela os congressos e os departamentos, entre os quais o Departamento Rural, que articula o segmento rural, e o Departamento da Saúde, que debate e articula as mobilizações em defesa do SUS.

O novo texto traduz uma exigência: participação na gestão da coisa pública e acena com possibilidades de construção partilhada e negociação de uma legalidade capaz de conciliar legalidade e cidadania [...] que no contexto das políticas se traduz em espaços plurais de representação de atores coletivos, de direito a ter direitos. (PAOLI e TELLES, 2000, p. 103)

Os sindicatos se renovaram e fortaleceram as aspirações dos setores populares por uma sociedade mais justa e igualitária e ganharam forma na reivindicação de direitos, projetaram-se no cenário político, deixaram suas marcas em importantes conquistas na Constituição de 1988:

Há toda uma atenção e negociação ao texto constitucional de 1988; aí há uma decisão da direita de basicamente estar mais preocupada com a ordem econômica do que com a ordem social e aí a gente só conseguiu porque ficou a esquerda na ordem social. Quando vai se lutar pela lei eu já sou Secretária de Saúde de POA, 1989 –1990 a Lei, aí a gente faz o mesmo processo de divisão da Constituinte. Eu nesse período estava de assessora da Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa em que o S.

era presidente, eu era cedida da SES para a Comissão de Saúde. (ENTREVISTA 3, 2013)

Atores gaúchos ligados à representação da CUT, da Contag, da Fracab, da CNBB e do Sindsepe fazem parte da Comissão Nacional de Reforma Sanitária constituída de forma paritária entre os segmentos participantes, na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986. Essa, além de articular as diretrizes e proposta para a Assembleia Nacional Constituinte protagoniza a mobilização nacional de suas bases descentralizadas nos Estados, Regiões e Municípios, para reivindicar a participação nas políticas públicas. Fazem, ademais, as articulações políticas necessárias com os deputados constituintes e com setores das gestões democráticas dos Estados e dos Municípios. Esse movimento capilarizou a organização e a mobilização no Estado com o apoio da CUT.

Aqui no RS principalmente a CUT que é a central mais forte era a única existente no Estado, depois vieram outras centrais, ela capitaneou esse movimento [...] e eu mesmo como assessor eu era parte do **Sindicato dos Enfermeiros** do Estado do RS que também subscrevia as emendas populares. O **Gapa** – Grupo de Apoio aos Portadores de AIDS na época também fez parte, **o Conselho Estadual** em seu embrião fazia emendas, e também as entidades ambientalistas a Agapan e os Amigos da Terra na questão ambiental também faziam emendas e fizeram parte deste movimento. (ENTREVISTA 2, 2012)

Então, o que acontecia na época é que essas lutas reacenderam o processo de democratização da sociedade. Mas havia muita divergência entre os sindicatos urbanos e rurais, com o novo sindicalismo, no que tange à assistência à saúde de seus associados. E como contraponto ao SUS, essa contradição ainda perdura em boa parte no movimento sindical até hoje. Em sua grande maioria, os sindicatos ainda ofertam planos privados de saúde aos seus associados.

O **novo sindicalismo**, contrapondo-se ao velho sindicalismo, aquele do assistencialismo e que se perpetuava nos cargos. Mas, ao mesmo tempo **tinha a contradição** porque o movimento sindical urbano tinha essa **prática de assistencialismo** forte através de uma assistência à saúde [...] alguns garantidos dentro do próprio sindicato e outros contratando seguradoras de saúde que nós sabemos o objetivo que é o lucro. (ENTREVISTA 2, 2012)

Destaca-se ainda a articulação dos servidores públicos que, no período, lutavam pela ferramenta de organização política. O reconhecimento do direito a sindicalização só acontece com a promulgação da CF de 1988. Daí decorre a mudança de Centro de Servidores do Estado do RS para Sindicato dos Servidores – Sindsep, não sem divergências entre os próprios trabalhadores que defendiam, de um lado, um sindicato

para a saúde e, de outro, uma representação enquanto categoria “servidor público”, que já disputavam entre si a representação política dos trabalhadores.

Eu vim para o Centro dos Servidores, eu vim para a Sesma, aí iniciou a minha trajetória Sindical – Sesma, Sindsepe, Coletivo de saúde da CUT [...] e Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente que na época era tudo junto e também eu e a [...] que era psicóloga trabalhávamos juntas em Itapuã nos candidatamos eu a presidente e ela a vice então nós fizemos um trabalho no movimento sindical junto com os servidores de Secretaria da Saúde. [...] E aí criamos primeiro a associação e depois o sindicato dos servidores do Estado do Rio Grande do Sul – Sindsepe. (ENTREVISTA 1, 2012).

Antes do surgimento da CUT, alguns sindicatos, dos sociólogos, dos jornalistas, dos metalúrgicos, dos bancários e o Cpers articulavam-se via intersindical. “Daí começa a discussão sobre as políticas de saúde, o processo de democratização e a discussão da Constituinte, proposta de reforma de verdade no setor da saúde” (ENTREVISTA 3, 2012).

Nesse período, a orientação da CUT era no sentido da organização de sindicatos por segmento e não mais por categoria profissional. Assim, o Sindicato dos Assistentes Sociais, cuja inserção política era reconhecida entre os sindicatos no conjunto dos trabalhadores, como já vimos anteriormente, perde força política nesse período e sua base social volta-se para fortalecer as ações políticas por área de atuação.

A pesquisa proposta pelo CFESS (2005) intitulada “Movimento sindical: a atuação política dos assistentes sociais” aponta alguns dados sobre a participação política dos assistentes sociais.⁵⁶

O que eu não vi mais foi à mobilização dos Assistentes Sociais enquanto categoria, como nas assembleias lotadas para a época e lembro o quanto que as assembleias [...] de sala cheia coisa que eu nunca mais vi. Enfim agora, eu acho que essas pessoas continuaram, pois essas profissionais têm uma trajetória assim como eu tenho a minha. (ENTREVISTA 14, 2014)

Alencar e Granemann (2009) fazem um resumo muito interessante dos últimos congressos brasileiros de assistentes sociais e, no que diz respeito à preocupação com as condições de trabalho dos assistentes sociais, concluíram que essas condições pioraram nas décadas de 1990 e de 2000 e seguiram igual tendência auferida em

⁵⁶ É uma realização do Projeto Saúde, Serviço Social e Movimentos Sociais, vinculado a FSS/UERJ, financiado pelo CNPq, Faperj e UERJ. Em relação à participação política dos assistentes sociais no Brasil, 44,80% participa do movimento da categoria de assistentes sociais, 32,18% estão inseridos em Movimentos Sociais de Mulheres, Negros e Homossexuais etc., 12,62% possuem ligação com o movimento partidário, 10,40% estão inseridos no movimento sindical (CFESS, 2005).

estudos de outras categorias profissionais, em particular, a classe trabalhadora como um todo.

Na assistência à saúde, os hospitais dos trabalhadores do campo de Ronda Alta e de Aratiba, os filantrópicos, os religiosos, os comunitários e as Santas Casas articulavam-se para disputar com a iniciativa privada as ações e serviços do pré-SUS, ainda no contexto do SUDS. “Foi o Ministério da Saúde que, para romper com o boicote dos privados, tornou os filantrópicos como parceiros privilegiados” (ENTREVISTA 11, 2013) na assistência complementar à rede pública de serviços.

Nos éramos **entidades filantrópicas**, representadas pelos sindicatos privados e conseguimos [...] o nosso sindicato. **Primeiro sindicato reconhecido como de representação** e não havia a tal da unicidade econômica estabelecida pelo outro segmento e a partir daí as negociações foram diferenciadas, na relação “capital-trabalho” da posição das entidades filantrópicas e não mais das entidades privadas. [...] Nesse período começou-se a perceber que os interesses eram diferentes... enquanto um se voltava para uma atenção hospitalar e diferenciada, o outro seguia a atender de forma privada. (ENTREVISTA 4, 2012)

A estratégia de descentralização da estrutura sindical aproximou a entidade de sua base social e possibilitou os processos formativos. A formação política, a conscientização e o contraditório possibilitaram a explicitação de um conjunto de lutas específicas, tais como das comissões das mulheres, da juventude, importantes embriões dos novos movimentos sociais. O surgimento de um novo sindicalismo não corporativo comprometido com as lutas da sociedade por direitos inicia a partir da criação da CUT nacional.

A estratégia que unificava as diversas comissões setoriais e lutas do campo foram as mobilizações pela Previdência Social contra o então Inamps pela proteção social, pela garantia da aposentadoria para os trabalhadores rurais e pelo acesso à saúde, de um lado, e, de outro, a disputa de projetos entre o sindicalismo tradicional e o Novo Sindicalismo dos anos 80 – crise de paradigma. “Daí começa a discussão sobre as políticas de saúde, o processo de democratização e a discussão da Constituinte, proposta de reforma de verdade no setor da saúde” (ENTREVISTA 3, 2012).

O que tenho lembrança é com relação aos sindicatos urbanos, principalmente por estarmos sitiados na capital então a nossa relação era com o **sindicato dos trabalhadores**, né, com o sindicato dos metalúrgicos e muito com o movimento dos professores, o CPERS, no caso era muito ativo, **uma participação mais popular**, uma participação mais política, com **um olhar nos problemas da população**. Tinha o sindicato dos bancários. Os sindicatos tinham mobilizações para além de

suas categorias, sair do ambiente de suas categorias. (ENTREVISTA 9, 2013).

Retomando a caminhada histórica, nesse período também é dada ênfase à descentralização das atividades e a educação é estratégica, o que se verifica pelas dezesseis regionais organizadas da Fetag que possuíam educadores contratados com o objetivo de trabalhar a **educação de base e descentralizada**. Ocorreu ainda a **criação de comissões** em diferentes áreas, produzindo o conteúdo das políticas agrícolas e agrárias e também setoriais na área da produção, comercialização, na mobilização das mulheres e da juventude. “Era a formação no campo da Educação Popular, formação política, formação social e evidentemente envolvia todos esses temas” (ENTREVISTA 7, 2013 - ONG), emergentes para o período. Esses encontros vão tecendo também novas formas de cuidado via agentes comunitários de saúde, cuja proposta era a prevenção e a promoção em saúde entre as quais a educação para a saúde o uso da fitoterapia, que teve o apoio dos grupos de mulheres do MMTR e MMC. “Era um conjunto de ações que a gente articulava em defesa do SUS. E, aí conseqüentemente depois os Municípios começaram a assumir mais e na época não se tinha absolutamente nada de acesso universal” (ENTREVISTA 6, 2012).

Além disso, percebe-se a **mudança de discurso político** da Fetag imprimindo maior radicalidade como “base, conscientização, luta, mobilizações, dentre outras”. **A educação de base tem papel importante na definição deste novo perfil político**. Essa mudança de discurso e da prática da Fetag também se deveu à articulação com as centrais sindicais, especialmente com a CUT/RS e do não repasse de recursos e vantagens oficiais aos sindicatos, resultados de um novo contexto na conjuntura da política nacional. É onde se constituiu um movimento para consolidar as diretrizes da Constituição Federal nas instâncias estaduais e municipais. E o que possibilitou esse processo? **“Isso se deu em dois movimentos, um com relação ao poder público que compreendeu a necessidade de implantar um sistema público e dos movimentos sociais que reivindicavam acesso à saúde como direito universal”** (ENTREVISTA, 2, 2012).

Com os avanços e conquistas obtidos pela Constituição Federal de 1988, principalmente os avanços para o campo na área da previdência social com aposentadoria para o homem e para a mulher, houve uma ampliação da base social dos sindicatos, pois esse direito também significou maior nível de consciência e de sentido de pertencer a uma entidade de classe. E o sindicato passou a sobreviver com a

contribuição confederativa. Agora a grande bandeira passou a ser “uma nova sociedade”.

Dentre as várias articulações, o ano de 1981 foi marcado por reuniões entre as Federações de Trabalhadores na Agricultura da Região Sul do Brasil, em São Miguel do Oeste, Florianópolis e Curitiba. Entre os resultados figuram a diversificação da produção como meio de sobrevivência e o programa comum de política agrícola e cooperativismo. O tema da Previdência Social, principalmente da aposentadoria da mulher trabalhadora rural aos 55 anos e do homem aos 60 anos, equiparados aos trabalhadores urbanos foi um ganho para o conjunto da classe trabalhadora e de grande potencial de mobilização no campo. Há então o reconhecimento da categoria dos trabalhadores rurais e a inclusão no conjunto de direitos nas políticas públicas conforme pode ser visualizado na narrativa a seguir:

No Alto Uruguai, a região foi um espaço de **muita mobilização**, fruto da **questão das barragens** [...] com isso e com o fortalecimento dos sindicatos, se conseguiu **criar uma consciência entre os trabalhadores**, e **quando tinha um problema a gente fazia mobilização de 10 a 15 mil pessoas** [...], então **além de tratar os temas específicos da agricultura se trabalhava o tema da previdência**, né, trabalhava a questão da **aposentadoria rural e da aposentadoria da mulher** trabalhadora rural que também ficou garantida na CF de 1988 **foi um motor combustível de grande potencial de mobilização**. (ENTREVISTA 6, 2012)

Nesse mesmo ano, houve a articulação intersindical e a preparação do primeiro Encontro Estadual das Classes Trabalhadoras (Enclat), realizado em Porto Alegre, e a primeira Conferência Nacional das Classes Trabalhadoras (Conclat), realizada em Praia Grande, São Paulo. Ademais, ocorreram eventos latino-americanos em Caracas, na Venezuela, como o Congresso Latino-Americano de Camponeses. Em 1983, também houve a mobilização na luta pela terra, especialmente no acampamento de Encruzilhada Natalino e os afogados do Passo Real (barragens) e ainda de assentados na Fazenda Vila Nova em Bagé e a articulação da comissão de assentados nas Fazendas Macali, Brilhante e Bom Retiro. Foi destaque nesse período ainda a mobilização contra o projeto de construção de 25 usinas hidrelétricas na Bacia do Rio Uruguai, movimento liderado pela Comissão Regional dos Atingidos por Barragens (CRAB/RS), sediada inicialmente no Rio Grande do Sul no Município de Erechim, que depois se descentralizou em várias regiões do Estado e exerce suas atividades com autonomia. A fala a seguir exemplifica a mobilização política nesse período histórico:

Os **assentados** pela **CPT**, Macali, Brilhante 1979, depois a Natalino e Anonni. A primeira foi Macali e Brilhante, mas isso foi ainda no tempo do Brizola, em sequência foi o acampamento de Natalino e depois da Anonni em 1980. Enfim nesse bojo começa a construção, começa a construir espaços maiores em 1981-2-3... foi nesse bojo também que nós pensamos em construir o **CAMP** porque tinha que ter uma organização, **uma ONG que aglutinasse** e pudesse ser um **espaço articulador**. (ENTREVISTA 7, 2013)

Nesse período, a Contag realizou um encontro nacional sobre barragens em Brasília que contou com a representação da Fetag/RS. Esta ainda passa a ocupar os espaços públicos de participação nas estruturas do Estado, que também incluem a participação popular.

Como no Nordeste teve articulação com um movimento do Nordeste “Encontro de Irmãos” com D. Hélder Câmara e esse pessoal trabalhava para mudar a legislação previdenciária. No **congresso da Contag teve essa articulação um pouco fora do movimento sindical, mas para passar por dentro do movimento sindical. Como o MMTR na época forçou a própria Fetag a se despertar para a questão da mulher** e o movimento sindical foi um espaço de conquistas. (ENTREVISTA 10, 2013)

O ano de 1984 foi marcado por uma efervescência de manifestações no campo, dentre as quais o “Grito do Campo”, chamado pela Fecotriga, que reuniu milhares de pessoas, contando com a participação dos sindicatos. Além disso, houve as mobilizações “boicote” na Semana da Pátria, não comercializando nenhum produto destinado à agropecuária, resultado das mobilizações locais pelo Dia do Colono, a mobilização pelo preço do leite, campanha de reativação dos moinhos coloniais e retomada de plantio do trigo na pequena propriedade familiar, a crise do cooperativismo e a incorporação e solvência de dívidas, os conflitos fundiários e entre os posseiros. O ano de 1984 foi decisivo para a abertura política: trabalhadores rurais se reuniram em Porto Alegre, exigindo um tratamento previdenciário mais digno, especialmente no campo da saúde com gratuidade no atendimento médico-hospitalar.

O primeiro Congresso Estadual da CUT/RS que, segundo informativo (1984), foi precedido de encontros nas regionais elege a primeira diretoria “fazendo da CUT o grande instrumento da luta dos trabalhadores pelas eleições diretas para presidente, com o fim do Plano Paraná e igualdade de direitos entre trabalhadores rurais e urbanos” e, no Plano de Lutas encontra-se a previdência, “considerando a baixa qualidade de assistência à saúde da população brasileira, a cobrança de taxas extras, a negação de atendimento e ainda que a saúde é um direito elementar de todos”. A pressão é sobre o Inamps que centraliza a assistência médica e a previdência social.

No Estado, teve lugar o 4º Encontro Estadual da Classe Trabalhadora – Enclat, sendo a mais importante realização do sindicalismo. Ainda no mesmo ano, no dia 17 de outubro, acontece o 1º Encontro Estadual da Mulher do Campo, com a presença de dez mil trabalhadoras rurais, marco do engajamento das mulheres no movimento sindical. Aprofunda-se a luta pela reforma agrária e o apoio aos assentamentos e acampamentos da reforma agrária.

Acontece, ademais, o 1º Encontro Nacional dos Sem Terra, realizado em Curitiba, e o Encontro do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, realizado em Frederico Westphalen, discutindo o primeiro Plano Nacional de Reforma Agrária na Nova República. A participação de 400 lideranças no IV Congresso Nacional de Trabalhadores Rurais (1994).

Constata-se um forte embate entre Fetag e Inamps devido às cobranças no atendimento prestado aos trabalhadores rurais, por parte dos médicos e dos hospitais, em virtude do acesso meritocrático à assistência médica. As Regionais Sindicais foram mobilizadas e por 18 dias consecutivos, os agricultores mantiveram-se mobilizados em POA. Na sequência, duas caravanas de agricultores negociavam em Brasília a gratuidade no atendimento médico-hospitalar, sem limites nas internações. Quanto à crise na Previdência Rural, os sindicatos querem uma definição do Inamps. “Acordo de atendimento hospitalar gratuito não é cumprido” (VERONESE, 1993; MISOCZKI, 2002). Os trabalhadores de saúde qualificam o espaço do cuidado em saúde.

Fizemos muitas reuniões principalmente na discussão dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS junto aos Sindicatos de Trabalhadores Rurais então debatíamos muito a questão da municipalização, universalização, gratuidade no SUS. Um encontro embrião deste debate foi o **I Encontro de Saúde Comunitária em Palmeira das Missões** com toda a região, Miraguai, Redentora, Braga. Os agentes eram mais agentes de mobilização pela saúde, para o acesso ao cuidado, então nós formamos os agentes para procedimentos. (ENTREVISTA 2, 2012)

A Fetag teve sua trajetória de lutas e mobilizações estratégicas nos anos de 1980 na defesa principalmente da saúde (acesso) e da previdência social (aposentadoria e salário mínimo). Vale destacar que nos anos de 1990 houve um certo refluxo na organização e um avanço na participação das mulheres via Comissão Estadual de Mulheres, participação na presidência de sindicatos, na direção da entidade e na organização das maiores mobilizações da Fetag no RS. Mas todo esse processo de emancipação política inicia com as mobilizações pela democracia e acesso aos serviços. Assim como no dia 8 de março de 1987 em Porto Alegre, reunindo 25 mil mulheres

exigindo o reconhecimento da profissão e 35 mil participantes em 1989 exigindo a imediata regulamentação dos direitos das Mulheres Trabalhadoras Rurais garantidos na CF de 1988 – “claro que nós não fomos os únicos né” (ENTREVISTA 10, 2013) –, mas inclui a bandeira da participação das mulheres e também a agenda histórica dos movimentos do campo na previdência social e nas políticas agrícolas. Essa mobilização culminou com a criação da Comissão Estadual das Mulheres do Estado do RS. Enfim, “um movimento de luta pela saúde. Foi o que eu te disse, o movimento mais forte nos anos de 1988 foi o da Fetag que brigou, que mobilizou, que botou gente na rua” (ENTREVISTA 3, 2012).

Eu avalio que, em minha opinião, **a década de 80 foi a mais, digamos assim, a mais forte em termos de organização, surgiu o Movimento das Mulheres Trabalhadoras Rurais – MMTR**, depois se repetiu em 1986, 87, 88 no Gigantinho com 50000 mulheres, homens e aquilo que está na **constituição do país na área de saúde dos rurais e na área de previdência social**. (ENTREVISTA 10, 2013).

Gohn (2008, p. 10) destaca que, para entender “o protagonismo de algo se deve ter como referência quem são os atores envolvidos, como se transformam em sujeitos políticos, que forças sociopolíticas expressam qual o projeto de sociedade que estão construindo”.

Grossi *et al.* (2012), quando fala dos direitos das mulheres, enfatiza a importância das ações intersetoriais para coibir a violência contra as mulheres voltadas, principalmente aos Clubes de Mães através de parceria com a Secretaria de Assistência Social e Coordenadoria da Mulher, a ampliação das práticas tradicionais para o desenvolvimento de práticas emancipatórias, de criação de novas possibilidades de atuação, visando à transformação de consciências para libertar as mulheres das amarras da opressão.

Há então o reconhecimento da categoria dos trabalhadores rurais da agricultura familiar e a inclusão no conjunto de direitos nas políticas públicas. Foi um ganho para o conjunto da classe trabalhadora e de grande potencial de mobilização no campo.

Já na cidade, além das articulações do movimento sindical, como já explicitado, “tínhamos no fim dos anos 70 e início dos anos 80 um processo de mobilização de rua, de passeatas, de greves” (ENTREVISTA 5, 2012). Nos espaços de mobilizações foram protagonistas ainda: o movimento comunitário, as CEBs, as Pastorais Sociais, o movimento estudantil, as ONGs, os partidos políticos, muitos ainda agindo na clandestinidade e outros emergindo no campo popular.

Então o processo de criação da Uampa, e aí o **movimento comunitário rompe com aquela ideia de favor** né. Nós que não recebemos favores do poder público **começamos a reivindicar direitos**. A questão-chave para compreender o SUS né. Saúde Pública Direito do Cidadão e Dever do Estado, sem favor nenhum nisso [...] Tinha um movimento **de dois pontos protagonistas que era a saúde comunitária, um era no Murialdo** [...] sempre no **movimento comunitário** a saúde foi a primeira, a segunda ou a terceira prioridade moradia, defesa da terra e a saúde. O movimento comunitário desde o início de sua criação luta e faz a defesa das políticas públicas. Não só das políticas, mas na definição dos orçamentos para a execução das políticas. Esse movimento acabou criando **uma cultura** [...] **muito forte** como movimento social. (ENTREVISTA 5, 2012)

O movimento comunitário, conforme já caracterizado neste trabalho e explicitado no primeiro capítulo desta pesquisa, aparece como MSU, assume um importante papel nas mobilizações de base para acesso aos serviços, “o Movimento Sanitário, ele se constrói com um pé no movimento de moradores” (ENTREVISTA 11, 2013). Ele é uma ferramenta para a organização popular por representar interesses plurais, a “participação era mobilização e era pressão” (ENTREVISTA 7, 2012). “Então naquele período em fins de 70 e início dos anos 80 era um fato para a Fracab, nós metidos nessa luta, também nos envolvemos na campanha pelas diretas” (ENTREVISTA 5, 2012). A narrativa abaixo explicita a importância da mediação dos trabalhadores no processo de reformas na saúde.

Então o processo de criação da UAMPA, e aí o movimento comunitário rompe com a ideia de favor. Nós que não recebemos favores do poder público começamos a reivindicar direitos [...] Aqui no RS, embora houvesse um movimento comunitário forte, **diretamente no movimento de reforma na saúde eu acho que a população foi menos protagonista do que os trabalhadores**. Nós fomos muito mais protagonistas depois na hora de funcionar o SUS, tornar o SUS realidade, de criar os Conselhos, que vivem hoje uma certa crise. (ENTREVISTA 5, 2012)

Uma ferramenta **com muita força de mobilização popular**, nesse período, eram as associações de bairro ou associações de moradores. Com capacidade de mobilização, as associações se multiplicavam na região metropolitana e no interior do Estado.

Então essa década do final dos anos 70 e os anos 80 foram processos de muita afirmação de direitos [...] ocupar, resistir e produzir como dizia o lema do MST foi o que aconteceu com o Movimento Comunitário da Uampa, conseguiu criar fatos políticos que obteve aprovação da opinião pública. (ENTREVISTA 5, 2012)

Além de ocupar o Fracab, o movimento comunitário do RS se mobiliza para participar dos espaços públicos e criar o Orçamento Participativo nas administrações municipais, conforme deliberação do 3º Congresso da Fracab, além de participar da organização nacional da Central de Movimentos Populares, cuja finalidade era articular as lutas dos movimentos sociais urbanos como segue:

E também da **ideia inicial dos conselhos populares**. Essa que foi a resolução da Uampa no congresso de 84, a **participação popular na definição do orçamento público** e daí que iniciou o orçamento participativo, que inicialmente começou em cinco regiões e depois se espalhou. E porque o orçamento foi tão singular, você tem esse acúmulo, **você tem essa cultura construída de brigar por participar**. [...] a ideia da participação popular, no **orçamento participativo**, orçamento, que já vinha sendo aprofundado, em outubro de 1983, em 1984, nós fizemos nosso primeiro Congresso da Uampa. (ENTREVISTA 5, 2012)

Já os espaços as Comunidades Eclesiais de Base – CEBs, resultado da Teologia da Libertação, nascem nos bairros das periferias urbanas e nas comunidades rurais, pela inserção dos agentes sociais da igreja. Foi um período de grande inserção da igreja nas periferias, reflexo do Concílio Vaticano II e da Conferência de Medellín, a “opção preferencial pelos pobres” que, na América Latina, aconteceu de forma hegemônica via Teologia da Libertação. Essa também se articulava com setores “progressistas” de outras religiões e incentivava a inserção e ou criação de movimentos sociais. Não existia uma ação isolada, pois conforme se percebe nas narrativas, nos espaços coletivos, seminários, congressos e mobilizações, o conjunto das organizações defendia o projeto de participação popular. “Era o político todo através das diversas organizações, se tornava uma única organização no momento de plenária, de assembleia, de mobilização, de celebração – e se fez muito isso” (ENTREVISTA 12, 2013). Nas mobilizações, as CEBs e as associações de moradores são importantes aliadas:

E desde o início, assim a nossa proposta aí era organizar a comunidade, a igreja, as CEBs que era um pouco o nosso espaço de mística e de aprofundamento nesta perspectiva mais da fé. E **nossa atuação era na inserção militante na associação de moradores**, já estava envolvido em uma oposição no sindicato da construção civil que naquela época já começava já reduzir bastante o seu ritmo de atividade e depois veio à crise do desemprego. (ENTREVISTA 5, 2012)

As ONGs são ressignificadas por períodos; muitas ONGs (na época chamadas de Centros de Educação Popular ou de Assessoria) foram criadas nesse período de resistência à ditadura militar, fundadas em 1978-1979, articulando militantes de várias experiências e movimentos sociais (pastorais, ação sindical e de bairro) e atuando em

território nacional. Entre elas figuram, no RS, a Cáritas Regional, o ICLB, o CEBI, o CECA, o CAMP, o CETA, o CEPO, o CEAP, o CETAP e o CAPA, dentre outras. Essa articulação esteve associada à criação dos Centros de Formação, locais construídos especificamente com a finalidade de realização de cursos aos dirigentes das organizações, realização de experiências práticas de produção coletiva e tecnologias apropriadas às necessidades, pequenas propriedades, agroecologia, padarias e tanques comunitários, dentre outras.

E foi se construindo este centro [o CEAP] que tinha dois objetivos bem claros. Um era ter uma estrutura física para ajudar a reunir estas entidades (movimentos sociais, pastorais sociais, sindicatos, associações de moradores) e o outro apoiar a organização do sindicalismo rural. Recém tinha sido criada a CUT e se estava construindo uma articulação de toda a região [Norte do Estado] na área sindical, uma articulação forte do sindicalismo rural que na época não estava representado na CUT. [...] E aí começou uma articulação entre os centros de Educação Popular. Daí, neste período nasceu o CEAP aqui em Passo Fundo, em Erechim era o CEPO, em Porto Alegre tinha o CAMP, em São Leopoldo tinha o CECA, [...] e que tinha esta mesma perspectiva. (ENTREVISTA 13, 2013)

Inicialmente com a finalidade de assessoria no processo de articulação dos movimentos sociais e posteriormente na formação política dos seus dirigentes, surgem na estrutura das igrejas e posteriormente se articulam no Estado enquanto fórum das ONGS articuladas regionalmente com autonomia de planejamento e com financiamento de entidades estrangeiras. Posteriormente algumas áreas passam a receber recursos das políticas públicas, como, por exemplo, a temática da AIDS, do meio ambiente, ou com especializações em determinadas áreas: desenvolvimento rural, saúde, mulheres, agroecologia, apoio à agricultura familiar, dispondo de equipes de técnicos para dar assessoria e apoio às organizações. As narrativas indicam que a aposta era investir na juventude como forma de preparar dirigentes para os novos espaços de participação política – um engajamento nas novas organizações instituídas no campo popular.

O CETA era exatamente **uma forma não só de conscientização**, mas de envolver os jovens na ação mesmo, tanto que depois alguns destes jovens se envolvem na construção de **organização de comunidades de base e de outras pastorais, seja CPT, seja CPO e de outra pastorais** na medida que essas pastorais foram surgindo [...] Mas também no final dos anos 80 as primeiras oposições começam a surgir, sejam urbanas, sejam rurais, né. Então teve um envolvimento muito forte dessa juventude e incentivo para que **os jovens se engajassem no campo social propriamente**. (ENTREVISTA,7, 2012)

Destaca-se que precisamente nessa conjuntura contraditória, de emergência dos principais movimentos sociais atuais, construtores deste “espaço público”/“projeto popular” de participação cidadã dos anos de 1980 e da incapacidade de fazer valer a lei, os direitos e a justiça instituída nos anos de 1990. Nesse contexto, o SUS constrói seu arcabouço legal e se institui como direito à saúde – regulamentação com produção da legislação (CF 1988, Leis 8080 e 8142/90, NOBs e Portarias). Era um conjunto de ações que

a gente articulava em defesa do SUS. E, aí conseqüentemente depois os Municípios começaram a assumir mais e na época não se tinha absolutamente nada de acesso universal. **Foi toda uma construção de outra lógica**, como a saúde um direito de todos. (ENTREVISTA 6, 2012)

Esta também estava garantida na Constituição Estadual:

Na **Constituição Estadual** tivemos muitas emendas [...] populares que colocavam essas preocupações de garantir as diretrizes que foram construídas em 1986 e 1988 na CF e **havia contra movimentos**, nós tínhamos aqui um movimento muito bem articulado aqui centralizado por um ex-secretário de saúde que tentava de alguma forma **criar uma diferença no nosso sistema de saúde no RS dando um certo protagonismo à iniciativa privada**. (ENTREVISTA 2, 2012)

Pode-se concluir, a partir da literatura e das entrevistas, que até os anos de 1970 a ação católica assume um papel de mobilização social das lideranças, incluindo as do campo. Mas, com o avanço dos ideais comunistas, a igreja católica via FAG assume a tarefa de orientar de forma tutelada a organização sindical no RS. Contraditoriamente, segmentos alinhados à teologia da libertação ACO e posteriormente as CEBs assumem um processo de evangelização no campo na perspectiva de construção de um projeto emancipatório. Com o sindicato atrelado aos governos, a ênfase são as parcerias e os convênios com o Inamps na assistência à saúde do trabalhador do campo, ainda em uma intervenção de tutela por parte dos governos.

Assim, diferentes concepções e perspectivas, conservadoras e emancipatórias utilizam-se das estratégias da organização sindical no campo para fazer a defesa dos seus projetos políticos, ao mesmo tempo em que se multiplicam os movimentos sociais (MST, Barragens, mulheres, jovens, cooperativas, acampados e das pastorais (da juventude rural e da CPT) nos anos de 1980, assim como acirram-se as disputas entre os diferentes projetos políticos. Os movimentos sociais mobilizam a sociedade e pautam o Estado “burguês” em busca de autonomia e de uma nova institucionalidade via projeto popular para o Brasil.

Essa mobilização garante de um lado o reconhecimento dos trabalhadores e trabalhadoras enquanto sujeitos de direitos – pelo reconhecimento da agricultura familiar, de um lado, e, de outro, a equiparação aos trabalhadores urbanos quanto ao acesso à aposentadoria e a saúde. Além disso, as ações e estratégias adotadas de formação política, de Congressos e Encontros dos movimentos e entre movimentos sociais mediados pela CUT e ONGS produzem rupturas culturais necessárias, formam novos dirigentes que passam a ocupar os espaços públicos. Entre ditos espaços públicos figuram as Conferências e os Conselhos de Saúde.

Constata-se que a Fetag, a Fracab e a CUT não só produzem mobilizações como também ocupam os espaços públicos, inicialmente nos fóruns das Cimis e posteriormente nos Conselhos de Saúde, como se pode perceber nos documentos do CES/RS, nos relatórios das Conferências de Saúde, assim como no PES/RS. Nesse sentido Gohn destaca que,

para se entender o protagonismo de algo se deve ter como referência quem são os atores envolvidos, como se transformam em sujeitos políticos, que forças sociopolíticas expressam, qual o projeto de sociedade que estão construindo ou abraçam, qual a cultura política que fundamenta seus discursos e práticas, que redes criam e se articulam, quais suas relações com conjuntos sócio-políticos maiores. (GOHN, 2008, p. 10)

São as mobilizações na luta por direitos (terra, trabalho, previdência, acesso à saúde) que produzem articulações políticas entre vários atores coletivos. Essa participação nos espaços públicos foi mediada por um conjunto de trabalhadores dirigentes. Essa emancipação política também é uma emancipação social e humana e assim se inscrevem novos direitos tais como: aposentadoria, salário-maternidade, igualdade das mulheres, acesso à terra, ao trabalho e à saúde, e também surgem os novos sujeitos de direitos. Esses novos sujeitos de direitos, de um lado, querem ver instituídos os direitos duramente conquistados e, de outro, querem garantir a participação na deliberação das políticas de Estado. Que participação?

No quarto capítulo, foca-se a análise da SES/RS a partir dos Planos das Conferências e da Institucionalidade do Conselho Estadual de Saúde. Agora a institucionalização do SUS será enfocada a partir das narrativas dos atores, aproximando-a dos dados documentais já em uma tentativa de sínteses conclusivas. Será analisado o modo como às ações das forças políticas estatais vão incorporando as diretrizes do SUS na sua institucionalidade.

5.2.2 *Materialização do direito à saúde: como se dá a instituição da participação em espaços públicos*

O RS tem uma tradição republicana um pouco diferente dos Estados do Norte e do Nordeste com seu caudilhismo único, uma família, um cacique, que não tinha oposição. No RS, grupos fortes de inspiração positivista, liberal e não progressistas se alternavam no poder, “os chimangos e os maragatos”, criando as condições para que a máquina pública não fosse utilizada para os interesses particulares. Não há uma oligarquia única que se mantém no poder. Esse equilíbrio de forças permite o contraditório na alternância das elites políticas no poder, pois obriga a elite política a cultivar o espírito republicano pela disputa de poder e controle das questões e instituições públicas. “A ditadura militar não permitia as mobilizações, como temos hoje” (ENTREVISTA 10, 2013).

Há ainda um forte associativismo, confirmado pela literatura, pelos documentos e ainda pelas narrativas dos atores coletivos que marcam o período anterior aos anos de 1970 que movimenta a população nas periferias urbanas em crescimento no período e suas formas de resistência, a saber, as associações de moradores e os conselhos populares nas cidades maiores. Essa tradição de participação política permeia o campo popular, assim como as elites políticas que assumem postos importantes no cenário nacional (Getúlio Vargas, Jango, Brizola, dentre outros, em várias áreas temáticas nas estruturas do Estado).

A luta por terra, trabalho e saúde aproxima os trabalhadores da cidade e os do campo que ainda buscavam o reconhecimento enquanto trabalhador e trabalhadora rural e o acesso à previdência social e à saúde.

Era bonito de ver **as pessoas se manifestarem**, se disporem a sair de suas casas e constituírem esses conselhos locais que seriam as representações nos **Conselhos Locais** e constituição do CMS que na época, ainda, era a Cimis. E esse movimento se alastrou muito pelo Estado onde tinha sindicato de trabalhadores, principalmente os ligados ao novo sindicalismo se ampliaram mais. Esse movimento se deu sempre envolvendo os Agentes Comunitários de Saúde, onde tu fazias esse trabalho de **resgate de uma saúde integral e aí entrava a questão desses cuidados básicos**. [...] Então, trabalhando com fitoterapia, trabalhos básicos (educação e promoção de saúde). (ENTREVISTA 2, 2012)

Então havia nos Municípios, no início dos anos de 1980, um importante trabalho de educação de base, de educação política, mediada pelos trabalhadores e articuladas

via os movimentos sociais, cujas finalidades principais eram a conscientização sobre os modelos em disputa na saúde e a participação popular, bem como a produção de experiência social de inserção e de ações de promoção e prevenção em saúde, além de informação sobre o novo modelo de atenção à saúde e de participação nos fóruns. O que significaram os Cimis?

Eu fui presidente dessa comissão representante dos profissionais de saúde no ano de 1986 até 1987 e era um momento bastante rico porque a maioria era de trabalhadores rurais [...] e já se seguia a paridade. [...] Existia a contratação de estrutura para a Cimis funcionar dentro das Secretarias Municipais de Saúde e os vereadores não tinham conhecimento do que era a Cimis e criticaram o prefeito de estar contratando essa tal de Cimis, eles queriam saber quem era essa tal Cimis que estava chegando na cidade e que eles não sabiam. (ENTREVISTA 2, 2012).

Com a construção de um novo paradigma na saúde, as rupturas moleculares acontecem na micro e na macropolítica entre as estruturas do Estado, entre as relações na sociedade e do Estado com a sociedade. Soma-se a esse conjunto de mobilizações outros segmentos sociais que lutam pela democracia e pela participação da sociedade nas políticas públicas, de modo particular a criação da CUT/RS. Assim, em um contexto de disputas e de contradições, mas de participação política, as forças políticas sociais mediadas pelo conjunto de novos atores políticos resultantes da inserção social articulam-se com as forças políticas Estadais e produzem importantes rupturas institucionais na garantia de direitos e da participação. Dentre as estratégias adotadas destacam-se: ocupar os espaços públicos, defender a saúde como direito, autonomia, participação, transparência, combate à corrupção, orçamento participativo, dentre outras.

Para possibilitar a execução dessas estratégias, tiveram suma importância as mobilizações protagonizadas pelo conjunto dos atores coletivos articulados com as ações das forças políticas da burocracia estatal (sanitaristas, residentes, estudantes, técnicos com inserção em partidos e ou movimentos sociais, gestões populares), agindo por dentro das estruturas político-administrativas, em espaços de promoção, prevenção e educação em saúde, articuladas com os movimentos de ação política da sociedade. A síntese foi o movimento de reformas na saúde.

A mobilização popular dos anos de 1980 garante representantes do campo popular na Assembléia Constituinte Nacional. Trabalhadores dirigentes que articulavam o departamento de saúde da CUT, que exerce articulação junto à população em Municípios e/ou mobiliza agricultores do MST, passa a exercer cargos em postos do legislativo estadual, em funções técnicas nas estruturas instituídas da SES/RS, no

Inamps e nas SMS nos Municípios e por dentro da estrutura do Estado, inscrevendo na legislação as garantias de direitos constitucionais de 1988 e da Constituição Estadual do RS de 1989.

No Estado do RS, as mobilizações pela inserção de propostas constitucionais contaram com o espaço da Assembleia Legislativa, já com parlamentares constituintes eleitos dentre os representantes do campo popular, constituindo um importante espaço público, palco de disputas entre os diferentes interesses e forças políticas. Além disso, foi a Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa que garantiu a realização dos primeiros encontros de articulação das Cimis para debater a municipalização da saúde e deu o apoio necessário para a aprovação da Lei Estadual do CES/RS e posteriormente apoiou a realização das primeiras capacitações para as entidades representadas nos Conselhos Municipais de Saúde.

A elite política corporativa e privatista também se organizou no RS, articulada com os movimentos da elite nacional (Inamps, representantes de partidos conservadores, associação médica e Federação dos Hospitais). Essa organização, de um lado, garante na Constituição Federal a participação da iniciativa privada na saúde complementar – dispositivo que garante o avanço privatista nas políticas de saúde. Mas de outro, encontra a resistência do campo popular para as condicionalidades do projeto de privatização na garantia do direito à saúde na Constituição Estadual do RS. “[...] toda a política social, é um campo de forças entre concepções, interesses, perspectivas, tradições. Seu processo de efetivação como política de direitos não escapa do movimento histórico entre as relações de forças sociais” (SPOSATI, 2009, p. 15).

Essas disputas entre projetos políticos reformistas e corporativo-privatistas permeia a relação das estruturas da SES com a nova institucionalidade. Essas ações estão explicitadas nos relatórios das Conferências, principalmente na primeira, ainda em um contexto de regulamentação do CES/RS em 1991, nos Planos Estaduais de Saúde do período 1987 a 1990, que enfatizam a importância do poder popular e também nas disputas pela coordenação e composição do Conselho Estadual de Saúde. Isso é, a presidência nata da SESMA com a vice da representação da Fracab e, também pela demora na regulamentação do colegiado. “Este colegiado que estamos examinando hoje ele já existia desde os anos de 1970, não sei a data, mas constituíam colegiados na saúde, não com esse nome” (ENTREVISTA, 1, 2012).

Documentos (atas, resoluções, relatórios, narrativas) apontam que as representações da CUT e da Fetag faziam a resistência no colegiado. A Famurgs e a Asedisa (Conasems), órgãos de representação política municipal da gestão da saúde

também ocupam espaço no colegiado em defesa da municipalização da saúde. “A municipalização ela foi uma estratégia para viabilizar a descentralização, dentro do MS. Então, na situação em que estava à participação dos atores municipais era interessante porque ela se contrapunha à tecnocracia inampsiana” (ENTREVISTA 11, 2013).

Além disso, destaca-se a crise com relação à indicação da nominata das entidades na estruturação do colegiado via decretos já explicitados. Não havia paridade entre o conjunto das representações políticas na composição do colegiado para similaridade nas deliberações. Havia também resistência, principalmente da Fetag, Fracab e da CUT à forma de indicação, da representação dos médicos no colegiado, pela gestão estadual. O conjunto de atores do campo popular e a representação da Asedisa pautavam a representação do Estado, responsável pelo processo de implantação do SUDS ainda no pré-SUS e posteriormente do SUS no RS.

Essa característica própria de forte associativismo e de cultura política de participação do RS dá maior ênfase às disputas acirradas entre projetos políticos na saúde. Os atores do campo popular fazem a defesa do Projeto de Reformas no setor da saúde. Os dados também apontam que esse projeto encontrou forte resistência entre entidades corporativas de profissionais da saúde, como já explicitadas, com protagonismo das entidades de representação dos médicos, da Federação dos Hospitais, da burocracia do Inamps e de segmentos da elite política conservadora dos Municípios e do Estado. Essa resistência corporativa tem a finalidade de defesa da participação da iniciativa privada no SUS, defesa do projeto privatista e de mercado na saúde, a exemplo das cobranças de diferenças nas consultas médicas aos moldes do antigo Inamps e do modelo de atenção centrado no hospital.

Nesse período, o novo sindicalismo era emergente e com ele as práticas de prevenção e promoção de saúde – o cuidado com a vida – incluindo um novo trabalhador de saúde, o agente comunitário de saúde, inicialmente voluntário via sindicatos – novo modelo de resistência e criatividade. Nesse modelo, a fitoterapia, assim como outras práticas de cuidado e de assistência são incorporadas, inicialmente pela sociedade civil que, por meio dos sindicatos e movimentos sociais, enfrentou o modelo centrado no médico e posteriormente pelas estruturas dos serviços de saúde.

Fizemos muitas reuniões principalmente na discussão dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS junto aos Sindicatos de Trabalhadores Rurais então debatíamos muito a questão da municipalização, universalização, gratuidade no SUS. Um encontro embrião deste debate foi o **I Encontro de Saúde Comunitária em Palmeira das Missões** com toda a região, Miraguai, Redentora, Braga. Os agentes eram mais

agentes de mobilização pela saúde, para o acesso ao cuidado, então nós formamos os agentes para procedimentos... (ENTREVISTA 2, 2012)

Até 1990 há certa hegemonia do projeto de reformas na saúde com o avanço dos direitos sociais e a instituição do SUS como direito universal aliado a um projeto de desenvolvimento nacionalista; entretanto, após 1990, o projeto privatista avança como resposta do modelo neoliberal, cuja finalidade é a globalização e mercantilização da saúde. É uma resposta aos serviços de saúde centrados na Atenção Básica e focalizados nos segmentos mais pobres – nos cidadãos de “segunda classe”.

O contraditório é que essa proposta tem significados distintos dentro do projeto de contrarreforma do Estado do governo FHC – a focalização e as experiências de promoção, prevenção e educação em saúde articuladas entre os ACS dos sindicatos, Municípios, pastorais e movimentos de mulheres, visando à universalidade de acesso e integralidade na atenção à saúde.

Então, em 1986 me desloquei para o Município de Aratiba, fui para o Município de Palmeiras das Missões onde participei de encontros com Agentes Comunitários de Saúde – **ACS** que eram **congregados pelos sindicatos de trabalhadores rurais na época que puxavam muito essa questão de ter uma atenção à saúde**, não aquela paternalista, mas aquela que promovesse a saúde da população que era filiada ao sindicato [...]. (ENTREVISTA 2, 2012)

Quanto à relação entre as organizações do setor da saúde e os trabalhadores de saúde pública, nos momentos em que são propostas reformas político-institucionais ao setor, a ação dos atores institucionais aparece enquanto possibilidade para novas direcionalidades e perspectivas no processo de implantação da política do Sistema Único de Saúde (SUS) (PEDROSA, 1997). Além disso, as organizações são criações que partem do que havia antes, do que herdaram. Porém, é no movimento histórico que suas práticas são redefinidas (PEDROSA, 1997; PINHEIRO, 2003).

Há **divergências de concepção entre os segmentos do campo popular quanto à participação em espaços públicos**; segmentos contrários à participação dão legitimidade do Estado burguês. Isso ocorre também porque a assistência à saúde de seus associados se dá via Planos de Saúde. A Fetag, por seu turno, fazia a defesa do acesso à saúde para os trabalhadores do campo. Segmentos do movimento sindical da saúde e previdência, dos movimentos de bairro aliados aos trabalhadores do Estado (Ministério da Saúde e da Sesma) principalmente dos servidores públicos, neste período já organizado em sindicato, capitaneavam esforços no sentido de **ocupar e qualificar esses espaços públicos, articulados com o movimento social**. Essa nova

institucionalidade também permeia o campo dos **partidos políticos**, cujas alianças ficam enfraquecidas com a criação de novos partidos e com a flexibilização dos movimentos sociais de um lado e com a criação dos espaços públicos de participação de outro.

Eu acho que até nossa profissão teve uma participação grande, não tanto como a médica que estava lá presente (*Processo Constituinte*), mas eu não lembro de ter participado com esse olhar tão profissional (*corporativo*), das questões que tu conheces mas não com aquele espírito corporativo. Sabe, nós estávamos lá na luta para garantir a saúde. (ENTREVISTA 9, 2013)

Embora dados apontem que o CES/RS exista oficialmente desde 1958 e formalizado via Decreto desde 1962, ele permanece com caráter consultivo até 1987 quando foi implantado o SUDS no RS, tema já amplamente explicitado no quarto capítulo. Os dados também indicam que essa articulação das instâncias do Estado com entidades da sociedade civil ampliou a participação garantida via Conselhos de Saúde com caráter deliberativo. Assim estes se articulam nas Plenárias de Conselhos, organizam-se nas Conferências e no processo de qualificação de Conselheiros de saúde. Essa articulação se dá na perspectiva da descentralização efetivada via Conselhos Regionais de Saúde. É o período em que a luta pela democracia e participação permeia o conjunto da sociedade, pode-se dizer que com certa hegemonia na defesa do projeto ético-político emancipatório.

É claro que, na minha avaliação, ainda numa representação desigual porque você pega profissionais de saúde e agentes públicos é um povo que vive o dia a dia na área e aí você pega os usuários precisam investir na própria capacitação e qualificação do pessoal e infelizmente na nossa sociedade e na nossa cultura a autoridade do médico é ainda uma figura que dificilmente pode ser enfrentado, contestado, avaliado, né. [...] Pega a nossa área rural. Pega uma pessoa lá de base que teve uma participação no Conselho: ela não tem uma argumentação, ela sente o problema, mas em termos de argumentação é desigual nessa correlação de conhecimentos e na realização da mobilização com isso a população se sentiu encorajada. (ENTREVISTA 10, 2013)

A maior expressão dessas disputas no Estado se dá exatamente na organização do CES/RS, quando as entidades, ainda com a hegemonia das forças populares organizadas e na rua, ocupam vagas nos Conselhos Municipais e Estadual de Saúde – esses descentralizados em Conselhos Locais e Regionais de Saúde.

No início dos anos 90, havia um grande debate sobre a saúde porque pela Constituição e pela Legislação 8080 e 8142 os Conselhos de Saúde seriam construídos em todo o Brasil e a maioria das Cimis se transformariam [...] em Conselhos Municipais de Saúde. E aí, no início de

92 e 93, nós debatíamos muito com o **Conselho Estadual de Saúde**, nós participávamos dos conselhos e das conferências e a gente participava dos movimentos de saúde, mas nós não conseguíamos fazer esse debate junto ao CES porque esse foi **constituído por um decreto do governador** e cada governo que se elegia modificava a composição do conselho. (ENTREVISTA 1, 2013)

Assumir a estratégia de participação em espaços públicos significava também investir na ampliação do projeto de participação popular, que se encontrava à mercê do projeto político, muitas vezes conservador, do poder local. Assim, para além da efetivação dos Conselhos Regionais de Saúde, de garantir a realização das Plenárias dos Conselhos, a pauta da organização popular era a autonomia que seria garantida pela aplicação de no mínimo 10% para a saúde e que os colegiados não fossem coordenados pelos gestores, de um lado, e, de outro, tivessem de conviver com a condicionalidade da existência desses fóruns para o repasse dos recursos nos Municípios instituído pelas NOBs.

Na área da saúde **a participação nas políticas e também o processo das conferências e os conselhos de saúde que têm um papel importante**; para você ter projetos aprovados você tem que ter o Conselho, aí muitos prefeitos na época criaram os conselhos, completamente burocráticos que era condição, **mas eles não tinham uma participação política e deliberativa**. Até porque muitos eram cooptados pela gestão, mas tinha que criar os tais conselhos porque eles eram uma condição para o repasse das verbas federais. (ENTREVISTA 5, 2012)

A atuação do Conselho de Saúde dependeria de vários fatores, tais como, a infraestrutura para o seu funcionamento, a autonomia nas decisões, o estilo de gestão democrática ou autoritária, a tradição cultural e política dos atores coletivos e sua capacidade de mobilização, o programa de governo e a dinâmica das Secretarias da Saúde.

Depois **aprovou a Lei em 1994 (Criação do CES/RS)** e com boa participação principalmente na Comissão de Saúde que discutíamos, nos ajudou a fazer o livro aquele do Guia do Conselheiro de Saúde que tem até hoje, a **Assembleia Legislativa** reproduziu, não lembro se foi 5 ou 10 mil para que nós fizéssemos as capacitações de Conselheiros de Saúde, que foi essa a primeira rodada de capacitação que o CES fez. Nós fizemos isso para trabalhar e foi através da **Comissão de Saúde da AL**. (ENTREVISTA 1, 2013).

Contraditório também foi o processo de criação dos Conselhos Regionais de Saúde. Inicialmente a instituição dessas instâncias colegiadas é parte do Decreto 192/1987 do CES/RS no contexto do SUDS. De um lado, a SES/RS utiliza a estratégia

da descentralização e institui os fóruns participativos nas instâncias político-administrativas instituídas regionalmente e, de outro, destina vaga no colegiado estadual aos Conselhos Regionais no segmento da sociedade civil, mas sem regulamentar a forma de escolha das entidades nas regiões. E essa também é uma estratégia defendida por segmentos do campo popular – que buscava o acesso aos serviços e a participação na saúde mais próxima dos cidadãos – via o controle social.

Entretanto, não havia acordo entre os atores coletivos do campo popular em torno da forma de participação em espaços públicos. Eles se dividiram entre a institucionalidade e a manutenção dessa articulação enquanto conselhos populares com autonomia em relação à gestão. Os que defendiam a institucionalidade obtiveram a hegemonia, vencendo a proposta de instituição dos fóruns que foi regulada, posteriormente – via LOS e NOBs. “Nós éramos contra os CRS porque, se os conselhos são espaços de participação, espaços deliberativos da participação. Para deliberar é preciso que haja matéria sobre o que deliberar. Ora, não há essa instância de deliberação regional” (ENTREVISTA 11, 2013).

Quando se instituiu o CES/RS em 1994 por lei estadual, foi criada a instância regional e condicionada à representação estadual, conforme quadro 19 da regulamentação da participação no RS, ao segmento dos usuários do SUS. Isso se deve ainda à mobilização dos segmentos do campo popular que ocupam lugar nos CRS e fazem o debate do SUS por dentro dos espaços públicos instituídos.

Tu dar condições para o Conselho de Saúde tenha certa **autonomia de funcionar política e administrativamente** falando de exercer o seu papel que é ele é o órgão deliberativo das políticas de saúde. Ele é o órgão de controle das políticas de saúde. Ele tem que ter acesso a todas as informações das plenárias e outras decisões das políticas de saúde. **O que está acontecendo com os conselhos é parte de uma noção precária do que seja saúde.** (ENTREVISTA 2, 2012).

Com relação à **concepção de projeto político do campo popular**, o foco nas necessidades e demandas da população elege a inserção na perspectiva da prática, militante.

A assistência à saúde em seus três eixos, **na questão de prevenção, de promoção e de reabilitação**, então essas questões eram tratadas como **direito universal**, então entrava aqui uma das diretrizes do sistema que era desde a época do SUDS o direito universal e igualitário com qualidade e gratuito, além disso com participação e controle da sociedade. Esses eixos eles estavam sempre dentro do debate, né, desde aquele período ali desde o início... que culminou com a 8ª conferência e com a CF 88 e depois nas Leis Constituintes Estaduais

1989 e nas Leis Orgânicas Municipais de 1990 em diante. (ENTREVISTA 2, 2013).

Mas, em 2008, no contexto da 5ª Conferência Estadual de Saúde, o mesmo conjunto de entidades que criou os Conselhos Regionais de Saúde na Lei Estadual do CES/RS (cf. Quadro 19), em meio à crise de representação, representatividade, de descentralização do SUS, de disputa de interesses e de uma fase endógena do colegiado, a plenária, por meio de resolução, retira a representação política dos colegiados regionais do fórum estadual.

Nesse período, a direção do colegiado era exercida hegemonicamente pelos representantes dos Conselhos Regionais de Saúde e, em meio a disputas de interesses e de eleições internas do colegiado, chega-se a um acordo entre a maioria das entidades representadas para a resolução do CES/RS que retira a representação dos CRS enquanto aguarda a regularização destes. O Quadro 8, anexo 5, e o fragmento de narrativa a seguir explicitam esse contexto:

Eu não entendo o que fizeram com os Conselhos Regionais [...], porque era um espaço de discussão entre os gestores e a população em cada região, é um negócio de controle, era de descentralizar poder [...] Descentralização de poder para Município, unidade de saúde, conselho e regionalização. [...] é assim a grande crítica de que os Conselhos, de que a questão social é muito mais ampla do que os Conselhos, os movimentos sociais variados ganharam força, ser conselheiro virou profissão. (ENTREVISTA 3, 2012)

Alguns *insights* sobre um novo debate – **O que é gestão pública?** – aparecem, ainda sem muita sustentação teórica e de legislação, na forma de fazer a gestão do Estado e na relação com a sociedade civil. No governo Lula, foi feita uma tentativa de criar uma Fundação para gerir os hospitais públicos – matéria que até hoje não foi regulamentada pelo Congresso Nacional, devido à mobilização de segmentos ligados a movimentos de trabalhadores apoiados pelas centrais sindicais. As Oscips, as Fundações Públicas de Direito Privado, estas últimas ainda sem regulamentação na Constituição Federal. Iniciativas de gestão no RS como as Fundações de Saúde de Canoas, de Porto Alegre e Novo Hamburgo têm sofrido perdas na justiça. Essa proposta encontra muita resistência entre os trabalhadores, de um lado, porque rompe com o regime jurídico único dos servidores públicos, flexibilizando assim as relações de trabalho, e, de outro, flexibilizaria os princípios do SUS e incentivaria as cobranças por “diferença de classe” no SUS. O essencial é que a redução do Estado para o trabalho, em nome da eficácia e da eficiência do serviço ao público, pela mesma medida, significa

o aumento do Estado para o capital, o que Granemann (2008) denomina privatização. O debate que permanece aceso e se torna mais explícito:

Então a questão de buscar uma Oscip ela sempre está presente ou uma nova versão digamos assim que é a Fundação Pública de Direito Privado, primeiro ela contrata pela CLT e aí entra a estabilidade no serviço público, a facilidade na licitação de equipamento e custeio. Então há uma discussão muito forte nessa questão. Eu diria que é uma nova versão de Oscip ainda no RS não pegou muito, algumas prefeituras estão tendo a iniciativa, mas estão sendo derrotadas na justiça porque ela não está regulamentada em nível federal. Então os Municípios estão tentando a regulamentação de uma coisa que ainda não está pronta. (ENTREVISTA 2, 2012)

Teóricos sobre o tema e militantes do Fórum em Defesa do SUS Babilônia⁵⁷ (2013); Bravo (2008) apontam que há, entre os atores reformistas e também expressa nos documentos das políticas públicas de saúde, certa flexibilização nos princípios da reforma sanitária. Isso tem dividido segmentos do campo popular e é tema recorrente nas Conferências Municipais, Estadual e Nacional de Saúde. Os dados apontam também que o debate contra a privatização do SUS é agenda permanente do CES/RS, que reafirma as propostas das Conferências de Saúde, faz a defesa na Conferência Nacional de Saúde e também o coloca como pauta permanente nos seminários macrorregionais, nas plenárias e nas representações do colegiado. “Tem algumas coisas que ficam meio artificiais como esse negócio da primavera da saúde que junta muitas entidades, mas não junta povo e ainda fizeram abaixo-assinado pela saúde e não em defesa do SUS” (ENTREVISTA 3, 2012). Isso foi dito com referência à mobilização dos hospitais filantrópicos por mais recursos para a saúde, que também contou com o apoio de segmentos dos trabalhadores da saúde. Algumas tentativas de explicitar esse contexto,

⁵⁷ A Frente surgiu em 2010 inicialmente com uma pauta específica e conjuntural em torno da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) 1923/986 (requerida inicialmente pelo PT e PDT e depois abandonada por esses partidos), que questiona a lei sobre as organizações sociais (lei 9637/98). A ADIn 1923/98 considera inconstitucional a lei nº 9637/98 (lei das OSs) e o inciso XXVI da lei nº 8666 (lei de licitações, que trata sobre a dispensa de licitação para OSs). Os argumentos centrais da ADIn são: ofensa ao princípio de licitação, ofensa ao princípio da legalidade na gestão de pessoal, ofensa ao direito previdenciário, ofensa ao controle interno e externo, Violação aos artigos 196, 197 e 199 da CF (que trata sobre a saúde pública). Atualmente a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde conta com 18 fóruns estaduais, em locais como Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Sul, e 14 municipais. Segundo a coordenadora geral Maria Inês Bravo, os princípios fundamentais desta frente são a defesa do SUS 100% público, estatal e de qualidade e uma posição contrária à privatização da saúde. (BABILÔNIA, 2013, p. 10).

http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.uel.br%2Fgrupopesquisa%2Fgepal%2Fv1_lara_GV.pdf&ei=vSuoU9TeJfC_sQSZpYH4AQ&u sg=AFQjCNHHrsLJI_I EaG3QWD5Ua_CZVaE94w&bvm=bv.69411363,d.b2U. Acesso (2014).

O que acontece com esse movimento no pós anos 90 com relação a esses princípios do SUS e com o movimento que instituiu o SUS, que criou o Conselho de Saúde **e que hoje está fora, isso é não coloca mais força nesses espaços. Foi um movimento de vanguarda e de resistência.** Foram pessoas que tinham uma trajetória política antes do regime militar. (ENTREVISTA 2, 2012).

Portanto, é interessante retomar dados sistematizados no quadro número 21, que são parte do resumo da tese. Na década de 1970, em um contexto de cerceamento de direitos há movimentos de resistência cuja estratégia é a luta pela ruptura cultural com a relação patrimonialista de tutela e com o assistencialismo nos serviços públicos e a inserção de direitos. No RS existiam a SESMA e o CES/RS, criados nos anos do desenvolvimentismo, de um lado, e a Ação Católica, de outro, que se ocupava de criar espaços de participação via evangelização – dentre os quais a Fetag para organizar os trabalhadores do campo. Com relação às mobilizações aparece o permanente tensionamento e as disputas no espaço da micro e da macropolítica.

Entretanto, nos anos de 1980, período de produção da concepção ideológica do projeto popular, a agenda estratégica era pautar o Estado e construir um novo Projeto Político Popular, de um lado, e, de outro, garantir a autonomia dos movimentos sociais, além das agendas setoriais, entre as quais a da saúde, amplamente explicitada.

A **municipalização quando do debate teórico** fazia parte dessa organização do modelo de saúde. Agora estou tentando lembrar se havia uma defesa por alguma vertente, o prefeito de Santa Rosa. Ele trouxe uma experiência que deu certo no Município e que poderia dar certo no Estado, mas acho que eram pessoas que influenciavam mais do que pela instituição e discussão partidária. (ENTREVISTA 9, 2013)

Com o fortalecimento da estratégia de descentralização via municipalização da saúde, esta, de um lado, aproxima os serviços de saúde à população, facilitando o acesso, inclui novos trabalhadores da saúde nas gestões e, de outro, novos atores são fortalecidos e assumem o protagonismo no cenário político, a saber, os secretários de saúde. Essa articulação se dá via representações políticas no Conas e Conasems.

Veja o CMS, tem muitas entidades sindicais ali participando e **quando o movimento da base não está mais vivo e participando o que acontece com os dirigentes?** Eles vão se burocratizando. Esse é um dos desafios que nós vamos vivendo hoje, né. (ENTREVISTA 4, 2012)

Com uma representação plural, o espaço de participação na micropolítica via Conselhos de Saúde se transforma em cenário de constantes conflitos entre a gestão pública e a sociedade civil representada pelo segmento dos usuários. As plenárias dos Conselhos de Saúde são os novos espaços públicos, palco das demandas do campo popular que perde força de articulação na macropolítica.

A luta que nós travamos, que era agenda na época e que resultou na lei estadual foi que **os Secretários de Saúde não fossem coordenadores dos Conselhos de Saúde**. Essa era a grande batalha que a gente fazia no conselho e que foi relativamente bem-sucedida [...] Não que isso, de fato, tenha grandes resultados, mas pelo menos, na época havia um desejo muito grande dos prefeitos e dos secretários de tornarem os conselhos braços de sua administração, o que é lamentável. (ENTREVISTA 11, 2013)

Na temática da participação, Cortes (2007, p. 132) divide a década de 1980 em dois momentos distintos: o primeiro momento é de crescimento da capacidade de mobilização e de organização da sociedade civil no Brasil, com a força do movimento sindical e popular principalmente nas grandes cidades, incluindo Porto Alegre e outras no RS. Esse momento enfatiza a importância dos conselhos como espaços públicos de participação democrática e de representação de interesses; “eles têm seu funcionamento limitado e condicionado pela realidade concreta das instituições e da cultura política dos Municípios brasileiros”, pensamento também compartilhado por Dagnino (2004), Labra (2000), Daron (2003), David (2005), dentre outros.

O segundo momento caracteriza-se pela crescente e gradual importância da esfera municipal de governo, “os conselhos municipais tornaram-se elementos-chave no contexto da descentralização, ao mesmo tempo em que os governos municipais ampliavam seu papel político” e são reconhecidos pelo movimento popular como um espaço de tomada de decisão (CORTES, 2007, p. 132; DAGNINO, 2004, p. 75).

Então esse processo todo está em construção, está em disputa. O sistema é uma disputa de conceitos, uma disputa dos princípios que tu defendes que é garantir o acesso universal, a equidade, a integralidade, a igualdade, a participação, a descentralização e a regionalização hoje dos serviços que é possibilitar ao cidadão e a cidadã ter o atendimento no serviço de saúde. (ENTREVISTA 2, 2012)

Na década de 1990, contraditoriamente, vê-se, de um lado, a instituição dos direitos e, de outro, um contexto de avanço neoliberal de crise e de necessidade de ressignificações, que se expressam na perda de soberania nacional, no processo de globalização, no bloqueio do desenvolvimento societal, na destituição de direitos, na

violência, na crise de valores, na crise dos referenciais socialistas, no alargamento da distância entre ricos e empobrecidos e numa sociabilidade pautada pela razão instrumental e competitividade. Há, no cenário, uma crise civilizatória de exclusão e recolonização x resistência (PALUDO, 2005).

O Fórum Social Mundial [...] compartilha o palco com o Fórum Econômico Mundial de Davos, Suíça. A partir de Seattle, as questões do fim da miséria, da ampliação dos direitos humanos e do enfrentamento da degradação ambiental voltaram à agenda internacional. (SACHS, 2010, p. 400-1)

A partir das concepções que aparecem nos dados da pesquisa sobre a participação em saúde, pode-se concluir que os movimentos sociais específicos ganharam força de articulação e valeram-se de estratégias múltiplas para sua organização e socialização de demandas. As gestões são expressão de projetos políticos partidários que buscam a legitimidade e o consenso; assim, muitas políticas públicas se dão no sentido da tutela e não do protagonismo.

No início da década de 1990, a Fetag fortaleceu sua organização descentralizada e criou comissões (*Comissão de Saúde*), na qual a saúde pública passou a ser uma bandeira forte. A partir daí, participou na elaboração das leis municipais, dos conselhos e regimentos internos dos conselhos, bem como compor os conselhos, municipais e o Conselho Estadual de Saúde (*Nacional representando a Contag*), os quais passam a defender o direito de acesso à saúde para os agricultores. (FETAG-RS, 2013, 16)⁵⁸

Em uma conjuntura de participação, a gestão abre espaço para as demandas sociais, incorpora seus dirigentes na execução dessas políticas e disponibiliza o repasse de recursos para viabilizá-las. Essa determinação favorece assim, a disputa entre os atores mantendo a centralidade de poder na gestão e também encontra um movimento social sem autonomia política, pois não tem força de mobilização social. E, no contexto social, o mercado ocupa espaço na gestão pública, privatizando pela via das reformas do Estado.

Pode-se afirmar que a concepção de saúde e de participação foi construída no contraditório entre os projetos políticos em disputa no campo da saúde. Ela teve como estratégia para as rupturas culturais a educação, que também foi indutora da nova socialização. E contou com a contribuição dos atores que, ora na resistência, ora no

⁵⁸ Depoimento de ex-diretora da Fetag e Contag, ex-conselheira de saúde nos níveis municipal, estadual e nacional – Regional do Vale do Caí/RS para a Revista da Saúde – 50 anos Fetag-RS – Sistema de Comunicação Contag.

protagonismo, produziram mobilização no sentido de dar visibilidade aos seus interesses e às suas expressões na sociedade civil (movimentos sociais), na gestão (elite política e trabalhadores) e no mercado (serviços, insumos).

Os movimentos sociais têm lutado tanto para transformar comportamentos sociais como para influenciar políticas públicas. Como parte desses esforços, muitas vezes se mobiliza em prol de mudanças nos processos de tomada de decisão estatal, demandando a inclusão da sociedade civil em novos espaços participativos. Essa demanda implica não somente na criação de espaços de diálogo entre atores da sociedade civil e do governo, mas na maior presença de ativistas de movimentos sociais dentro do próprio Estado. (ABERS R. & BULOW M., 2011, p. 13)

Entre as estratégias do campo popular, muitas foram **às articulações, as mobilizações e a Educação Política** que nasceram da necessidade de resistência, de acesso a direitos, de protagonismo, de autonomia, de uma nova institucionalidade com centralidade no cidadão e de participação nas decisões políticas.

Elas foram **nascendo da necessidade e da organização** e uma coisa puxa a outra. Se eu for pensar separado, não têm, as **coisas foram se encadeando...**, a gente estava numa coisa e depois estava em outra. Sempre tem os atores que acabavam puxando, os partidos políticos, a **Fracab**, que era uma entidade muito forte e organizada na época e tinha uma capilaridade, **uma atuação aberta com reuniões semanais**, a sede era no alto do mercado público, **ela tinha reuniões frequentes, no CPRS também se fazia muitas reuniões**. Então não dá para dizer que havia uma instituição ou uma pessoa. Mas **tinham instituições e tinham pessoas que estavam à frente**. (ENTREVISTA 9, 2013)

O movimento de reformas no setor da saúde que instituiu o SUS, assim como as questões do meio ambiente, dentre outras, são alguns exemplos de articulação entre atores coletivos dos movimentos sociais (campo popular), aqui identificados como societários e atores da gestão e do segmento dos trabalhadores aqui identificados como estatais (governos, partidos, burocracia estatal) que extrapolam os limites institucionais na defesa de direitos.

Núcleo de Saúde Mental começou com o **processo de desinstitucionalização** e construção dos princípios da reforma psiquiátrica aqui no Estado. Foi uma experiência belíssima e aonde depois veio o Simon, o Collares, aí parou um pouco, aí o Britto não retomou quase nada e depois veio o governo Olívio que deu uma avançada boa, com a experiência cidadão **“o São Pedro Cidadão”, os cais mentais, que foram espalhados pelo Estado**. Então esse núcleo ele foi importante. O Fórum Gaúcho de Saúde Mental ele é multi e tem muitos oriundos do Hospital São Pedro. (ENTREVISTA 2, 2012)

Embora a **participação** em saúde seja uma categoria em disputa entre os projetos políticos, a participação política dos atores coletivos, as estratégias, as articulações, a própria concepção de saúde e de participação também estão em disputa entre o campo popular; essas divergências e contradições foram explicitadas nas narrativas pelos entrevistados.

Nesse conjunto de movimentos, identifica-se e lança-se um olhar sobre a representação dos **atores políticos**, sua capacidade de organização, mobilização e articulação com sua base social e também com outras organizações no campo e na cidade, bem como em nível nacional e internacional. A natureza dessa representação também mudaria em cada período e se aproximaria do projeto político, da entidade e ou organização no campo da saúde.

Como eu tenho uma instância político-partidária, a contribuição dentro da entidade vai ser a partir da **concepção política** que eu tenho e **minha participação na categoria** foi, na associação, na Federação e depois é que vim participar do Sindicato, eu participava do sindicato, mas da diretoria do sindicato, eu participava das atividades representando o sindicato, mas da diretoria eu só vim participar nos anos 90. (ENTREVISTA 9, 2013)

Há ainda as **estratégias** de mobilização política principalmente com relação à Seguridade Social com ênfase na Previdência Social, isto é, na luta pela aposentadoria do trabalhador e da trabalhadora do campo. O reconhecimento enquanto categoria, a categoria de trabalhador rural, era sinônimo de garantia de acesso aos direitos, à seguridade social. Uma das maiores conquistas da luta das mulheres trabalhadoras rurais, bem como de seus movimentos e organizações no Brasil, que se transformaram em política pública, foi o reconhecimento da profissão de agricultora ou de trabalhadora rural. Então, **a mobilização foi geral** no campo e na cidade pelo acesso à saúde.

Na Cruzeiro eu já havia participado junto com os moradores da criação da Associação de Moradores do Bairro e vem daí a aproximação com a Fracab. A Fracab tinha uma assessoria de saúde que se constituiu naquele processo de constituição da rede básica, que exigia muito a presença técnica da saúde nas comunidades. E, se cria então, dentro da Fracab essa instância de assessoria. Mas, saindo daí eu não tinha disposição de ir para nenhum lugar que não tivesse possibilidade de conciliar o trabalho de Saúde Pública com o Projeto Político, que é o que nós fazíamos [...] assim, pela trajetória de trabalho e de militância partidária, eu me transformo como que numa referência do Movimento de Reforma Sanitário no RS e daí decorrem as coisas do Cebes, e decorre também essa coisa da proximidade com as pessoas da Fracab, que vai redundar em um tempo depois nessa representação da Fracab junto ao CES. (ENTREVISTA 11, 2013)

Interessante destacar que as bandeiras de lutas gerais foram possibilitando e articulando as lutas específicas, como foi o caso **do Direito à Saúde e o direito de igualdade das mulheres**; além disso, ainda rendeu institucionalidade e ampliou o acesso a direitos e a **organização popular**. Com a participação política materializa-se um novo perfil de usuários das políticas públicas de saúde, que passam de beneficiários das políticas a sujeito de direitos.

A **descentralização** já significava trazer para si, tanto no nível estadual como no nível municipal, tanto que a discussão que nós fazíamos era por Comitês Municipais, era de comitê nos serviços. E isso foi totalmente afastado depois pelo processo de burocratização. (ENTREVISTA 11, 2013)

Segundo Paludo (2005), a **formação voltada para a conscientização político-ideológica e para a organização**, que inicia em 1964, tem o período de consolidação do projeto da modernidade brasileira. Este período inicia com o golpe de 1964, com a ditadura militar. E, em 1978, ressurgem as lutas populares, exigindo abertura política e retorno ao Estado de legalidade. A década de 1980 foi a década da retomada de consciência dos direitos, da relação entre educação e protagonismo das classes populares que se materializa na sua constituição em movimentos, no desejo de sua participação efetiva na cena política e na construção de um novo projeto de sociedade. Diversas concepções de educação confrontavam-se: concepção de Educação Popular, Teorias Não Diretivas, Pedagogia da Escola Nova, Pedagogia Tradicional, Pedagogia Tecnicista (oficial). Ocupar e qualificar os espaços é o que se verifica neste fragmento da Revista dos 50 anos da ESP/RS.

Na década de 1990, há participação da Escola nas Conferências de Saúde. Quanto as Conferências Estaduais, é de se apontar a inserção da ESP desde a primeira, realizada em 1991 em Passo Fundo e as conferências temáticas[...] e, em 1994 já com o CES/RS criado pela lei 10 097 [...] participa da equipe com técnicos no processo de qualificação dos conselheiros. (RIO GRANDE DO SUL, 2012, 22).

Os **atores** do campo popular já amplamente identificados neste trabalho são também identificados como sujeitos, educadores, assessores, intelectuais orgânicos na literatura. Eles têm sua prática identificada organicamente com uma ou mais organizações e movimentos sociais e sua relação social direta com o projeto popular, constituindo, ademais, a síntese de um processo histórico. Neles estão incluídos elementos **éticos-políticos emancipatórios**, de dimensão afetiva, de projeto de vida e de concepção de mundo.

A Anampos era articulação do movimento popular, do movimento sindical e das pastorais em uma nova concepção vamos assim dizer de organização de base, de construção coletiva de baixo para cima, sem cacique e no campo da Educação Popular e de transformação [...] e de articulação. (ENTREVISTA 5, 2013)

A pedagogia da práxis provoca a reflexão se de fato “temos a capacidade de refletir sobre nós mesmos, nossa vida e nosso destino” (Gramsci, 1989, p. 30) e sobre as práticas dos atores no coletivo que produzem, sob novos olhares, o fazer cotidiano. Eles produzem, assim, as mediações necessárias entre as iniciativas da população rural e urbana e suas formas de organização e ação societal, formando a opinião pública. Ainda, com a participação de atores inseridos na institucionalidade (representações, federal, estadual e municipal) garantem o acesso aos direitos pela via das políticas de Estado, pela via da *Policy Community*⁵⁹ que, na saúde, acontece através do movimento de reformas no setor da saúde.

De 2000 até hoje, há consolidação das instâncias instituídas nas décadas de 1980 e 1990. A Constituição Estadual completou vinte anos em 2009, como já explicitado, a Fetag completou cinquenta anos do início da sua organização no RS em 2013 e “investiu fortemente na formação da consciência de classe, tanto dos agricultores e dos trabalhadores rurais como de suas lideranças e seus dirigentes [...] e na organização dos jovens, das mulheres e dos aposentados” (FETAG-RS, 2003, p. 125); o CES/RS, neste ano de 2014, completou vinte anos de sua Lei Estadual; a Federação dos Hospitais Filantrópicos completou vinte e cinco anos de sua organização sindical com destaque para o Consaúde e o Movimento Mais Saúde para os hospitais⁶⁰, enfatizando a “necessidade de debater a importância significativa dos hospitais

⁵⁹ *Policy Community*, segundo Smith (1994, p. 166), é uma forma institucionalizada das relações entre um grupo de interesses e o governo, a qual favorece certos interesses. Em uma comunidade política, existe uma estrutura institucional, um comitê consultivo, que institui certos grupos e exclui outros; e tem um conjunto de crenças que levam a um acordo sobre as opções políticas disponíveis. Já para Walt, as *policy community* são compostas por atores, tanto de organizações privadas como públicas, que compartilham as mesmas concepções acerca de determinados problemas e das políticas que podem solucioná-los formando-se a partir de interesses compartilhados que, em conformidade, promovem uma causa particular, levando-a para a atenção pública a fim de influenciar a política governamental. O estabelecimento de alianças confere aos indivíduos uma identidade como grupo de pressão formal, podendo atuar como movimento social (WALT, *apud* RÉOS, 2003, p. 27). Na área da saúde, essa *policy community* pode ser associada ao conjunto de diferentes atores que somaram forças para realizar as reformas no setor saúde na década de 1980 (CORTES, 1995).

⁶⁰ Consaúde são Congressos anuais do setor filantrópico da saúde do RS. Interessante destacar que esse setor se articula no contexto do SUDS e organiza-se no Estado após a LOS, ocupando espaço de representação dos prestadores nos Conselhos de Saúde. Maiores informações na Revista dos 25 anos – 1987-2012. Cf. ainda a edição do Movimento Mais Saúde para os Hospitais, edições 2006, 2007, 2008 e reeditada em 2011 e 2012, neste último ano sob novo formato, o “Movimento Saúde Rio Grande: cumpra-se a lei”, que realiza eventos descentralizados e coleta assinaturas pela aplicação de 12% para a saúde no RS, que são entregues ao Governador na AL em 2 de julho de 2012.

filantrópicos no RS”; a CUT/RS completou trinta anos de articulação sindical no RS e organiza uma Revista Institucional para outubro de 2014. O Governo do Estado do RS teve duas gestões populares (de 1999 a 2002 e de 2010 a 2014). O SUS completa este ano vinte e quatro anos de sua legislação. Esse é o momento em que, além das comemorações, as entidades e os atores fazem um balanço das ações. Essa retrospectiva histórica dá visibilidade a um conjunto de ações dos atores coletivos ainda sem registro, que estará disponível para futuras pesquisas, agenda política, novas mobilizações. Por exemplo, a Fetag que colocou temas relevantes na sua agenda, como em 1994 (defesa da saúde pública e gratuita), em 1996 e 1997 (oficinas de saúde pública e saúde da mulher), em 1998 (SUS e a violência contra a mulher); ademais tem uma agenda permanente de mobilizações pelo 8 de março e, em 2012, delibera sobre o ano da saúde com ações descentralizadas junto a sua base social (associados, dirigentes e conselheiros de saúde). Assim, fortalecida pela inserção de sua base nos Conselhos de Saúde, vê neste ano a representação política da Contag⁶¹ no CNS ser eleita presidente desse colegiado.

Há garantias e instituição dos direitos, mas, pelo visto, o acesso tem de ser garantido por via judicial. Elas se agravaram ainda mais devido à precarização de funções essenciais nas relações de trabalho no serviço público pelo corporativismo que permeou as instituições. De um lado, percebe-se uma ampliação do acesso dos movimentos sociais às políticas públicas e, de outro, uma pluralidade de ações corporativas.

o primeiro problema a causar altos índices de judicialização é a insuficiência de recursos destinados à saúde [...], somados estão os entreses burocrático dos medicamentos [...] também temos que considerar o fato que no RS as pessoas procuram mais os seus direitos. (CONASEMS, 2013, 38)⁶²

Portanto, diante de espaços públicos sem a força política de suas representações aliadas a movimentos sociais corporativos e sem articulação política, vê-se, de um lado, a resistência de segmentos como a Fetag no campo e de sindicatos da saúde no meio urbano com apoio do CES/RS para o fortalecimento do controle social, em defesa do

⁶¹ A Contag detém uma vaga no segmento usuários do CNS desde os anos 1980. Além disso, optou pela criação da Escola de Educação Popular para qualificar sua base e utiliza-se da estratégia de sistematização de experiência para realizar o processo educativo.

⁶² Segundo dados do SIOPs/MS, o Estado do RS investe do seu orçamento, incluindo Saneamento Básico, IPERGS, Hospitais da Brigada e inativos da saúde: 2008 – 6,53%; 2009 – 7,24%; 2010 – 7,62%; 2011 – 8,04% (Conasems, 2012, p. 10). Disponível também www.conasems.org.br.

SUS e contra o avanço do projeto de privatização na saúde. Segundo o secretário do Conasems e SMS de São Lourenço do Sul,

Hoje esse processo vive um “cansaço dos metais”, quando os rolamentos estão gastos ou pouco lubrificados, e também no processo dos **conselhos se burocratizou** virou muito, tem muita representação de indivíduos que foram ficando, representando entidades, mas não mais sintonizados com uma base social mais ativa né. Mas daí, temos que ter presente que uma das **características do neoliberalismo foi à desarticulação dos movimentos sociais**. (ENTREVISTA 4, 2012)

Agenda política do campo popular, aos quais soma-se o CES/RS, e de representações da gestão pública, da SES/RS, do Conas e do Conasems é contra a representação dos médicos e de sua corporação, o Cremers. Este agendou audiência pública no Supremo Tribunal Federal – STF, no dia 26 de maio de 2014, sobre as cobranças no SUS. Segundo o CES/RS a representação do Cremers manifesta-se assim:

Se o direito à saúde é de todos e é dever do Estado em prestá-lo, ao exercê-lo, não estaria afrontando a regra da igualdade. A diferença se daria quando o usuário tivesse condições financeiras de negociar com o hospital e com o médico um atendimento em melhores acomodações e melhores honorários, arcando o SUS unicamente com o que teria de suportar de qualquer forma. (CES/RS, 2014)

O CES/RS, além do debate entre seus conselheiros, indica representação para a audiência pública e faz uma manifestação pública que foi enviada ao STF e está disponível no *site*⁶³ por entender que este pagamento diferenciado produzirá desigualdades na atenção à saúde, ferindo o princípio da equidade no SUS.

O Cremers ajuizou diversas ações civis públicas no Estado do Rio Grande do Sul, requerendo a instituição da chamada “Diferença de Classe” no âmbito do SUS, instrumento que permite ao usuário pagar um adicional ao valor já pago pelo sistema público para ter um atendimento diferenciado ao oferecido, possibilitando inclusive a oferta de melhores acomodações e o atendimento de seu médico particular, de sua confiança, mesmo que este não seja conveniado ao Sistema. (CES/RS, 2014)

Constata-se que, no RS, o SUS é um direito instituído com participação popular pela via da mobilização, articulação e educação política. Além disso, o RS foi o primeiro Estado a repassar as funções do Inamps para o Estado e para os Municípios. Isso, por

⁶³ Manifestação do CES/RS quanto à "Diferença de Classe", material disponível no *site* do CES/RS: www.ces.rs.gov.br. <http://mail.uol.com.br/#selectedfolder=SENT&uid=NzYzMw>. Acesso em 22/05/2014.

um lado, reflete que há demanda e reivindicação dos movimentos sociais, principalmente os do campo que lutavam para ser incluídos como sujeitos de direitos na previdência e assistência à saúde, apoiados pelas novas articulações políticas, e, por outro lado, que havia uma elite política na SES/RS e no próprio Inamps, sensível às novas exigências do sistema de saúde e apoiada pelo conjunto dos trabalhadores predispostos a implementar as novas demandas e sua institucionalidade.

Constata-se, ainda, que havia pressão pela organização do CES/RS advinda das forças políticas organizadas entre os trabalhadores do Estado, bem como das forças políticas articuladas com a sociedade civil, de forma descentralizada e com poder deliberativo. Essas forças políticas eram descentralizadas e acompanhavam o desenho institucional da SES/RS nas regiões sanitárias; mas também as instâncias da sociedade civil, a Fetag, a CUT, a Fracab, as ONGs de assessoria mantinham estruturas descentralizadas em funcionamento. Como se pode verificar no texto desta tese, os atores coletivos não só ocupam, mas contribuem para a construção dos espaços públicos descentralizados no campo da saúde. A municipalização da saúde, estratégia inicialmente adotada pelos atores políticos ligados à gestão, foi assumida e ampliada pelo conjunto de atores vinculados ao CES/RS na organização inicialmente das Cimis e posteriormente dos Conselhos Regionais e Municipais de Saúde. Essa estratégia foi viabilizada com aporte financeiro na gestão popular do Estado – pela via da municipalização solidária da saúde, conforme é também explicitado a seguir por uma dirigente conselheira.

Outro fato marcante para a Fetag-RS e Contag [...] foram as atuações nas Conferências de Saúde, quando o movimento sindical dos trabalhadores(as) rurais começa a entender a importância das mesmas. Fazer uma proposta por uma entidade é importante, mas se é fruto de uma Conferência ela tem uma importância bem maior por ser fruto de todo um processo de debates e uma decisão bastante ampla. (FETAG-RS, 2013, p. 17)

Os dados apontam também que a estratégia de organização dos Conselhos Regionais de Saúde segue uma tendência de concepção política no período, por entender que as estruturas mais próximas da população facilitariam o processo de participação popular, tendência também confirmada pela literatura. Mas, contraditoriamente eles ocupam vaga nos espaços de representação da sociedade civil no colegiado estadual e inicialmente sem ter clareza sobre a forma de escolha dos representantes nas CRS. Além disso, a presidência do colegiado estadual na SESMA era nata e a regulamentação inicialmente era por decretos, fato contraditório em um

período de crescimento da participação popular e de avanços democráticos na sociedade.

Esses fatos também se refletem na mobilização pela Constituição Estadual no período: de um lado, o campo popular mobilizado, resistindo na defesa dos princípios da CF 1988, já aprovados no Congresso e, de outro, as forças corporativas (políticos conservadores e suas instituições) contrárias aos avanços constitucionais com garantias de participação popular. Mas as forças políticas societárias do campo popular mobilizadas garantiram a hegemonia necessária para inserir na CE 1987 dispositivos que viabilizam a garantia do direito a saúde. “Posso te dizer que era uma bancada de ampla representação dos movimentos sociais e sindicais do RS [...] um professor, um do sindicato dos bancários, um pequeno agricultor e um ex-frei franciscano” (RIO GRANDE DO SUL, 2009, p. 67).

As plenárias das Cimis, de articulação dos Conselhos de Saúde e posteriormente o processo das Conferências de Saúde, somadas às inúmeras reuniões nas comunidades, nas bases dos movimentos sociais, possibilitaram a socialização e a produção da ideologia do projeto político do campo popular e das diretrizes do movimento de reformas na saúde, com certa hegemonia.

A dimensão política a partir deste processo passa a fazer parte da concepção de saúde e de participação. E, a instituição do direito à saúde garante a participação popular na deliberação da política pública de saúde via os espaços públicos dos Conselhos e das Conferências de Saúde. E, neste contexto como um todo o processo histórico sofre com as contradições e as determinações das relações sociais entre os projetos em disputa na sociedade.

Enfim, a produção da tese dialoga com os resultados da pesquisa e traz dados que problematizam o debate do controle social no campo da saúde e, ainda, em como a realidade social impacta no desenho institucional, em que os movimentos sociais que construíram o campo de defesa universal da saúde passam a compor a estrutura gerencial no campo da política social. Isso se deve a incorporação de dirigentes do campo popular na estrutura institucional a partir da democratização do Estado e da criação dos espaços públicos de participação. Porém, estes dirigentes são, de um lado, condicionados pelas estruturas e pela cultura política, ainda dominante no Estado burguês, de outro, contraditoriamente, fazem a resistência, em defesa da universalização de direitos. Os espaços dos conselhos e das conferências de saúde, ainda que fragilizados, apresentam certa potência na defesa da agenda universalista de direitos.

CONCLUSÕES

Pode-se concluir afirmando que os movimentos pelas reformas na saúde estão entre os vários movimentos e articulações, com protagonismo, no bojo da construção da democracia no Brasil. Os movimentos sociais se configuram, então, como um campo de forças econômicas, sociais, políticas e culturais com possibilidades e limites dos atores coletivos em luta. A experiência vivida determina também os valores e as ações. No sentido de uma unidade das lutas mais amplas, dando visibilidade aos mandatários, construindo uma cultura política “a partir da aprendizagem que a experiência legou” (GRAMSCI, 1989; THOMPSON, 1981). Há o que Gramsci denomina de momento ético-político, em que as lutas deixam de ser corporativas e formam um bloco histórico.

Além disso, conceitos como Estado, sociedade civil, democracia, cidadania, saúde, participação, participante, educação, dentre outros, são polissêmicos e passam a ser disputados, ressignificados entre os projetos em disputa na saúde (Reforma no Setor Saúde e o Setor Corporativo e privatista). Há um deslocamento de sentidos que constitui o mecanismo privilegiado na disputa política que se trava hoje ao redor do desenho democrático da sociedade brasileira. Eles estão em disputa tanto no cotidiano das práticas como na mediação que desempenham na origem e nas relações sociais do projeto político. (DAGNINO, 2004), o que na pesquisa também se confirma no RS.

No contexto dos anos de 1980, em relação à participação, dados apontam que há uma nova cultura de participação e que o movimento instituinte de direitos produz um novo perfil de trabalhador dirigente capaz de analisar a realidade, articular e fazer as mediações necessárias entre os diversos atores do campo político, bem como construir estratégias e também pautar propostas de interesse coletivo na disputa de interesses entre os projetos societários. Pode-se dizer que esse novo processo produziu novos atores na sociedade e rupturas na sua institucionalidade.

Há disputas internas para renovação nas instituições e destas surgem novos movimentos sociais com lutas específicas. O novo sindicalismo vem acompanhado de uma nova articulação, com as associações comunitárias, a inserção da igreja nas comunidades e da proliferação de partidos políticos com núcleos de base conforme o quadro da Linha do Tempo dos atores coletivos do campo popular, no quinto capítulo. Nesse período, os dados apontam a força de mobilização, articulação e de educação política da Fetag e da Fracab, aliadas à CUT no RS, e da capilaridade da igreja católica via CEBs. A estratégia descentralizada dos atores coletivos do campo popular potencializou as ações do movimento de reformas na saúde no período.

Após os anos de 1980 há uma forte entrada de dirigentes de movimentos sociais na institucionalidade, fragilizando a articulação política dos movimentos sociais. Dirigentes sindicais, de ONGs e de partidos de esquerda são eleitos para o Congresso e a Assembleia Constituinte, assim como nas gestões populares municipais, seguindo a estratégia de ocupar os espaços públicos. A estratégia no novo paradigma de Estado é de incorporar as demandas da sociedade como políticas de direito, havendo, assim, certa cooptação dos movimentos sociais; nas narrativas, atores afirmam que houve cooptação das lideranças, mas também houve quadros dirigentes que se formaram nas lutas e depois assumiram a coordenação dos serviços de saúde e, quadros eleitos como vereadores e deputados, também assumiram cargos de gestão das políticas.

Com a participação política materializa-se um novo perfil de usuários das políticas públicas de saúde, que passam de beneficiários das políticas a sujeito de direitos. A mobilização pela Previdência Social incorpora a questão de Seguridade Social, a saúde universal e o reconhecimento do trabalhador e da trabalhadora na agricultura familiar. Dados apontam também que a mobilização nacional teve protagonismo dos atores coletivos gaúchos do campo popular que mobilizados fizeram a defesa dos direitos, entre os quais a saúde, a previdência e a Assistência Social.

Mas, contraditoriamente a partir dos anos de 1990, há um refluxo desses movimentos sociais mais tradicionais, fortalecendo-se e multiplicando-se, de um lado, os movimentos específicos de mulheres trabalhadoras rurais e urbanas, dos grupos étnicos, do movimento do meio ambiente e de defesa dos direitos humanos e ainda, de associações de doenças específicas dentre outros e, de outro, assume maior centralidade a gestão municipalizada, participativa, estratégica e/ou privatizante.

Os dados apontam ainda, que o refluxo dessa participação foi motivado por várias questões, dentre as quais, a “queda do muro” e com ela a crise dos paradigmas, o avanço do projeto Neoliberal de um lado, e, de outro, a centralidade que assume a gestão nas políticas públicas. Somam-se a isso a flexibilização e as transformações estruturais no trabalho e nas relações de trabalho, que produzem um novo perfil de trabalhador que se volta mais para as questões da burocracia, de um lado, e, de outro, para a qualificação dos espaços instituídos de participação, da gestão dos serviços de saúde, dos Centros Formadores e das Universidades – significando, portanto, um afastamento da inserção política destes dirigentes do campo popular das suas bases.

O conteúdo dessa nova concepção foi permeado pela Educação Popular – na perspectiva da construção de um projeto emancipatório. Inicialmente ele serve como método de socialização do “fazer com”, que produz a práxis transformadora. Essa nova

concepção de educação ainda, disputou espaço no modelo de desenvolvimento econômico e social e nas diferentes formas de governo e sofreu ressignificações nas políticas setoriais. A educação popular em saúde passa a ser incorporada principalmente nas práticas de cuidado e nas ações de promoção e prevenção capitaneadas, inicialmente pelos agentes comunitários de saúde e pelo movimento das mulheres trabalhadoras. Posteriormente assume um papel de indutora das políticas públicas de saúde, utilizada pela gestão junto a segmentos dos movimentos sociais. Em 2013, foi regulada uma política específica de educação popular em saúde que desde 2003 disputa espaço entre outras expressões de educação em saúde hegemônicas na sociedade.

A agenda política mobilizadora nos anos de 1980 entre os movimentos sociais era a construção e a garantia de direitos na perspectiva da Seguridade Social, terra, trabalho e acesso à saúde. Já nos espaços públicos a luta era pela autonomia em relação às estruturas tradicionais. E as estratégias utilizadas pelos atores no processo de reformas são a organização de base, a mobilização, a articulação e a educação política. Trata-se de ferramentas potencializadas pela estratégia da Educação Popular, via núcleos de base e dos grupos de discussão, dos Seminários e dos Congressos. É um movimento que tanto forma seus dirigentes quanto disputa espaços na sociedade.

Em 1990, a agenda política de um lado é pela regulamentação dos direitos instituídos, constitucionalmente e de outro é pulverizada por questões específicas relacionadas a gênero, às questões étnicas e de defesa do meio ambiente e mais focalizadas. Há ainda, as formas de gestão participativa via Conselhos de políticas, de desenvolvimento regional, de orçamento participativo e de consulta popular que envolve a participação direta na deliberação e fiscalização dos investimentos do Estado.

Teoricamente, as deliberações das Conferências foram incorporadas aos Planos Estaduais de Saúde do RS, pois esses são uma condicionalidade para a instância pactuar ações e se habilitar para receber os repasses federais para o SUS, conforme previa originalmente as NOBs.

Os espaços instituídos de participação na saúde: os Conselhos e as Conferências – no CES/RS os CRS, nos CMS os CLS – são incorporados na estrutura do Controle Social no RS e reforçados pelas plenárias dos Conselhos de Saúde, sua estratégia de mobilização. E, desde 1994, os CRS estão inseridos no corpo da lei de criação do CES/RS. Entidades ocupam os espaços públicos – contraditoriamente –, pois a principal agenda nesse período é pautar o Estado. Mas, articulam-se na perspectiva de descentralização, isto é, os princípios e as diretrizes do SUS são aplicados também às

instâncias de participação institucionalizadas – nos conselhos de saúde, constituindo-se em uma particularidade do RS.

Com relação ao Controle Social nas Unidades de Saúde, os Conselhos Gestores são questionados pela Federação dos Hospitais quanto à sua viabilidade pela interferência da participação dos trabalhadores e usuários na gestão da iniciativa privada. Essa força política obtém vitória pela via da justiça, para transformar esses dispositivos em Comissões Técnicas.

A construção de hegemonia e de ruptura cultural passa do projeto de tutela para um projeto emancipatório e do emancipatório para um regulado. A participação que produziu conteúdo e movimento socializante “transformou pensamento em prática” e cuja amálgama para este trabalho foi a ressignificação da Educação Popular em Educação Popular em Saúde disputa espaços com outras concepções.

O Serviço Social se constrói enquanto profissão ao edificar o novo projeto societário no contexto de instituição de direitos, produzindo também novas áreas de conhecimento e as bases para o SUS. A participação política dos assistentes sociais se dá no âmbito das instâncias da profissão no sindicato e no Conselho Regional de Serviço Social, assim como na inserção nos movimentos sociais, nos serviços públicos de saúde e nos espaços públicos de participação – nesta pesquisa os Conselhos de Saúde. Assim também o conjunto das profissões da saúde produz suas formas e o conteúdo ético-político no contexto das reformas e de um novo projeto societário.

Conclui-se ainda que há rupturas nos espaços de gestão pública, na nova república ingressa no cenário uma nova elite política, governos que têm projetos políticos mais permeáveis aos processos emancipatórios. Assim, experiências de poder deliberativo, de valorização dos espaços participativos, orçamentos participativos, consulta popular, conselhos de saúde exercitam a agenda política construída com a participação popular. Entre os espaços participativos figuram os Conselhos de Saúde. Portanto, as formas de governo e o projeto político que as identifica podem ser uma estratégia de controle sobre o conselho e os espaços participativos ou então uma estratégia de fortalecimento desse espaço de participação. As formas de financiamento das políticas públicas podem garantir maior ou menor autonomia destas e/ou de adesão ao projeto político representado. A capacidade organizativa do movimento social, sua relativa autonomia pode indicar também certa autonomia deste em relação à gestão.

A flexibilização dos princípios da reforma sanitária para uma gestão pública: as Oscips, as Fundações Públicas de Direito Privado, ainda sem regulamentação na Constituição Estadual e Federal, têm sofrido perdas na justiça por não terem

regulamentação. Esse projeto político encontra muita resistência entre o conjunto dos trabalhadores porquê de um lado flexibiliza as relações de trabalho e de outro precariza a garantia e o acesso aos direitos duramente conquistados.

A concepção da Educação Popular foi fundamental na formação de dirigentes que ajudaram a gestar a instituição da saúde como direito. A estrutura de gestão construída no Estado incorpora espaços e condições organizacionais fundamentais para permear a participação popular. O limite e a possibilidade da participação se dão no processo de disputas de forças entre os atores, como processo permanente, permeado pelo contexto político e pelas mudanças conjunturais [na micro e na macropolítica](#).

Percebe-se ainda certa crise da gestão em relação às novas estruturas e à incorporação desses novos atores políticos. Questiona-se a potência e o limite de cada ator político do campo popular e de suas relações sociais, sua capacidade de mobilização, de articulação e de educação política, nesse espaço que ocupa com relação ao projeto que defende e a sua qualificação para fazer essa disputa política. A diversidade de interesses associados à pluralidade de ações corporativas muitas vezes se sobrepõe à questão da saúde como direito.

Percebe-se no RS que a agenda estratégica com relação à gestão da saúde é pactuada entre a instância de representação da gestão, a CIB na forma de resoluções que não são deliberadas pela instância do CES/RS. Isso de um lado fragiliza a participação popular e de outro fragiliza o poder deliberativo dos Conselhos de Saúde.

A participação popular em saúde necessita de ressignificações e isso implica ocupar de forma qualificada a gestão, o conjunto das entidades dos trabalhadores da saúde e permear as ações e os serviços de saúde via educação permanente e ainda nos espaços de controle social instituídos, ampliados para os novos atores políticos, do campo popular. É urgente e necessária a realização de novas pesquisas que apontem os novos desafios da participação popular em espaços públicos.

Há uma relação orgânica entre os atores coletivos do campo popular e a luta militante por um projeto político que ultrapassa a barreira da institucionalidade na gestão pública. Se, de um lado eles podem reforçar ações corporativas, de outro, se articulados e com capacidade de mobilização poderá produzir reformas ou transformações significativas no campo das políticas públicas de direito.

A participação política está organicamente articulada com os projetos em disputa na sociedade. E, com as suas ressignificações e ainda, sofre rupturas culturais impostas pela força hegemônica na sociedade.

REFERÊNCIAS

- ABERS, Rebeca; BÜLOW, Marisa V. Movimentos sociais na teoria e na prática: como estudar o ativismo através da fronteira entre Estado e sociedade? **Sociologias**. Porto Alegre, v. 13, n. 28, p. 52-84, set.-dez./2011.
- ABREU, M. **Serviço Social e a organização da cultura**: perfis pedagógicos da prática profissional. São Paulo: Cortez, 2002.
- ABRUCIO, F. L. **Os barões da Federação**. Os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Hucitec, 1998.
- ACANDA, Jorge L. **Sociedade civil e hegemonia**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.
- AGUINSKY, Beatriz; TEJADAS, Silvia; FERNANDES, Idília. Entre a garantia de direitos e o reforço à subalternização: concepções e práticas ainda em disputa sobre o público-alvo da política de Assistência Social. In: MENDES, Jussara; PRATES, Jane; AGUINSKY, Beatriz (Orgs.). **O Sistema Único de Assistência Social entre a fundamentação e o desafio da implantação**. Porto Alegre: EdiPUC, 2009.
- ALENCAR, Mônica M. T de; GRANEMANN, Sara. Dossiê: as configurações do trabalho na sociedade capitalista – ofensiva do capital e novas determinações do trabalho profissional. **Katálysis**. Florianópolis, v. 12, n. 2, jul.-dez./2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-49802009000200005&script=sci>. Acesso em 28.06.2010.
- ANTUNES, R. **O novo sindicalismo no Brasil**. 2. ed. Campinas: Ponte, 1995.
- ARENDT, Hannah. **Da revolução**. Lisboa: Moraes Editores, 1971.
- ARRETCHE, M. **Estado Federativo e Políticas Sociais**. Rio de Janeiro: Revan, 2000.
- ARRETCHE, M. **O processo de descentralização das políticas sociais no Brasil e seus determinantes**. Tese de Doutorado em Ciência Política – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP, 1998.
- BABILONIA, Lara. **Reforma do Estado, saúde pública e resistências: algumas reflexões a partir de Gramsci**. Anais do V Simpósio Internacional Lutas Sociais na América Latina. De 10 a 15 de setembro de 2013. Disponível em: [sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.uel.br%2Fgrupopesquisa%2Fgepal%2Fv1_lara_GV.pdf&ei=vSuoU9TeJfC_sQSZpYH4AQ&usq=AFQjCNHHrsLJI_I EaG3QWD5Ua_CZVaE94w&bvm=bv.69411363,d.b2U](http://www.uel.br/2Fgrupopesquisa/2Fgepal/2Fv1_lara_GV.pdf&ei=vSuoU9TeJfC_sQSZpYH4AQ&usq=AFQjCNHHrsLJI_I EaG3QWD5Ua_CZVaE94w&bvm=bv.69411363,d.b2U). Acesso em: março de 2014.
- BAIERLE, Sérgio G. Porto Alegre, polis no terceiro mundo? A emergência de um novo princípio ético-político nos movimentos populares urbanos de Porto Alegre. **Cadernos da Cidade**, n. 2, v. 1, maio de 1994.
- BARDIN, Laurence. **L'analyses de contenu**. Paris: Presses Universitaires, 1977.
- BASSANI, Paulo. **Frente Agrária Gaúcha e o sindicalismo de trabalhadores rurais**. Londrina. EDUAL, 2008.
- BECKER, Hilda; GOMES, Janice; MAYER, Rose. **As Coordenadorias Regionais de Saúde no processo de implementação do Sistema Único de Saúde**. Série Monográfica. Estado do Rio Grande do Sul. Escola de Saúde Pública. Pós-Graduação *lato sensu* em Saúde Pública. Curso de Formação de Sanitaristas, 2005.

BEHRING, Elaine R. **Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BELATO, Dinarte. Palestra proferida no curso de Desenvolvimento Rural, para dirigentes do Sindicato Unificado dos Trabalhadores Rurais na Agricultura Familiar – SUTRAF – Marcelino Ramos, 2004. Mimeo.

BETTO, Frei; BORGES FILHO, Afonso. **Sinal de contradição**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1988 (Coleção Sempre um papo, 1).

BOBBIO, Norberto (Org.). **Dicionário de política**. 9. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1997.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BODSTEIN, Regina. Cidadania e modernidade: emergência da questão social na agenda pública. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13 n. 2, abr.-jun./1997.

BORGES, Rosane; KANTORSKI, Iara; KUNRATH, Ângela. **Organização regional da coordenação de atenção integral à saúde**. Curso de Formação de Sanitaristas – Escola de Saúde Pública – Secretaria da Saúde – Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, dezembro de 2001.

BORÓN, Atilio A. **Crisis de las democracias y los movimientos sociales en América Latina: notas para una discusión**. Havana, Cuba: Instituto Cubano del Libro, Editorial de Ciencias Sociales, 2010.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

BOYER, Robert. **Teoria da regulação**. São Paulo: Estação Liberdade, 2009.

BRASIL. Congresso. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a.

BRASIL. Congresso. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. 1990b.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Edição da Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: Assembleia Legislativa do RS, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEp. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília. Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. **Resolução n. 453**. Brasília, Distrito Federal, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA N. 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. **Pacto pela Saúde**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde: Textos Básicos de Saúde**. Brasília. Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/zip/publicações1.zip>. Acesso em 4.4.2011.

BRAVO, Maria I. Souza. **Política de Saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Brasília, 2001.

- BRAVO, Maria I. Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez/ Rio de Janeiro: EdUERJ, 1996.
- BRAVO, Maria I. Souza; MATOS, Maurílio Castro. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: **Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2006, p. 197-217.
- BRAVO, M. I. S. *et al* (Orgs.). **Modelos de gestão e agenda para a saúde**. Rio de Janeiro: Rede Sirius – ADUFRJ – Ssind, 2008.
- BRAVO, Maria Inês Souza *et al*. **Organização político-sindical dos Assistentes Sociais: alguns resultados da pesquisa aplicada na plenária específica no XIII CBAS. 14ª CBAS**. São Paulo, 2013.
- CAMARANO, Marcia. **João Sem Terra: veredas de uma luta**. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Brasília, 2012 (Coleção Camponeses e o Regime Militar – Direito à Memória e à Verdade).
- CAMPOS, Gastão. W.S. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paideia e a reformulação ampliada do trabalho em saúde. In.: **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz/São Paulo: Cortez, 2006.
- CAMPOS, Gastão. W.S. Saúde, Sociedade e o SUS: o imperativo do sujeito. São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2, 2009.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O público e o privado na saúde brasileira. **Le Monde diplomatique Brasil**. S/l, 04.03.2008. Disponível em: <<http://diplomatique.uol.com.br/artigo.php?id=174&PHPSESSID=7344ed5e82e51d5534f731688bd39468>>. Acesso em: 03.09.2011.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Prefácio. In: CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde Coletiva e promoção da saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007, p. 13-16.
- CARDOSO, F. G. Fundamentos históricos e teórico-metodológicos do Serviço Social: tendências quanto à concepção e organização de conteúdos na implementação das diretrizes curriculares. **Temporalis**. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – Abepss, v. VII, n. 14, jul.-dez./2007.
- CARVALHO, Antônio I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, [1995].
- CARVALHO, Antônio I. Conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 23-25, 1998.
- CASTEL, Robert. **A insegurança social**. O que é ser protegido. Petrópolis: Vozes, 2005.
- CECCIM, Ricardo *et al*. **Participação popular em saúde: a ótica do usuário na CLIS 04**. 1990. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) - Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1990.
- CECCIM, Ricardo. O quadrilátero da formação para a área da saúde: o ensino, a gestão, o cuidado e o controle social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.
- COHN, Amélia. **Cidadania e formas de representação de poder público e do gestor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde**. Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde: Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo: FMUSP/Brasília: Cedec, 2000.
- COHN, Amélia. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003.

- COHN, Amélia. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: EdFiocruz, 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na saúde**. Brasília, 2009.
- CORTES, Soraya M. V. As origens da ideia de participação na área da saúde. **Saúde em Debate**. Londrina, n. 51, p. 30-37, jun./1996.
- CORTES, Soraya M. V. **Balço de experiências de controle social para além dos conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde brasileiro**: construindo a possibilidade de participação dos usuários. Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2000.
- CORTES, Soraya M. V. **Desenvolvimento e saúde**: a política de saúde do governo Brizola no Rio Grande do Sul – 1959 a 1962. Dissertação de Mestrado UFRGS/IFCH, Curso de Pós-Graduação em Antropologia, Ciências Políticas e Sociologia, Porto Alegre, 1984.
- CORTES, Soraya M. V. **User Participation and Reform of the Brazilian Health System**: The case of Porto Alegre. Tese (Doutorado). London School of Economics and Political Science, 1995.
- CORTES, Soraya M. V. **Viabilizando a participação de conselhos de política pública municipal, a organização do movimento popular e *policy communities***. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- COSTA, Sérgio. Esfera pública, redescoberta da sociedade civil e movimentos sociais no Brasil: uma abordagem tentativa. **Novos Tempos**. Cebrap, n. 38, p. 38-52, 1994.
- COTTA, Maurizio. Representación. In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, N. **Dicionário de política**. 3. ed. México, D.F.: Siglo XXI, 1985, p. 1102-1107.
- COUTINHO, Carlos N. **Contra a corrente**: ensaios sobre democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2000.
- COUTINHO, Carlos N. **Gramsci**: um estudo sobre o seu pensamento político. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- COUTINHO, Carlos N. **Gramsci**: um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: Camus, 1989.
- COUTINHO, Carlos N. **Il pensiero politico di Gramsci**. Milão: Unicopli, 2006.
- COUTINHO, Carlos N. **Marxismo e política** – dualidade de poderes e outros ensaios. São Paulo: Cortez, 1994.
- COUTO E SILVA, M. M. A. O processo de endividamento dos Estados problemas e limites à descentralização e à autonomia. Mestrado em Economia – Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.
- COUTO, Berenice R. **O direito social e a Assistência Social na sociedade brasileira**: uma equação possível. São Paulo: Cortez, 2004.
- COUTO, Berenice R. *et al.* A política Nacional de Assistência Social e o Suas: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: (Berenice Rojas Couto *et al.*). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil**: uma realidade em movimento. São Paulo: Cortez, 2010.
- CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

- CUNHA, E. S. M. **A efetividade deliberativa dos Conselhos Municipais de Saúde e de criança e adolescente no Nordeste**, 2009. Disponível em: <http://neic.iesp.uerj.br/textos2/Eleonora%20Schettini%20M.pdf>. Acesso em 15.12.2013.
- DAGNINO, Evelina (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- DAGNINO, Evelina. **Anos 90. Política e Sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- DAGNINO, Evelina. Democracia, teoria e prática: a participação da sociedade civil. In: PERESSINOTTO, Renato; FUCKS, Mario (Orgs.). **Democracia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relumê-Dumaré, 2003.
- DAGNINO, Evelina. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: MATO, D. (Org.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización**. Caracas: Faces/Universidad Central de Venezuela, 2004.
- DALLARI, Dalmo, A. O que é participação política. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- DANTAS, Vera R. **Dialoguismo e arte na gestão e saúde: a perspectiva popular nas cirandas da vida em Fortaleza-CE**. Tese de Doutorado na PPGEB/UFC, 2009.
- DARON, Vanderleia. **Educação, cultura popular e saúde: experiências de mulheres trabalhadoras rurais**. Dissertação de Mestrado no PPGE/UFRGS, 2003.
- DARON, Vanderleia; DAVID, Clarete. Construindo significados ao Controle Social do SUS no Rio Grande do Sul. In: **Tempo de Inovação: a experiência de gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Dacasa, 2002.
- DAVID, Clarete de. E por falar em participação na saúde. **Revista da Saúde**. Porto Alegre, v. 1, n. 1, jul./2013.
- DAVID, Clarete de. **Representantes e representados: natureza da relação entre conselheiros usuários e suas entidades e espaços participativos descentralizados do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre**. Programa de Pós-Graduação em Sociologia. IFCH/UFRGS, Porto Alegre, 2005.
- DAVID, Lino. Desenvolvimento: uma disputa Ideológica. In: ANDRADE; PIES (Orgs.). **Gestão democrática e governabilidade: diálogos a partir de experiências**. Passo Fundo: IMED, 2006.
- DEMO, Pedro. **Participação é conquista**. São Paulo: Cortez, 1988.
- DEMO, Pedro. **Pesquisa: princípio científico e educativo**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1991.
- DIAS, Miriam. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação de PUCRS, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/zip/filme1.zip>. Acesso em: junho de 2010.
- DOIMO, Ana Maria. **A vez e a voz do popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70**. Rio de Janeiro: Relume-Dumaré, 1995.
- DOIMO, Ana Maria; RODRIGUES, Marta. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização. **Sociedade & Política**. São Paulo, n. 3, 2003.
- DRAIBE, Sônia. Repensando a política social: dos anos 80 ao início dos 90. In: SOLA, Lourdes; PAULAINÉ, Leda M. (Orgs.). **Lições da década de 80**. São Paulo: UNRISD/EDUSP, 1995, p. 201-221.

- DUNLEAVY, Patrick; O'LEARY, Brendan. **Theories of the State: the Politics of Liberal Democracy**. London: M. Macmillan, 1987.
- ECKERT, Córdula. O movimento dos agricultores Sem-Terra no Rio Grande do Sul. 10. ed. Porto Alegre: CORAG - Assessoria de Publicações Técnicas, 1984.
- ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do *welfare state*. **Lua Nova**. São Paulo, n. 24, set./1991.
- FAILLACE, J. Maya. In: Arquivos do Departamento Estadual de Saúde – RS. Porto Alegre: Imprensa Oficial, 19 f. 1 v. 8/10, 1948-1949.
- FALEIROS, Vicente de Paula *et al.* **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP, 2006.
- FARHAT, Saïd. **Lobby: o que é, como se faz: ética e transparência na representação junto a governos**. São Paulo: Petrópolis, 2007.
- FERLA, Alcindo *et al.* **Descentralização da gestão da saúde no Rio Grande do Sul: implementando a legislação para garantir saúde de verdade e com qualidade para todos os gaúchos**. Porto Alegre: Da Casa, 2002 (Coleção Escola de Gestão)
- FERLA, Alcindo; FAGUNDES, Sandra M. S. **O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Da Casa, 2002. (Coleção Escola de Gestão)
- FERLA, Alcindo; MARTINS, Fernando. Efetivando o SUS com a descentralização e o controle social. **Divulgação em Saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 23, p. 8-20, dez./2001.
- FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil**. Ensaio de interpretação sociológica. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
- FLEURY, S.; BAHIA, L.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Saúde em debate**. Fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2008.
- FREIRE, P. O compromisso do profissional com a sociedade. In: **Educação e mudança**. Trad. Moacir Gadotti e Lilian Lopes Martin. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. (Coleção Educação e Mudança, v. 1).
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 14. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996 (Coleção Leitura).
- FUKS, M. Participação política em conselhos gestores de políticas sociais no Paraná. In: PERISSINOTTO, Renato; FUKS, Mario. **Democracia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Curitiba: Fundação Araucária, 2002.
- FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA – FEE. **A Política Social Brasileira 1930-1964: a evolução institucional no Brasil e no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: FEE, 1983.
- FURTADO, Celso. **A formação econômica do Brasil**. São Paulo: Cia das Letras, 2007.
- GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Trad. Pedrinho Guareschi. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- GIL, Antônio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.
- GOHN, Maria G. **Conselhos gestores e a participação política**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- GOHN, Maria G. **Conselhos gestores e a participação sócio-política**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

- GOHN, Maria G. **Conselhos gestores e participação sócio-política**. São Paulo: Cortez, 2001.
- GOHN, Maria G. **O protagonismo da sociedade civil: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- GOHN, Maria G. Participação de representantes da sociedade civil na esfera pública na América Latina. **Política & Sociedade**. Florianópolis, v. 10, n. 18, abr./2011.
- GOHN, Maria G. **Teoria dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos**. São Paulo: Loyola, 1998.
- GOULART, Flávio *et al.* Esculpindo o SUS a golpes de portaria... considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência & saúde coletiva** [online]. v. 6, n. 2, p. 292-318, 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200003>. Acesso em 28.1.2014.
- GRAMSCI, Antonio. **Obras escolhidas**. Tradução Manuel Cruz; revisão Nei da Rocha Cunha. São Paulo: Martins Fontes, 1978.
- GRAMSCI, Antonio. **A concepção dialética de história**. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.
- GRAMSCI, Antonio. **A Concepção dialética da história**. Trad. Nelson Coutinho. 10. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.
- GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999-2000 [v. 1: 1999].
- GROSSI, Patrícia K. *et al.* Prevenção da violência contra mulheres: desafios na articulação de uma rede intersetorial. **Athenea Digital**, v. 12, n. 3, p. 267-277, nov./2012. Universidad Autónoma de Barcelona – Barcelona, España. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53724611017>. Acesso em 28.1.2014.
- HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1993.
- HOBSBAWN, Eric. **A era dos extremos – o breve século XX (1914-1991)**. São Paulo: Cia. das Letras, 1995.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- JAEGER, Maria L. *et al.* Implantação do SUS no Rio Grande do Sul: linhas estratégicas da Secretaria de Saúde na Gestão Democrática-Popular eleita para o mandato de 1999 a 2002. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, v. 14, n. 1, Escola de Saúde Pública, 1999-2000. p. 9.
- JAEGER, Maria L. O município na construção do SUS. **Divulgação em saúde para o debate**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 24, 2001.
- JOVCHELOVITCH, Marlova. **Municipalização e saúde: possibilidades e limites**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1993.
- KRIEGER G. Patrícia *et al.* Prevenção da violência contra mulheres: desafios na articulação de uma rede intersetorial. **Athenea Digital**, v. 12, n. 3, noviembre/2012, p. 267-277: Universidad Autónoma de Barcelona - Barcelona, España. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53724611017>. Acesso em: 15.6.2014.
- KUGELMAS, Eduardo; SOLA, Lourdes. Recentralização/descentralização: dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. **Tempo Social**. São Paulo, v. 11, n. 2, p. 63-83, 1999.

- KUNRATH, Ângela. Organização Regional da Coordenação da Atenção Integral em Saúde. In: FERLA, Alcindo *et al.* **Descentralização da gestão da saúde no Rio Grande do Sul**: implementando a legislação para garantir saúde de verdade e com qualidade para todos os gaúchos. Porto Alegre: Da Casa, 2002 (Coleção Escola de Gestão).
- KUNRATH, Ângela; KANTORSKY, Iara; BORGES, Rosana. **Organização regional da coordenação de atenção integral à saúde**. Série Monográfica. Estado do Rio Grande do Sul. Escola de Saúde Pública. Pós-Graduação *lato sensu* em Saúde Pública. Curso Formação de Sanitaristas, 2001.
- LABRA, Maria. E. A qualidade da representação dos usuários nos Conselhos Distritais de Saúde do Rio de Janeiro e a dimensão associativa. In: **Pesquisa Estratégica. Relatório Final**. Rio de Janeiro, 2002 (mimeo).
- LEVCOVITZ, E. **Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde - 1974/1996**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.
- LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & saúde coletiva** [online], v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000200003&script. Acesso em 23.11.2012.
- LÉVY, Pierre. A inteligência coletiva: “Nova Fonte de Potência”. Conferência no SESC Vila Mariana, no dia 29 de agosto de 2013. Disponível em: http://www.crmariocovas.sp.gov.br/esp_a.php?t=001. Acesso em: 29.3.2013.
- LUIZ, D. E. C. Emancipação social: fundamentos à prática social e profissional. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, v. XXIX, n. 94, jun./2008.
- MADURO, Acácia. **A prática sindical da Fetag**. Dissertação de Mestrado em Sociologia Rural, Porto Alegre: EdUFRGS, 1990.
- MANIN, Bernard. Los principios del gobierno representativo. **Sociedad**. Buenos Aires, v. 6, p. 13-38, 1995.
- MARSHAL. T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.
- MARSHALL. T. H. **Cidadania, classe social e status**. Conferência em comemoração e Alfred Marshall em Cambridge, 1949.
- MARTINS, José. **O sujeito oculto: ordem e transgressão na reforma agrária**. Porto Alegre: EdUFRGS, 2003.
- MARTINS, José. **Os camponeses e a política no Brasil**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1983.
- Marx, Karl. **A questão Judaica**. 2ª ed., Ed. Moraes, São Paulo, 1991.
- MARX, Karl, ENGELS, Friedrich. **Ideologia alemã**. Trad. Rubens Enderle, Nélio Schneider e Luciano Martorano. São Paulo: Boitempo, 2007.
- MARX, Karl. **Manuscritos econômicos-filosóficos**. Trad. Jesus Rainieri. São Paulo: Boitempo, 2004.
- MARX, Karl. **Sobre a questão judaica**. Trad. Nélio Schneider. São Paulo: Boitempo, 2010.
- MASSON, Fátima de M. **Ideologia e prática na saúde: A questão da Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: UFRJ/CFCH, Tese – Universidade Federal do Rio de Janeiro, CFCH, 2007.

MASSON, Fátima, M. **Ideologia e prática na saúde**: a questão da reforma sanitária. Tese de Doutorado, PPGSS da UFRJ, 2009. Disponível em: <http://acessolivre.capes.gov.br/acessoLivreResumo.jsp>. Acesso em 29.10.2010.

MATUS, Carlos. **Chimpanzé, Maquiavel e Ghandi** – Estratégias políticas. São Paulo: Fundap, 1996.

MEIHY, José C. S. B; HOLANDA, Fabíola. **História oral. Como fazer, como pensar**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2010.

MELO, Marcus A. B. C. Anatomia do fracasso: intermediação de interesses e a reforma das políticas sociais na nova república. Dados. **Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 119-163, 1993.

MELO, Marcus A. B. C.; COSTA, Nilson do R. A difusão das reformas neoliberais: análise estratégica, atores e agendas internacionais. In: REIS, Elisa *et al.* (Orgs.). **Pluralismo, espaço social e pesquisa**. São Paulo: Anpocs/Hucitec, 1995, p. 153-176.

MELUCCI, Alberto. Asumir un compromiso: identidad y movilización en los movimientos sociales. **Zona Abierta**. Madrid, n. 69, p. 153-158, 1994.

MENDES, E. V. A descentralização do Sistema Único de Saúde no Brasil: novos rumos e um novo olhar sobre o nível local. In: MENDES, E. V. (Org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998, p. 17-25.

MENICUCCI, Telma. Democracia social e atores políticos: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Tese de Doutorado PPG Sociologia Política, UFMG, 2003.

MISOCZKY, Maria. **A luta dos trabalhadores rurais do RGS pelo direito à saúde**: a conquista que não houve. Dissertação de Mestrado PPGA/UFRGS, 1990. Mimeo.

MISOCZKY, Maria. **O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1988**: uma narrativa da sua produção social. Porto Alegre: Da Casa, 2002.

NASCIMENTO, Claudio. **Os espaços da educação popular: territórios de resistência e de criatividade**, 2013. Disponível: http://claudioautogestao.com.br/?page_id=20. Acesso em: 3.10.2013.

NETTO, José P. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal**. São Paulo: Cortez, 1993.

NOB SUS 1/93 – Portaria do MS n. 545, de maio de 1993.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. As três ideias de sociedade civil. In: COUTINHO, Carlos Nelson; TEIXEIRA, Andreia (Orgs.). **Ler Gramsci, entender a realidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

JACOBI, Pedro R. Movimentos sociais e Estado: efeitos políticos institucionais da ação coletiva. In: COSTA, Nilson do R. *et al.* (Orgs.). **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. ABRASCO, v. II, Petrópolis: Vozes, 1989.

O'DONNELL, G. **El Estado burocrático autoritário 1966-1973**. Buenos Aires: Belgrano, 1982.

OLIVEIRA, F. A. **Entre rebeldia e conformismo**: a luta do Movimento Nacional de Luta pela Moradia (MNLM) pelo acesso a moradia no Rio Grande do Sul. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS. Porto Alegre, 2011.

PALUDO, Conceição. **Educação popular e movimentos sociais**. Este texto foi publicado nos anais do 8º Seminário Internacional de Educação, realizado pela FEEVALE, no período de 3 a 6 de agosto de 2005, em Novo Hamburgo, RS.

- PALUDO, Conceição. **Educação popular em busca de alternativas: uma leitura desde o campo democrático popular**. Porto Alegre: Tomo, 2001.
- PAOLI, Maria Célia; TELLES, Vera da Silva. Direitos sociais, conflitos e negociações no Brasil contemporâneo. In: ALVAREZ, Sônia; DAGNINO, Evelina; ESCOBAR, Arturo (Orgs.) **Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos**. Novas Leituras. Belo Horizonte: EdUFMG, 2000, p. 103-148.
- PATMAN, Carole. Participação e teoria democrática. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- PEDROSA, José I. Ação dos atores institucionais na organização da saúde pública do Piauí: espaço e movimento. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas – Saúde Coletiva, Unicamp. Campinas, 1997.
- PEDROSA, José I. Educação popular em saúde e gestão participativa no sistema único de saúde. **Rev. APS**, v. 11, n. 3, p. 303-313, jul-set/2008.
- PEDROSA, José I. Educação popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: **Caderno de Educação Popular e Saúde: textos básicos de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- PEREIRA, Potyara. Cidadania e (in)justiça social: embates teóricos e possibilidades políticas atuais. In: FREIRE, Lúcia, FREIRE, Silene de; CASTRO, Alba (Orgs.). **Serviço social, política social e trabalho**. São Paulo: Cortez/Rio de Janeiro: UERJ, 2006.
- PERETTI, Heitor; GUERRA, Soeli; BARRIOS, Sueli; POSSA, Lisiane. Uma alternativa de saúde mergulhada na história. In: FERLA, Alcindo A.; FAGUNDES, Sandra M. S. (Orgs.). **O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Da Casa, 2002 (Coleção Escola de Gestão)
- PICOLOTTO, Everton. Processos de afirmação dos direitos dos agricultores familiares como sujeito de direitos. In: SCHNEIDER, S.; GAZOLLA, M. (Orgs.). **Atores do desenvolvimento rural: perspectivas teóricas e práticas sociais**. Porto Alegre: EdUFRGS, 2011.
- PIMENTEL, Alessandra. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**. Fundação Carlos Chagas, n. 1, jul./1992.
- PINHEIRO, Themis. **Meandros e dilemas de uma reforma em saúde: a prática dos primórdios**. Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Saúde Coletiva, UERJ, 2003.
- PITKIN, Hanna F. O conceito de representação. In: CARDOSO, F. H. *et al.* (Orgs.). **Política e sociedade**. São Paulo: Cia. Ed. Nacional, 1983, p. 8-22.
- PIZZORNO, Alexandro. **Introduzione allo studio della partecipazione politica**. Universidade de Minas Gerais, 1971 (Apostila DCP).
- POCHMANN, Mario. **O emprego no desenvolvimento da nação**. Boitempo: São Paulo, 2008.
- PRATES, Jane Cruz. Planejamento da pesquisa social. **Temporalis**. Porto Alegre, v. 4, n. 7, jan.-jul./2004.
- RABELO, Maria M. **O processo de descentralização da saúde no RS: um estudo enfocando os municípios**, 1995. Dissertação de Mestrado, PPG em Ciência Política, Porto Alegre, 1998.
- RACHELLE, Izabel. **Fetag-RS 1963-2003. A força da mobilização consolidada no tempo**. Porto Alegre: Fetag-RS, 2003.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera pública e conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática.** São Paulo: Cortez, 2000.

RÉOS, Janete. **Participação em Saúde na gerência distrital 5 de Porto Alegre: Gloria/Cruzeiro/Cristal (1980 a 2000).** Mestrado – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – UFRGS. Porto Alegre, 2003.

RIBEIRO, J. M.; CARVALHO, A. I. **Modelos de atenção à saúde: aspectos operacionais e inovação.** Rio de Janeiro: EdFiocruz/Brasília: EdUnB, 1998.

RIO GRANDE DO SUL Decreto Estadual 33.199/89 de 2 de junho de 1989. Estrutura do CES/RS. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, n. 103, p. 1-2, 5 de junho de 1989.

RIO GRANDE DO SUL. **50 Anos Escola de Saúde Pública: edição comemorativa – a ESP através dos tempos.** Porto Alegre: Corag-RS, 2012.

RIO GRANDE DO SUL. A história contada em Edição Especial – 25 Anos 1987-2012. Porto Alegre: Federação das Santas Casas e hospitais beneficentes, religiosos e filantrópicos do RS. Porto Alegre, 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. **Lei n. 10.097** de 31 de Janeiro de 1994. Cria o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e estabelece outras providências. Disponível em: http://www.rs.gov.br/legis/M010/Mm0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXTO&Hid_TodasNormas=138977&hTexto=&Hid_IDNorma=13897. Acesso em: junho de 2007.

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. 20 Anos da Constituição do Estado do RS 1989-2009 – **Os Constituintes.** Porto Alegre: Assembleia Legislativa, 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. Constituição do Estado do Rio Grande do Sul 1989 -2009. Edição Comemorativa. Assembleia Legislativa. Porto Alegre, 2009.

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. **Lei n. 10.097**, 31 de janeiro de 1994. Porto Alegre, 1997.

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. Revista comemorativa aos 20 anos da Constituição Estadual 1989-2009. Os Constituintes. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do RS, 2009.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Resolução n. 5 de outubro de 1989 que solicita a SESMA o PES/RS.** Porto Alegre, 1989 (mimeo)

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Resolução n. 2 de janeiro de 2000, normatiza o funcionamento dos Conselhos Regionais de Saúde.** Porto Alegre, 2000 (mimeo).

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Resolução n. 5 de Junho de 2001, cria os Conselhos Gestores nos Serviços de Saúde.** Porto Alegre, 2000 (mimeo).

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Resolução n. 9 de Junho de 2001, cria as estruturas de câmaras técnicas nos serviços de saúde.** Porto Alegre, 2000 (mimeo).

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Resolução n. 12 de Maio de 2003, não aprovar o Relatório de Gestão da SES/RS.** Porto Alegre, 2003 (mimeo).

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Resolução n. 3 de 2005, institui o CES/RS coordenador geral dos Projetos de Capacitação de Conselheiros em todos os níveis de gestão.** Porto Alegre, 2005 (mimeo).

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Resolução n. 5 de 2007, não aprova o Orçamento do Estado do RS.** Porto Alegre, 2007 (mimeo).

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Resolução n. 2 de fevereiro de 2008, revoga as homologações efetivadas pelo CES/RS acerca da regularidade dos Conselhos Regionais de Saúde.** Porto Alegre, 2008 (mimeo).

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Resolução n. 3 de 2008, rejeitar o Projeto de Lei n. 92/2007 das fundações públicas de Direito Privado.** Porto Alegre, 2008 (mimeo).

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Resolução n. 11 de 2010, orientações para a reestruturação dos Conselhos Regionais de Saúde.** Porto Alegre, 2010 (mimeo)

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Resolução n. 9 de 2011, referenda as propostas do RS para a 14ª Conferência Nacional de Saúde.** Porto Alegre, 2011 (mimeo).

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Resolução n. 3 de Junho de 2012, homologa a reestruturação do Conselho Regional de Saúde junto à 16ª Região Sanitária.** Porto Alegre, 2011 (mimeo).

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Saúde. Escola de Saúde Pública. **Coletânea de Legislação do Sistema Único de Saúde.** Editora da CORAG do Estado do RS, Porto Alegre, 2010.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Saúde. Manifestação do CES/RS quanto à “Diferença de Classe” – Material disponível no site do CES/RS: www.ces.rs.gov.br. <http://mail.uol.com.br/#selectedfolder=SENT&uid=NzYzMw>. Acesso em: 22.5.2014.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto n. 17.868 de 26 de abril de 1966. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, v. XXIV, n. 244, 16 de maio de 1966.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto n. 20.578 de 1º de outubro de 1970. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, v. XXIX, n. 69, 2 de outubro de 1970.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto n. 22.692, de 10 de outubro de 1973. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, v. XXXII, n. 75, 10 de outubro de 1973.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto n. 33. 612 de 20 de julho de 1990. Da Nova Estrutura ao CES/RS. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul,** Porto Alegre, v. XLIX, n. 39, p. 4-5, 1990.

RIO GRANDE DO SUL. **Divulgação em saúde para o debate RS: o município na Construção do SUS,** n. 24, 2001.

RIO GRANDE DO SUL. Boletim da Saúde, v.17, nº, Porto Alegre: Escola de Saúde Pública,2003.

RIO GRANDE DO SUL. **Informativo da Central Única dos Trabalhadores – RS.** Edição Especial de Fundação, 21 de outubro de 1984.

RIO GRANDE DO SUL. Judicialização na saúde: é possível reduzi-la? **Revista Conasems RS – Porto Alegre: Conasems-RS,** v. 4, 5. ed., jun./2013.

RIO GRANDE DO SUL. **Revista da Saúde: em defesa do SUS.** Porto Alegre: Fetag-RS, v. 1, n.1, jul./2013.

- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Atualização do **Plano Estadual de Saúde 2001-2004**. Porto Alegre, 2000 (mimeo).
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Plano Estadual de Saúde 2004-2007**. Porto Alegre, 2004 (mimeo).
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Plano Estadual de Saúde 2007-2010**. Porto Alegre, 2007. Disponível em: www.saude.rs.gov.br.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Porto Alegre, 2013. Disponível em: www.saude.rs.gov.br.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul. **Plano Estadual de Saúde 1987-1990**. Porto Alegre, 1987 (mimeo).
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul. **Plano Estadual de Saúde 1991-1995**. Porto Alegre, 1991 (mimeo).
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul. **Plano Estadual de Saúde 1995-1998**. Porto Alegre, 1995 (mimeo).
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul. **Plano Estadual de Saúde 1997-2000**. Porto Alegre, 1997 (mimeo).
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul. **Plano Estadual de Saúde 1999-2002**. Porto Alegre, 1999 (mimeo).
- SACHS, J.; LOPES; DOWBOR. Crises e oportunidades em tempos de mudança. Documento de referência do Núcleo Temático do Fórum Social Mundial. Disponível em: <http://dowbor.org/wp/?p=2468>. Acesso em: 14.4.2014.
- SACHS, Jeffrey D. **O fim da pobreza**. Como acabar com a miséria mundial nos próximos vinte anos. São Paulo: Cia. das Letras, 2005.
- SADER, E. **Quando novos personagens entram em cena**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
- Santos, Boaventura de Sousa, "Florestan: um sociólogo comprometido com seu tempo", **Revista Estudos Avançados**, 1996.
- SCHERER-WARREN, Ilse. **Cidadania sem fronteiras**: ações coletivas na era da globalização. São Paulo: Hucitec, 1999.
- SCHERER-WARREN, Ilse. Movimento em cena... e as teorias por onde andam? **Revista Brasileira de Educação**. Rio de Janeiro, n. 9, set.-dez./1998.
- SCHERER-WARREN, Ilse. **Redes de movimentos sociais**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1996.
- SCHERER-WARREN, Ilse; KRISCHKE, J. (Orgs.). **Uma revolução no cotidiano?** Os novos movimentos sociais na América do Sul. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Cia. das Letras, 2000.
- SILVA, Barbara Virgínia. **O Conselho Estadual do Rio Grande do Sul no contexto de institucionalização e implantação do SUS (1989-1993)**. UFRGS, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Licenciatura em História. UFRGS. Trabalho Conclusão Curso de História, 2012. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/66952>. Acesso em: 14.4.2014.
- SILVA, Marcelo K. **Cidadania e exclusão**: os movimentos sociais urbanos e a experiência de participação na gestão municipal, uma análise da trajetória do movimento

- da Vila Jardim em POA/RS. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, IFCH/UFRGS, Porto Alegre, 1997.
- SILVA, Marcelo K. **Cidadania e exclusão**: os movimentos sociais urbanos e a experiência de participação na gestão municipal, uma análise da trajetória do movimento da Vila Jardim em POA/RS. Porto Alegre: EdUFRGS, 2002.
- SILVA, Marcelo K. **Construção da participação popular**: análise comparativa de processos de participação social na discussão pública do orçamento em municípios da região metropolitana de Porto Alegre/RS. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, IFCH/UFRGS, Porto Alegre, 2001.
- SILVA, Marcelo K. Movimentos sociais, cidadania e democracia. Teoria social: desafio de uma nova era. **Cadernos de Sociologia**. Porto Alegre, n. 10, 1998.
- SIMIONATTO, Ivete. Estado e sociedade civil em tempos de globalização: reinvenção da política ou despolíticação? **Katálysis**. Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 19-30, jan.-jun./2004.
- SIMIONATTO, Ivete. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.
- SIMIONATTO, Ivete. A cultura do capitalismo globalizado. novos consensos e novas subalternidades. In.: **Ler Gramsci, entender a realidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- SOUZA, M. L. **Desenvolvimento de comunidade e participação**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2004.
- SOUZA, Herbert. **Participação. Escaquete**. Disponível em: <http://www.scaquete.blogspot.com.br/2010/09/participacao.html>. Acesso em: 16.09.2010.
- SPOSATI, Aldaíza. Controle social e políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, out.-dez./1992.
- SPOSATI, A. Contribuição para a construção do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, v. XXIV, n. 78, 2004.
- SPOSATI, A. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In.: BRASIL. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do desenvolvimento social e combate à fome, Unesco, 2009.
- SMITH, Martin.J. Pluralismo, pluralismo reformado y neopluralismo: el papel de los grupos de presión de políticas. In: MÉNENDEZ, Luiz S. (Comp.). **Representación de intereses y políticas públicas**: Corporativismo o pluralismo? Madri: Zona Abierta, 1994.
- STRECK, Danilo *et al.* (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.
- TATAGIBA, Luciana. 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.
- TAVARES, Maria. C. Subdesenvolvimento, dominação e luta de classes. In: TAVARES, M. C. (Org.). **Celso Furtado e o Brasil**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2000, p. 129-154.
- TEIXEIRA, S. F. Reforma Sanitária – em busca de uma teoria. São Paulo: Cortes & ABRASCO, 1989. (Reimpressão, 2000).
- TELLES, Vera S. Sociedade civil e construção de espaços públicos. In. DAGNINO, A. (Org.). **Anos 90. Políticas e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

- THOMPSON, E. P. **A formação da classe operária inglesa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- THOMPSON, E. P. **A miséria da teoria**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- TOURAINÉ, Alain. **Podremos vivir juntos?** La discusión pendiente: el destino del hombre en la Aldea Global. Trad. Horacio Pons. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1997.
- TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- VALLA, Victor V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, suplemento 15, 1999, p. 7-14.
- VALLA, Victor V. Movimentos sociais, Educação Popular e intelectuais: entre algumas questões metodológicas. In FLEURI, R. M. (Org.). **Intercultura e movimentos sociais**. Florianópolis: Mover/NUP, 1998.
- VALLA, Victor V. A participação em saúde. Apresentação do Livro, **O Duplo Sentido do Controle Social** (Agueda Wendhausen), Santa Catarina: Univati, 2002.
- VASCONCELOS, Eymard M. Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.
- VASCONCELOS, Eymard M. *et al.* **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de Educação Popular e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.
- VERONESE, Osmar. **Fetag-RS: 30 anos de Luta 1963-1993**. Porto Alegre: Fetag-RS, 1993.
- VIAL, Sandra; DAVID, Clárete *et al.* Concepção de controle social, motivação e participação dos trabalhadores de saúde: um olhar desde os participantes da 5ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul – 2007. In: REDE de Observatório de Recursos Humanos em Saúde. **A Escola de Saúde Pública e os cenários de saúde do Estado**. Porto Alegre: Dulcitech, 2009.
- VIANA, Ana L. Descentralização: uma política (ainda) em debate. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 302-306, 2001.
- VIANA, Valdilene P. **Identificar e analisar o desempenho estatal na efetivação do direito à saúde, na gestão de Fernando Henrique Cardoso – FHC (1995-2002)**. Tese de Doutorado PPGSS Pernambuco, 2004. Disponível em: <http://acessolivre.capes.gov.br/acessoLivreResumo.jsp>. Acesso em 29.10.2010.
- VIOLA, Eduardo; MAINWARING, Scott. Novos movimentos sociais: cultura política e democracia: Brasil e Argentina. In SCHERER-WARREN, I.; KRISCHKE, P. J. (Orgs.). **Uma revolução no cotidiano?: os novos movimentos sociais na América do Sul**. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- WEFFORT, Francisco C. **Por que democracia?** São Paulo: Brasiliense, 1984.
- YAZBEK, M. C. As ambiguidades da Assistência Social brasileira após dez anos de Loas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, ano XXV, março de 2004a.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Roteiro para análise documental

1 Documento das Entidades/Organizações e/ou Movimentos Sociais

- a. Concepção de saúde e participação
- b. Articulação com outras entidades e organizações
- c. Agenda política da entidade referida

2 Documentos do CES/RS

- Lei de Criação do Conselho Estadual de Saúde – CES/RS
- Regimento Interno – RI
- Atas de eleição – composição política e articulações
- Resoluções
- Atas do CES/RS anteriores à legislação
- Agenda política das mobilizações

3 Conferências Estaduais de Saúde do Rio Grande do Sul – 1ª à 6ª CES

- Coordenação
- Temática
- Particularidades do RS
- Concepção de saúde e de participação
- Propostas encaminhadas para a Conferência Nacional
- Propostas incorporadas nas Políticas Estaduais de Saúde

4 Constituição Estadual

- Concepção de saúde e de participação
- Financiamento
- Recursos Humanos
- Papel do Estado na execução das políticas de seguridade social – saúde

5 Plenárias dos Conselhos de Saúde do Rio Grande do Sul

- Temáticas
- Coordenação
- Agenda política

6 Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa

- Projetos de saúde e autoria
- Legislação estadual aprovada no período
- Projetos de emenda popular

7 Análise de documentos produzidos pelos integrantes do Movimento de Reformas no Setor da Saúde

- a. Indicação dos atores entrevistados
- b. Estratégias utilizadas para produzir a mobilização social na defesa do direito à saúde com participação
- c. Análise da trajetória do SUS e do processo de participação da década de 1980 até 2011
- d. Documentos produzidos no RS na década de 1980 pelos representantes do Movimento de Reformas no Setor da Saúde – MRSS até 2011

8 Secretaria Estadual de Saúde – SES

- Planos de Saúde
- Organização Institucional por período

Apêndice 2 – Roteiro de entrevistas – narrativas temáticas por atores coletivos

Período histórico de representação política institucional e articulação com o Movimento de Reformas na Saúde dos atores do RS:

1. Que proposta mobilizou a entidade/organização e para quê?
2. Que concepção de saúde e de participação compõe o plano da entidade ou organização?
3. Que agenda de saúde a entidade ou organização defendia e ainda defende nos espaços públicos de participação?
4. Que demandas emergem da base da organização ou movimento que produziu mobilização?
5. Quais as ferramentas utilizadas como estratégica para a mobilização da entidade ou organização?
6. Que acúmulos políticos esse processo de participação gerou para a entidade ou organização?
7. Quais são os resultados desse processo de mobilização e participação para a entidade ou organização e para o SUS?

Além disso, quem você considera importante ser ouvido para o relato histórico sobre a contribuição dos atores coletivos gaúchos no processo de reformas no setor da saúde?

Apêndice 3 – Roteiro de codificação das entrevistas (software Nvivo)

- 1. Mobilização**
 - 1.1 Da entidade**
 - 1.2 Articulações com outras entidades**
 - 1.3 Mobilização com ato**
- 2. Período histórico**
 - 2.1 Até 1970**
 - 2.2 De 1970 a 1980**
 - 2.3 De 1980 a 1990**
 - 2.4 De 1990 a 2000**
 - 2.5 De 2000 a 2012**
- 3. Representação política**
 - 3.1 Tipo de representação**
 - 3.2 Envolvimento em mais de uma entidade**
 - 3.3 Agenda política**
- 4. Articulações políticas**
 - 4.1 Proposta pela entidade**
 - 4.2 Entidade se inseriu**
 - 4.3 Inserção no Conselho de Saúde**
 - 4.4 Inserção nas Conferências de Saúde**
 - 4.5 Articulação com Entidades Nacionais**
 - 4.6 Articulação com Entidades Internacionais**
- 5. Atores políticos**
 - 5.1 Indicação de nomes**
 - 5.2 Indicação de entidades**
 - 5.3 Indicação de partidos políticos**
 - 5.4 Indicação de movimentos sociais**
 - 5.5 Indicação de outros atores políticos**
 - 5.6 Projetos proposto por mulheres**
- 6. Concepção de saúde**
 - 6.1 Acesso à saúde**
 - 6.2 Ações de prevenção**
 - 6.3 Ações de promoção**
 - 6.4 Direito**
 - 6.5 Modelo de atenção**
 - 6.6 Terminologia de saúde**
 - 6.7 Projetos de saúde**
- 7. Concepção de participação**
 - 7.1 Como estratégia**
 - 7.2 Como participação institucional**
 - 7.3 Como participação cidadã**
 - 7.4 Como espaço de deliberação**

Apêndice 4 – Perfil dos atores gaúchos do Campo popular entrevistados

Entrevistado/Data	Gênero/Profissão/ Formação	Inserção
Entrevista 1 21 de agosto de 2012	Feminino Assistente Social	Movimento de Jovens – 1970 Estágio Serviço Social – 1975 Cimis – 1980 Servidora pública – Sesma-SES/RS Representante do Sindsepe e da CUT no CES Comissão de Saúde da CUT – 1984 Presidente do CES/RS 1ª Gestão – 1996-1998 2ª Gestão – 1998-2000 3ª Gestão – 2000-2002 Aposentada
Entrevista 2 10 de setembro 2012	Masculino Enfermeiro	Militante do Movimento Estudantil – 1984-1987 Movimento Sindical Presidente da Cimis – 1986-1987 Servidor Público Municipal de POA Gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Gravataí Assessor Parlamentar AL
Entrevista 3 12 de outubro de 2012	Feminino Socióloga	Líder do movimento estudantil Servidora do Estado – 1970 Representante da CUT na Comissão da Reforma Sanitária Secretaria Municipal de Saúde de POA 1989-1992 Assessora Parlamentar – 1992-1999 Secretaria estadual de saúde do estado do RS – 1999- 2002 Diretora do DGETS do MS – 2003-2007 Aposentada Assessoria de Projetos
Entrevista 4 2 de dezembro 2012	Masculino Administrador de Empresas	Superintendência da Federação dos Hospitais Filantrópicos, Religiosos e Comunitários – 1990 Representação Política da Federação no Conselho Estadual – RS – 1990 Municipal de Saúde de POA – 1990
Entrevista 5 5 de dezembro 2012	Masculino Teólogo	Seminarista Militante Comunitário – 1970 Comunidades Eclesiais de Base – CEBs União das Associações de Moradores de Porto Alegre – Uampa Federação das Associações Comunitárias e Amigos de Bairro – Fracab Dirigente do Partido dos Trabalhadores – PT Assessor Parlamentar Militante juvenil 1980 Dirigente Sindical Rural
Entrevista 6 12 de dezembro 2012	Masculino Trabalhador Rural	Prefeito Municipal de Três Arroios Representante da CUT no CRS e CES Assessor na Agricultura, Governo Estado do RS – 1999- 2002 Frei capuchinho Militante estudantil – 1970 Assessor da CEBs – 1982-1983 Pastoral da Juventude, Dirigente do movimento Fé e Política Dirigente do CAMP
Entrevista 7 4 de janeiro 2013	Masculino Filósofo	Parlamentar Constituinte Estadual – Coordenador da Comissão de Saúde da AL Coordenador da Recid – 2003 até hoje
Entrevista 8	Feminino	Fórum de Saúde Mental

<p>8 de janeiro 2013</p>	<p>Psicóloga</p>	<p>Coordenação da Política de Saúde Mental – 1987-1991 Professora no Curso de Psicologia – UCS Professora e Supervisora de Estágio Saúde Comunitária pela PUC/RS Formação em Psicoterapia Residência em Saúde Comunitária no Murialdo 2005 Desde 2005 Assessora do GHC SMS de Viamão – 1998-2002 SMS de Porto Alegre – 2003-2004 Diretora do DAS no período 2011-2014 Secretaria Estadual de Saúde – 2014</p>
<p>Entrevista 9 6 de fevereiro de 2013</p>	<p>Feminino Farmacêutica</p>	<p>Militante do Movimento Estudantil Militante do PCdoB Representante do Sindicato no CES/RS Membro do Sindicato dos Farmacêuticos do RS Professora UFRS Aposentada</p>
<p>Entrevista 10 26 de março 2013</p> <p>Entrevista 11 4 de setembro 2013</p>	<p>Masculino Agricultor</p> <p>Feminino Médica</p>	<p>Juventude Agrária Católica Núcleos de Base Grupo de Evangelização Presidente do STR Ijuí Dirigente Fetag 1990 Representação da Fetag no CES/RS Representante STR na Cimis Dirigente da Cotrigo Movimento Estudantil Militância Política PCB Servidora do SES Assessoria no Inamps Participação no CEBS Representação no CES/RS Professora UFRS</p>
<p>Entrevista 12 25 de outubro 2013</p> <p>Entrevista 13 25 de outubro 2013</p>	<p>Feminino Teóloga/Religiosa</p> <p>Feminino Filósofa</p>	<p>Religiosa Acampamento Encruzilhada Natalino – 1980-1983 Educadora Popular Articuladora das CEBS, Organização das Mulheres Trabalhadoras Rurais – 1983 até hoje Especialista em Violência Contra as Mulheres Dirigente do MMC/RS e Nacional Movimento da Pastoral da Juventude e Juventude Rural – 1983 Educadora Popular – Coordenadora da Escajur – 1984 Coordenadora do CEAP – 1989 Dirigente e Assessora do MMC – 1989-1999 Coordenadora do CAMP – 1990-1993 Assessora de Movimentos Sociais no RS na Gestão Democrática e Popular 1999-2002 Consultora na SGEP/MS 2003-2008 Servidora GHC 2008-2012 UFFS – 2012 até Hoje</p>
<p>Entrevista 14 2013</p>	<p>Feminino Assistente Social</p>	<p>Sindicato dos Assistentes Sociais RIS/ESP CUT/RS Servidora do GHC Dirigente do Cress/RS Representante do Cress no CES/RS</p>

ANEXOS

Anexo 1 – Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a), da pesquisa **Participação popular em saúde no Rio Grande do Sul: estratégias dos atores coletivos no movimento de reforma na saúde**, que tem como objetivo geral analisar de que forma as estratégias dos atores coletivos gaúchos do movimento de reformas no setor da saúde, no âmbito dos conselhos e das conferências de saúde, potencializaram e ainda influenciam a tomada de decisão na política de saúde na perspectiva da garantia do direito à saúde no período compreendido entre os anos de 1986 e 2011.

Essa pesquisa acadêmica faz parte do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS e, em caso de dúvidas, você pode entrar em contato com os pesquisadores responsáveis: a Professora Doutora Patricia Krieger Grossi (51) 3320 3539, a Doutoranda Clarete Teresinha Nespolo de David (51) 98775629 e com o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (51) 3320 3545.

A participação no estudo é voluntária, sendo que os sujeitos não arcarão com nenhum gasto decorrente da sua participação, bem como não receberão qualquer espécie de reembolso ou gratificação devido à colaboração. No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento autorizando ainda que a entrevista seja gravada; esta terá a duração de aproximadamente uma hora. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo à sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição.

Declaro que recebi uma cópia do termo de consentimento informado livre e esclarecido e que minhas dúvidas foram esclarecidas.

Assinatura do Entrevistado

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Porto Alegre, Abril de 2012

Anexo 2 – Termo Autorização para utilização dos Dados

Título do Projeto

Participação popular em saúde no Rio Grande do Sul: estratégias dos atores coletivos no movimento de reforma na saúde

Os autores do projeto de pesquisa se comprometem a manter o sigilo dos dados coletados em bases de dados e documentos de entidades e instituições que já autorizaram a coleta (Escola de Saúde Pública – ESP/RS, Conselho Estadual de Saúde – CES/RS, SINDSEPE/RS ...). Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, preservando-se integralmente o anonimato dos atores sociais coletivos.

Porto Alegre, 03 de Julho de 2012

Autores do Projeto/Relato de Caso	
Nome	Assinatura
Patricia Kriger Grossi	
Clarete Teresinha Nespolo de David	

Anexo 3 – Parecer Consubstanciado do CEP -

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde PROJETO DE PESQUISA

Título: Participação Popular em Saúde no Rio Grande do Sul: estratégias dos atores coletivos no movimento de reforma de saúde.

Pesquisador: Patricia Krieger Grossi

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC/RS

Versão: 2 **CAAE:** 02764212.1.0000.5336

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 62187

Data da Relatoria: 23/07/2012

PROJETO DE PESQUISA

Área Temática:

Título: Participação Popular em Saúde no Rio Grande do Sul: estratégias dos atores coletivos no movimento de reforma de saúde.

Pesquisador: Patricia Krieger Grossi

Apresentação do Projeto:

Objetivo da Pesquisa:

Analisar de que forma as estratégias dos atores coletivos gaúchos do movimento de reformas do setor saúde, no âmbito dos conselhos e conferências de saúde, potencializaram e ainda influenciam a tomada de decisão na perspectiva da garantia do direito universal à saúde no período compreendido entre os anos de 1986 e 2011.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos. A relevância científica da pesquisa se dá em dois movimentos: um para a sociedade e outro para a profissão. O primeiro, para a sociedade, dá visibilidade ao processo participativo dos atores coletivos gaúchos, cuja mobilização política contribui para consolidar os pressupostos do movimento de reformas na saúde e de suas particularidades históricas, conjunturais, seus conflitos e tensões, no movimento contraditório na luta pela garantia do direito à saúde. O segundo movimento se refere à necessidade de produção científica na profissão a partir da experiência social e trajetórias dos assistentes sociais. Já a relevância social se dará no sentido de dar visibilidade à contribuição dos atores coletivos gaúchos no movimento de reformas do setor saúde, de um lado e, de outro, na institucionalização da prática na política de saúde, cuja concepção de democracia imprimiu um desenho de participação no Rio Grande do Sul que se diferencia do Brasil. Uma participação descentralizada aos moldes das leis de criação dos conselhos de saúde, entre os quais o Conselho Municipal de Saúde - CMS/POA (Conselhos Distritais de Saúde - CDS e Conselhos Locais de Saúde - CLS) e Conselho Estadual de Saúde - CES/RS (Conselhos Regionais de Saúde - CRS) e suas particularidades de agenda política no Rio Grande do Sul. Esse movimento social contribui também na elaboração da Constituição Estadual do Rio Grande do Sul.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pesquisa de doutorado em Serviço Social (PUCRS), elaborado por Clarete Teresinha Nespolo de David, sob orientação de Patricia Krieger Grossi (Pesquisadora Responsável), que será realizado através de análise documental, participação em eventos e entrevistas com 12 sujeitos de pesquisa. O projeto está adequado do ponto de vista metodológico, havendo, inclusive, aprovação da Comissão Científica do Programa de Pós Graduação em Serviço Social da PUCRS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está claro e compreensível, explicando os objetivos e procedimentos a serem realizados no estudo. Ademais, são informados os contatos da pesquisadora responsável e do CEP, bem como os procedimentos relacionados à confidencialidade dos dados a serem obtidos. Enfim, o currículo (modelo Lattes) da pesquisadora responsável está presente e, quanto ao orçamento, as próprias pesquisadoras financiarão o projeto. Foram ainda anexadas as Cartas de Autorização dos Chefes do Serviço (Coordenador do Conselho Estadual de Saúde da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul,

Presidente do Sindicato dos Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul, e Diretor da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul).

Recomendações:

Não há recomendações a serem referidas.

O projeto merece aprovação porque está adequado às exigências científicas e éticas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 27 de Julho de 2012
Rodolfo Herberto Schneider

Anexo 4 - Cartas às entidades

Porto Alegre, 18 de janeiro de 2012

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

Eu, PAULO HUMBERTO GOMES DA SILVA, coordenador do Conselho Estadual do Estado do Rio Grande do Sul – CES/RS, conheço o protocolo de pesquisa “Participação Popular em Saúde: estratégias dos atores coletivos gaúchos no movimento sanitário” dos pesquisadores Doutoranda Clarete Teresinha Nespolo de David e Dra. Patricia Krieger Grossi, da Faculdade de Serviço Social e **aprovo** a coleta de dados nesta instituição após a aprovação do referido projeto pelos órgãos competentes (Comitê Científico e Comitê de Ética em Pesquisa).

Assinatura

Carimbo

Porto Alegre, 18 de janeiro de 2012

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DO SERVIÇO

Eu, CLAUDIO AUGUSTIN, presidente do Sindicato dos Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul – Sindsepe/RS, conheço o protocolo de pesquisa “Participação Popular em Saúde: estratégias dos atores coletivos gaúchos no movimento sanitário” dos pesquisadores Doutoranda Clarete Teresinha Nespolo de David e Dra. Patricia Krieger Grossi da Faculdade de Serviço Social e **aprovo** a coleta de dados nesta instituição após a aprovação do referido projeto pelos órgãos competentes (Comitê Científico e Comitê de Ética em Pesquisa).

Assinatura

Carimbo

Porto Alegre, 18 de janeiro de 2012

**CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA –
ESP/RS**

Eu, MARCIO MARIATH BELLOC, diretor da Escola de Saúde Pública – ESP/RS, conheço o protocolo de pesquisa “Participação Popular em Saúde: estratégias dos atores coletivos gaúchos no movimento sanitário” dos pesquisadores Doutoranda Clarete Teresinha Nespolo de David e Dra. Patricia Krieger Grossi da Faculdade de Serviço Social e **aprovo** a coleta de dados nesta instituição após a aprovação do referido projeto pelos órgãos competentes (Comitê Científico e Comitê de Ética em Pesquisa).

Assinatura

Carimbo

Anexo 5 – Quadro 8: Representação política das entidades na Coordenação do CES/RS

Período	Representação	Presidente	Observação
1966 a 1986 ⁶⁴	SSMA	*	O CES foi criado pelo Decreto nº 17.868 de 26 de abril de 1966 e regulado na década de 1970 na fase pré-SUS
1986 a 1988 ⁶⁵	SSMA	Antenor Ferrari	Convênio SUDS entre SSMA, Inamps, Ministério da Saúde e Ministério da Educação
1988 a 1990 ⁶⁶	SSMA	Antenor Ferrari	Eleições em um contexto de inseguranças, pois nem o Decreto nem o Regimento Interno do CES não haviam sido aprovados pelo governo e pela Plenária do CES, mantendo o Secretário de Estado da Saúde como Presidente nato
1990 a 1992 ⁶⁷	Fracab – Segmento Usuários	Carlos Rosa (Vice-presidente em exercício)	
1990 a 1992 ⁶⁷	SSMA	Antenor Ferrarri	Disputa divide as entidades entre duas propostas; prorrogação de mandato e mudança na data de eleição e reeleição da mesa. Reeleita por maioria
1992 a 1994 ⁶⁸	Fracab	Carlos Pereira da Rosa	
1992 a 1994 ⁶⁸	Entidade Prestadores de Serviço	Ernesto Llopart de Castro	Buscar informação junto ao CES *
1992 a 1994 ⁶⁸	Entidade		
1994 a 1996 ⁶⁹	Sindsepe/RS – Segmento Usuários	Adalgisa Balsemão Araújo	Eleição com disputa entre as entidades. Foi proposta a proporcionalidade entre as duas chapas, fato não entendido pelo candidato e representantes da chapa que disputou a eleição, o que não foi aceito, pois a chapa perdedora não se propôs a assumir a mesa diretora proporcionalmente.
1994 a 1996 ⁶⁹	Ministério da Saúde - RS	Maria Eunice Giacomini	
1996 a 1998 ⁷⁰	Sindsepe/RS Secretaria Estadual da Educação – SEC	Lúcio Barcelos	Para essa eleição a Secretaria Estadual de Saúde decidiu reivindicar a presidência da mesa diretora. Houve resistência e a chapa foi construída por consenso e alternância no cargo.
1998 a 2000 ⁷¹	Sindsepe	Sérgio Antônio Cunha	
1998 a 2000 ⁷¹	SSMA	Adalgisa Balsemão Araújo	Pela primeira vez foi composta chapa única para a direção do CES/RS.
1998 a 2000 ⁷¹		Aglaé Regina	
2000 a 2002 ⁷²	Sindsepe	Adalgisa Balsemão Araújo	Os representantes foram indicados pela primeira vez em fórum por segmentos.
2000 a 2002 ⁷²	Sindicato dos Psicólogos	Luiz Carlos Bolzan	
2002 a 2004 ⁷³	Sindicato dos Psicólogos	Luiz Carlos Bolzan	Na posse na nova mesa, a presidente da gestão anterior do CES faz uma retrospectiva histórica do processo de estrutura e organização do CES/RS. Início do poder descentralizado dos Regionais
2002 a 2004 ⁷³	CUT/Conselho Regional de Erechim	Silvestre Cachanosky	

⁶⁴

⁶⁵

⁶⁶ Ata nº 26/1988, dia 21 de novembro de 1988.

⁶⁷ Ata nº 11/1990, dia 21 de junho de 1990.

⁶⁸

⁶⁹ Ata S/N 1994, dia 8 de junho de 1994.

⁷⁰ Ata nº 12 de 1996, dia 9 de julho de 1996.

⁷¹ Ata 10/1988, dia 30 de julho de 1988.

⁷² Ata 11/2000, dia 20 de julho de 2000.

⁷³ Ata 13/2002, dia 8 de agosto de 2002.

2004 a 2006 ⁷⁴	CUT/Conselho Regional de Erechim Agentes Comunitários de Saúde – CRS/Regional de Passo Fundo - Pastoral da Saúde – CNBB Sul III	Silvestre Cachanosky Maria Beatriz Kunkel	Eleições em 1º de julho de 2004 Pela primeira vez um representante dos Conselhos Regionais de Saúde assume a presidência do CES/RS. Chapa do CES/RS composta 100% pelos CRS.
2006 a 2008 ⁷⁵	Agentes Comunitários de Saúde – CRS/Regional de Passo Fundo	Maria Helena Lemos da Silva Maria Beatriz Kunkel	Eleições no dia 03 de agosto de 2006 A presidente destaca que divergências e polêmicas sempre existirão. Houve disputa entre o segmento dos usuários para a presidência do CES.
2008 a 2010 ⁷⁶	GAPA Sindsepe	Carlos Alberto Ebeling Duarte Paulo Humberto Gomes da Silva Paulo Humberto Gomes da Silva	Eleições em 7 de agosto de 2008 Chapa única. Retorno do Sindsepe à mesa diretora
2010 a 2012 ⁷⁷	Sindsepe CUT/RS	Denise Cristina Gonçalves Campos	Eleição em 7 de outubro de 2010 Chapa única
2012 a 2014 ⁷⁸	Sindsepe Sindicato dos Farmacêuticos	Paulo Humberto Gomes da Silva Célia Chaves	Eleição em 13 de dezembro de 2012 Chapa única

Fonte: Dados sistematizados por esta autora a partir das atas de eleição do CES/RS e com dados complementares da Ata 13/2000 da posse da nova diretoria, em que a presidente que se despedia fez um resgate histórico do processo do CES/RS.

*Dados não encontrados.

⁷⁴ Ata 11/2004, dia 1º de julho de 2004.

⁷⁵ Ata S/N, 2008, dia 7 de agosto de 2008.

⁷⁶ Ata 13/2006, dia 3 de agosto de 2006.

⁷⁷ Ata S/N, dia 7 de outubro de 2010.

⁷⁸ Ata 19/2012, 13 de dezembro de 2012.

Anexo 6 - Quadro 13 Conferências Estaduais de Saúde – 1991 a 2011

Ano	Município	Conferência/Tema	Observações
1991 1ª Conferência Estadual de Saúde 3-5 de outubro	Passo Fundo Total Part. 1.232 Munic. 249 Delegados: 626	Saúde: Municipalização é o caminho	O Planejamento em nível estadual e a definição da Política de Saúde deve: - Contemplar a determinação social do processo saúde-doença e (comunidade e os CMS) - Promover a relação intersetorial (9)
1996 2ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul 10-12 de julho	Porto Alegre	Construindo um modelo de atenção à saúde: Saúde e Qualidade de Vida Construindo um modelo de atenção à saúde: Modelo de Gestão Focado na Estratégia do Programa de Saúde da Família – PSF (...) que as ações sejam inseridas no Plano de municipalização, respeitando a política definida pela comunidade e aprovada nos CMS (...)	Iniciar imediatamente o processo de discussão da Lei Orgânica da Saúde para enviar o Projeto de Lei à Assembleia Legislativa. O envio de um Projeto de Lei Orgânica do Estado sobre saúde é de responsabilidade do Executivo e deve ser apresentado no prazo máximo de 180 dias após a promulgação da Constituição estadual. No entanto, já se passaram seis anos e dois governos, existindo um Projeto de Lei entregue no ano de 1991 ao executivo que não retornou à Assembleia Legislativa.
2000 3ª Conferência Estadual de Saúde Porto Alegre 5-8 de outubro 15 Conferências Regionais de Saúde (3)	Porto Alegre Anfiteatro da UFRS Caxias do Sul Teatro de Lona 1.655 participantes	Efetivando O SUS: acesso, qualidade, e humanização na atenção à saúde, com controle social: Seis blocos temáticos - descentralização da gestão; - regionalização da atenção; - administração e formação em saúde pública dos trabalhadores; - integralidade da atenção; - ações e políticas intersetoriais; - fortalecimento do controle social.	O relatório da Conferência é documento fundamental e instrumento de planejamento, reorganização e acompanhamento do SUS e contribuiu nas proposições do RS na 11ª CNS e na revisão do Plano Estadual de Saúde, do novo Código Estadual de Saúde e nos projetos cotidianos da Secretaria Estadual de Saúde – SES/RS O Governo Democrático Popular – SES de responsabilidade do PT faz o lançamento da Campanha “SUS é Legal”
2003 4ª Conferência Estadual de Saúde 24-26 de outubro	dos quais 526 usuários 179 profissionais de saúde 92 prestadores de serviço 232 do governo 134 observadores	“Saúde: direito de todos e dever do Estado” A saúde que temos e o SUS que queremos Apontando os caminhos para o SUS na Visão dos Riograndenses, contribuindo para o alcance de uma “Saúde para todos”	Particularidade do RS Exigir o cumprimento pela SES/RS a deliberação da 3ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul que aprovou a frase e o símbolo “O SUS é legal” para identificar o controle social (41) Cumprimento da EC 029 e da Resolução 0333/2003 do CNS.
2007 5ª Conferência Estadual de Saúde 11-13 de outubro	Porto Alegre Auditório da PUC/RS em Porto Alegre 1.479 participantes 591 usuários, 270 trabalhadores da saúde 82 prestadores de serviços 283 gestores e 253 observadores 476 Municípios	Saúde Qualidade de Vida: Políticas de Estados e Desenvolvimento	Conferência convocada pelo Conselho Estadual de Saúde – RS em pela crise de relações com os CRS Acontece no contexto da 13ª Conferência Nacional de Saúde com o objetivo de avaliar os 20 anos do SUS e a 8ª CNS Visava avaliar os 20 anos do SUS no Brasil

	realizaram suas Conferências Municipais de Saúde		
2011 6ª Conferência Estadual de Saúde 1-4 de setembro	Centro de Eventos de Tramandaí/RS	<p>Todos Usam o SUS! Acesso e acolhimento com qualidade – um desafio para o SUS</p> <p>na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro</p>	<p>O CES/RS em conjunto com a SES/RS realiza um conjunto de Encontros Macrorregionais preparatórios a Conferência Estadual com os Delegados à Conferência Estadual de Saúde</p> <p>Realiza mobilizações contra a privatização do SUS durante a Conferência Estadual de Saúde</p> <p>Modifica a forma de escolha dos delegados que acontece por macrorregião, durante a Conferência e com critérios previamente determinados</p> <p>Retira carta da delegação gaúcha à 14ª Conferência Nacional de Saúde</p> <p>Na agenda central a relação público-privada no SUS, a regulamentação da EC/029 que trata de responsabilidade do financiamento do SUS em todas as esferas</p> <p>A regulação da relação da gestão com as instâncias intergestoras em detrimento ao papel dos Conselhos de Saúde e a questão das fundações.</p> <p>Quanto ao controle social, posição contrária ao Ministro da Saúde ser presidente do Conselho Nacional de Saúde</p>

Fonte: Dados sistematizados por esta autora a partir dos Relatórios das Conferências Estaduais de Saúde, disponibilizados pelo CES/RS, no período de 2012 a 2013.

Anexo 7 – Quadro 4: Governadores e Secretários de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul – Nova República⁷⁹ 1959 a 2012

Período	Governadores	Secretários
1959 a 1963	Leonel de Moura Brizola	José Lamison Porto
1963 a 1967		Hélio Herbert dos Santos
1967 a 1971		Francisco C.M. Pereira
1971 a 1978 1978 a 1979		Jair de Oliveira Soares
15.05.1978 a 27.11.1978		Francisco de Paula S. V. da Cunha
1979 a 1983		Germano Mostardeiro Bonow
1983 a 1985 1985 a 1988	Jair Soares	Germano Mostardeiro Bonow
1986 a 1987		Germano Mostardeiro Bonow
1987 a 1990 (Nova República, eleito por sufrágio universal)	Jair Soares	Sérgio A. C. Bechelli
1987 a 1990 (Nova República, eleito por sufrágio universal)	Pedro Simon	Antenor Ferrari e Rogério Pires (Sec. Substituto)
1990 a 1991 1991 a 1994	Pedro Simon	Nelson Carvalho Nonohay
11.02.1994 a 31.12.1994	Pedro Simon Alceu de Deus Collares 1991 a 1994	Júlio Roberto Hocmann Gilberto Venossi Barbosa
04.01.1995 a 05.02.1995 30.03.1998 a 03.11.1998	Antônio Britto 1995 1998	Marinon Porto
1999 a 2002	Olívio Dutra 1999 a 2002	Maria Luiza Jeager
01.01.2003 a 30.03.2006 01.01.2007 a 31.03.2010	Germano Rigotto 2003 a 2006	Osmar Gasparini Terra
31.03.2006 a 31.12.2006	Germano Rigotto	João Gabbardo dos Reis
01.01.2007 a 29.04.2010 30.04.2010 a 31.12.2010	Ieda Crusius 2007 a 2010	Osmar Gasparini Terra Arita Gilda Huber Bergmann
01.01.2010 ATUAL	Tarso Genro 2011 a 2014	Ciro Simoni

Fonte: Documentos da SES/RS e dados sistematizados por esta autora, 2012-2013.

⁷⁹ Nova República é o nome do período da História do Brasil que se seguiu ao fim da ditadura militar. É caracterizado pela ampla democratização política do Brasil e sua estabilização econômica. Usualmente considera-se o seu início em 1985, quando, concorrendo com o candidato situacionista Paulo Maluf, o oposicionista Tancredo Neves ganha uma eleição indireta no Colégio Eleitoral, sucedendo o último presidente militar, João Figueiredo. Tancredo não chega a tomar posse, vindo a falecer vítima de infecção hospitalar contraída na ocasião de uma cirurgia. Seu vice-presidente, José Sarney, assume a presidência em seu lugar. Sob seu governo é promulgada a Constituição de 1988, que institui um Estado Democrático de Direito e uma república presidencialista, confirmada em plebiscito em 21 de abril de 1993. Cf. http://pt.wikipedia.org/wiki/Nova_Rep%C3%ABlica.

Anexo 8 – Quadro 5: Secretários de Saúde e do Meio Ambiente do Estado do RS – 1959 a 2014

Período	Secretários
1959 a 1963	José Lamison Porto
1963 a 1967	Hélio Herbert dos Santos
1967 a 1971	Francisco C.M. Pereira
1971 a 1978	Jair de Oliveira Soares
1978 a 1979	
15.05.1978 a 27.11.1978	Francisco de Paula S. V. da Cunha
1979 a 1983	Germano Mostardeiro Bonow
1983 a 1985	Germano Mostardeiro Bonow
1985 a 1988	Germano Mostardeiro Bonow
1986 a 1987	Sérgio A. C. Bechelli
1987 a 1990	Antenor Ferrari e Rogério Pires (Sec. substituto)
1990 a 1991	Nelson Carvalho Nonohay
1991 a 1994	Júlio Roberto Hocmann
11.02.1994 a 31.12.1994	Gilberto Venossi Barbosa
04.01.1995 a 05.02.1995	Marinon Porto
30.03.1998 a 03.11.1998	Germano Mostardeiro Bonow
1997 a 2000	
1999 a 2002	Maria Luiza Jeager
01.01.2003 a 30.03.2006	Osmar Gasparini Terra
01.01.2007 a 31.03.2010	
31.03.2006 a 31.12.2006	João Gabbardo dos Reis
30.04.2010 a 31.12.2010	Arita Gilda Huber Bergmann
01.01.2010 ATUAL	Ciro Simoni

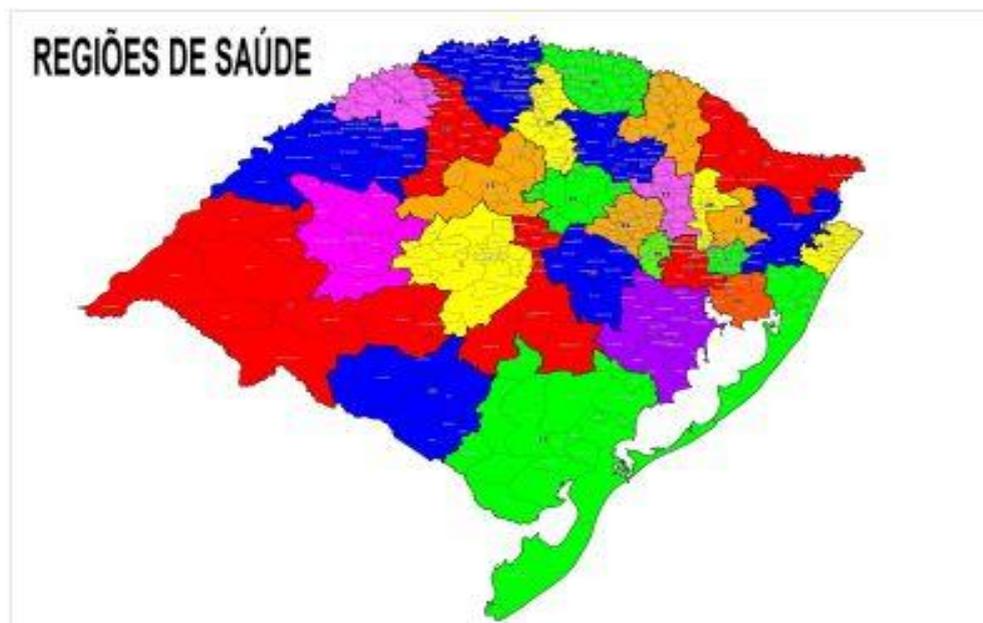
Fonte: Dados sistematizados por esta autora a partir dos documentos da SES/RS em 2012-2013.

Anexo 9 – Quadro 6: evolução da Saúde Pública no RS – até 1950

Classificação	Período	Caracterização	Saúde pública no RS
1º Período Empírico ou Pré-Técnico	Até 1928	<p>A organização sanitária e de medicina preventiva espelhava as condições precárias do Brasil</p> <p>- Centralização da época do Império</p> <p>- República uma descentralização prematura de repasse aos Municípios a defesa da saúde da população local</p> <p>Orientação do esquema norte-americano – vigor administrativo e senso de realidade ambiente</p> <p>Unificação dos serviços de saúde do Estado – Comando centralizado e execução descentralizada, via Unidades Sanitárias.</p> <p>Execução via convênios com os Municípios com participação de 5% da renda municipal.</p> <p>Elevação do padrão técnico, desenvolvimento e projeção médico-social</p>	<p>Decreto nº 44 de 1885 de Júlio de Castilhos – regulamenta o serviço de higiene</p> <p>Lei nº 19 de 1897 – repartiu oficialmente a solução dos problemas sanitários entre Estado (higiene) e Municípios (saúde pública)</p> <p>Higienista Freitas e Castro</p> <p>Permanece a fase de planejamento higienista</p> <p>Em 1938, nova fase administrativa com o sanitarista Bonifácio Costa</p>
2º Período – Técnico-Sanitário	1929 a 1940	<p>O Departamento é subordinado à Secretaria de Educação e Saúde.</p> <p>O DES tenta articular a ação de higiene com a assistência hospitalar “cura-se prevenindo e se previne curando” (FAILLACE, 1950, p. 10).</p> <p>Prevalência de encargos e atribuições</p> <p>Medicina preventiva: Estado, União, Município e Entidades paraestatais e particulares de assistência médico-social e,</p> <p>Medicina Curativa: Entidades paraestatais e particulares de assistência médico-social, Município, Estado e União</p>	<p>Decreto nº 7.481 Cria o Departamento Estadual de Saúde e o Estado dividido em Distritos Sanitários e o Decreto nº 7.558 de 1938 regulamenta o Departamento Estadual de Saúde.</p> <p>Decreto-Lei Federal nº 7.960 de 1945 – considerando o caso de não haver médicos em certas pequenas localidades do país, “os respectivos Municípios mantivessem, por sua conta, um médico residente, fornecendo-lhe a aparelhagem necessária para atender a população”.</p> <p>As responsabilidades de defesa sanitária da população, na organização político-social vigente, cabem, em sua plenitude, ao Estado e à União. Mas a assistência médica, em caráter supletivo, constitui principalmente atribuição dos Municípios. (10)</p>
3º Período Sanitário-Assistencial	1944	<p>Segue-se a ideia de Planejamento na Saúde e acrescentam-se novas diretorias especializadas e normativas</p> <p>Serviço Social de Menores (Sesme).</p> <p>A saúde passa a fazer parte do serviço social – Proteção Social – indivíduo e coletividade</p> <p>Organização sanitário-assistencial, “uma política de ação e de justiça social”.</p>	<p>Decreto-Lei nº 844 de 1945 – reorganização dos Serviços do DES.</p> <p>Decreto nº 1.063 de 1946 – integra o Sesme ao DES.</p>

Fonte: Faillace (1950), dados da Memória Histórica da SES do CEIDS, sistematizados por esta pesquisadora, 2013.

Anexo 10 – Figura 1: Mapa das Regiões de Saúde 2013



ANEXO – RESOLUÇÃO Nº 555/12 – CIB/RS

- 1. Região 01:** Agudo, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaara, Ivorá, Júlio de Castilhos, Nova Palma, Paraíso do Sul, Pinhal Grande, Quevedos, Restinga Seca, Santa Maria, São João do Polêsine, São Martinho da Serra, São Pedro do Sul, São Sepé, Silveira Martins, Toropi, Vila Nova do Sul.
- 2. Região 02:** Cacequi, Capão do Cipó, Jaguari, Jarí, Mata, Nova Esperança do Sul, Santiago, São Francisco de Assis, São Vicente do Sul, Unistalda, Itacurubi.
- 3. Região 03:** Alegrete, Barra do Quaraí, Itaqui, Maçambará, Manoel Viana, Quaraí, Rosário do Sul, Santa Margarida do Sul, Santana do Livramento, São Gabriel, Uruguaiana.
- 4. Região 04:** Arroio do Sal, Capão da Canoa, Dom Pedro de Alcântara, Itati, Mampituba, Maquine, Morrinhos do Sul, Terra de Areia, Torres, Três Cachoeiras, Três Forquilhas, Xangri-lá.
- 5. Região 05:** Balneário Pinhal, Capivari do Sul, Caraá, Cidreira, Imbé, Mostardas, Osório, Palmares do Sul, Santo Antônio da Patrulha, Tavares, Tramandaí.
- 6. Região 06:** Cambará do Sul, Igrejinha, Parobé, Riozinho, Rolante, São Francisco de Paula, Taquara, Três Coroas.
- 7. Região 07:** Araricá, Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha, Ivoti, Lindolfo Collor, Morro Reuter, Nova Hartz, Novo Hamburgo, Portão, Presidente Lucena, Santa Maria do Herval, São Leopoldo, Sapiranga, São José do Hortêncio.
- 8. Região 08:** Canoas, Esteio, Nova Santa Rita, Sapucaia do Sul, Barão, Brochier, Capela de Santana, Harmonia, Maratá, Montenegro, Pareci Novo, Salvador do Sul, São José do Sul, São Pedro da Serra, São Sebastião do Caí, Triunfo, Tupandi, Tabai.
- 9. Região 09:** Arambaré, Arroio dos Ratos, Barão do Triunfo, Barra do Ribeiro, Butiá, Camaquã, Cerro Grande do Sul, Charqueadas, Chuvisca, Dom Feliciano, Eldorado do Sul, General Câmara, Guaíba, Mariana Pimentel, Minas do Leão, São Jerônimo, Sentinela do Sul, Sertão Santana, Tapes.
- 10. Região 10:** Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre, Viamão.
- 11. Região 11:** Bossoroca, Caibaté, Cerro Largo, Dezesesseis de Novembro, Entre-Ijuís, Eugênio de Castro, Garruchos, Guarani das Missões, Mato Queimado, Pirapó, Porto Xavier, Rolador, Roque Gonzáles, Salvador das Missões, Santo Ângelo, Santo Antônio das Missões, São Borja,

São Luiz Gonzaga, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Pedro do Butiá, Sete de Setembro, Ubiretama, Vitória das Missões.

12. Região 12: Boa Vista do Cadeado, Boa Vista do Incra, Colorado, Cruz Alta, Fortaleza dos Valos, Ibirubá, Jacuizinho, Quinze de Novembro, Saldanha Marinho, Salto do Jacuí, Santa Bárbara do Sul, Selbach, Tupanciretã.

13. Região 13: Ajuricaba, Augusto Pestana, Bozano, Campo Novo, Catuípe, Chiapetta, Condor, Coronel Barros, Crissiumal, Humaitá, Ijuí, Inhacorá, Jóia, Nova Ramada, Panambi, Pejuçara, Santo Augusto, São Martinho, São Valério do Sul, Sede Nova.

14. Região 14: Alecrim, Alegria, Boa Vista do Buricá, Campina das Missões, Cândido Godói, Doutor Maurício Cardoso, Giruá, Horizontina, Independência, Nova Candelária, Novo Machado, Porto Lucena, Porto Mauá, Porto Vera Cruz, Santa Rosa, Santo Cristo, São José do Inhacorá, São Paulo das Missões, Senador Salgado Filho, Três de Maio, Tucunduva, Tuparendi.

15. Região 15: Alpestre, Ametista do Sul, Barra do Guarita, Boa Vista das Missões, Bom Progresso, Braga, Caiçara, Cristal do Sul, Cerro Grande, Coronel Bicaco, Derrubadas, Dois Irmãos das Missões, Erval Seco, Esperança do Sul, Frederico Westphalen, Irai, Jaboticaba, Lajeado do Bugre, Liberato Salzano, Miraguaí, Novo Barreiro, Novo Tiradentes, Palmeira das Missões, Palmitinho, Pinhal, Pinheirinho do Vale, Planalto, Redentora, Rodeio Bonito, Sagrada Família, São José das Missões, São Pedro das Missões, Seberi, Taquaruçu do Sul, Tenente Portela, Tiradentes do Sul, Três Passos, Vicente Dutra, Vista Alegre, Vista Gaúcha.

16. Região 16: Aratiba, Áurea, Barão de Cotegipe, Barra do Rio Azul, Benjamin Constant do Sul, Campinas do Sul, Carlos Gomes, Centenário, Charrua, Cruzaltense, Entre Rios do Sul, Erebang, Erechim, Erval Grande, Estação, Faxinalzinho, Floriano Peixoto, Gaurama, Getúlio Vargas, Ipiranga do Sul, Itatiba do Sul, Jacutinga, Marcelino Ramos, Mariano Moro, Paulo Bento, Ponte Preta, Quatro Irmãos, São Valentim, Severiano de Almeida, Três Arroios, Viadutos, Nonoai, Rio dos Índios.

17. Região 17: Camargo, Casca, Ciríaco, Coxilha, David Canabarro, Ernestina, Gentil, Marau, Mato Castelhana, Montauri, Muliterno, Nicolau Vergueiro, Nova Alvorada, Passo Fundo, Pontão, Santo Antônio do Palma, São Domingos do Sul, Serafina Corrêa, Sertão, Vanini, Vila Maria.

18. Região 18: Água Santa, André da Rocha, Barracão, Cacique Doble, Capão Bonito do Sul, Caseiros, Ibiaçá, Ibiraiaras, Lagoa Vermelha, Machadinho, Maximiliano de Almeida, Paim Filho, Sananduva, Santa Cecília do Sul, Santo Expedito do Sul, São João da Urtiga, São José do Ouro, Tapejara, Tupanci do Sul, Vila Lângaro.

19. Região 19: Alto Alegre, Campos Borges, Espumoso, Ibirapuitã, Lagoão, Mormaço, Soledade, Tapera, Tunas, Tio Hugo, Arvorezinha, Barros Cassal, Fontoura Xavier, Itapuca.

20. Região 20: Almirante Tamandaré do Sul, Carazinho, Coqueiros do Sul, Não-Me-Toque, Santo Antônio do Planalto, Barra Funda, Chapada, Constantina, Engenho Velho, Gramado dos Loureiros, Lagoa dos Três Cantos, Nova Boa Vista, Novo Xingu, Ronda Alta, Rondinha, Sarandi, Três Palmeiras, Trindade do Sul, Victor Graeff.

21. Região 21: Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santana da Boa Vista, Santa Vitória do Palmar, São José do Norte, São Lourenço do Sul, Turuçu.

22. Região 22: Aceguá, Bagé, Candiota, Dom Pedrito, Hulha Negra, Lavras do Sul.

23. Região 23: Canela, Caxias do Sul, Gramado, Linha Nova, Nova Petrópolis, Picada Café.

24. Região 24: Bom Jesus, Campestre da Serra, Esmeralda, Jaquirana, Monte Alegre dos Campos, Muitos Capões, Pinhal da Serra, São José dos Ausentes, Vacaria.

25. Região 25: Bento Gonçalves, Boa Vista do Sul, Carlos Barbosa, Coronel Pilar, Cotiporã, Fagundes Varela, Garibaldi, Guabiju, Guaporé, Monte Belo do Sul, Nova Araçá, Nova Bassano, Nova Prata, Parai, Protásio Alves, Santa Tereza, São Jorge, União da Serra, Veranópolis, Vila Flores, Vista Alegre do Prata.

26. Região 26: Alto Feliz, Antônio Prado, Bom Princípio, Farroupilha, Feliz, Flores da Cunha, Ipê, Nova Pádua, Nova Roma do Sul, São Marcos, São Vendelino, Vale Real.

27. Região 27: Arroio do Tigre, Caçapava do Sul, Cachoeira do Sul, Cerro Branco, Encruzilhada do Sul, Estrela Velha, Ibarama, Lagoa Bonita do Sul, Novo Cabrais, Passa Sete, Segredo, Sobradinho

28. Região 28: Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale Verde, Vale do Sol, Venâncio Aires, Vera Cruz.

29. Região 29: Anta Gorda, Arroio do Meio, Boqueirão do Leão, Canudos do Vale, Capitão, Coqueiro Baixo, Cruzeiro do Sul, Dois Lajeados, Doutor Ricardo, Encantado, Forquetinha, Ilópolis, Lajeado, Marques de Souza, Muçum, Nova Bréscia, Pouso Novo, Progresso, Putinga, Relvado, Roca Sales, Santa Clara do Sul, São José do Herval, São Valentim do Sul, Sério, Travesseiro, Vespasiano Correa.

30. Região 30: Bom Retiro do Sul, Colinas, Estrela, Fazenda Vilanova, Imigrante, Paverama, Poço das Antas, Taquari, Teutônia, Westfália.

Anexo 11 – Quadro 22: Linha do Tempo do CES/RS (elaborada como encarte em comemoração aos 20 anos da Lei do CES/RS (2014), também disponível no site www.ces.rs.gov.br).

