

A construção do SUS: o reconhecimento dos seus limites na fala de conselheiros¹

Tania Regina Kritger²

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 não participaram de todo este movimento de reivindicação e reconhecimento dos direitos, agora tendo a responsabilidade de implementá-los sentem a falta destas 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 destes espaços, socializarem tal proposta política e serem sustentação orgânica de tais princípios junto a sociedade.

Abstract: The construction of today's health policies : recognizing its limits in the counselors' speeches . The process of implantation of the T-lealth United System (SUS) and the counselors' practice in the health area have been suffering with the limits established by the Sanitary Reform Movement. The analysis of these limits is based on the speeches of municipal health counselors, who have the responsibility of along, with the public power, implant the SUS. However, as they didn'tjoin this rnovement ofreivindication and recognition ofrights since its beginning, and now have the responsibility of irnplariting them, they rmiss these references and end up reproducing traditional practices in our political habits. The proposition of *politicalpedagogy*, to be built in the Councils' space, could be a way to prepare the different social groups to participate actively in these spaces, to socialize such political proposal and to be the organic support of such principies along the society.

¹ 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*.

² Professora, Assistente Social e Mestre em Educação e Cultura pela Universidade do Estado de Santa Catarina— UDESC.

Esta última década viu emergir no Estado brasileiro uma série de Conselhos paritários que vêm exercer função de deliberar e controlar as ações das políticas públicas. Os Conselhos, como um novo locus do exercício do poder político aparecem no momento da regulamentação dos direitos sociais, reconhecidos amplamente na Constituição de 1988. A partir desta perspectiva o espaço centralizado do Estado foi alargado e suas isoladas práticas políticas pareciam já não encontrar terreno propício. A sociedade passou a ter papel decisivo nos momentos de deliberações e controle das ações do poder público que dizem respeito à vida sociopolítica.

No que se refere às políticas públicas, os debates e as práticas estão acontecendo num 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 estão isolados dos demais movimentos sociais que marcaram o período de redemocratização e o estabelecimento da 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 sociopolítica da saúde. Tal Movimento levou ao reconhecimento da saúde como direito e obrigação do Estado. Direito que foi regulamentado em 1990 com o estabelecimento do SUS, no qual se previu, para sua efetivação, gestão paritária a partir da constituição de Conselhos, abertos à participação de representantes de diferentes segmentos da sociedade civil, nas três esferas de governo.

Como instrumentos privilegiados para fazer valer os direitos e necessidades sociais, os Conselhos estão desafiando e colocando em cheque os limites institucionais, rompendo 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, possuem, como proposta o estabelecimento de uma relação de outra forma e 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. 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.

A partir destas breves referências ao novo reordenamento sociopolítico na gestão das políticas públicas, especialmente as de saúde, vou desenvolver as análises seguintes a partir do entendimento que conselheiros municipais de saúde de São José/SC³ têm da formação do arcabouço legal.

³ São José/SC é um município situado ao lado de Florianópolis, com 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, 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. A presente pesquisa se refere a gestão jul/96 a jul./98.

Observando as plenárias do Conselho e sua documentação notou-se que não tem passado pelas discussões o conhecimento do aparato legal que estabelece as 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 que se consolidou com a regulamentação da atual política de saúde. A composição/formação heterogênea do Conselho Municipal de Saúde - CMS - parece não ser levada em conta quando se trata de discutir ou encaminhar qualquer assunto. Situação esta que ilustra a fala de Lindblon (1977; apud Offe, 1984:61), 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”.

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, estes usuários, que o primeiro contato com este projeto político maior foi como 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”.

Sem a possibilidade de deixar de reconhecer os avanços legais que o Movimento da Reforma Sanitária implementou, atribuindo-o como uma conquista dos setores populares. Percebemos-lo como um movimento não muito popular, no sentido de que não se conseguiu fazer dele um sentimento e necessidade coletiva na sociedade brasileira, exceção de experiências locais bem sucedidas⁴. E mesmo após o seu reconhecimento legal seus agentes idealizadores, defensores e simpatizantes não conseguiram ainda torná-lo conhecido em seus princípios junto aos diferentes segmentos sociais.

Salienta-se que entre as dificuldades da construção e implementação dos princípios da Reforma estão as resistências que vieram de segmentos hegemônicos tradicionais do meio político e econômico e de vários segmentos sociais, que podem ser exemplificados com os serviços de medicina de grupo e o corporativismo médico. Sem dúvida, observa-se ainda, que as resistências a mudanças no atual padrão societário de gestão das políticas sociais públicas

⁴ Nos debates sobre a viabilidade do SUS as experiências das cidades de Olinda, Recife, Londrina, Curitiba, Niterói e Santos são sempre referenciadas

estão cristalizadas em nossa cultura política⁵ que, com suas fortes práticas clientelistas e patrimonialistas, torna-se quase impermeável a uma proposta de dimensão pública e democrática.

Teixeira (1989:39) 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”. Preocupa-me se este 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 isto 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 clientelistas 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, 1997:03). Estas forças estão cristalizadas e resistem à sua supressão, impedem a instalação de novos modelos, no caso o acesso universal aos direitos sociais. Como estratégia permitem mudanças de conjunturais agregando junto à sua estrutura as novas aptidões e necessidades colocadas pelos atores **sociais**.⁶

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.

Na minha perspectiva, na atual cultura política caracterizada pela meritocracia e casuismo, a necessidade de um Sistema Único de Saúde com princípios de descentralização, igualdade de acesso e universalidade não foi sentida igualmente por toda população, principalmente nas camadas populares que só possuem a possibilidade de realizar seu direito à saúde com os serviços do sistema público. “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, 1997:96).

Caracterizo o Movimento de Reforma Sanitária como um movimento surgido nos centros urbanos maiores que 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 deste contexto, experiências de alguns municípios de pequeno e médio porte estão na frente quanto ao processo de implementação do SUS.

⁵ O mundo das relações sociais produz significados, conteúdos e comportamentos culturais que se relacionam com o mundo da política. Na perspectiva de Moisés (1995; apud Krohling, 1997:137) cultura política, envolve entre outras coisas, a generalização de um conjunto de valores, orientações para a ação, atitudes e comportamentos políticos e, resulta tanto de processos originários de socialização, como da experiência política ao longo da vida adulta dos seus movimentos

⁶ Relacionamos esta mudança aparente da estrutura como um fenômeno próprio do poder, ilustrado nas palavras de Foucault (1993: 46) “Na realidade, a impressão de que o poder vacila é falsa, porque ele pode recuar, se deslocar, investir noutros lugares (...) e a batalha continua”.

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, 1994:11). Em nosso entender esta 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 bonito enquanto idéia universal e dever do Estado, só que como eu não consigo ser atendido ah, ainda prefiro garantir que meu filho tenha uma outra garantia.”

A busca de convênios privados tem evidenciado a preocupação imediata com a doença e reforçado o uso de 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 acontecido no interior do processo de transição democrática conservadora, que 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 calcado em grandes marcos teóricos, privilegiando as instituições e a organização do aparato institucional da saúde *em detrimento do movimento real da sociedade*” (Cohn, 1996:318).

Procurando caracterizar a sobrevivência do SUS no contexto do País e o seu processo de construção, a leitura de Giovanella e Fleury (1996:188) 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”.

Este 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 assimilação deste projeto no nível da sociedade e mesmo dentro do aparato burocrático governamental tem dificultado o seu entendimento e realização.

Apesar dos limites do Movimento de Reforma Sanitária aqui apontados, como construção desvinculada do movimento real da sociedade, não duvido das intenções e comprometimento de seus atores idealizadores e defensores. Pode ser visto como um fenômeno politicamente referenciado e socialmente controverso, pois se não possuiu 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 neste 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.

A idéia de formar uma base sólida, de identificação e vivência deste 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 enquanto um novo projeto para melhor encaminhar as questões sociais, no caso as da 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 décima 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”.

Isso nos impõe uma tarefa de repensar criativamente a formação de bases sólidas para a implementação de uma nova 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 estas percepções possuem 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. (...) 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 linguagem dos usuários e, portanto, formar uma base pedagógica, para além das dimensões curativas, preventivas e promocionais da saúde. Requer pensar e repensar 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 no serem descolados dos projetos políticos. No entanto, este conselheiro indicando a superficialidade de conhecimentos que detém enquanto participante do Conselho, procura demonstrar que este espaço pode ser a instância que permita o conhecimento de todo este aparato legal.

Nesta direção, entendo 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 este espaço está dado, percebo como momentos privilegiados para que se construa esta pedagogia com 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.

Desempenham, aqui, papel fundamental os intelectuais⁷ (no sentido gramsciano), que se caracterizam pelo lugar e função desempenhada no conjunto das relações sociais e no caso dos Conselhos, os profissionais de saúde que podem estar desempenhando este papel. 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, enquanto proposta política de ocupação do espaço público.

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, 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 profissionais⁸. Esta relativa falta de identificação dos profissionais de saúde com 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 proposta⁹.

A construção desta pedagogia pode ser motivada também por parte do Estado, na medida em que busque ampliar as relações entre governantes e governados. Isto é indispensável para os conselheiros explicitarem, defenderem e negociarem os interesses dos seus segmentos, sob pena desta 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.

Na pesquisa observou-se um código comum entre os que *não conhecem* ou *não sabem* discutir o assunto em pauta: adotam uma postura de escuta. Esta 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, intimidação social, o receio, neste caso demonstrado pela adoção da postura de escuta dos que não possuem o conhecimento suficiente para fazer intervenções. Este é um sério obstáculo, segundo

⁷ Para Gramsci (1989:07) 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.

⁸ A participação e envolvimento dos profissionais de saúde no processo de implementação do SUS nos parece relevante, mas observamos no cotidiano de nosso local de Trabalho - Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, São José/SC - o pouco entendimento e envolvimento dos profissionais nesta direção. Outro exemplo: enquanto aguardávamos para fazer uma entrevista com um dos profissionais de saúde presenciamos um outro profissional dizer quando um usuário apresentou uma receita, perguntando se havia aquele medicamento: “*este medicamento ,não é fornecido pelo INPS*”.

⁹ Cohn (1996:325) analisando a experiência de gestão local na cidade de São Paulo, concluiu que “as maiores resistências á participação são identificadas nos trabalhadores da saúde e nos profissionais médicos, que vêm nessa experiência a ameaça de maior controle sobre eles. De lato, 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 esta representação se viabilize”.

Westphal (1995:44) 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.

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, 1997:100) 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 desta desigualdade, trazer à tona, torná-las conhecidas para assim poder pressupor uma igualdade que trabalhe dentro da diversidade e pluralidade.

A construção de uma pedagogia política que favoreça a emergência da democracia participativa e venha melhor 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 ressignificar suas ações e as ações do poder público, no sentido de superar nossa herança patrimonial e paroquial. 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, 1995:44), (grifo meu). Longe de pensar numa 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 (1994:10) esta formação é denominada de *educação política*, que não se constitui pronta e acabada, ela implica em 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. Este processo para a criação de novos espaços públicos exige dos seus atores dinamismo, criatividade e liberdade.

No tempo em que “a imagem da ciência torna-se frouxa, e o intelectual mais produtor de resultados precários do que de certeza duráveis” (Balandier, apud Rezende, 1997:67), persiste o desafio, o *como* fazer e viabilizar tais proposições no atual contexto. Não se trata de apresentar receitas - a dinâmica histórica já demonstrou sua inviabilidade - mas de pensar caminhos, fazer contrapontos que indiquem pelo menos *soluções* temporais e circunstanciais, pois a própria realidade - o desenrolar das relações como um universo compartilhado que esconde um emaranhado de contradições - se encarrega de colocar novos desafios. Não uma cadeia de desafios naturais, mas como causa e consequência do fato de ser social e ser humano, que coexistem e interagem numa dinâmica criadora é, por vezes, (re) produtora da vida.

BIBLIOGRAFIA

BENEVIDES, M. V. M. “*Cidadania e democracia*”. In: Revista Lua Nova, São Paulo, CEDEC, n. 33, p. 7-16, 1994.

BRASIL. *Constituição Federal*, 1998.

BRASIL. Lei n. 8.080 de 19 de set. 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.

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.

CASTILHO – VELASQUEZ, O. “A atenção à saúde da criança e da mãe sob o contexto da implementação do SUS”. In: *Divulgação em saúde para Debate*. Londrina/PR:CEBES, p. 94-98, abr./1997.

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.

GIOVANELLA, L. e FLEURY, S. “Universalidade da atenção à saúde: acesso...”. In: EIBENSCHUTZ, C. (org.). *Políticas públicas: o público e o privado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996, p.177-198.

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

KROHLING, B. E. M. *Conselho comunitário de Vila Velha (ES): um sujeito coletivo, político em movimento*. São Paulo, 1997, Tese de Doutorado, PUC/SP.

KRÜGER, T.R. Algumas idéias de Gramsci e a passagem do senso comum para o bom senso. Florianópolis, 1997, (digit.).

_____. *A estratégia conselhistas na área da saúde: a dicotomia entre o plano legal*. Fpolis, UDESC, 1998, Dissertação de Mestrado. OFFE, C. *Problemas estruturais do estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

REZENDE, A. L.M. Quotidiano, saúde e doença: um olhar compreensivo. Rio Grande: NEPETE-FURG, p. 56-76, nov./97, (digit.)

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, Dep. de Serviço Social, UFSC.

SÃO JOSÉ. Conselho Municipal de Saúde. *Atas das sessões plenárias*. ag. 1996 a dez. 1997.

SEIBEL, E. Cultura política e gestão pública: os limites político-administrativos para a efetivação de políticas públicas . Florianópolis, 1997, (digit.).

TEIXEIRA, M. “Ética e saúde: as dores do seu contexto”. In: *Divulgação em saúde para Debate*. Londrina/PR, abr./1997.

TEIXEIRA, S. F. “Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária”*Reforma Sanitária: em busca de uma teoria/ Sônia F. Teixeira (org.)*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989, p. 17-46.

TELLES, V. “Sociedade civil e os caminhos (incertos) da cidadania”. In: São Paulo em perspectiva. n.8, p.7-14,1994.

WESTPHAL, M. F. “Gestão participativa dos serviços de saúde: pode a educação colaborar na sua concretização?” *Revista saúde em debate* .Londrina/PR: CEBES, n. 47, p. 41-49, jun./1995.