
O DESCONHECIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA E DA LEGISLAÇÃO DO SUS NA PRÁTICA DO CONSELHO DE SAÚDE*

Tânia Regina Krüger**

Resumo

O processo de implementação do Sistema Único de Saúde (sus) e a prática conselhistas na área da saúde estão sofrendo com os limites do movimento de reforma sanitária. As análises desses limites acontecem a partir da fala de conselheiros municipais de saúde, que estão vivendo a responsabilidade de juntamente com o poder público implementar o sus. Mas como

* Este ensaio trata de um item revisado do capítulo 2 "Do legal ao real: o processo de implementação do sus", de minha dissertação de mestrado: *A estratégia conselhistas na área da saúde: a dicotomia entre o plano legal e o real*. UDESC/SC, 1998.

** Assistente social e mestre em Educação e Cultura pela UDESC/SC. Professora do Curso de Serviço Social da Unioeste, campus de Toledo/PR. E-mail: tkruger@certo.com.br.

não participaram de todo esse movimento de reivindicação e reconhecimento dos direitos, agora tendo a responsabilidade de implementá-los, sentem a falta dessas referências e acabam por reproduzir práticas tradicionais de nossa cultura política. Uma proposição de *pedagogia política* que possa ser construída no espaço dos Conselhos pode ser uma forma de preparar os diferentes segmentos sociais para participarem efetivamente desses espaços, socializarem tal proposta política e serem sustentação orgânica de tais princípios junto à sociedade.

Essa última década viu emergir no Estado brasileiro uma série de Conselhos paritários de direitos e de políticas sociais para desempenhar função de deliberar e controlar as ações das políticas públicas. A idéia de Conselho como um novo 'locus' do exercício do poder político aparece no momento da regulamentação dos direitos sociais reconhecidos amplamente na Constituição de 1988. A partir disso a sociedade passou a ter formalmente papel decisivo nos momentos de deliberações e controle das ações do Poder Público que dizem respeito a vida sociopolítica.

O DESCONHECIMENTO
DA REFORMA
SANITÁRIA E DA
LEGISLAÇÃO DO SUS
NA PRÁTICA DO
CONSELHO DE SAÚDE

No que se refere às políticas públicas, os debates e as práticas estão acontecendo em um espaço de conflitos e contradições. A falta de experiência participativa e de direitos reconhecidos e realizados de nossa sociedade está provocando muitos embates e fazendo com que a implementação dos direitos sociais ainda constitua práticas seletivas e patrimonialistas, apesar do contexto das novas normatizações em que estão inseridos.

No conjunto das reordenações institucionais e da implementação das políticas públicas, as de saúde estão ganhando destaque. O movimento de construção e reconhecimento dos direitos à saúde não está isolado dos demais movimentos sociais que marcaram o período de redemocratização e o estabelecimento da nova Carta Constitucional.

O Movimento de Reforma Sanitária, no período da abertura política, deu importante contribuição para reanimar os princípios democráticos na vida social e apontou reorientações para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Esse movimento levou ao reconhecimento da saúde como direito e obrigação do Estado. Direito que foi regulamentado em 1990 com as Leis nºs 8 080¹ e 8 142.² A segunda dispõe sobre a diretriz constitucional de participação da comunidade, que acontecerá nas seguintes instâncias

¹ Dispõe sobre as condições, para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

² Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sus e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

colegiadas: conferências de saúde³ e conselhos de saúde,⁴ abertos à participação de representantes de diferentes segmentos da sociedade civil, nas três esferas de governo.

Os Conselhos podem ser instrumentos privilegiados para fazer valer os direitos, rompendo com as tradicionais formas de gestão, possibilitando a ampliação dos espaços de decisões/ações do poder público, impulsionando a constituição de esferas públicas democráticas e sendo potenciais capacitadores dos sujeitos sociais para processos participativos mais amplos e de interlocução ético-política com o Estado.

Os Conselhos estão sendo considerados como um novo 'locus' no exercício do poder político; por estarem participando da gestão das políticas públicas, têm, como proposta, o estabelecimento de uma relação de outra natureza entre Estado e sociedade, pela qual os componentes para a construção de uma cultura política democrática e participativa estão colocados em posição privilegiada. Estão dadas as condições para inserção paritária e explicitação dos interesses dos vários segmentos sociais no âmbito das deliberações, acompanhamento e controle das ações do poder público. O espaço dos Conselhos comporta conflitos, resistências e tensões permanentes, como também soluções criativas que podem ser combinadas no processo de apropriação social dos espaços públicos e na substituição da cultura política tradicional.

³ Nos termos da lei "a Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo poder executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde" (art. 1º, § 1º da Lei nº 8 142/90).

⁴ "O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder executivo legalmente constituído em cada esfera de governo" (art. 1º, § 2º da Lei nº 8 142/90).

A prática que os Conselhos vêm desenvolvendo pode ser vista, também, como uma espécie de complementaridade entre representação e participação direta, ou o mesmo que Benevides (1994, p.09) chama de democracia semidireta. Ali o “cidadão, além de ser alguém que exerce direitos, cumpre deveres ou goza de liberdades em relação ao Estado, é também titular, ainda que parcialmente de uma função ou poder público”.

O DESCONHECIMENTO
DA REFORMA
SANITÁRIA E DA
LEGISLAÇÃO DO SUS
NA PRÁTICA DO
CONSELHO DE SAÚDE

Nesse sentido, os Conselhos se constituem em espaços sociais ampliados pelo campo da estrutura representativa, pois como órgãos colegiados e repassados por interesses diversos e mesmo contraditórios possibilitam que a *área de soberania do cidadão coincida com a área do poder público* que dispõe de órgãos representativos nos diversos níveis da organização social. Ainda que a institucionalização e a prática dos Conselhos estejam repassados pela lógica da democracia representativa ampliada não impede momentos de democracia direta, embora sob formas secundárias.

Este estudo visa conhecer o entendimento que os conselheiros municipais de saúde têm da formação do arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (sus) e especificamente sobre a diretriz constitucional de participação da comunidade nos espaços das Conferências e Conselhos. O local do desenvolvimento dessa pesquisa foi o Conselho Municipal de Saúde (cms) de São José (sc).⁵ Acompanhamos a sua segunda gestão de julho de 1996 a julho de 1998, mas focalizamos, como período da pesquisa documental (especialmente as atas), o compreendido entre agosto de 1996 a dezembro de 1997, no entanto, as observações referem-se à totalidade da gestão.

⁵ *São José/sc é um município situado ao lado de Florianópolis, com a aproximadamente 160 mil habitantes. De maneira breve podemos dizer que o município tem sua identidade confundida com a de Florianópolis, é carente de dados e sistematizações no âmbito das políticas públicas; suas administrações têm se caracterizado como conservadoras, partidos políticos tradicionais, participação social nula e clientelismo político marcante.*

O Conselho Municipal de Saúde de São José, foi criado em 1994, é composto por 12 membros titulares e 12 suplentes, assim distribuídos: 6 representantes dos usuários, 2 representantes dos profissionais de saúde, 2 prestadores de serviços privados para o sus e 2 representantes do governo.

O material privilegiado para nossas análises foram as entrevistas individuais gravadas, com questões semiestruturadas, com os 12 conselheiros titulares.

Para a coleta de dados e análises do problema proposto utilizamos como método de investigação a pesquisa qualitativa, pois possibilita contemplar com mais propriedade o conjunto de elementos que envolvem as políticas de saúde. Metodologia essa, definida por Minayo (1992, p.10), como aquela capaz de incorporar a questão do *significado* e da *intencionalidade* como os *atos*, as *relações* e as *estruturas sociais*. Tendo a potencialidade de aprender e analisar os acontecimentos, as relações, os momentos e o processo como parte de um todo, “a abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações se tornam significativas” [Minayo, 1995, p.06].

O estudo das políticas de saúde afirma-se como uma abordagem eminentemente qualitativa ao se considerar a saúde como “um fenômeno e um processo social de alta complexidade e significado cultural (...), se não se quer reduzi-la a fenômeno biológico positivo e material. Ou seja, a saúde como um campo privilegiado de expressão do saber científico e do saber tradicional é um patrimônio coletivo ao qual todos têm direito, os indivíduos enquanto sujeitos e os sujeitos coletivos enquanto portadores de identidade e de significação” [Minayo, 1995, p.06].

Observando as plenárias do Conselho e sua documentação vimos que não tem passado pelas discussões o conhecimento do aparato legal que estabelece determinações e orientações para a formulação e fiscalização das políticas municipais de saúde. Os encaminhamentos e as falas de alguns conselheiros no interior do Conselho parecem supor que todos têm um entendimento comum (saber técnico) do que significa legalmente todo o processo político e filosófico do sus, bem como do Movimento Sanitário gestado nas duas décadas anteriores. A composição/formação heterogênea do cms parece não ser levada em conta quando se trata de discutir ou

encaminhar qualquer assunto. Situação essa que ilustra a fala de Lindblon (1977; 'apud' Offe, 1984, p.61), pois para ele muitos "trabalhos tratam todos os grupos de interesse, como se estivessem num mesmo plano e, em particular, tratam os grupos de trabalho, de negócios (...) como se operassem em nível de paridade uns com os outros".

O DESCONHECIMENTO
DA REFORMA
SANITÁRIA E DA
LEGISLAÇÃO DO SUS
NA PRÁTICA DO
CONSELHO DE SAÚDE

Os depoimentos a seguir demonstram que o conhecimento do Movimento da Reforma Sanitária e do aparato legal que ela consolidou não foram presentes na vivência dos conselheiros. Apontam, esses usuários, que o primeiro contato com esse projeto político maior foi com o convite para participar do Conselho:

"... me convidaram para participar, eu disse: não sei nada, não conheço nada e me deram um papel com o que era necessário levar para o sindicato e me indicaram".

"...eu não tinha nem noção, eu fui por ir, para representar a Associação de Moradores. Eu fui, mas a gente não está sabendo da metade das coisas do Conselho, depois de passar um tempo é que a gente pega".

"Se eles não tivessem mandado para a Associação um convite, eu também não saberia até hoje o que é um Conselho".

Quanto ao conhecimento da elaboração da Lei Municipal para a criação do Conselho, um prestador de serviços privados para o sus comentou:

"Não tive conhecimento nenhum, só quando foi para a formação do Conselho".

"Após quase uma década de criação do Sistema Único de Saúde, o público ainda desconhece o próprio nome do sus e seu funcionamento" [Castilhos-Velásquez, 1997, p.96]. Nossa cultura política caracterizada pelo paternalismo, meritocracia e casuísmo, a necessidade de um Sistema Único de Saúde com princípios de descentralização, igualdade de acesso, universalidade e gestão participativa não foi sentida igualmente por toda população, principalmente nas camadas populares que só têm a possibilidade de realizar seu direito à saúde com os serviços do sistema público.

Em parte, esses depoimentos nos credenciam para afirmar que o Movimento de Reforma Sanitária surgiu nos centros urbanos maiores, pouco se estendeu e firmou base nas regiões mais distantes do país, principalmente na esfera da municipalidade, mas que institucionalizou-se sem conseguir consolidar-se. Ainda como uma luta desencadeada por segmentos organizados de trabalhadores de diferentes setores, intelectuais, partidos políticos e técnicos identificados com as lutas sociais, que representam de certa forma o pensamento progressista do país. Vale destacar que, apesar desse contexto, experiências de alguns municípios de pequeno e médio portes estão na frente quanto ao processo de implementação do sus.⁶

Teixeira (1989, p.39) percebe a Reforma Sanitária como “um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos, e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços, sob a égide do Estado”. Preocupamo-nos se esse deslocamento de poder foi e é desejado conscientemente pelas camadas populares, não temos dúvidas de que elas sabem que têm direito à saúde e que desejam serviços de boa qualidade, mas isso se expressa muito confusamente e ainda se revela com fortes traços e valorização da estrutura curativa e assistencial tradicional.

No Brasil, a convivência pacífica entre as forças patrimoniais, clientelistas (herdadas do colonialismo) e as burocráticas têm-se “apresentado como fator de impedimento a um processo de modernização da sociedade brasileira, na superação das formas mais arcaicas de poder, de construção de uma ética pública, e o fortalecimento da sociedade civil” [Seibel, 1997, p.03]. Podemos, dizer, então, que essas forças estão cristalizadas e resistem à sua supressão, impedem a instalação de novos modelos e estruturas, no caso o acesso universal aos direitos sociais. Como estratégia permitem

⁶ *Nos debates sobre a viabilidade do sus as experiências das cidades de Olinda, Recife, Londrina, Curitiba, Niterói e Santos são sempre referenciadas.*

mudanças de conjunturais agregando junto à sua estrutura as novas aptidões e necessidades colocadas pelos atores sociais.⁷ Em vez de superar as forças arcaicas dos interesses patrimoniais e corporativos, o esforço dos movimentos sociais para a implementação dos direitos sociais acaba sendo apropriado pelos setores hegemônicos que segundo Seibel (1997, p.3) “tende a uma solução muito típica no Brasil, isto é, criar um aparato político administrativo paralelo”, mas que funciona de maneira incompleta e restritiva. Exemplo típico: temos uma Constituição “cidadã” que reconhece direitos sociais universais, mas temos uma prática política com ações reducionistas e seletivas.

Existe uma evidente *prioridade social* enunciada em praticamente todos os documentos oficiais. No entanto, falta identificar os objetivos, direção, estratégias, metas e indicadores dessa prioridade política. Essa carência dificulta converter o anseio dessa vontade em ações concretas.

Como fator que pode estar contribuindo para que os princípios do sus não se efetivem, está o fato de que “parcelas ponderáveis da população trabalhadora integrada no mercado formal já estão vinculadas a sistemas privados de saúde, educação e aposentadoria (...). Esse é um mecanismo perverso que solapa a construção de princípios de solidariedade social efetiva, por conta das diferenciações de interesse conforme a qualidade dos serviços e benefícios e a capacidade de intervenção” [Telles, 1994, p. 11]. Em nosso entender, essa situação tem muito a ver com os atores que lutaram diretamente para a construção do sus. O depoimento de um profissional de saúde confirma esta assertiva:

“...a cúpula do movimento sindical que era a CUT e até a CGT na época defendendo o sus no processo constituinte se descaracterizou em nível de base a ponto de estar fazendo questão de um seguro saúde (...). É muito polêmico discutir sus dentro do movimento sindical. Eu me frustrava quando era sindicalista, o pessoal acha

⁷ Relacionamos essa mudança aparente da estrutura como um fenômeno próprio do poder, ilustrado nas palavras de Foucault (1993, p.146) “Na realidade, a impressão de que o poder vacila é falsa, porque ele pode recuar, se deslocar, investir noutros lugares (...) e a batalha continua”.

bonito enquanto idéia universal e dever do Estado, só que como eu não consigo ser atendido ali, ainda prefiro garantir que meu filho tenha uma outra garantia”.

O estudo de Salles (1996, p.72), que observou a relação entre o movimento sindical e o sus,⁸ pontuou que “o caos do sistema de saúde cria conflitos no meio sindical, porque as deliberações em defesa do serviço público terminam se contrapondo à realidade do cotidiano e à pressão dos trabalhadores para que haja resolução dos problemas de modo mais imediato, via contratação de convênios de seguro médico privado”.⁹

A busca de convênios privados tem evidenciado a preocupação imediata com a doença e reforçado o uso da assistência à saúde pautada na prática médica de cunho individual. Essa visão de saúde parece desconhecer as maiores determinações do processo saúde/doença, dificultando a adoção dos princípios do sus. A vanguarda sindical se vê presa, de um lado pelo reconhecimento do sus como um modelo político inovador de atenção à saúde e, de outro, pela pressão da categoria, que busca muito mais uma assistência imediata para a doença. O direito à saúde está sendo tratado a partir do modo de se chegar até ele [Salles, 1996].

Em seus estudos, Cohn (1996) caracterizou a Reforma Sanitária brasileira como um movimento que, acontecido no interior do processo de transição democrática conservadora, teve como foco central o Estado e a conquista da presença de seus preceitos no aparato institucional. “Foi um movimento de cima para baixo, que teve como suporte intelectual a construção de um saber militante calca-

⁸ O mesmo trabalho constatou que os sindicatos que têm assento no Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis e no Conselho Estadual de Saúde/sc possuem convênios privados de saúde. Paradoxalmente, seus representantes se fazem presentes na discussão em defesa da saúde pública.

⁹ “Para se ter uma idéia do quadro de associativismo no Brasil, dados divulgados pelo IBGE, 1988, revelam que 7 milhões de brasileiros são sindicalizados, em uma população de 150 milhões de habitantes. As razões do associativismo apuradas por este órgão são as seguintes: 4 420 000 por motivos de assistência médica ou jurídica; 760 000 por causa de atividades esportivas ou culturais; e 820 000 por causa de atividades políticas do sindicato. As demais pessoas alegaram razões variadas para se associarem” [Ramos, 1995, p.333].

do em grandes marcos teóricos, privilegiando as instituições e a organização do aparato institucional da saúde *em detrimento do movimento real da sociedade*” [Cohn, 1996, p.318]. Também, refletindo sobre os limites da Reforma Sanitária, Oliveira (1989, p.21) afirma que as políticas de saúde foram pensadas como simples modificações técnico-administrativas e organizacionais. É necessário “dar posição central a temas como o da democratização do Estado e a formulação de um projeto contra-hegemônico...”.

O DESCONHECIMENTO
DA REFORMA
SANITÁRIA E DA
LEGISLAÇÃO DO SUS
NA PRÁTICA DO
CONSELHO DE SAÚDE

Procurando caracterizar a sobrevivência do sus no contexto do país e o seu processo de construção, a leitura de Giovanella e Fleury (1996, p.188) é bastante esclarecedora: “A sociedade brasileira, altamente segmentada, criou formas de manter e traduzir esta segmentação no interior de um sistema legal e administrativamente unificado e universalizado, diferenciando o acesso e a qualidade da atenção”.

Esse processo de construção de um novo modelo de política de saúde foi muito marcado pelo embate contra os paradigmas tradicionais do Estado e, portanto, seus relatos e sua prática muito pouco conseguiram considerar o movimento real da sociedade como afirmou Cohn. O limite do Movimento de Reforma Sanitária torna-se mais visível no momento da implementação do sus, via Conselhos, pois a não-socialização e a assimilação desse projeto no nível da sociedade, e mesmo dentro do aparato burocrático governamental têm dificultado o seu entendimento e realização.

É um ponto que precisa ser melhor estudado, pois os trabalhos e análises estiveram muito dirigidos ao processo de formulação e institucionalização e, ainda, apresentaram uma visão generalizada, perdendo de uma certa forma a base e a especificidade das esferas locais. Ou seja, as instâncias da municipalidade que vêm se constituir no foco privilegiado da implementação e descentralização não foram agentes ativos no processo, com raras exceções nos grandes centros.

Apesar dos limites do Movimento de Reforma Sanitária aqui apontados, como construção desvinculada do movimento real da sociedade, não é possível questionar as intenções e comprometimento de seus atores idealizadores e defensores. Pode ser visto como um

fenômeno politicamente referenciado e socialmente controverso, pois se não tem um vínculo orgânico com a sociedade, não nasceu nem se desenvolveu por obra e graça da burocracia estatal. Um movimento que nasceu externo ao aparelho de Estado tradicional, mas conseguiu ter expressão nesse espaço em função da correlação de forças que conseguiu estabelecer com ele.

Procurar captar o entendimento social e as repercussões práticas das formulações legais talvez seja um dos desafios maiores para compreender as deficiências e resistências que estão permeando todo o processo de efetivação do SUS, enquanto se entende que ele seja, socialmente, um projeto viável e justo.

Uma proposta de formar uma base sólida, de identificação e vivência desse projeto político, para continuar sonhando e investindo seriamente na sua implementação, faz-se urgente, pois como nos indicam as falas dos usuários apresentadas a seguir, a idéia de Conselho como espaço para deliberar e fiscalizar sobre a operacionalização dos serviços de saúde são confusas e revelam que eles têm uma imagem de que a lei foi elaborada sem a participação da sociedade:

“Eu imagino que seja das Conferências, já estamos na X Conferência, eu só participei de uma”.

“Isso aí já é uma lei federal que regulamentou. O governo federal passou o encargo da saúde para os estados e municípios, daí que começou, tinha que formar os Conselhos para o povo participar e controlar”.

Quanto ao início da participação dos representantes dos usuários no Conselho outro representante desse seguimento comenta:

“... eles foram para o Conselho sem ter muito esclarecido o que era o Conselho, do que era necessário, do que teriam que fazer. A maioria que está lá, são os que brigam na comunidade, a prática, eles não conhecem muito de política eles não são muito críticos das coisas políticas, das coisas formais”.

Esta divisão entre teoria e prática, entre quem sabe e quem faz demonstra que existem padrões valorativos, da divisão do trabalho

capitalista e da própria ciência, assimilados e herdados do nosso passado colonialista. Assim, para cada um ter uma função social, esse conselheiro demonstra que os usuários são os que têm a prática do trabalho na comunidade, enquanto a política, a crítica e as coisas formais não são competência de sua esfera. Existe aí uma raiz da desigualdade que é aceita, introjetada e justificada não conscientemente, mas dentro dos parâmetros valorativos do seu mundo e justificados socialmente.

O DESCONHECIMENTO
DA REFORMA
SANITÁRIA E DA
LEGISLAÇÃO DO SUS
NA PRÁTICA DO
CONSELHO DE SAÚDE

Ser *útil* e *aceito* em nossa cultura passa pelo dever de realizar algum trabalho,¹⁰ perpassando profundamente a dignidade das pessoas, por isso buscam ser reconhecidas, desempenhando algum papel importante socialmente. Em outros termos, querem dizer, se não é no espaço da política e do Conselho é na comunidade, na *prática* que têm competência. Idéia essa que parece esconder e disfarçar uma sensação de destituição do saber, após terem ficado historicamente à margem do processo real de produção, criação e intervenção no campo das idéias e dos valores.

No depoimento a seguir, um representante do governo também se reconhece muito mais pela competência prática do que pela técnica:

“...a gente ajuda, muitas vezes não tem aquele conhecimento técnico, mas tem conhecimento da prática e do dia-a-dia...”.

Notamos que alguns dos responsáveis legais pela implementação do sus apresentam dificuldades de assimilar a proposta e entender sua linguagem. Vale ressaltar que esse conselheiro é funcionário da Secretaria de Saúde há mais de uma década e, portanto, devem estar sempre passando por suas mãos as reorientações técnico-administrativas do sistema. Mas é preciso reconhecer que os representantes da administração, mesmo partilhando ou não os ideais democráticos, estão envolvidos no processo e, portanto, também

¹⁰ Segundo Forrester (1997, p.7-8), o trabalho é o nosso mais sagrado tabu, fundamenta toda a civilização ocidental e seus emaranhados decorrem como tão indiscutivelmente vitais quanto à circulação do sangue. É ele que fundamenta nossa realidade, cujo clima se mistura sempre às nossas respirações.

estão digerindo todas as novas reorientações. Destaca-se, também, que esse conselheiro se reconhece mais em sua competência prática do que técnica. Talvez fosse o caso de pensar como os profissionais de saúde, técnicos e administrativos estão se aperfeiçoando e acompanhando todas essas mudanças.

Isso nos impõe uma tarefa de repensar criativamente a formação de bases sólidas para a implementação de uma política. Assim, pensar novas políticas requer muito mais do que reconhecer o movimento real da sociedade; tem-se o desafio de pensar vinculado aos interesses dos diferentes sujeitos. Talvez o desafio ultrapasse os limites das questões técnico-administrativas, obrigando a reconhecer outros códigos, linguagens e valores que perpassam o tecido social. No caso de planejar políticas de saúde, há necessidade de perceber o entendimento de saúde e de política que permeia a sociedade, pois essas percepções têm elementos de uma subjetividade que é própria de estar ou não com saúde.

Outro conselheiro usuário, quando solicitado para falar de seu entendimento da Constituição e Lei Orgânica da Saúde, expressou:

“... eles falam tudo numa linguagem, já parece que fazem para a gente não entender. Estas leis não são divulgadas. A comunidade que não tem Conselho e Conselho Local o povo nunca irá saber que lei é, porque não é divulgado (...) se for perguntar mesmo no fundo o que é o sus, até mesmo para mim, a gente não sabe. É o Sistema Único de Saúde, mas detalhe a gente não sabe”.

A organização jurídico-técnica-institucional dos idealizadores e planejadores do sistema não conseguiu contemplar esta dificuldade de entendimento da linguagem¹¹ dos usuários e, portanto, formar uma base pedagógica, para além das dimensões curativas,

¹¹ “A linguagem é o suposto das ações, mas ela ‘só é relevante sob a perspectiva pragmática de que os interlocutores (...) estabelecem relações com o mundo, e não apenas diretamente (...) mas de um modo reflexivo” [Habermas, 1988; ‘apud’ Netto, 1993, p.57].

preventivas e promocionais da saúde. Requer pensar o sistema e as demais políticas públicas articuladas em uma outra lógica organicamente vinculada às necessidades da sociedade. Não se trata aqui de traduzir numa linguagem apenas acessível e talvez empobrecedora dos seus princípios, mas de tentar construir uma outra relação em que os usuários se tornem também planejadores e consigam habilitar-se em termos de conhecimento para não serem descolados dos projetos políticos. No entanto, esse conselheiro, indicando a superficialidade de conhecimentos que detém como participante do Conselho, procura demonstrar que esse espaço pode ser a instância que permita o conhecimento de todo esse aparato legal. Nessa direção, entendemos como fundamental a construção de uma *pedagogia política* de domínio público que instrumentalize a sociedade e seus representantes para participarem dos Conselhos e dos demais espaços públicos. Como não parece mais ser possível preparar preliminarmente a sociedade para participar das deliberações e fiscalizações das políticas públicas no espaço dos Conselhos, já que esse espaço está dado, percebemos-os como momentos privilegiados para que se construa essa pedagogia com o objetivo de desvelar e analisar os conceitos e a natureza das instituições, de impulsionar formas democráticas de gestão das políticas, socializar mais as informações, ampliar o poder decisório da sociedade civil na condução da coisa pública, conseguir estabelecer sínteses e consensos entre o saber técnico-científico e o popular.

O DESCONHECIMENTO
DA REFORMA
SANITÁRIA E DA
LEGISLAÇÃO DO SUS
NA PRÁTICA DO
CONSELHO DE SAÚDE

Desempenham, aqui, papel fundamental os intelectuais¹² (no sentido gramsciano), que se caracterizam pelo lugar e função desempenhada no conjunto das relações sociais. “O modo de ser do novo intelectual não pode mais consistir na eloquência, motor exterior e

¹² Para Gramsci (1989, p.07), pode-se falar em intelectuais, mas não se pode falar em não-intelectuais, porque não existe não-intelectuais. Existem graus diversos de atividade intelectual. “Não existe atividade humana da qual se possa excluir toda intervenção intelectual, não se pode separar o ‘homo faber’ do ‘homo sapiens’”. Mesmo no mais mecânico e degradado trabalho físico existe um mínimo de atividade intelectual criadora.

momentâneo dos afetos e das paixões, mas num imiscuir-se ativamente na vida prática, como construtor, organizador 'persuador permanente' (...) sem o que não se chega a 'dirigente' (especialista mais político)" [Gramsci, 1989, p.08]. O intelectual aqui, vinculado organicamente à sua classe, introduz e elabora os temas postos por seus atores, orientando reflexões a partir de discriminações positivas de igualdade (para igualar os desiguais) mas não de neutralidade, como proposta política de ocupação do espaço público.

A construção dessa pedagogia pode ser motivada também por parte do Estado, à medida que busque ampliar as relações entre governantes e governados. Isso é indispensável para os conselheiros explicitarem, defenderem e negociarem os interesses dos seus segmentos, sob pena dessa democratização formal perder-se no processo de tentar instituir-se. Não pensamos numa defesa corporativa dos interesses, mas sim que a partir do dissenso e do conflito surjam deliberações de interesse mais amplo.

Entre os elementos constitutivos dessa pedagogia estão as ações comunicativas, por isso faz-se fundamental algumas reflexões nessa direção. A espécie humana constrói e mantém seus vínculos individuais e sociais por meios comunicativos. No entanto, as culturas e os sistemas sociais (a modernidade contemporaneamente) acabam por construir formas de comunicação e controle dos atos comunicativos, que se ancoram em determinadas visões de mundo e interesses.

Considerando esses aspectos e as análises de vários autores de tradição sociológica e filosófica, Habermas (1988) forma as bases para um contínuo processo de reconstrução de um novo paradigma pelo qual as relações comunicativas não sejam mais polarizadas entre sujeito e objeto, mas articuladas entre sujeito e sujeito. Estão aí as bases habermasianas da teoria da ação comunicativa. Entendendo que o ato comunicativo é construído no momento da interação entre os sujeitos participantes, Habermas (1988; 'apud' Netto, 1993, p.57) sintetiza: "O conceito de ação comunicativa pressupõe a linguagem como um meio, no interior do qual tem lugar um tipo de processo de entendimento em cujo transcurso os participantes, ao se relacionarem com um mundo, apresentam-se uns frente aos

outros com pretensões de validade que podem ser reconhecidas ou questionadas”.¹³

O DESCONHECIMENTO
DA REFORMA
SANITÁRIA E DA
LEGISLAÇÃO DO SUS
NA PRÁTICA DO
CONSELHO DE SAÚDE

O Conselho é um espaço de comunicação (também de correlação de forças), no entanto, conforme já mencionamos, nos limites do processo de construção da política de saúde e de formação dos Conselhos não ocorreu um patamar mínimo de preparação e interação, mas sim como um ato dado antes do transcurso da participação nesses espaços. O estudo de Chauí (1994, p.32) sobre comunicação de massa retrata claramente esse processo: “O sentimento de comunicabilidade plena, da participação e da comunidade, não é criada *durante* a prática da comunicação, não é um processo de constituição recíproca dos interlocutores, mas *antecede*. O espaço é anterior aos seus ocupantes, não é criado ou recriado por eles segundo a lógica peculiar do ato comunicativo” (grifos da autora).

O depoimento do usuário anteriormente citado demonstra novamente o quanto o espaço do Conselho se constituiu antes do processo de comunicação, interação e conhecimento dos seus atores, pois a estrutura, os referenciais e as regras são anteriores à prática comunicativa. Pode-se resumir: esses representantes da sociedade civil e até do governo foram *chamados* a constituir, muito mais do que participar desse espaço. A complexidade do estabelecimento de uma comunicação torna-se ponto de interseção nessa temática, quando é visível que a linguagem ininteligível construída anteriormente não está permitindo maior interação e entendimento entre os atores, bem como decisões/ações propositivas.

¹³ Não é tema dessa análise aprofundar-se nas questões do ato comunicativo, mas olhando superficialmente esse conceito de ação comunicativa ele nos dá uma aparência de linearidade, sem conseguir contemplar os elementos contraditórios que perpassam as relações e comunicações humanas. No entanto, reconhecemos nele a possibilidade de, no mundo da política, os atos comunicativos serem espaços para reflexão e interações entre Estado e sociedade, em que as decisões possam surgir da relação entre os sujeitos e não prescindir dela.

O mesmo conselheiro, em outro momento da entrevista, quando falava sobre as dinâmicas do Conselho, evidenciou a dificuldade de entendimento sobre as temáticas:

“... principalmente eu, que nunca participei de nada ligado à saúde, é meio difícil. (...) Falam tudo assim normal, entendendo tudo, às vezes a gente até pegar, ligar é meio difícil para entender o que é...”.

Ainda sobre o conhecimento do arcabouço legal um representante do segmento governamental declara:

“Eu posso dizer que não, porque por mais que a gente participe, por mais que a gente fale, particularmente, às vezes me vejo um pouco perdida nesta questão (...) por, justamente, não ter esta formação. Eu acredito que deva dificultar um pouco para os outros. (...) Eu não sei se todos conhecem (...) mas isso aqui no papel é uma coisa e na hora de eu começar a jogar na prática (...) às vezes tem termos que me confundem, então, porque de repente não se discute isso em nível de Conselho”.

Esse também se reconhece como não conseguindo entender todo o suporte legal e indica que essa sensação não é só sua no espaço do Conselho. A falta de formação fez o conselheiro perceber uma dificuldade para entender certos termos e aponta a possibilidade de o Conselho assumir essa deficiência interna e procurar estudar. A sua experiência de trabalho na Secretaria Municipal, instância responsável efetivamente pela implementação do sus, o faz notar a distância entre a *formalização legal* e o *jogo da prática*. Esse mesmo conselheiro indica que consegue perceber que:

*“...quando as pessoas não entendem não comentam, só escutam”*¹⁴
(MAV).

¹⁴ Situação semelhante foi evidenciada no estudo de Simionatto e Nogueira (1997, p.31) no Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis a partir do depoimento de um conselheiro: “A gente não sente uma relação de igualdade, porque tem aquele problema dos técnicos (...). As pessoas vão lá discutir, mas quando entra na parte técnica você não conhece nada, então tem que ficar calado escutando” (grifo meu).

Percebe-se, assim, um código comum entre os que não conhecem ou *não sabem* discutir o assunto em pauta: adotam uma postura de escuta. Essa postura parece estar presente na maioria dos grupos e particularmente nos Conselhos de Saúde que são compostos por segmentos diversos e heterogêneos em termos de formação e trabalhos, se não percebida pelo coordenador ou demais membros como uma necessidade a ser trabalhada pode ser fonte legitimadora das tradicionais e pouco participativas decisões políticas. Os Conselhos, ainda que no nível dos princípios, podem e devem responder a exigências público-democráticas, parecem estruturados de modo a produzir o efeito inverso, isto é, a intimidação social, o receio, nesse caso demonstrado pela adoção da postura de escuta dos que não têm o conhecimento suficiente para fazer intervenções. Esse é um sério obstáculo, segundo Westphal (1995, p.44), para a participação plena do cidadão na gestão pública, e tem funcionado como limitante para a democratização da ação do Estado e de suas práticas institucionalizadoras.

O DESCONHECIMENTO
DA REFORMA
SANITÁRIA E DA
LEGISLAÇÃO DO SUS
NA PRÁTICA DO
CONSELHO DE SAÚDE

Trouxemos o depoimento de um representante dos prestadores de serviços privados para o sus, que enfatiza que o conhecimento da legislação é alguma forma do saber mais específico dos profissionais de saúde:

“... quando se coloca a questão da legislação, neste instante os profissionais da saúde tomam a rédea da discussão; grande parte dos usuários fica mais no levantamento dos problemas do dia a dia (...) Os profissionais têm a preocupação com a formação de uma política mais ampla”.

Ora, não é gratuitamente, também, que essa postura de não entendimento das legislações, da sua linguagem, é mais presente entre os representantes dos usuários, ficando eles com a *competência local* e pontual dos problemas do dia a dia ou a *competência prática* como demonstrou em depoimento anterior. Os profissionais por sua vez têm mais instrumentos e até *privilégios* para se apoderarem mais da discussão, que faz parte de seu saber profissional. Voltando, aqui, novamente à referência da *divisão social* que existe entre os que sabem e os que fazem, a prevalência do saber técnico sobre os conhecimentos do senso comum. O mesmo conselheiro continua valorizando o saber técnico:

“... para fazer uma política de saúde tem que ter conhecimento técnico. Com o conhecimento técnico se tem condições de fazer a avaliação do custo/benefício por exemplo”. [E quem não possui saber técnico?] “Tem gente que é representante do bairro, que pouco conhece além das dificuldades que envolvem o posto de saúde daquele bairro. Agora uma política global que envolve direitos e leis não, ele transmite o que sua comunidade está vivendo no dia a dia”.

Se os usuários não têm conhecimento técnico para avaliar o custo/benefício, por exemplo, é porque historicamente não tiveram acesso e também esse tema não foi socializado. Parece ter sido sempre vedado ao conhecimento da sociedade e, quando eram demonstrados, alguns valores – prestações de contas – situavam-se no terreno do desconhecido e do inatingível, com uma linguagem específica dessa área de conhecimento. Observamos também que esse saber não é de total domínio da maioria das áreas técnicas e dos profissionais de saúde em nível geral.

Longe de sugerir uma prática de Conselho pela qual os saberes interajam e se superem numa perspectiva de construção coletiva, o pensamento desse conselheiro supõe uma naturalização dessa forma de composição diferenciada desse colegiado.

É reconhecida a prerrogativa de que, de alguma forma, os profissionais de saúde conseguem dar um certo norte quando se trata de discutir legislações e políticas como agiram no Movimento da Reforma Sanitária (imprimindo o papel de intelectual antes referenciado), mas agora, no momento de implementação do sus, os profissionais parecem não estar sendo atores tão participativos e decisivos. O cotidiano, em algumas instituições de saúde, demonstra pouco entendimento e envolvimento por parte dos profissionais.¹⁵

¹⁵ A participação e envolvimento dos profissionais de saúde no processo de implementação do sus nos parece relevante, mas observávamos no cotidiano de nosso local de Trabalho – Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, São José/sc (1995/99) – o pouco entendimento e envolvimento dos profissionais nessa direção. Parece existir uma apatia generalizada, pois nem as greves por melhores salários mobilizavam. Talvez esse seja um tempo de transição em que as velhas estratégias já não parecem suficientes e as novas ainda estão para serem descobertas. Outro exemplo: enquanto aguardávamos para fazer um entrevista com um dos profissionais de saúde presenciamos um outro profissional dizer quando um usuário apresentou uma receita perguntando se havia um medicamento: “Este medicamento não é fornecido pelo INRS”.

Essa relativa falta de identificação dos profissionais de saúde com o sus torna-se uma espécie de barreira para a internalização pela sociedade, já que nos contatos profissionais e informais com os usuários deixam de socializar a proposta.¹⁶

O DESCONHECIMENTO
DA REFORMA
SANITÁRIA E DA
LEGISLAÇÃO DO SUS
NA PRÁTICA DO
CONSELHO DE SAÚDE

Considerando que a simples referência legal e normativa de reconhecimento dos direitos não é suficiente para haver entendimento e garantir oportunidades iguais entre os indivíduos socialmente desfavorecidos e os socialmente privilegiados, o pensamento de Bobbio [‘apud’ Teixeira, 1997, p.100] é contundente: “Para que todos possam iniciar no mesmo ponto de partida são necessários privilégios jurídicos e benefícios materiais para os economicamente desfavorecidos”. Assim, para que todos tenham um suporte mais ou menos equivalente de conhecimentos para entenderem o que significa todo nosso aparato legal dos direitos à saúde, não passa por uma simples retórica, faz-se necessário ir mais profundamente desvelar as raízes dessa desigualdade, trazer à tona, torná-las conhecidas para assim poder pressupor uma igualdade que trabalhe dentro da diversidade e pluralidade. Para Teixeira (1997, p.103) “...é vital, é urgente mesmo, entendermos que somente uma mudança muito firme que nasça no plano pessoal e se irradie pelas calçadas, pelos logradouros e alcance os subúrbios é que poderá abrir uma cunha de salvação neste horizonte”.

A preocupação com o processo de formação dos conselheiros é demonstrado nesse depoimento como forma de garantir um posicionamento e uma participação mais efetiva:

“... o Conselho, como um todo, deveria procurar uma formação: teríamos de ter no Conselho a responsabilidade de conhecer nossas obrigações e ter nossa posição realmente” (usuário).

¹⁶ Cohn (1996, p.325), analisando a experiência de gestão local na cidade de São Paulo, concluiu que “as maiores resistências à participação são identificadas nos trabalhadores da saúde e nos profissionais médicos, que vêem nessa experiência a ameaça de maior controle sobre eles. De fato, um retrato da composição das Comissões de Gestão revela que na sua grande maioria elas são compostas por mulheres e, no caso da representação dos trabalhadores, por profissionais não-médicos, sendo freqüente a intervenção da direção para que essa representação se viabilize”.

O conhecimento de como os conselheiros vivenciam, se relacionam e trabalham com esse arcabouço legal para a saúde, constituído na última década no Brasil, ainda merece ser melhor investigado, pois nos parece estar sendo pouco compreendido. Há percepções reduzidas, superficiais e confusas. Essa forma de percepção denuncia e qualifica que tipo de prática detêm os conselheiros em seus espaços profissionais, comunitários e no Conselho.

Por esse depoimento, nota-se que muitos representantes dos usuários mostraram-se até certo ponto distantes do processo maior que foi o de gestar e institucionalizar o sus. Estando nesse momento com a função de realizar o controle social dessa política por meio de sua participação no Conselho, não conseguem sentir-se como parte integrante e estabelecer uma interação comunicativa e interlocução pela falta de conhecimento nessa área.

Apesar de parecer mais visível entre os usuários a falta de domínio do suporte legal, membros dos demais segmentos também reconhecem essa defasagem, mas as suas condições e habilidades para a oralidade, em alguns momentos, parece disfarçar a falta desse conteúdo.

Um representante dos prestadores de serviço para o sus, com receio de apontar o segmento com domínio maior ou menor do arcabouço legal, expressou:

“O que a gente vê é que alguns têm esta noção, outros eu até desconheço. Aparentemente parece que sim, pelo que a gente vê nas reuniões”.

Em outro momento da entrevista, comenta o mesmo conselheiro:

“O que eu observo que tem alguns conselheiros que estão muito por dentro de toda esta estrutura e tem outros que, talvez por falta de manifestação, a gente não sente se sabem ou não sabem”.

Pelo que observamos dos depoimentos, um dos maiores obstáculos no processo de implementação do sus está na falta de conhecimento que seus atores têm sobre como foi gestado esse modelo de atenção à saúde ou, mais precisamente, têm uma imagem de que ele foi construído distante de seu cotidiano. À medida que não

vivenciaram a elaboração dessas normatizações e, agora, tendo a responsabilidade de implementá-las ou de comunicarem o que não construíram, perdem-se em caminhos não muito claros, com justificativas de que são mais competentes em outros aspectos da vida, adotando uma postura de escuta pois não entendem o saber técnico. Para Telles (1994, p.8), vive-se “um momento de indeterminação o qual perdem a vigência regras anteriores de ordenamento da vida social e ainda são incertos os rumos das mudanças em curso”, ou melhor, ainda são desconhecidas as novas regulações da vida social.

O DESCONHECIMENTO
DA REFORMA
SANITÁRIA E DA
LEGISLAÇÃO DO SUS
NA PRÁTICA DO
CONSELHO DE SAÚDE

A construção de uma pedagogia política que favoreça a emergência da democracia participativa e venha instrumentalizar a sociedade civil para participar de seus diferentes espaços organizativos, dentre eles os Conselhos, pode possibilitar a construção de uma nova cultura política, em que os indivíduos possam dar um outro significado as suas ações e as ações do poder público, no sentido de superar nossa herança patrimonial. Uma outra relação social pela qual os representantes dos diferentes segmentos possam ir sentindo gradativamente a seriedade de estar desempenhando uma *função pública*, em que o ato da reunião assuma uma importante *função social* [Westphal, 1995, p.44], (grifos nosso). Longe de pensar uma formação de uso privado do conselheiro, pensamos numa formação para a sociedade, um novo saber a ser produzido e socializado, apesar dos conflitos, negociações e cooptações que certamente estão fazendo parte do caminho.

No pensamento de Benevides (1994, p.10), essa formação é denominada de *educação política*, que não se constitui pronta e acabada, ela implica rejeitar aquela argumentação contrária que exagera as condições de apatia e despreparo absoluto do povo, considerando-o ineducável. Importa, essencialmente, é que se possa garantir aos atores sociais a informação e a consolidação institucional de canais abertos para a participação – com pluralismo e liberdade. A educação política não pode ser entendida só do Estado para o povo, supõe que os próprios interessados se transformem em novos sujeitos políticos. Esse processo para a criação de novos espaços públicos exige dos seus atores dinamismo, criatividade e liberdade.

Referências Bibliográficas

- BENEVIDES, M. V. M. Cidadania e Democracia. In: *Revista Lua Nova*, São Paulo, CEDEC, n. 33, p. 7-16, 1994.
- BRASIL. *Constituição Federal*, 1988.
- BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de set. 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.*
- BRASIL. Lei n. 8.142 de 28 de dez. de 1990. *Dispõe sobre a participação na comunidade na gestão no Sistema Único de Saúde – sus – e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.*
- CASTILHOS-VELÁSQUEZ, O. A Atenção à Saúde da Criança e da Mãe sob o Contexto da Implementação do sus. In: *Divulgação em Saúde para Debate*. Londrina: CEBES, abr. 1997.p. 94-98,
- CHAUÍ, M. *Conformismo e Resistência: aspectos da cultura popular no Brasil*. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- COHN, A. Saúde e Cidadania: análise de uma experiência de gestão local. In: EIBENSCHUTZ, C. (org.) *Políticas Públicas: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p.315-343.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993.
- FORRESTER, V. *O Horror Econômico*. São Paulo: Unesp, 1997.
- GERSCHMAN, S. *A Democracia Inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- GIOVANELLA, L. e FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso... In: EIBENSCHUTZ, C. (org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p.177-198.

GRAMSCI, A. *Os intelectuais e a organização da cultura*. 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, Trad. Carlos Nelson Coutinho, 1989.

O DESCONHECIMENTO
DA REFORMA
SANITÁRIA E DA
LEGISLAÇÃO DO SUS
NA PRÁTICA DO
CONSELHO DE SAÚDE

KRÜGER, T. R. *Algumas Idéias de Gramsci e a Passagem do Senso Comum para o Bom Senso*. Florianópolis, 1997.

_____. *A Estratégia Conselhistas na Área da Saúde: a dicotomia entre o plano legal e o real*. Florianópolis, UDESC, 1998. Dissertação de mestrado.

MINAYO, M C. (org.) *A Saúde em Estado de Choque*. 3. ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo e FASE, 1992.

_____. *Abordagem Qualitativa da Saúde*. Rio de Janeiro, 1995.

NETTO, J. P. *Nótula à Teoria da Ação Comunicativa de Habermas*. In: CARVALHO, M. C. B. *Teorias da Ação em Debate*. São Paulo: Cortez, FAPESP e IEE/PUC/SP, 1993. p. 51-64.

OFFE, C. *Problemas Estruturais do Estado Capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

OLIVEIRA, N. Reforma e Reformismos: para uma teoria política da reforma sanitária. In: COSTA, N. et al. *Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde*. Rio de Janeiro: Vozes, 1989. p.14-37.

RAMOS, C. L. Conselhos de Saúde e Controle Social. In: EIBENSCHUTZ, C. *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

REZENDE, A. L. M. *Quotidiano, Saúde e Doença: um olhar compreensivo*. Rio Grande: NEPETE-FURG, nov. 1997.p. 56-76,

SALLES, M. *O Movimento Sindical e o Sistema Único de Saúde: paradoxo entre a proposta e a ação*. Florianópolis; 1996/2. Trabalho de conclusão de curso, departamento de Serviço Social, UFSC.

SÃO JOSÉ. Conselho Municipal de Saúde. *Atas das Sessões Plenárias*. ago. 1996 a dez. 1997.

SEIBEL, E. *Cultura Política e Gestão Pública*: os limites político-administrativos para a efetivação de políticas públicas. Florianópolis, 1997.

SIMIONATTO I. e NOGUEIRA, V. *A Ampliação das Políticas Públicas de Corte Sócio-Assistencial*: o papel dos sujeitos coletivos. *Relatório de Pesquisa*. Florianópolis, 1997. Depto. de Serviço Social/UFSC.

TEIXEIRA, M. Ética e Saúde: as dores do seu contexto. In: *Divulgação em Saúde para Debate*. Londrina, abr. 1997.

TELLES, V. Sociedade Civil e os Caminhos (Incertos) da Cidadania. In: *São Paulo em Perspectiva*. n. 8, 1994. p. 7-14.

WESTPHAL, M. F. Gestão Participativa dos Serviços de Saúde: pode a educação colaborar na sua concretização? *Revista Saúde em Debate*. Londrina: CEBES, n. 47, p. 41-49, jun. 1995.