

Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional

MARIA INÊS SOUZA BRAVO*

RODRIANE DE OLIVEIRA SOUZA**

Resumo: Este artigo tem por objetivo ressaltar as contribuições do profissional do Serviço Social no exercício do controle social na saúde, notadamente com relação aos conselhos de saúde. Nessa direção, ressalta as diversas concepções teóricas e políticas de “conselhos” e destaca os conteúdos ídeo-políticos e o trabalho do assistente social nesses espaços. Considera-se que junto aos mecanismos de controle social, principalmente os conselhos de saúde, esses profissionais podem ter uma dupla inserção: uma essencialmente política, quando interferem na condição de conselheiro, e outra que caracteriza uma atividade profissional, quando desenvolvem ações de assessoria aos conselhos ou a algum de seus segmentos (usuários, trabalhadores de saúde ou poder público).

Palavras-chave: Espaço público, conselho de saúde, Serviço Social

Introdução

O contexto atual necessita de análises históricas consistentes que possam iluminar as possibilidades de intervenção do assistente

* Assistente Social; doutora em Serviço Social – PUC/SP; professora aposentada da UFRJ; professora adjunta da Faculdade de Serviço Social da UERJ; procientista da UERJ e coordenadora do projeto “Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos da Região Metropolitana do Rio de Janeiro”, financiado pelo CNPQ, FAPERJ e UERJ.

** Assistente Social; mestre em Serviço Social – UFRJ; coordenadora técnica dos Conselhos da Área de Assistência Social de Niterói; integrante do Projeto “Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos da Região Metropolitana do Rio de Janeiro”.

social na realidade nas suas diversas dimensões.¹ Nesses termos, torna-se necessário caracterizar os avanços e recuos ocorridos nas décadas de 1980 e 1990 com relação às políticas sociais públicas, aos projetos societários de referência, aos movimentos organizados da sociedade e às políticas de saúde.

Nos anos 80, as classes trabalhadoras apesar de terem obtido significativas vitórias no âmbito social e político, não conseguiram interferir significativamente na ordem econômica. O que se verificou no final dessa década, para os trabalhadores, foi uma conquista no campo da ação política organizada e derrota no campo econômico. A partir do exposto, evidencia-se que o movimento dos trabalhadores, apesar das conquistas obtidas, realizou uma transição com marcas subalternizadas, ou seja, operou uma ruptura com a ditadura, mas não alterou substantivamente o peso político do latifúndio e do grande capital, sobretudo do capital bancário (Coutinho *apud* Mota, 1995).

Em 1989, nas eleições presidenciais, há disputa entre dois projetos societários: *democracia de massas X democracia restrita* (Netto, 1990), construídos na dinâmica da relação Estado-sociedade. O *projeto democracia de massas* prevê a ampla participação social conjugando as instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organizações de base: sindicatos, comissões de empresas, organizações de profissionais e de bairros, movimentos sociais urbanos, rurais e democráticos. Esse projeto propõe articular a democracia representativa com a democracia direta e adota como concepção o Estado democrático e de direito responsável pelas questões sociais.

O *projeto democracia restrita*, com a concepção de Estado mínimo, ou seja, máximo para o capital e mínimo para as questões sociais, restringe os direitos sociais e políticos. O enxugamento do Estado é a grande meta, como também a substituição das lutas coletivas por lutas corporativas.

Nos anos 90, com a derrota do *projeto democracia de massas*, consolida-se uma direção política das classes dominantes no

¹ Esse artigo recupera conteúdos dos textos elaborados por Maria Inês Souza Bravo (2001 e 2002) a respeito da temática e da dissertação de mestrado de Rodriane de Oliveira Souza, intitulada *Serviço Social na Saúde: contribuições políticas e profissionais ao exercício do controle social*, defendida em outubro de 2001, e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFRJ.

processo de enfrentamento da crise brasileira. As estratégias do grande capital passam a ser uma acirrada crítica às conquistas sociais da constituição de 1988 – com destaque para a concepção de Seguridade Social – e a construção de uma cultura persuasiva para difundir e tornar seu projeto consensual e compartilhado (Mota, 1995). Verifica-se, nessa década, o assumir a agenda das reformas de cunho neoliberal, defendida pelas agências internacionais. O projeto do grande capital tem como vetores privilegiados a defesa do processo de privatização e a constituição do cidadão consumidor (Mota, 1995).

Na defesa do processo de privatização, ressaltam-se a mercantilização da Saúde e da Previdência e a ampliação do Assistencialismo. As principais diretrizes são: a Reforma da Previdência inserida no bojo da Reforma do Estado, que vem sendo implantada paulatinamente e possui características de uma contra-revolução (Guerra, 1998) ou contra-reforma; a defesa do SUS para os pobres e a refilantropização da assistência social.

A contra-reforma do Estado atinge a *saúde* através das proposições de não financiamento e da dicotomia entre ações curativas e preventivas, rompendo com a concepção de integralidade através da criação de dois sub-sistemas: a) sub-sistema de entrada e controle – construído pelo atendimento básico, de responsabilidade do Estado, uma vez que esse atendimento não é de interesse do setor privado; b) sub-sistema de referência ambulatorial e especializada – formado por unidades de maior complexidade que seriam transformadas em Organizações Sociais. Nessa lógica, há ênfase em programas focais, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), além da utilização de cuidadores e agentes comunitários com a finalidade de baratear os custos das ações básicas.

Entende-se que todas essas medidas visam estimular o seguro privado de saúde, ficando o Sistema Único de Saúde (SUS) restrito aos pobres através do pacote mínimo para a saúde. A universalização é excludente, às avessas, havendo um outro sistema para os consumidores. Desta forma, o projeto de Reforma Sanitária construído na década de 1980 passa a ser contra-hegemônico ao projeto Privatista.

Há também, nesta conjuntura, segundo Mota (1995), a gestação de uma cultura política da crise, um movimento formador de ideologia, valores e representações que procura naturalizar a objetividade da ordem burguesa, visando o consentimento das classes subalternas. O que se identifica é a posição do capital para disseminar que a crise afeta toda sociedade, procurando desqualificar as posições antagônicas das classes, com a intenção de construir um modo de integração passiva à ordem do capital, desmobilizando e despolitizando as lutas sociais e políticas.

Nesse contexto, diversas entidades progressistas têm substituído suas lutas coletivas por lutas corporativas restritas a grupos de interesses. Essa concepção está de acordo com o ideário das classes dominantes que tem como perspectiva a americanização da sociedade brasileira, neutralizando os processos de resistência com a utilização de estratégias persuasivas, obrigando os trabalhadores a uma prática política defensiva (Viana, 1999). O projeto coletivo, cuja construção iniciou-se nos anos 80, tem sido questionado e substituído pelo projeto corporativo que procura naturalizar a objetividade da ordem burguesa.

A atitude defensiva assumida pelos movimentos sociais na década de 90 teve como determinantes as mudanças na esfera do trabalho, através da reestruturação produtiva e das concepções pós-modernas que enfatizam o local desvalorizando categorias mais gerais, como a totalidade social. A agenda dos movimentos tem sido elaborada a partir da agenda governamental, o que difere da ação dos mesmos na década anterior, em que os movimentos populares, articulados aos trabalhadores das áreas, formulavam suas agendas e apresentavam proposições.

A configuração do mercado de trabalho, segundo Antunes (1999), combina a desproletarização do trabalho industrial fabril com uma subproletarização, ocorrendo uma tendência à qualificação e intelectualização dos trabalhadores centrais e à desespecialização e desqualificação do subproletariado moderno. Portanto, para o autor, a classe trabalhadora fragmentou-se, heterogeneizou-se e complexificou-se ainda mais. Tornou-se mais qualificada em vários setores, como na siderurgia, havendo uma seletiva intelectualização do trabalho, mas desqualificou-se e precarizou-se em diversos

ramos como, por exemplo, na indústria automobilística. Essas mutações criaram uma classe trabalhadora ainda mais diferenciada entre qualificados/desqualificados, mercado forma/informal e ainda diferenças por sexo, idade e nacionalidade.

Esses aspectos são identificados também por Behring (2001), que destaca a queda dos índices de sindicalização, bem como a dificuldade de organizar o subproletariado moderno e de tecer alianças entre os segmentos centrais e os precarizados e subcontratados. Esses processos apontam para obstáculos na constituição de uma consciência de classe para si, minando a solidariedade de classes e enfraquecendo a resistência à reestruturação produtiva. As tendências neocorporativas e individualistas têm um campo propício para desenvolverem-se nessa conjuntura desagregadora da solidariedade.

Na saúde, percebe-se que o movimento sanitário, sujeito político fundamental na formulação do Projeto de Reforma Sanitária nos anos 80, está recuado. As resistências em sua defesa têm vindo de alguns Conselhos de Saúde (Nacional, Estaduais e Municipais), algumas Conferências e das Plenárias Nacionais. Outro espaço importante tem sido os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde, tanto o nacional como os estaduais. As entidades participantes do movimento sanitário, com destaque para o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e para a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), não estão conseguindo articular propostas nacionais em defesa da Reforma Sanitária. A agenda de lutas tem se restringido à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) que, por sua vez, não engloba todas as proposições da Reforma Sanitária, com destaque para a intersectorialidade e a necessidade de reformas sociais mais amplas.

Nessa conjuntura, com as condições objetivas explicitadas de fragilização dos movimentos sociais e de proposições de contra-reforma que têm atingido as políticas sociais, considera-se como uma estratégia importante o fortalecimento da esfera pública e de um dos mecanismos para atingir esse objetivo, que são os conselhos de políticas sociais, tendo como um dos objetivos o questionamento da cultura política da crise gestada pelo grande capital. Assim, precisa-se ter conhecimento das principais questões desses mecanismos de

controle social da sociedade sobre o Estado como também, atentar para alguns desafios a serem enfrentados.

Os Conselhos de Saúde na atual conjuntura

Ressalta-se a importância da constituição de espaços públicos para o processo de democratização da sociedade e, nessa direção, vale destacar um dos mecanismos inscritos na Constituição Federal de 1988, que são os conselhos de políticas sociais e direitos, inseridos no princípio da “participação popular”. Posteriormente, vão ser enfatizados os conselhos de saúde e o significado dos mesmos na atual conjuntura brasileira.

A constituição dos espaços públicos, a participação e os conselhos

O debate relativo aos conselhos se inscreve na discussão da constituição de espaços públicos e na importância da participação, relacionando-os com a possibilidade de ampliação da democracia social, econômica e política. Diversos autores têm ressaltado esta questão e, no limite deste texto, serão enfatizadas as contribuições nacionais.

Telles (2001), em diversas elaborações, considera que a Constituição Federal, além de incorporar uma agenda universalista de direitos e proteção social, enfatiza a participação da sociedade na gestão da coisa pública e acena com possibilidades para a construção partilhada e negociada de uma legalidade capaz de conciliar democracia e cidadania.²

Benevides (1998) afirma que a concepção de participação, contida no texto constitucional, enfatiza a noção de cidadania ativa, ou seja, o cidadão além de ser alguém que exerce direitos, cumpre deveres e goza de liberdades em relação ao Estado, sendo também titular, ainda que parcialmente, de uma função do poder público. Essa possibilidade de participação direta no exercício do poder

² As elaborações da autora com relação à direito e cidadania foram inauguradas com sua tese de doutorado em 1992, seguida de artigo (1994) e livro (2001), entre outros.

político confirma a soberania popular como elemento essencial da democracia. Para a autora, a democracia direta atua como corretivo à democracia representativa.

Dagnino (1994) ressalta a necessidade de construção de espaços públicos nos quais as diferenças possam se expressar e se representar em uma negociação possível. Espaços onde valores circulam e opiniões se formam, proporcionando assim a redefinição das relações entre Estado e sociedade civil. Afirma, ainda, que é necessário que se tenha espaços onde a população participe ativamente do exercício do poder político, redefinindo a relação entre Estado e sociedade.

Rachelis (1990) também enfatiza a importância da constituição de espaços públicos para a construção de uma nova relação entre Estado e sociedade. A constituição de espaços públicos, para a autora, não implica a diminuição do papel do Estado, mas a incorporação da sociedade civil na formulação, implementação e gestão da política.

Coutinho (1992) considera que é somente por meio da articulação entre mecanismos de representação indireta com os organismos populares de democracia de base que os elementos de uma nova concepção de democracia e cidadania podem surgir e tomar corpo. Explicita que é a partir desta articulação que as classes subalternas podem participar ativamente do poder político, influenciando nas decisões. Segundo o autor, essa articulação pode permitir o predomínio da vontade geral e a conservação do pluralismo.

Os conselhos foram concebidos como um dos mecanismos de democratização do poder na perspectiva de estabelecer novas bases de relação Estado e sociedade por meio da introdução de novos sujeitos políticos. Nesse contexto, podem ser visualizados como inovações na gestão das políticas sociais, procurando assegurar que o Estado atue em função da sociedade, no fortalecimento da esfera pública.

A construção da esfera pública, para Oliveira (1998), supõe a existência de regras universais e pactuadas. O autor coloca a possibilidade de construção de uma esfera pública, mesmo nos limites do Estado burguês, negando à burguesia a propriedade do Estado

e sua dominação exclusiva. A experiência do *Welfare State* (Estado de Bem-Estar) caracterizou-se como um padrão de financiamento público da economia capitalista, mediante a estruturação de uma esfera pública (Raichelis, 1998).

A experiência dos conselhos na sociedade brasileira não é nova, conforme ressaltam diversos autores (Raichelis, 1998; Gohn, 1990; Wanderley, 1991). Destacam-se as práticas operárias do início do século XX e as comissões de fábrica, estimuladas pelas oposições sindicais nos anos 70 e 80, como também a ampliação dos movimentos sociais nesse período e sua luta contra o autoritarismo, implantado no país após 1964. Esses movimentos trouxeram a temática dos conselhos populares e comunitários para a esfera da reprodução social.³

As experiências de institucionalização dos conselhos de políticas sociais como, por exemplo, saúde e assistência social, e de direitos como, por exemplo, criança e adolescente, representam uma experiência em construção de uma nova institucionalidade nas práticas sociais de distintos sujeitos da sociedade civil e do Estado. Entretanto, esse fenômeno não se desenha isento de ambigüidades e contradições. O significado político dos conselhos e as conseqüências de sua institucionalização vêm despertando questionamentos referentes à participação da sociedade civil nesses espaços.

Diversas pesquisas já foram realizadas tomando como objeto os conselhos, tanto na saúde quanto na assistência.⁴ Um aspecto que chama a atenção é a fragilidade da representação da sociedade civil. Como principais entidades nessa representação, destacam-se, na saúde, as Associações de Moradores, os Clubes de Serviço (Lions, Rotary e Maçonaria) e as Associações de Portadores de Patologias (Bravo, 2001). Na assistência social, as também frágeis representações vêm sofrendo constantes interferências governamentais. Raichelis (1998) constata a ausência de representação dos grupos populares, ressaltando que as classes

³ Os anos 80 foram marcados por uma dinâmica associativa e organizativa que procuraram alterar o cenário político do país, introduzindo fissuras importantes no legado autoritário e excludente da história brasileira.

⁴ Destacam-se entre elas: Raichelis (1998), na Assistência Social, e Bravo (1999) e Carvalho (1995), na Saúde.

médias estão substituindo os segmentos que são os reais usuários da política de assistência. A autora incorpora as análises de Oliveira (1990) nessa questão e denomina esse fenômeno de substituísmo das classes médias.

A inserção dos sindicatos, tanto nos conselhos de saúde quanto nos de assistência social, também não é significativa. A Central Única dos Trabalhadores (CUT) está inserida nos Conselhos Nacionais (de Saúde e de Assistência Social) e nos Conselhos Estaduais, contudo, os sindicatos filiados à CUT estão pouco representados nos Conselhos Municipais. Outro aspecto a ser salientado é a pouca articulação entre os trabalhadores da saúde e da assistência com a representação dos usuários. Essas fragilidades têm influência na debilidade do potencial político dos conselhos na atual conjuntura brasileira.

Essas questões reforçam a necessidade de um exame mais circunstanciado das experiências em andamento como também das dificuldades que as entidades da sociedade civil têm tido de mobilização e organização na atual conjuntura.

Parte-se do pressuposto que muitas das dificuldades enfrentadas pelos conselhos decorrem da cultura política presente ao longo da história política brasileira, que não permitiu a criação de espaços de participação no processo de gestão das políticas sociais públicas, havendo o predomínio da burocracia, com ênfase nos aspectos administrativos e técnicos, como também nas práticas políticas, visando à cooptação da população, ao populismo e ao clientelismo.

As classes subalternizadas, embora participantes ativas na produção de riquezas do País, não participaram de sua direção política e cultural nem partilharam com equidade dos bens produzidos, não sendo cidadãos de direitos sociais, econômicos e políticos.

Nogueira (1997) explicita que a gestão participativa é mais complexa na medida em que implica “perda”, abdicação do poder do centro para as entidades periféricas, do Estado federal para instâncias subnacionais, do espaço da democracia representativa para a democracia direta. Em países como o nosso, cuja estrutura administrativa e cujo processo decisório estão tomados por um jogo federativo, fracamente cooperativo, em que persiste uma forte

manipulação política dos fundos públicos, esse novo modelo de gestão representa uma autêntica reviravolta.

Dagnino (2002, p. 284) ressalta que os conselhos, por sua novidade, expressam um desafio tanto para a sociedade civil como para o Estado, em diversas dimensões, como o reconhecimento dos diferentes interesses em disputa, a capacidade de negociação sem perda de autonomia, a construção do interesse público e a participação na formulação de políticas públicas.

O potencial dos Conselhos de Saúde

O controle social na saúde é hoje um direito conquistado, que advém do capítulo da saúde da Constituição Federal de 1988. No plano jurídico, foi regulamentado em 1990, com a promulgação da Lei 8.142/90, que junto com a Lei 8.080/90 conforma a Lei Orgânica da Saúde. É na Lei 8.142/90 que se encontrará, pela primeira vez, o detalhamento de como se dará o exercício do controle social na saúde através de duas instâncias formais, que são também espaços de luta: o conselho de saúde e a conferência de saúde.

A categoria controle social foi, historicamente, entendida como controle do Estado ou do empresariado sobre as massas. É nessa acepção que quase sempre o controle social é usado na Sociologia, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população. Entretanto, o sentido de controle social inscrito na Constituição Federal, é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais. Esta última concepção de controle social tem como marco o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o aprofundamento do debate referente à democracia e, na saúde, com o movimento de reforma sanitária.

Os conselhos de saúde são compostos por usuários, gestores da saúde, prestadores de serviços públicos e privados, e trabalhadores em saúde, de caráter permanente, deliberativo e paritário. Ou seja, têm que ser composto por 50% de usuários e os outros 50% composto por gestores e trabalhadores em saúde.⁵

⁵ A resolução 33 do Conselho Nacional de Saúde, complementa esta questão, definindo que dos 50% do segundo segmento citado, 25% deve ser composto pelos gestores e prestadores de serviço públicos ou privados e 25% pelos trabalhadores de saúde. Alguns desconsideraram esta resolução, considerando-a apenas como recomendação.

O objetivo principal do Conselho é discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde em cada esfera de governo.

Os conselhos de saúde, nos três níveis: nacional, estaduais e municipais, foram criados no início da década de 90, após as Leis Orgânicas da Saúde. No Brasil, atualmente, existem o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais em todos os Estados brasileiros e os Conselhos Municipais em mais de quatro mil municípios, dos cinco mil existentes.

Destaca-se, entretanto, que esses não são os únicos espaços de ação para o exercício do controle social apesar de, sem dúvida, serem mecanismos fundamentais, já que estão previstos em lei federal (Barros, 1994, p. 35). Existem outros mecanismos que também, se acionados, podem e devem ser entendidos enquanto espaços de exercício do controle social, a saber: o Ministério Público, os órgãos de defesa do consumidor, os meios de comunicação e os conselhos de profissionais. Estas instâncias podem ser parceiras na luta pelo controle social, auxiliando os defensores da política pública, na defesa dos seus direitos.

Os conselhos são considerados, portanto, espaços tensos, em que os diferentes interesses estão em disputa. São baseados na concepção de participação social, que tem sua base na universalização dos direitos e na ampliação do conceito de cidadania, pautada por uma nova compreensão do caráter e papel do Estado (Carvalho, 1995). A sua novidade é a idéia do controle exercido pela sociedade através da presença e da ação organizada de diversos segmentos. Devem ser percebidos como *locus* do fazer político, como espaço contraditório, como uma nova modalidade de participação, ou seja, a construção de uma cultura alicerçada nos pilares da democracia participativa e na possibilidade de construção da democracia de massas.

Nessa concepção, os conselhos são visualizados na relação Estado e sociedade com a perspectiva da democratização da mesma, possibilitando que a sociedade civil intervisse nas decisões governamentais, visando à socialização da política e do poder. O processo de democratização alterou a natureza do Estado Capitalista ampliando-o, ou seja, obrigando-o a se abrir para demandas provenientes de outras classes e camadas sociais. O Estado tornou-

se, segundo Poulantzas (1980), a expressão da correlação de forças existente na sociedade ainda que sob a hegemonia de uma classe ou fração de classe.

A articulação entre democracia representativa e democracia direta é fundamental para a construção da verdadeira democracia, ou seja, econômica, social e política. Os conselhos podem ser percebidos como um dos mecanismos de democracia direta que podem contribuir para a construção da democracia de massas. A democracia de massas, para Pietro Ingrao (1980), é a alternativa ao liberal-corporativismo defendido e praticado pela burguesia contemporânea que visa à atomização dos sujeitos coletivos.

Os conselhos têm sido tematizados por diversos autores, com concepções diferenciadas. Gohn (2001) afirma que o debate sobre os conselhos como instrumento de exercício da democracia esteve presente entre setores liberais e da esquerda em seus variados matizes. A diferença é que eles são pensados como instrumentos ou mecanismos de colaboração, pelos liberais, e como vias ou possibilidades de mudanças sociais no sentido de democratização das relações de poder, pela esquerda.

Abreu (1999) chama a atenção que a arena principal de atuação dos conselhos refere-se à esfera das políticas públicas, como os direitos sociais, nos marcos da política distributivista da riqueza social. A autora destaca que a luta por direitos sociais no sentido da universalização e da democratização das políticas públicas não pode ser deslocada do movimento por transformações no plano econômico, tendo em vista o avanço desta luta para além do horizonte histórico da democracia burguesa. Desta forma, os conselhos podem constituir-se em instâncias de luta pela democratização das relações sociais e pela transformação da *práxis*, supondo, portanto, a inscrição desta luta no horizonte societário da classe subalterna.

A partir dessas análises, tentar-se-á clarear as diversas posições teóricas e políticas que estão em debate na saúde na atual conjuntura.

A concepção que visualiza os conselhos enquanto *arena de conflitos* em que diferentes grupos estão em disputa está pautada em Gramsci. Este autor percebe que, a partir de 1870, há uma crescente

“socialização da política” ou seja, o ingresso na esfera pública de um número cada vez maior de novos sujeitos políticos individuais e coletivos. A dialética de Gramsci, segundo Nogueira (2000, p. 118), é a dialética do sujeito, isto é, uma dialética que fundamenta a passagem das formas parciais e econômico-corporativas dos interesses de classes para a consciência política, com a qual a classe se põe como capaz de projetar interesses universais e já não se deixa influenciar pelas idéias dominantes. Gramsci não é um idealista, pois preocupa-se sempre em ressaltar os elementos de identidade/distinção que fazem com que a estrutura e a superestrutura (sociedade civil e a sociedade política) possam ser vistas como partes de um mesmo “bloco histórico”.

Os conselhos podem ser considerados como um dos novos institutos democráticos, resultado da auto-organização que compõe a sociedade civil, além dos partidos de massa, sindicatos, associações profissionais, comitês de empresa e de bairro. São espaços em que as massas podem se organizar de baixo para cima, a partir das classes, constituindo os sujeitos políticos coletivos (Coutinho, 2000, p. 25 e 170). Atualmente, esta concepção, conforme já sinalizado, não é hegemônica nas pesquisas existentes na área da saúde.

Os conselhos têm sido concebidos, em um número significativo de estudos, como *espaço consensual*, onde os diferentes interesses sociais convergem para o interesse de todos. Essa concepção, pautada em interpretações de Habermas e nos neo-habermasianos, não leva em consideração a correlação de forças e tem adeptos inseridos nas diversas instâncias do poder político.

A concepção de consenso de Habermas é diferente da proposição gramsciana. Para Gramsci, o socialismo deve se implantar com base no consenso e não na simples coerção. O consenso, para o autor, entretanto, baseia-se na hegemonia, ou seja, na conquista da direção política e intelectual pelas classes subalternas. O consenso implica em dissenso, em contradição, em luta social e política.

O pensamento habermasiano e dos neo-habermasianos, de forma simplificada, tem como idéias centrais: dicotomia entre Estado e sociedade civil; não tem como perspectiva a conquista do poder pelas classes subalternas; não considera as classes sociais e o

trabalho como categorias centrais; defende a redução do papel do Estado e a ampliação das atribuições da sociedade civil.

Coutinho (1992, p. 268), ao analisar as contribuições de Habermas, considera que há dois tipos de interação social: as *interações sistêmicas*, chamadas pelo autor de Estado-burocracia e mercado ou “poder” e “dinheiro”, que se impõe coercitivamente aos indivíduos e nas quais vigora uma racionalidade instrumental; e a *interação comunicativa*, própria do “mundo da vida”, em que a racionalidade é fundada no livre consenso intersubjetivo. A proposta política do autor pode ser resumida na luta para que o mundo da vida não seja “colonizado” pelas interações sistêmicas. Trata-se de uma proposta resignada e, em última instância, conformista. Habermas considera que o “poder” e o “dinheiro” são realidades próprias da modernidade, que podem ser limitadas, mas não superadas.

A proposta gramsciana é, certamente, mais radical e realista do que a de Habermas. Para Gramsci, a “sociedade regulada” é concebida como construção progressiva e depende de um complexo processo de lutas sociais, capaz de conduzir à progressiva eliminação da sociedade em classes antagônicas (Coutinho, 1992, p. 270).

Existe também a visualização dos conselhos apenas como *espaços de cooptação* da sociedade civil por parte do poder público. Essa concepção também não percebe as contradições que podem emergir nesse espaço a partir dos interesses divergentes. É influenciada pela visão estruturalista do marxismo, cujo principal representante é Althusser.

A formulação do autor, de forma sintética, fundamenta-se em dois pontos chave. Primeiro, afirma que a estrutura social não tem em seu núcleo nenhum sujeito criativo. A formação social é antes um sistema de processos objetivos, sem sujeitos. Segundo, propõe que o conceito de modo de produção em Marx envolve três estruturas ou níveis distintamente articulados: o econômico, o político e o ideológico.

Como problemas desta formulação, destacam-se a negação da história como dimensão objetiva do real, a negação da dialética, o racionalismo formalista, ou seja, o empobrecimento das categorias

racionais reduzidas às simples regras formais intelectuais que operam na práxis manipulatória (Coutinho, 1972).⁶

Althusser, a partir de suas concepções, não pode responder às questões essenciais de nosso tempo. Segundo Coutinho (1972, p. 223), seus conceitos são pobres, esquemáticos e não iluminam uma práxis capaz de quebrar a preponderância da manipulação no capitalismo do consumo e no socialismo burocrático. Ainda segundo o autor citado, Althusser contribuiu para conservar, apesar de revestido de moderno, uma concepção deformada do socialismo, silenciando sobre as questões da democracia socialista e sobre os problemas da luta humanista contra a manipulação burocrática das consciências.

As formulações de Althusser influenciaram diversos autores e movimentos sociais a analisarem o Estado e as instituições apenas como aparelhos repressivos. Os conselhos, para os adeptos desta visão, também são concebidos desta forma, apenas como mecanismos que servem para a dominação burguesa, sem possibilidade de contradição, expressando uma visão maniqueísta da relação Estado e sociedade.

As diversas concepções analíticas dos conselhos permitem a visualização do potencial político dos mesmos também de forma diferenciada.

A primeira posição, que concebe os conselhos enquanto espaços contraditórios, pautando-se em Gramsci, faz uma análise frente aos impasses da organização social existentes na década de 90, mas aponta um otimismo na ação ou seja, propõe estratégias de enfrentamento para superar as questões identificadas.

A segunda considera possível uma pauta consensual entre todos os participantes do conselho, podendo ser identificada como voluntarista e utópica. Nesta perspectiva, não há diferenças entre os projetos de saúde em disputa na sociedade, na atual conjuntura.

A terceira posição não acredita no potencial dos conselhos e tem defendido a saída das entidades desses espaços, sendo marcada pelo pessimismo.

⁶ Não é objetivo deste texto o aprofundamento dessa concepção, para maior detalhamento ver Coutinho (1972).

Existe também uma quarta posição que não aceita esse espaço, ou seja, questiona a democracia de base, participativa, e defende apenas a democracia representativa. Essa concepção política neo-conservadora é assumida por alguns representantes governamentais, mas também tem respaldo na produção intelectual de cientistas políticos dedicados à análise da democracia e dos sistemas de representação nas sociedades capitalistas. Carlos Estevão Martins (1994) quando analisa os canais de participação de diferentes sujeitos nas decisões governamentais, pelos conselhos, considera que os mesmos são incompatíveis com a democracia representativa.

Algumas reflexões podem ser feitas a partir da revisão da bibliografia e da pesquisa realizada por Bravo (2001) com relação aos limites e possibilidades dos conselhos, tendo por referência a concepção dos mesmos enquanto um dos espaços de luta pela conquista da hegemonia. Considera-se que esses mecanismos são importantes para a democratização do espaço público e não podem ser nem super valorizados, nem sub-valorizados. Algumas questões, entretanto, precisam ser enfrentadas para a ampliação de seu potencial de ação, a saber: falta de respeito pelo poder público das deliberações dos conselhos, como também das leis que regulamentam seu funcionamento; burocratização das ações e dinâmica dos conselhos que não viabilizam a efetiva participação dos representantes; posicionamento dos conselhos de forma tímida em relação à agenda neoliberal; falta de conhecimento da sociedade civil organizada sobre os conselhos, bem como ausência de articulação mais efetiva dos representantes com suas bases; contribuição ainda incipiente dos mesmos para a democratização da esfera pública; chantagem institucional do poder executivo ao acenar com o prejuízo para a população, caso as propostas apresentadas sejam contestadas pelos conselheiros; e falta de soluções jurídicas mais ágeis quanto à necessidade de enfrentamento com o executivo. Outro aspecto a ser ressaltado é a articulação da luta por direitos com o movimento por transformações no plano econômico, superando a visão politicista da política social.

Para o enfrentamento dessas questões, o aprofundamento de investigações acerca da temática, bem como a efetivação de assessorias aos Conselheiros de Saúde têm-se apresentado como propostas para o fortalecimento do Controle Social.

Os estudos e assessorias efetivados precisam ser norteados por alguns pressupostos: a percepção dos conselhos na relação Estado e sociedade; a valorização dos Movimentos Sociais como relevantes para a defesa e a ampliação dos direitos sociais; a clareza de que os conselhos não substituem os Movimentos Sociais.

Coerente com essa concepção de relação Estado e sociedade, é preciso evitar algumas distorções presentes tanto nas investigações quanto nas dinâmicas dos conselhos, tais como: as visões de democracia restrita ao aparelho de Estado (participação consentida), dos conselhos como espaços de consenso, de controle dos conflitos, de viabilização das ações do Estado com consentimento da população ou como parceria entre Estado e sociedade; o populismo e a cooptação desses mecanismos pela burocracia do Estado; a fragmentação da questão social em múltiplos conselhos com a participação reduzida da sociedade (os mesmos sujeitos políticos participando de diversos conselhos) e a apropriação dos conselhos pelo gestor e perda de diálogo com a sociedade.

Outro aspecto relevante nos conselhos é a eleição das entidades representativas dos segmentos dos usuários como também dos profissionais de saúde. A escolha dessas entidades nem sempre tem levado em consideração critérios como tradição política, base de sustentação, interesses representados, organização e dinâmica de funcionamento. A inobservância a esses critérios tem incentivado a participação elitista, burocrática, e os representantes têm atuado de forma pessoal, subjetiva e arbitrária não debatendo com as bases de sua entidade as temáticas tratadas nos conselhos⁷ (Campos e Maciel, 1997).

Cortes (1998) tem salientado como determinantes que influenciam o caráter da participação social nos conselhos: as mudanças recentes na estrutura institucional do sistema brasileiro de saúde; a organização dos movimentos sociais e sindical na cidade; a aliança entre profissionais de saúde e lideranças populares ou sindicais; as posições dos gestores municipais de saúde sobre a

⁷ Os autores citados e a nossa pesquisa identificaram que a não observação de critérios para eleição das entidades tem limitado a participação de entidades representativas dos interesses dos trabalhadores (como por exemplo, as centrais sindicais, sindicatos, federação de mulheres) e favorecido a inserção de entidades não governamentais, entidades mais corporativas e prestadoras de serviços.

participação dos usuários nos sistema e a dinâmica de funcionamento dos conselhos.

Gonh (2001) ressalta também algumas questões relevantes para o fortalecimento dos conselhos, tais como: a representatividade qualitativa dos diferentes segmentos na sua composição; a observância da paridade entre governo e sociedade civil; o problema da capacitação dos conselheiros, principalmente os advindos da sociedade civil; o acesso às informações e a publicização das ações dos conselhos; a fiscalização e controle sobre os atos dos conselheiros; o poder e os mecanismos de aplicabilidade das decisões do conselho pelo executivo.

A concepção de *Estado participativo* é muito recente e se problematiza quando se tem uma conjuntura que desmobiliza a participação popular e defende o *Estado mínimo* – ausente nas políticas sociais, como preconiza o projeto neoliberal.

Nesta disputa de projetos,⁸ a gestão democrática das políticas sociais, é uma questão fundamental a ser enfatizada para fortalecer o projeto de democracia de massas, sendo uma estratégia de democratização social, econômica e política da sociedade brasileira.

Nogueira (2002) considera alguns requisitos para a viabilização da gestão democrática e participativa: cultura ético-política, adesões democráticas consistentes, decisões democráticas claras, capacidade de direção política, recursos humanos qualificados e procedimentos de desburocratização. Esses pressupostos são fundamentais para os participantes do governo que integram os conselhos terem como diretrizes se, realmente, quiserem fortalecer esse mecanismo de gestão da política social de saúde.

A partir dessas problematizações com relação aos conselhos de saúde, serão apresentadas, a seguir, as contribuições do profissional de Serviço Social para o exercício do controle social.

⁸ Concorde-se com Netto (1990) que, na atual conjuntura brasileira, existem dois grandes projetos societários em disputa: democracia restritiva *versus* democracia de massas, conforme está explicitado na introdução deste texto.

O Serviço Social e os Conselhos de Saúde

Os conselhos podem ser entendidos como espaços onde os assistentes sociais têm uma dupla participação: como *representantes dos diversos segmentos*, a depender da entidade que representam, ou como *assessores* do conselho ou de alguns segmentos, em particular, dos usuários.

Atualmente, tem-se um grande número de assistentes sociais inseridos nos conselhos de políticas e de direitos, representando tanto a sociedade civil como o poder público, e ainda representando uma variedade de instituições. Desconhece-se, contudo, o conteúdo ídeo-político de suas intervenções nesses espaços, daí a importância de se deflagrar um processo de socialização da agenda ético-política definida pelas entidades representativas da categoria. Nesse sentido, o estudo se propôs a iniciar uma investigação acerca das demandas colocadas pelos conselhos de saúde ao Serviço Social, bem como as respostas dadas a eles pelos assistentes sociais, sejam elas sistematizadas ou verificadas na prática política desses profissionais.

Controle Social na saúde: uma demanda ao Serviço Social –respostas sistematizadas

O debate sistematizado pelo Serviço Social nos anos 90, acerca do controle social no setor saúde, foi aqui analisado a partir das seguintes contribuições: os três Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais (1992, 1995 e 1998); os três Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social (1996, 1998 e 2000); os dois Encontros de Serviço Social na Esfera da Seguridade Social no Brasil (1997 e 2000), a Revista Serviço Social e Sociedade (1994⁹ – 2001) editada pela Cortez Editora, os livros de Raichelis (1998) e de Correia (2000). A escolha desse material não foi aleatória; está imbuída de significados que se traduzem na trajetória sócio-histórica da profissão.

⁹ O ano de 1994 está sendo apontado como marco, nessa pesquisa, porque data desse ano o primeiro artigo publicado na revista Serviço Social e Sociedade que utiliza a categoria *controle social na saúde*, significando a participação da sociedade na elaboração e na fiscalização das ações do Estado, e portanto, das políticas públicas.

O perfil dos profissionais que estão sistematizando esse debate conforma aquele ligado à universidade, senão docentes, são alunos e profissionais engajado em projetos de pesquisa e de extensão e, na sua maioria, inseridos em Programas de Pós-Graduação.

A direção desse debate, pelo menos nos veículos de comunicação do Serviço Social estudados, é garantida por *três núcleos de pesquisa*, situados na *Universidade Federal de Santa Catarina* – coordenado pelas professoras Ivete Simionatto e Vera Nogueira; na *Universidade do Estado do Rio de Janeiro* – coordenado pela professora Maria Inês Souza Bravo; e na *Universidade Federal de Pernambuco* – coordenado pela professora Ana Cristina de Souza Vieira.¹⁰

Considerando a divisão geográfica do Brasil, percebemos que em cada região do país existe um pólo que centraliza o debate acerca da profissão frente às questões colocadas pelo controle social na saúde. Nesse sentido, ressaltamos as sistematizações de professores da Universidade Federal de Mato Grosso. No Norte do país, entretanto, identificou-se um certo vazio em relação às particularidades dos conselhos de saúde. Por outro lado, aponta-se a preocupação com a qualidade da participação social nos conselhos paritários, de forma geral, (Campos e Maciel, 1997) bem como a participação do Serviço Social nos conselhos de direitos da criança e do adolescente (Abreu, 1999).

Outra questão notada foi a pequena - mas existente - vinculação dos profissionais, que estão pensando as contribuições do Serviço Social para o exercício do controle social na saúde, com o conjunto CFESS/CRESS. Sabe-se que a interferência dos assistentes sociais nos chamados conselhos de políticas e de direitos, conselhos de gestão pública ou conselhos paritários é uma orientação do Encontro Nacional CFESS/CRESS, nos últimos seis anos.

Vários artigos apontam a necessidade da intervenção do assistente social no sentido de desmistificar o que seriam os reais interesses das classes populares, sobretudo, articulando-os com os

¹⁰ É importante sinalizar a contribuição do núcleo de pesquisa sobre saúde da PUC/São Paulo, coordenado pela Professora Regina Giffoni Marsiglia, que ao longo da década de 90 produziu várias dissertações e teses abordando a questão saúde, porém não investindo no controle social na saúde, como os núcleos de pesquisa anteriormente citados.

interesses coletivos. Possibilitando, assim, o desvelamento de uma consciência crítica, que realize a defesa dos interesses voltados para melhores condições materiais e sociais de vida (Nogueira e Simionatto, 1994). Algumas ações são apontadas como demandas pelo controle social na saúde aos profissionais de Serviço Social. São elas: incorporação da pesquisa acerca das potencialidades dos conselhos e da política de extensão universitária por meio da atividade de assessoria aos diversos sujeitos sociais, tornando público o conhecimento produzido; capacitação dos representantes dos usuários para elaboração e fiscalização dos serviços e contas públicas, por meio de assessoria técnica e política cotidiana dos representantes da sociedade civil; acompanhamento dos conselhos que, sujeitos a golpes, ficam à mercê da vontade política do poder público; democratização das informações acerca das questões técnicas que atravessam o cotidiano dos conselhos; investimento nas informações sobre financiamento e orçamento da saúde, entendidas como nós críticos, talvez por serem ainda consideradas áreas técnicas e pouco politizadas; e assessoria para a elaboração de planos municipais de saúde.

Da mesma forma, foi possível identificar algumas respostas já dadas pelos assistentes sociais a essas demandas e, dentre elas, a assessoria técnica aos conselheiros representantes dos usuários e dos profissionais de saúde. Essa assessoria pode ser efetivada por meio de diferentes maneiras, ou seja, pode ser uma assessoria cotidiana ou mais pontual, presente nas reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho, além dos fóruns de discussão. A assessoria é uma demanda que tem sido colocada aos assistentes sociais, mas que pode ser respondida por uma equipe interprofissional.

As ações que viabilizam as assessorias também variam de acordo com a demanda e com o tipo de assessoria realizada. São elas: a organização da documentação dos conselhos; a organização de Plenárias de Conselhos de Saúde; a elaboração de cartilhas sobre controle social e política de saúde; a pesquisa de temas para as oficinas; a realização de oficinas; a elaboração das atas de reuniões do conselho; a idealização do boletim informativo do conselho; a elaboração de planos de saúde com propostas de participação popular, que devem conter o diagnóstico de saúde da localidade

e o plano propriamente dito; a realização de reuniões periódicas, que discutam previamente a pauta da reunião dos conselhos; a pesquisa sobre a realidade das unidades de saúde da área e do movimento popular da região; a realização de cursos de capacitação de conselheiros, contendo os seguintes eixos: conceito de saúde, política de saúde, participação e controle social; o acompanhamento dos conselhos; a realização do perfil do conselheiro; e o incentivo à realização e participação no orçamento participativo.

Registram-se, aqui, os principais autores que vêm pensando as demandas e respostas dadas pelo Serviço Social ao controle social na saúde: Simionatto e Nogueira (1994), Soares e Dias (2001), Vieira (1995, 1996), Valdilene Viana (1995), Valdilene Viana e Vieira (2000), Bravo (1995, 1996, 1997, 1998, 2000), Santana (1995), Ribeiro, Rainha, Porto e Matos (1995), Leal de Oliveira (2000). Destaca-se, também, a contribuição de Raichelis (1998) ao debate do controle social na área da assistência social.

Controle Social na saúde: uma demanda ao Serviço Social - respostas prático-políticas

Atualmente, existem quatro condições de vinculação das pessoas aos conselhos de políticas e direitos, quais sejam: *conselheiros*, quando representam alguma entidade ou instituição; *apoio técnico e/ou técnico administrativo*, trata-se de um profissional que assessora os conselhos, desenvolvendo ações de caráter técnico-político ou técnico-administrativo, são funcionários dos órgãos públicos (secretarias municipais ou estaduais) que dão sustentação legal aos conselhos; *assessores*, quando desenvolvem ações de capacitação técnico-política junto aos conselheiros, em geral estão vinculados às universidades; e *observadores*, que participam desses fóruns com o objetivo de se apropriarem da discussão da saúde travada no conselho. Em geral, são pessoas que reconhecem no conselho o potencial de decisão acerca das políticas públicas e de democratização da informação, por isso insistem em dele participar. Em alguns conselhos, a depender da correlação de forças existente na ocasião da elaboração do regimento interno do conselho, os observadores têm direito apenas a voz; em outros, nem esse direito.

Os assistentes sociais têm uma maior inserção nos conselhos de assistência social e de saúde.¹¹ Realidade diferente foi identificada pelo levantamento feito pelo CRESS 7ª Região em 34 municípios do Estado do Rio de Janeiro, em agosto de 2000 – mesmo período dessa pesquisa. Nesse levantamento, os conselhos que concentram o maior número de assistentes sociais – na condição de conselheiro – são os conselhos municipais de assistência social (com 74 assistentes sociais), seguidos dos conselhos municipais dos direitos da criança e do adolescente (com 33 assistentes sociais). Os conselhos de saúde contam com a presença de apenas nove assistentes sociais, na condição de conselheiros.

Os profissionais que desenvolvem ações de assessoria junto aos conselhos estão, na sua maioria, vinculados à universidade, o que significa ser a assessoria, neste momento, atividade quase exclusiva desta instituição. Identificou-se, porém, que alguns assistentes sociais estão vinculados ao poder público – subsecretarias de saúde – realizando essa mesma atividade. Os assistentes sociais que estão inseridos nos conselhos de saúde na qualidade de conselheiros, embora representem ambos os segmentos, na sua maioria representam os profissionais de saúde.

Tem-se como hipótese que a relação estabelecida pelas entidades ou instituições com as suas bases contribuem significativamente para o potencial político dos conselhos de saúde. Assim, se existem entidades dos movimentos sociais combativas e propositivas presentes nos conselhos, a possibilidade de se ter uma política pública voltada para os interesses da classe trabalhadora é maior. Para isso, foram utilizados alguns elementos que podem ser entendidos como termômetros para verificar a representatividade das entidades dos assistentes sociais perante as suas bases e os conselhos de saúde, quais sejam:

- ♦ *mecanismo de escolha das entidades representadas pelos assistentes sociais para compor o conselho. Se a Conferência de Saúde é o maior fórum de deliberação*

¹¹ Essa afirmação tem sua sustentação na pesquisa para a dissertação de mestrado *Serviço Social na Saúde: contribuições políticas e profissionais ao exercício do controle social*, realizada com doze assistentes sociais inseridos nos conselhos de saúde do Rio de Janeiro, por meio de aplicação de um questionário, durante o II Encontro Estadual da Seguridade Social, em agosto de 2000.

dessa política, considerando a sua área de atuação, a eleição das entidades que compõem o conselho deve se dar nesse fórum, precedida de discussão sobre critérios de elegibilidade dessas entidades. A eleição das entidades na conferência foi um mecanismo respeitado por apenas 50% das instituições representadas por assistentes sociais nos Conselhos de Saúde;

- ♦ *mecanismo de escolha do assistente social conselheiro para participar do conselho* é, em geral, a eleição, entretanto, alguns assistentes sociais ainda são indicados;
- ♦ *a relação estabelecida entre o assistente social conselheiro e a entidade e/ou instituição que representa*, na qual percebeu-se que os assistentes sociais conselheiros repassam para as entidades que representam as deliberações das reuniões dos conselhos como também suas discussões. Entende-se que, com isso, as temáticas discutidas nos conselhos são socializadas, ao menos, com a diretoria da entidade.

Foi possível, também, identificar que existem algumas formas de repasse das informações do conselho de saúde, viabilizadas pelos assistentes sociais, para as entidades/instituições que estes profissionais representam, quais sejam: reuniões ordinárias da entidade, na qual colocam como ponto de pauta a inserção no conselho de saúde; reuniões específicas sobre o tema junto à diretoria da entidade; elaboração de relatórios específicos sobre a inserção nos conselhos; e elaboração de relatórios gerais de atividades, dentre as quais a participação no conselho de saúde. Cabe dizer que a forma mais utilizada é o repasse de informações por meio de reuniões ordinárias da entidade.

A maioria dos assistentes sociais conselheiros consegue estabelecer relações com as entidades que representa, garantindo a discussão, ou pelo menos, o repasse das informações sobre as questões que envolvem a sua presença no conselho. Identificou-se também que há aqueles que não conseguem estabelecer qualquer relação com as entidades que representam, mas permanecem no espaço do conselho. É para essas pessoas que as entidades da categoria, especialmente, os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESSs) e as universidades precisam dar maior atenção, pois se

a relação com a entidade que representa é inexistente, qual é a sua legitimidade para participar do conselho enquanto representante de qualquer segmento, principalmente de profissional de saúde?

Sobre as temáticas mais discutidas nas reuniões dos conselhos, ressalta-se as denúncias, o que demonstra, mais uma vez, que esses espaços são poucos propositivos, caracterizando-se como fóruns de denúncias e de reivindicações. Além disso, de acordo com a pesquisa realizada, as temáticas que envolvem possibilidades de proposição como *Política Municipal de Saúde e Plano Municipal de Saúde* são aquelas menos discutidas nas reuniões dos conselhos. Como segundo tema mais discutido têm-se a conferência, que, por ser o maior fórum de deliberação da política de saúde em cada esfera de governo, aglutina uma grande correlação de forças. Nas variadas instâncias de governo, o embate entre os segmentos do conselho é iniciado antes da conferência, em razão da sua realização ou não, mesmo sendo esse fórum assegurado por lei federal (nº 8.142/90), a exemplo das três últimas conferências nacionais de saúde.

O exame de denúncias é apontado como a ação mais operacionalizada pelos conselheiros, seguida da fiscalização de ações e serviços de saúde, de entidades públicas e privadas. O impasse vivido pelo conselho pode ser explicitado pela lacuna existente entre a fiscalização e a formulação de políticas de saúde, expressa nos planos municipais, por exemplo. Dessa forma, pode-se dizer que o conselho ao receber a denúncia concentra esforços para apurá-la, por meio das ações de fiscalização. Entretanto, após essa investigação, não consegue propor ações na perspectiva de soluções dos problemas que originaram as denúncias.

No que se refere aos impasses colocados ao controle social exercido pelos conselhos paritários, os assistentes sociais apontaram cinco questões que lhes chamaram a atenção:

1) *a fragmentação das políticas públicas*: que atinge diretamente a concepção de saúde afirmada pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei nº 8080/90, que apontam como seus determinantes e condicionantes o objeto de outras políticas públicas, que não apenas a saúde, como a educação, o lazer, a cultura, a alimentação, o emprego, a moradia, dentre outras;

2) *a falta de capacitação dos conselheiros*: demanda que vêm sendo absorvida, em sua grande maioria, pelos assistentes sociais, e que é portadora de uma dimensão técnica e política. *Técnica*, porque deve abordar aspectos do arcabouço jurídico-legal da política de saúde, da concepção de saúde e a sua aplicabilidade na realidade brasileira, dos mecanismos de controle social, do orçamento e do financiamento da saúde. E *política*, porque as questões estritamente técnicas devem ser politizadas. É preciso lembrar que não se trata de uma capacitação que terá o mesmo objetivo que a formação política orientada pelos partidos políticos, mas que alerta os conselheiros para possíveis recursos e intervenções que possam ocorrer no confronto de interesses ocorrido no espaço dos conselhos;

3) *a não execução por parte do poder público das deliberações dos conselhos*: alguns gestores, contrários à descentralização com controle social, não reconhecem nos conselhos um espaço privilegiado para as deliberações da política de saúde, por isso acabam não priorizando esse fórum. Ao não participarem, consideram-se eximidos de quaisquer responsabilidades para com a execução das deliberações dos conselhos. Dessa forma, esses gestores também contribuem para o aumento das dificuldades em relação às proposições do controle social, quando não viabilizam aquelas que são aprovadas;

4) *falta de assessoria técnica para os conselhos*: a assessoria pode ser viabilizada por dois caminhos – pela universidade e pelo poder público. Pela universidade, por meio de seus projetos de pesquisa e extensão, publicizando, portanto, o conhecimento socialmente produzido e acumulado acerca do debate do controle social e da descentralização. E pelo poder público, por meio de profissionais que façam um acompanhamento das questões técnicas, políticas e administrativas do conselho. Em governos contrários às experiências conselhistas, qualquer assessoria vive muitos impasses na implementação do seu trabalho, inclusive, aquela vinculada à universidade. Nesses casos, e assegurada a autonomia da universidade, o caminho é a prestação da assessoria apenas a um ou dois segmentos do conselho, como os usuários e profissionais de saúde;

5) *a falta de articulação dos conselheiros com as suas bases*: agravada pelo refluxo dos movimentos sociais, ganhando centralidade no debate o potencial político dos conselhos.

Como estratégias para o fortalecimento dos conselhos, ressaltam-se: a *capacitação continuada para os conselheiros* que supõe uma intervenção constante, possível por meio de uma assessoria permanente, que congregue as dimensões políticas, técnicas e administrativas de um conselho; a *articulação de um fórum integrado de conselhos*, que visa superar a fragmentação das políticas públicas, pelo menos ao nível da discussão entre os conselheiros; a *articulação entre representantes dos usuários e dos trabalhadores de saúde*, considerando os interesses comuns presentes na luta pela saúde pública; a *liberação da carga horária dos conselheiros para a realização das atividades do conselho*. De acordo com esta pesquisa, observou-se que nem todos possuem liberação de carga horária de seu trabalho para a participação no conselho. Mesmo assim, a carga horária destinada aos assistentes sociais para a participação nas atividades do conselho está concentrada entre cinco (5) a dez (10) horas semanais.

A maioria dos assistentes sociais defende o projeto da Reforma Sanitária e os seus princípios contidos no SUS, tais como: melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um novo modelo assistencial, pautado na integralidade e equidade das ações, controle social exercido por conselhos paritários, descentralização e democratização do poder. Entretanto, identificamos profissionais que defendem o Projeto de Saúde Voltado para o Mercado ou Privatista e os princípios estratégicos das ações focais, com vistas a atender a população mais empobrecida e a seletividade das ações, garantindo um mínimo aos que não podem pagar.

Os instrumentos legais mais utilizados por esses profissionais nos conselhos são: a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica de Saúde (LOS), ficando o Código de Ética Profissional (CEP) e a Lei de Regulamentação da Profissão dos Assistentes Sociais em um plano secundário. Contraditoriamente, todos os assistentes sociais afirmam que utilizam os princípios do CEP para orientar sua intervenção nos conselhos, com ênfase na ampliação e consolidação da cidadania, equidade, justiça social e defesa dos direitos humanos.

Conclui-se enfatizando que pode existir uma tendência de apropriação enviesada do projeto ético-político profissional, haja

vista que tanto o projeto profissional quanto o projeto de reforma sanitária têm origem no mesmo projeto societário – a democracia de massas. Assim, não é possível conceber um mesmo profissional defendendo o Projeto de Saúde Voltado para o Mercado e o Projeto Ético-Político Profissional. Como aponta Matos (2000, p. 100), uma atuação em Serviço Social na saúde que queira ter como norte os princípios da justiça social, da democracia e da igualdade tem, necessariamente, de estar fundamentada nos princípios do Projeto Ético-Político Profissional e do Projeto da Reforma Sanitária.

Por fim, ressaltam-se duas tendências centrais no debate travado por vários segmentos acerca dos conselhos de saúde como mecanismos de controle social, e que acabam por refletir no assistente:

- ♦ a primeira consiste em considerar que os conselhos estabelecem de fato, um canal de comunicação com a sociedade, sendo receptor de suas demandas e interferindo nas decisões governamentais, negociando com o poder público sobre as suas deliberações. A essa tendência, somam-se elementos de utopia e consenso sendo, por isso, caracterizada por um certo “otimismo utópico”;
- ♦ a segunda considera que a conjuntura atual conforma o maior obstáculo para o avanço da reforma democrática do Estado na saúde, consubstanciada na proposta do SUS, tensionando ainda mais o espaço dos conselhos. Essa tendência pode ser caracterizada por um certo “pessimismo realista”.¹² Porém, uma dada polêmica é percebida ao fundo desse debate, que faz com que uma direção entenda os conselhos como espaço de cooptação e, por isso, defenda o esvaziamento desses espaços; e outra, que consciente das adversidades postas pela realidade, enfrenta o desafio da transformação desses espaços, enfatizando seu potencial democratizante.

Essa análise sobre a inserção dos assistentes sociais junto aos conselhos de saúde marca a ainda reduzida, mais potencial, contribuição do profissional de Serviço Social ao exercício do controle

¹² Para a elaboração teórico-política sobre os conselhos de saúde e a inserção dos assistentes sociais nestes espaços, referenciamos em Gramsci, apropriando-nos do seu pessimismo na análise bem como do seu otimismo na ação.

social na saúde, e, portanto, ao processo de democratização do Estado e da sociedade na atual conjuntura.

Algumas considerações

Ao resgatar a agenda contemporânea da política nacional de saúde, é possível perceber que sua história é marcada por ações de caráter individual, medicalizante, voltadas para a produção e reprodução da força de trabalho e, conseqüentemente, para a ampliação do capital. Como exemplos do exposto, destacam-se: no início do século XX, o sanitarismo campanhista, que objetivava o combate às endemias, salvaguardando o modelo agroexportador; o período que vai de 1923 até os anos de 1970, quando predominou a saúde previdenciária, por meio inicialmente das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), posteriormente dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), e do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – em 1966, que teve uma lógica privatizante –, pois parte do arrecadado era repassado aos grupos médicos privados e laboratórios internacionais.

O projeto de democratização da saúde, construído nos anos 80 e referendado pela Constituição Federal de 1988, vem sofrendo a partir dos anos 90 violentos ataques por parte da contra-reforma neoliberal para o setor. É importante sinalizar que esse processo não se restringe ao setor saúde, abrangendo a gestão pública, de forma mais geral. Mais uma vez, são notórios os avanços da economia política do capital sobre a economia política do trabalho, neste caso, no setor saúde.

Contudo, o projeto da Reforma Sanitária, ao buscar a democratização do Estado e da sociedade brasileira, conquistou importantes vitórias no plano jurídico-legal, com destaque para os “constructos institucionais inovadores”, nas palavras de Carvalho (1997), denominados conselhos e conferências de saúde. Espaços onde se confrontam diversos interesses na construção da política pública de saúde.

Diferentes entendimentos sobre os conselhos foram percebidos no decorrer deste texto, cada um deles vinculado a distintas perspectivas teóricas e políticas.

O primeiro apreende a contradição de classes como questão central desses espaços, encarando-os como arena de conflitos, onde estão em jogo interesses antagônicos. A política de saúde será definida nesse jogo de forças. Essa perspectiva tem referencialidade em Gramsci. O segundo entendimento define os conselhos como *locus* de consenso, onde diferentes interesses são pactuados. Essa concepção baseia-se em Habermas. Constatou-se também o entendimento que os conselhos são espaços de cooptação da sociedade civil por parte do poder público (ou dos detentores do poder). O confronto de posições, nessa perspectiva, desaparece. Outra concepção dos conselhos é apontada pela tendência neoconservadora da política, que questiona esses espaços.

Essas perspectivas, presentes na sociedade brasileira, têm um rebatimento direto no trabalho dos profissionais de Serviço Social.

A pesquisa realizada com os assistentes sociais no Rio de Janeiro marca a ainda reduzida, mais potencial, contribuição dos assistentes sociais ao exercício do controle social na saúde e, portanto, ao processo de democratização do Estado e da sociedade.

No que se refere à intervenção profissional, foi possível notar como o controle social na saúde, ou melhor, os conselhos de saúde como um dos seus mecanismos, requerem especial atenção dos assistentes sociais, respondida sob a forma de assessoria – pontual ou cotidiana –, mas que conforma mais uma demanda para os profissionais de Serviço Social. Esta pode ser caracterizada como nova devido à inovação da experiência conselhistas – espaço de enfrentamento direto e constante entre o poder público e a sociedade, agora, com a nova racionalidade que o compõe, diferente das ações de desenvolvimento de comunidade dos anos 60 e 70. Pretende-se, na atualidade, qualificar usuários e profissionais de saúde para o controle da esfera pública, nos termos de Raichelis (1998), politizando-os e instrumentalizando-os tecnicamente para o debate sobre as questões atinentes a saúde,¹³ apresentação de proposições concernentes ao Projeto da Reforma Sanitária e fazer a crítica a propostas e discursos competentes, mas que trazem no seu bojo,

¹³ Cabe ressaltar, que no geral, o conteúdo das assessorias dizem respeito aos seguintes temas: histórico da política de saúde no Brasil, modelos assistenciais, modelos de gestão, financiamento, controle social e Legislação do SUS.

a perversidade da lógica neoliberal, que por meio da reforma do Estado, ou melhor dizendo, da contra-reforma do Estado, segmenta, “sucateia” e privatiza os serviços públicos de saúde.¹⁴

O Serviço Social na saúde vem, ao longo dos últimos anos, buscando a superação de seu trabalho profissional, que historicamente foi centrado nas ações focalizadas, burocráticas e subordinadas à prática hegemônica da medicina. As ações ao nível do planejamento das políticas de saúde, ou mesmo da assessoria, caracterizam-se enquanto demanda potencial e institucional colocada aos assistentes sociais, fazendo com que o profissional deixe de atuar apenas como executor terminal da política social, nos termos de Netto.¹⁵

Os conselhos são espaços onde os assistentes sociais podem ter diversas inserções: representando os diversos segmentos, ou assessorando o conjunto dos conselheiros ou algum segmento em particular, ou como observadores.

Os profissionais que desenvolvem ações de assessoria junto aos conselhos estão na sua maioria, vinculados à universidade, conforme já identificado. A pesquisa identifica ainda alguns assistentes sociais que estão vinculados ao poder público – subsecretarias de saúde – realizando essa atividade. Estes assessores foram formados por universidades públicas durante a década de 90, do século passado.

Os assistentes sociais que estão inseridos nos Conselhos de Saúde na qualidade de conselheiros, embora representem os diversos segmentos, sua maioria representa os profissionais de saúde. São formados tanto por universidades públicas como privadas. As instituições em que trabalham são, majoritariamente, públicas, concentradas nas unidades de saúde, universitárias ou não.

A participação nos conselhos é um desafio que pode caminhar no sentido de fazer avançar a democracia, estando na contra-

¹⁴ O melhor exemplo para isto é o do INCA, hoje gestado pela Fundação Ary Frauzino, é o mais bem sucedido exemplo de Organização Social.

¹⁵ É importante lembrar que continuam sendo reclamadas pela população e hoje, pelas outras categorias que atuam em conjunto com o Serviço Social nas unidades de saúde, respostas técnico-operativas do ponto de vista das ações educativas, preventivas e assistenciais previdenciárias.

corrente das proposições hegemônicas presentes na atual conjuntura brasileira. Os assistentes sociais podem ter uma contribuição significativa nesse processo, conforme foi verificado neste artigo, fortalecendo o projeto ético-político da categoria construído nos últimos vinte anos, fornecendo subsídios para a implementação da agenda política das entidades no fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária como também, do Projeto de Democracia de Massas.

Bibliografia

- ABREU, Marina Maciel. A relação entre o Estado e a Sociedade Civil: a questão dos conselhos de direitos e a participação do Serviço Social. *Serviço Social & Movimento Social*, São Luís, n. 1, 1999.
- ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999.
- BEHRING, Elaine R. O Brasil e a mundialização do capital: privatização, deslocalização e flexibilização das relações de trabalho. In: SERRA, Rose (Org.). *Trabalho e reprodução: enfoques e abordagens*. São Paulo: Cortez, PETRES/FSS, UERJ, 2001.
- BENEVIDES, Maria V. de M. *A cidadania ativa: referendo, plebiscito e iniciativa popular*. São Paulo: Ática, 1998.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, 1988.
- BRAVO, Maria Inês Souza. *Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.
- _____. *Democracia e saúde: o potencial de intervenção dos movimentos sociais urbanos na formulação das políticas públicas: a contribuição dos Conselhos de Saúde*. Relatórios de pesquisa enviados ao CNPq. Rio de Janeiro, 1998 e 1999 (datilogr.).
- _____. A política de saúde na década de 90: projetos em disputa. *Superando Desafios: Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, Rio de Janeiro, n. 4, 1999.
- _____. Gestão democrática na saúde: a experiência dos conselhos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. In: ENCONTRO NACIONAL

- DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL.7. *Anais...* Brasília: ABEPSS, 2000.
- _____. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira (Org.). *Política social e democracia*. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2001.
- _____. *A sociedade civil na defesa da saúde: a contribuição dos conselhos*. Rio de Janeiro, 2001. (datilogr).
- _____. Controle Social na Saúde: uma demanda ao Serviço Social. In: ENCONTRO DE SERVIÇO SOCIAL NA ESFERA DA SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL. *Caderno de Comunicações do 1º...* Belo Horizonte, CFESS, CRESS / 6ª Região, ABESS, ENESSO, 1997.
- _____. Gestão democrática da esfera pública de saúde: a contribuição dos assistentes sociais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. 9. *Caderno de Comunicações do...* Goiânia: ABESS/ CEDEPSS; CFESS; ENESSO; CRESS-8ª e 19ª Regiões, 1998.
- _____. Saúde e democracia: os conselhos de saúde da região metropolitana do Rio de Janeiro. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL. 6. *Anais*. Brasília: ABEPSS, 1998.
- BRAVO, Maria Inês Souza et al. Plano Municipal de Saúde do Município de Duque de Caxias: uma proposta do movimento popular. CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. 8. *Caderno de Comunicações do...* Salvador: ABESS/CEDEPSS; CFESS; ENESSO; CRESS/ 9ª Região, 1995.
- CAMPOS, E. B.; MACIEL, C.A.B. Conselhos Paritários: O enigma da participação e da construção democrática. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: n. 55, 1997.
- CARVALHO, Antônio Ivo de. *Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE, IBAM, 1995.
- CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. 9. *Relatório das Sessões Temáticas*. Goiânia, CFSS, 1998
- CORREIA, Maria Valéria Costa. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.
- CORTES, Soraia Maria Vargas. Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 3, 1998.
- COUTINHO, Carlos Nelson. *O estruturalismo e a miséria da razão*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1972.

- _____. *Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- _____. *Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo*. São Paulo: Cortez, 2000.
- DAGNINO, E. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: DAGNINO, E. *Os anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- _____. Cultura, Cidadania e democracia: a transformação dos discursos e práticas na esquerda latino-americana. In: ALVAREZ, Sonia E., DAGNINO, Evelina; ESCOBAR, Arturo (Orgs.). *Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos: novas leituras*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2000.
- GONH, Maria da Glória. Conselhos populares e participação popular. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 34, 1990.
- _____. *Conselhos Gestores: participação socio-política*. São Paulo: Cortez, 2001.
- GUERRA, Yolanda. O Brasil (do) real: alguns elementos para pensar a reforma do Estado no Brasil. In: GUERRA, Yolanda. *A racionalidade hegemônica do capitalismo no Brasil contemporâneo: uma análise das suas principais determinações*. São Paulo, 1998. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- INGRAO, Pietro. *As massas e o poder*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.
- OLIVEIRA, Lêda Maria Leal de. Conselhos de Saúde: educação e participação popular. In: ENCONTRO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL E SEGURIDADE. 2. *Caderno de Comunicações do...* Porto Alegre: ABEPSS; CFESS; CRESS 10^a, 11^a e 12^a Regiões; ENESSO, 2000.
- LEI nº 8080, 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*.
- LEI nº 8142, 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 da saúde e dá outras providências*.
- MARTINS, Carlos Estevan. *O circuito do poder*. São Paulo: Entrelinhas, 1994.
- MOTA, Ana Elizabete. *Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre*

- as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90.* São Paulo: Cortez, 1995.
- NETTO, José Paulo. *Democracia e transição socialista: escritos de teoria e política.* Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990.
- _____. *Crise do socialismo e ofensiva neoliberal.* São Paulo: Cortez, 1993
- NOGUEIRA, Marco Aurélio. A dimensão política da descentralização participativa. *Rio de Janeiro: Perspectiva: políticas públicas: o Estado e o Social*, São Paulo, n. 11, 1997.
- _____. Gramsci desembalsamado: em torno dos abusos do conceito de sociedade civil. *Em Foco*, Juiz de Fora, n. 5, 2000 / 2001.
- _____. *Ciclo de conferências sobre Estado, sociedade civil e gestão participativa.* Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2002.
- OLIVEIRA, Francisco. *Os direitos do Antivalor: a economia política da hegemonia imperialista.* Petrópolis: Vozes, 1998.
- POULANTZAS, Nicos. *O Estado, o poder e o socialismo.* Tradução Rita Lima. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.
- RAICHELIS, Raquel. *Esfera pública e os conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática.* São Paulo: Cortez, 1998.
- RIBEIRO, Adriana; RAINHA, Danielle; PORTO, Fabíola; MATOS, Maurílio. Assessoria ao Fórum de Estudos Populares da Saúde de São Gonçalo. CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. 8. *Caderno de Comunicações do...* Salvador: ABESS/CEDEPSS; CFESS; ENESSO; CRESS-9ª Região, 1995.
- SANTANA. Municipalização: qual é o caminho? Uma história de lutas. CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. *Caderno de Comunicações.* Salvador: ABESS/CEDEPSS; CFESS; ENESSO; CRESS/ 9ª Região, 1995.
- SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera. Políticas de saúde: do projeto formal à prática concreta. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 44, 1994.
- SOARES, Jinadiene da Silva; DIAS, Maria Lucymar da Silva. A efetividade do controle social no Conselho Estadual de Alagoas. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 65, 2001.
- _____. *A cidadania inexistente: incivilidade e pobreza.* São Paulo, 1992. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade de São Paulo.
- _____. Sociedade Civil e a construção de espaços públicos. In: DAGNINO, Evelina. *Os anos 90: Política e Sociedade no Brasil.* São Paulo: Brasiliense, 1994.
- TELLES, Vera da Silva. *Pobreza e cidadania.* São Paulo: Editora 34, 2001.

- VIANA, Valdilene. Impedimentos à participação popular nas políticas públicas municipais de saúde: a questão da desinformação e do despreparo para lidar com o orçamento público. CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. 8. *Caderno de Comunicações do...* Salvador: ABESS/CEDEPSS; CFESS; ENESSO; CRESS/ 9ª Região, 1995.
- VIANA, Valdilene; VIEIRA, Ana Cristina de Souza. O processo de capacitação do conselheiro municipal de saúde e o exercício do controle social no Estado de Pernambuco. ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL. 7. *Anais*. Brasília: ABEPSS, 2000.
- VIANA, Maria Lúcia Werneck. As armas secretas que abateram a seguridade social. In: LESBAUPIN, Ivo (Org.) *O desmonte da nação: balanço do Governo FHC*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- VIEIRA, Ana Cristina de Souza. Controle Social na Saúde: estratégias de crescimento. ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL. 5. *Anais*. Rio de Janeiro: ABESS/CEDEPSS; FSS/ UERJ, 1996.
- VIEIRA, Ana Cristina de Souza et al. Gestão popular e direito à saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. 8. *Caderno de Comunicações do...* Salvador: ABESS, CEDEPSS; CFESS; ENESSO; CRESS-9ª Região, 1995.
- WANDERLEY, Luiz Eduardo. Participação popular: poder e conselhos. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, n. 5, 1991.