

POLÍTICA NACIONAL DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA NA SAÚDE: DESENHO INSTITUCIONAL E OS SENTIDOS DA PARTICIPAÇÃO

Grasiele Nespoli

Francini Lube Guizardi

Felipe Rangel de Souza Machado

Maria Luiza Silva Cunha

Márcia Cavalcanti Raposo Lopes

INTRODUÇÃO

A atuação do movimento sanitário e a presença recorrente de seus componentes na burocracia estatal são fatores reconhecidos como determinantes no processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de suas políticas públicas. Essa constatação pode ser ratificada pela atuação decisiva e pela crescente importância que as comissões intergestoras adquiriram, com o fortalecimento de atores políticos como o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). O indício de concentração de poder no processo

político do SUS por parte da burocracia estatal, em detrimento dos grupos e movimentos que representam os usuários do sistema, está em consonância com dificuldades e obstáculos mapeados na literatura sobre controle e participação social no SUS. Como ressalta Labra, “a primazia do estamento político-técnico aponta, todavia, para importantes indagações a respeito do controle social que fundamentou a instauração dos conselhos de saúde, visando à efetivação, por parte dos usuários, dessa função precípua” (1999, p. 163).

Em razão da consolidação recente, a partir da década de 1980, das instituições democráticas no Brasil, observamos que a formalização igualitária assegurada pelo reconhecimento dos direitos civis e políticos tem se revelado inconsistente, posto que submetida a um padrão de dominação social caracterizado por grandes hiatos e desigualdades entre as classes populares e os setores médios e altos da população. Como afirma Reis:

Se se encontram formalmente assegurados direitos civis e políticos [...], o hiato em foco redonda num *disenfranchisement* social básico que fica muito aquém da carência dos direitos sociais de Marshall e priva, a rigor, mesmo dos direitos civis a parcelas substanciais da população brasileira, dotadas apenas de uma cidadania de segunda classe (basta atentar, como exemplo, para o cotidiano das relações entre o aparato policial e repressivo do estado e as camadas mais carentes da população). (1988, p. 21)

De fato, até a referida transição democrática, o Brasil configurava-se como uma república oligárquica, caracterizada por formas patrimonialistas, personalistas e elitistas de exercício de poder, que inviabilizaram para grande parte da população brasileira direitos mínimos de cidadania. A conjunção desses determinantes resultou na prevalência histórica de relações político-sociais arcaicas, marcadas pelo signo da submissão e do favor, em que a experiência política é significada e vivida como uma concessão fundada em referências privatistas e personalistas de poder, no que Sales (1994) conceitualiza como *cidadania concedida*.

A referência a esse conceito justifica-se quando analisamos os efeitos dessa trajetória histórica, suas repercussões e possíveis implicações no presente, uma vez que as características do processo político-decisório no Brasil articulam-se diretamente às principais instituições políticas de nossa sociedade. Esse quadro permite supor que foram historicamente demarcadas clivagens entre as condições instituídas de participação política, presentes na imensa distância entre aqueles que exercem e decidem os termos de sua prática e aqueles que a ela são incorporados por extensão e concessão. Poderíamos também indagar se esse caráter privado do exercício de poder não incide na formação do Estado brasileiro, afinal, como menciona Oliveira, o lugar do Estado na formação brasileira foi decisivo na conformação de um “máximo de Estado para o mínimo de esfera pública, ou o máximo de aparência de Estado para o máximo de privatização da relação social” (1994, p. 43). Um arranjo que leva o Estado brasileiro, a despeito de suas imensas estruturas, a não se articular com os diferentes grupos sociais que o constituem.

Na experiência do SUS em particular, os conselhos e conferências de saúde têm enfrentado, de modo geral, inúmeros obstáculos à concretização das expectativas a eles vinculadas, dentre as quais se destaca o propósito de reversão do padrão de planejamento e execução das políticas de saúde, em direção à radicalização do projeto democrático de participação. Esse aspecto se expressa principalmente na restrita capacidade dos conselhos e conferências de determinar a produção das políticas públicas a partir de características locais e regionais, assim como a partir da experiência dos setores e grupos sociais implicados.

Tais questões indicam que não tem sido concretizada a intenção de tornar os conselhos e conferências espaços de vocalização dos interesses e de construção de estratégias de intervenção por grupos e setores usualmente segregados do plano institucional de deliberação política. Embora sejam frequentemente reportadas aos espaços dos conselhos, as questões e obstáculos mapeados não nos remetem apenas a eles. Ao contrário, remontam a um amplo leque

de problemas o qual sinaliza que pensar a participação política no SUS significa, hoje, enfrentar desafios como os de reconstrução da arquitetura institucional dessa participação; resgate do papel político dos conselhos e do caráter de mobilização social das conferências; o respeito e a expressão da multiplicidade dos sujeitos políticos; o reconhecimento de outras formas de organização e mesmo o debate sobre a reforma do Estado (Moroni, 2005).

Com base nas dificuldades identificadas, este capítulo tem como objetivo apresentar os desenhos institucionais da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa na Saúde, conhecida como ParticipaSUS. Para tanto, debateremos os sentidos que a participação política adquiriu no processo de implantação do ParticipaSUS, considerando, principalmente, os desafios que permeiam a relação entre representantes do Estado e da sociedade civil organizada nos fóruns de participação.

A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa na Saúde foi elaborada no âmbito da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, do Ministério da Saúde. Nesse estudo, partimos da compreensão de que a implantação do ParticipaSUS é um processo de decisão, conflito e negociação política que se concretiza em diferentes contextos institucionais na interface entre Estado e sociedade, mediante a posição e a ação dos atores e grupos sociais implicados.

Assim, procuramos produzir conhecimento sobre a forma como a participação social tem sido reconhecida e formulada no campo das políticas públicas de saúde, em especial no que diz respeito à efetiva concretização dos ideais da Reforma Sanitária brasileira, assentados na relação entre direitos sociais e cidadania; no conceito ampliado de saúde; na compreensão da proteção social como segurança social; e no projeto político de democratização do Estado e de nossas relações sociais.

A POLÍTICA NACIONAL DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA: TRAJETÓRIA E DESENHO INSTITUCIONAL

O ParticipaSUS foi criado no âmbito da Secretaria de Gestão Participativa (SGP), instituída em 2003, inicialmente com dois departamentos: o Departamento de Articulação e Acompanhamento da Reforma Sanitária e o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Nesse contexto inicial, as ações da SGP se voltaram para o estímulo e a organização de agendas públicas de saúde, com ampliação da participação e dos espaços decisórios, e “interação com os processos de descentralização, regionalização e mudanças da cultura de gestão” (Brasil, 2005, p. 1).

A criação da SGP representou a iniciativa de institucionalização de uma política orientada para o desenvolvimento de processos participativos, por meio de um conjunto de ações voltadas para o acompanhamento e avaliação do SUS, por parte de seus usuários. A configuração da secretaria mostra que, no momento de sua criação, os esforços do Ministério da Saúde estavam concentrados em acompanhar a Reforma Sanitária e havia interesse em divulgar e ampliar boas estratégias no SUS, o “SUS que deu certo”. Para garantir o acesso de usuários ao processo de acompanhamento e avaliação do SUS, a Ouvidoria-Geral foi fortalecida e passou a ter a responsabilidade de organizar e incentivar a implantação desse mecanismo de escuta da população nas três esferas de governo.

Em 2005, foi lançada a primeira versão do ParticipaSUS, que reafirmou os pressupostos da Reforma Sanitária e constituiu uma política que “orienta as ações de governo na promoção e aperfeiçoamento da gestão democrática no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil, 2005, p. 4). Da política emana uma série de ações a serem desenvolvidas para a inserção da população no controle social, no que diz respeito tanto à proposição das políticas de saúde, por meio das conferências de saúde, quanto ao acompanhamento da implantação dessas políticas nos processos cotidianos de gestão do

SUS. O ParticipaSUS também se preocupa em trazer para a gestão do sistema as populações vulneráveis: quilombolas, lésbicas, *gays*, bissexuais, transexuais e travestis, população do campo, moradores de ruas, povos da floresta. Nesse sentido, o Ministério da Saúde considera que:

Todas estas iniciativas contribuem efetivamente para a boa gestão pública da saúde, ampliando o seu comprometimento com a participação popular e a gestão participativa. Trata-se, enfim, da democratização do Estado Brasileiro, no campo da saúde, adotada como diretriz para o programa do atual governo. (Brasil, 2005, p. 3)

A primeira versão do ParticipaSUS afirma que os espaços de escuta dos cidadãos são fontes de informação privilegiadas para a gestão do SUS e situa o governo e a sociedade como corresponsáveis pelo controle social, que ainda enfrentava muitas dificuldades, particularmente, na efetiva atuação dos conselhos, que

[...] ainda enfrentam obstáculos importantes, dentre os quais podem ser destacados o não exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; as precárias condições operacionais e de infraestrutura; a falta de regularidade de funcionamento; a ausência de outras formas de participação; a falta de transparência nas informações da gestão pública; a dificuldade e desmobilização do seu desenvolvimento na formulação de estratégias e políticas para a construção do novo modelo de atenção à saúde; e a baixa representatividade e legitimidade de conselheiros nas relações com seus representados. (Brasil, 2005, p. 14)

No ano de 2006, com o decreto nº 5.841, de 13 de julho, a Secretaria de Gestão Participativa muda sua estrutura organizacional, assumindo outras funções não inclusas no decreto nº 4.726/2003 e incorporando à sua designação o termo “estratégico” como recurso qualificador do conceito de gestão. Sendo assim, transforma o Departamento de Articulação e Acompanhamento da Reforma Sanitária em Departamento de Apoio à Gestão Participativa e cria os departamentos de

Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS e o Departamento Nacional de Auditoria do SUS, mantendo o Departamento de Ouvidoria-Geral. Com essa reestruturação, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) incorporou as ações de auditoria, ouvidoria, apoio à gestão participativa, monitoramento e avaliação da gestão do SUS. O deslocamento dessas ações para essa secretaria indica muito mais uma orientação no sentido de fortalecimento da dimensão estratégica da gestão do que das características participativas almejadas, uma vez que as novas funções adquiridas não foram propostas em estreita articulação com as estratégias de consolidação do controle social e da participação política. Assim, as atribuições incorporadas, no caso a auditoria, o monitoramento e a avaliação do SUS, revelam-se voltadas para a qualificação dos processos internos de gestão, não possuindo claras conexões com as ações destinadas ao fortalecimento dos conselhos e conferências, com a promoção da equidade, ou com a consolidação da Ouvidoria Nacional.

Dessa forma, a atuação da SGEP foi ampliada com a incorporação de novos departamentos voltados especificamente para o aprimoramento técnico e metodológico da gestão. Tal deslocamento demonstra fundamentar-se na compreensão de que o tema da avaliação é central ao fortalecimento da gestão participativa no âmbito do SUS, muito embora, como salientado, não tenha sido explicitada a articulação dessas novas diretrizes políticas com a ampliação da participação. Ao mesmo passo, nos demais componentes estruturados é enfatizada a necessidade de responder às desigualdades de acesso e participação de populações e grupos historicamente excluídos na sociedade brasileira. Assim, as ações integradas dos departamentos “incluem o apoio ao controle social, a educação popular, a mobilização social, a busca da equidade, o monitoramento e avaliação, a auditoria e a gestão da ética nos serviços públicos de saúde” (Brasil, 2007a, p. 6). Nessa conformação, o tema central do acompanhamento da Reforma Sanitária desloca-se para o campo da gestão, através da transformação do Departamento de Acompanhamento da Reforma Sanitária em Departamento de

Apoio à Gestão Participativa, análise que é também reforçada pela iniciativa de ampliar a auditoria e a avaliação, no âmbito do SUS, nas três esferas de governo.

Em 2007, o governo federal lançou o programa Mais Saúde, como uma agenda “prioritária e estratégica do Ministério da Saúde” que contempla metas e ações a serem seguidas. Dentre seus pilares, um se dirige à gestão do trabalho e ao controle social, e outro, para a ampliação e melhoria da qualidade do acesso ao SUS.

Com relação ao controle social, a meta é apoiar a estruturação dos conselhos estaduais e municipais de Saúde em todas as unidades da federação. Paralelamente, serão implementadas 104 ouvidorias do SUS em todo país, incluindo 40 municípios com mais de 100 mil habitantes. Entre as metas do Mais Saúde, inclui-se a distribuição da Carta de Direitos dos Usuários da Saúde para instituições de saúde, educação e controle social em 100% dos municípios.¹

No que tange à qualificação do SUS, o Mais Saúde prevê a ampliação da gestão democrática e participativa como um ganho para a sociedade brasileira, especialmente quando articulada aos princípios da universalidade, da integralidade, da descentralização e regionalização da rede de serviços e ações de saúde. Já em relação à participação e ao controle social, é reforçada, no escopo do programa, sua importância “sobre todas as instâncias e os agentes que fazem parte do SUS, fortalecendo os laços políticos que garantem a sustentabilidade das ações em saúde” (Brasil, 2007b, p. 75).

OS COMPONENTES DO PARTICIPASUS E A QUESTÃO DA INTEGRAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE GESTÃO E DE PARTICIPAÇÃO

Em 2009, foi promulgada a segunda edição do ParticipaSUS, que recuperou uma contextualização histórica evidenciando a

¹ Informação disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/estrutura1.php>. Acesso em: 10 out. 2012.

atuação da sociedade brasileira para a construção do SUS, resgatando uma emenda popular enviada à Constituinte, com mais de cem mil assinaturas, que consagrava a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Com isso, procura evidenciar a importância da participação popular na construção das políticas públicas e, posteriormente, na efetivação do SUS.

Nessa edição, a definição de gestão estratégica e participativa afirma a participação social como dimensão transversal das ações e práticas de saúde, para além dos mecanismos instituídos pelo SUS, os conselhos e conferências.

Gestão participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade. A gestão estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida. (Brasil, 2009a, p. 15)

A natureza das ações previstas na promoção da gestão estratégica e participativa não apresenta mudanças em relação à edição anterior da política, permanecendo descrita como: “apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde” (Brasil, 2009a, p. 15). A novidade, em relação a esses campos de atuação é a definição das responsabilidades de cada setor envolvido na SGEp, resultante do processo de sua reestruturação. Dessa forma, como um “conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS”, o ParticipaSUS, na sua segunda versão, organiza-se em torno de quatro componentes: Gestão Participativa e Controle Social no SUS;

Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS; Ouvidoria do SUS; e Auditoria do SUS.

O primeiro componente reforça a necessidade de implantar os conselhos estaduais e municipais de saúde, garantindo o caráter deliberativo, fiscalizador e de gestão colegiada dos mesmos, com composição paritária. Além dos mecanismos institucionais (conselhos e conferências), ressalta a importância de se criarem novos mecanismos e canais de participação – como conselhos gestores, colegiados, câmaras setoriais, comitês técnicos, grupos de trabalho etc. –, aperfeiçoar os já existentes – como as instâncias de pactuação entre gestores (comissões intergestores bipartites e tripartites) – e promover mecanismos de mobilização social (articulação com movimentos populares), processos de educação popular, de educação em saúde e ações intersetoriais. Esse componente também reafirma a importância da “participação popular e do controle social na construção de um novo modelo de atenção à saúde” (Brasil, 2009a, p. 16) e destaca:

O Pacto pela Saúde é a reafirmação da importância da participação e do controle social nos processos de negociação e pactuação. Além de analisar e aprovar o Termo de Compromisso de Gestão (TCG) correspondente a sua esfera, os conselhos de saúde têm um papel relevante na aprovação ou revisão do respectivo plano de saúde, que deve ter coerência com o TCG. Anualmente, os conselhos de saúde farão, juntamente com os gestores, uma avaliação da execução dos planos de saúde, a partir do que foi acordado no termo de compromisso. (Brasil, 2009a, p. 19)

O segundo componente ressalta a importância do monitoramento e da avaliação para a organização do SUS, que envolvem um conjunto de ações voltado para

[...] observação, medição e avaliação contínua de um processo ou fenômeno. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e ser-

viços nesta área visando à obtenção de informações em tempo oportuno para subsidiar a tomada de decisão, bem como a identificação, solução e redução de problemas e a correção de rumos. (Brasil, 2009a, p. 21)

Nesse sentido, foi estruturado o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS e regulado o monitoramento do Pacto pela Saúde como um processo permanente, orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o Termo de Compromisso de Gestão.²

O terceiro componente, a ouvidoria, propõe a criação de um Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS (SNO-SUS) para atuar de forma complementar às demais estratégias de gestão participativa. O ParticipaSUS define que a ouvidoria estabeleça um canal direto de comunicação com a população por meio de serviços telefônicos gratuitos e permite executar pesquisa de satisfação de usuários e profissionais. Além da escuta, deve efetuar o encaminhamento, a orientação, o acompanhamento da demanda e o retorno ao usuário, para resolver adequadamente os problemas. A Ouvidoria-Geral, criada em 2003, é o órgão central do SNO-SUS.

Por fim, a Auditoria é entendida como um instrumento de gestão para fortalecer o SUS, contribuindo “para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos” (Brasil, 2009a, p. 25). Dessa forma, a Auditoria deve se organizar por meio de um conjunto de técnicas que avaliam a gestão pública, observando a aplicação de recursos, o desenvolvimento de processos, atividades, desempenho e resultados. O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus) é o órgão responsável pela condução desse componente.

² O Termo de Compromisso de Gestão é o instrumento de adesão dos gestores ao Pacto pela Saúde, instituído pela portaria nº 399/2006, que, renovado anualmente, substitui os processos anteriores de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente federativo. Com o decreto nº 7.508/2011, fica estabelecido o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (Coap), instrumento de acordo e definição de responsabilidades dos entes federativos.

Após definidos os componentes, o ParticipaSUS apresenta as ações que devem ser desenvolvidas. A primeira ação é a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS),³ com a promoção da equidade em saúde de populações em condições de vulnerabilidade e iniquidade, dando ênfase ao combate às iniquidades e na ampliação do acesso de populações específicas aos serviços e ações de saúde. A segunda ação remete ao programa Brasil Quilombola,⁴ criado em 2004, como uma política de Estado que abrange ações de diferentes setores. Dentre as competências do SUS, destaca-se a promoção da equidade na atenção à saúde da população quilombola. A terceira ação refere-se ao “aprimoramento das instâncias e processos de participação social no SUS” com realização das conferências, capacitação dos conselheiros de saúde, criação de redes de cooperação e intercâmbio de informação, implantação de conselhos gestores, implantação da ouvidoria do SUS, entre outras ações.

No que tange à gestão da política de saúde, o documento prevê como ação a implantação de práticas de gestão estratégica com ações

³ A PNPS, publicada pela portaria nº 687 de 30 de março de 2006, visa promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e risco à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (Brasil, 2006b, p. 13). E propõe que as ações na saúde sejam ampliadas, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes; e afirma que o exercício da cidadania deve ir além dos modos institucionalizados de controle social, “implicando, por meio da criatividade e do espírito inovador, a criação de mecanismo de mobilização e participação como os vários movimentos e grupos sociais, organizando-se em rede” (Brasil, 2006b, p. 8).

⁴ O programa Brasil Quilombola é coordenado pela Subsecretaria de Políticas para Comunidades Tradicionais, que integra a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir), órgão da Presidência da República. O Brasil Quilombola faz uma breve menção à importância de desenvolver programas específicos no campo da saúde que garantam o bem-estar físico, psicológico e social das populações quilombolas, além da importância de priorizar a implantação, via Programa Saúde da Família, de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua. Uma das ações do programa Brasil Quilombola é a atenção à saúde dessa população, por meio do desenvolvimento de estratégias de inclusão nos serviços e ações de saúde e saneamento, com mobilização popular e controle social (Brasil, 2004a, p. 5).

de auditoria do SUS e de monitoramento e avaliação da gestão do SUS. Outra ação prevista é a consolidação do processo de Reforma Sanitária, por meio da “realização de conferências temáticas e divulgação dos resultados, em parceria com o CNS”. O ParticipaSUS também incorpora uma ação voltada para o fortalecimento da gestão do trabalho no SUS e outra voltada para a qualificação e humanização na gestão do SUS (Brasil, 2009a).

As ações enunciadas formam um escopo abrangente, cuja característica maior é o fato de remeter a outras políticas e programas, como a Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Com isso, procura-se conformar o caráter transversal do ParticipaSUS, sem, no entanto, orientar como operacionalizá-lo na relação entre os seus diferentes componentes e as demais políticas mencionadas. Além disso, também não é evidenciada a preocupação na construção de convergência e articulação entre os componentes, o que possivelmente dificultou a definição de mecanismos de integração que poderiam apoiar o alcance dos objetivos globais que orientam a política, mantendo, em certa medida, formas de ação recortadas e fragmentadas dentro de seu próprio escopo.

Após o destaque das ações, o texto da política apresenta as atribuições dos entes federados, com a descrição do que compete a cada agente institucional no cumprimento da política, tendo como base o Pacto pela Saúde publicado em 2006. Assim, recupera a função de coordenação do ParticipaSUS pela SGEF e estabelece, para as três esferas de governo, responsabilidades voltadas para o fortalecimento do controle social; a promoção da participação de trabalhadores na gestão das ações de saúde e de movimentos sociais nos espaços de controle social com vistas à equidade na atenção à saúde; a regionalização solidária e cooperativa; a implantação dos sistemas de auditoria e de ouvidoria e o desenvolvimento de ações de monitoramento; e a avaliação dos serviços e ações de saúde (Brasil, 2009a).

Duas considerações são pertinentes. A primeira consiste na confirmação da tendência de estruturação de caminhos paralelos em relação às dimensões estratégicas e participativas da gestão, aspecto que evidenciamos já na leitura da primeira edição da política. A segunda é mais sutil e aparentemente periférica. Embora a política reconheça o papel fundamental da gestão do trabalho para a gestão participativa na saúde, não mapeamos nas indicações voltadas para sua implantação, movimento ou iniciativa concreta nessa direção.

Em nossa análise, o ParticipaSUS apresentou nessa edição duas faces principais. Uma voltada para o aprimoramento técnico e metodológico da gestão, o que, entretanto, não representou efetivamente uma articulação ou integração consistente entre os componentes que efetuariam esse direcionamento na política. A outra face encontra-se orientada para o fortalecimento dos conselhos e conferências, e para a promoção da equidade em relação às populações vulneráveis. Essa face responderia pela dimensão diretamente participativa da política, mas também em relação a ela não identificamos uma proposta de integração, seja entre as iniciativas voltadas para os conselhos de saúde e aquelas destinadas às populações vulneráveis, seja na aproximação desses dois tipos de ação em relação aos componentes de qualificação da gestão, como a avaliação e o monitoramento.

Fomentando a implantação do ParticipaSUS, o Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 2.344, define que a transferência de recursos financeiros federais,⁵ inseridos no “Componente para a Qualificação da Gestão do SUS” do bloco de Gestão do Sistema, “será efetuada de forma automática aos fundos de saúde municipais,

⁵ O valor repassado mediante a portaria nº 2.344 foi de R\$ 29.905.500,00, sendo 70% destinados aos municípios e o restante, aos estados e ao Distrito Federal; a Secretária Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) recebeu R\$ 260.000,00, enquanto seis municípios receberam um total de R\$ 1.630.000,00. Também em 2009, a portaria nº 3.251 de 22 de dezembro acrescenta municípios à portaria nº 2.344/2009. No caso do estado do Rio de Janeiro, foram agregados 22 municípios e um repasse no valor total de R\$ 580.000,00. Em 2010, as portarias nº 3.329 e nº 3.997 repassaram R\$ 260.000,00 para a SES/RJ e R\$ 95.000,00 para o município de Itaboraí, respectivamente (Brasil, 2010a e 2010b).

estaduais e do Distrito Federal, em parcela única, [...] adotando-se como critério a busca da redução das desigualdades regionais”. Além disso, define que, para a transferência dos recursos, caberá a cada ente federado:

I – Inserir as ações que serão desenvolvidas, conforme o artigo 2º, no respectivo Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde; II – Apresentar os resultados alcançados com as ações desenvolvidas no Relatório Anual de Gestão; e III – Enviar cronograma de adesão ao Pacto pela Saúde, quando couber. (Brasil, 2009b)

Com essa portaria, o Ministério da Saúde condiciona o ParticipaSUS ao Pacto pela Saúde, induzindo a pactuação de ações, o monitoramento e a avaliação descentralizada dos processos de gestão e de seus resultados.

Em 2011, o decreto nº 7.530 aprovou uma nova alteração da SGEP que somou à sua estrutura os departamentos de Informática do SUS (DataSUS) e de Articulação Interfederativa (DAI), subtraindo o Departamento de Monitoramento e Avaliação, que passou a compor a estrutura da Subsecretaria Executiva do Ministério da Saúde. Esse rearranjo foi justificado pelo objetivo de estabelecer uma “correlação entre os seus cinco componentes [departamentos] na busca de não só uma integração, mas principalmente na sinergia da estruturação dos seus processos tendo em vista a missão a cumprir e os resultados a alcançar” (Brasil, 2011c, p. 5). Ademais, a integração do DataSUS e do DAI à SGEP agregou outras competências ao âmbito da política. Enquanto o DataSUS age como um “centro tecnológico de suporte técnico e normativo para a montagem dos sistemas de informática e informação em saúde”, o DAI

[...] tem a competência de articular os órgãos do Ministério da Saúde na construção de uma agenda estratégica voltada para o fortalecimento da articulação interfederativa, no aprimoramento do processo de monitoramento e avaliação da gestão estratégica e participativa, no subsídio aos processos de elaboração, implantação e

implementação de instrumentos e métodos necessários ao fortalecimento do modelo de gestão do SUS, nos três níveis de governo. (Brasil, 2011c, p. 10)

Em relação à articulação interfederativa, destaca-se também em 2011 a publicação do decreto nº 7.508, que regulamenta dispositivos da Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8.080/1990), com vistas ao aprimoramento do Pacto Federativo de gestão do SUS, “no contexto do Pacto pela Saúde que já se apresentou como uma forma de compartilhar a gestão entre as três esferas de gestão, introduzindo negociação consensual, como arranjo interfederativo de definição de responsabilidades” (Brasil, 2011a, p. 6). O decreto reconhece três instâncias de articulação interfederativa: as Comissões Intergestores Tripartite (CIT), a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestora Regional (CIR), que visam assegurar um diálogo permanente e a governabilidade do processo de gestão do SUS. E define que, nas “comissões intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde – Cosems” (Brasil, 2011a, p. 5).

Com essa nova conformação, foi consolidado o movimento que apontamos antes em relação ao deslocamento discursivo em torno da qualificação estratégica da gestão na política. Essa reorganização é justificada como forma de assegurar, na gestão cotidiana do SUS, nas três esferas de governo, o princípio da participação comunitária: “acreditando que é possível radicalizar na sua efetivação como prática que fortalece o SUS para consolidá-lo como a maior política de inclusão social do Brasil e patrimônio sociocultural e imaterial dos brasileiros, das brasileiras e da humanidade” (Brasil, 2011c, p. 6). Agrega-se, nesse momento, a gestão interfederativa como fundamental para a pactuação de ações e metas para qualificação da gestão do SUS, por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (Brasil, 2011a).

No esforço de normatizar os critérios de repasse de recursos para a implantação e o fortalecimento do ParticipaSUS, o Ministério da Saúde publicou, em dezembro de 2011, a portaria nº 2.979, que define dois campos de incentivo financeiro: um para a implantação da política com foco na promoção da equidade em saúde; e outro para implantação e fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais (CIRs) e do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Essa medida corrobora nossa hipótese analítica a respeito das dimensões estratégica e participativa que a política busca promover nos processos de gestão do SUS. Isso porque expressa, no plano do financiamento, a tendência em constituir processos de intervenção distintos, o que induz a uma baixa integração e convergência entre o componente voltado para a consolidação do controle e da participação social e as novas funções de qualificação da gestão incorporadas no ParticipaSUS.

O primeiro campo de incentivo reafirma a participação popular e o controle social na construção de um novo modelo de atenção à saúde e define como resultados esperados: a realização de encontros com gestores, trabalhadores, conselheiros e lideranças de movimentos sociais; o apoio à formação de comitês, comissões e/ou grupos temáticos voltados para políticas de promoção da equidade; a produção de material informativo e educativo; e o apoio à mobilização social. Para a promoção da equidade, também fica estabelecida pela portaria a importância de se aperfeiçoarem os atuais canais de participação social e de se criarem novos canais de interlocução entre usuários e sistema de saúde, com “adoção de medidas de aferição de satisfação de usuários” e “realização de atividades de qualificação de ouvidores”. Outra orientação é a realização de atividades de interação entre o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e o controle social. Diante dessas definições, a portaria estabelece que, para a execução das ações, as secretarias de saúde estaduais e do Distrito Federal devem implantar

[...] instâncias colegiadas responsáveis pelo acompanhamento da implementação das políticas de promoção da equidade em saúde, tais como: I – Comitê de Educação Popular em Saúde; II – Comitê Técnico de Saúde LGBT; III – Comitê Técnico de Saúde da População Negra; IV – Grupo Terra; e V – Comitê de Saúde da População de Rua. (Brasil, 2011b)

Quanto ao segundo campo de incentivo financeiro, para implantação e fortalecimento das CIRs e do Sistema de Planejamento do SUS, ficam definidos como resultados esperados: a implantação do decreto nº 7.508/2011 e do Sistema Cartão Nacional de Saúde, e o fortalecimento do SNA para o controle do Coap.

A portaria também prevê que os recursos podem ser aplicados “na qualificação de gestores e trabalhadores” e “no apoio ao funcionamento e atuação dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems)”. Seguindo tais orientações, as CIBs e o Colegiado de Gestão da Saúde do Distrito Federal deverão pactuar as ações a serem implantadas e “a correspondente aplicação dos recursos regulados nesta portaria” (Brasil, 2011b).

As três metas traçadas nesse campo de incentivo financeiro, bem como as possibilidades reconhecidas de investimento, ocorrem no escopo de ação apenas dos atores da gestão, representando a intenção de ampliar a intervenção estratégica e a pactuação nessa esfera. Dessa forma, a articulação com o controle social não é colocada em primeiro plano, como era de se esperar, estando subentendida como etapa necessária, dada a normatização instituída pelo decreto. Isso, contudo, não significa efetivamente a provisão de ações e estratégias operacionais para garantir a atuação dessas instâncias em relação aos três objetivos traçados no novo contexto de consolidação do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se que, em sua trajetória, o ParticipaSUS acompanha e se altera com outros arranjos políticos, como a constituição do Pacto pela Saúde, do Coap e do PlanejaSUS. Nesse sentido, o desenvolvimento da política acompanhou o esforço de fortalecimento do processo de descentralização e de integração da gestão do SUS, alinhando assim sua dimensão estratégica. No que diz respeito ao desenho institucional, o ParticipaSUS ampliou seu campo de intervenção e as estratégias de ação ao longo dos anos de sua implantação pelo Ministério da Saúde. Contudo, é preciso refletir sobre as possibilidades de concretizar uma gestão participativa e estratégica, orientada para a superação dos obstáculos relativos à participação efetiva da sociedade na gestão das políticas públicas.

A análise do desenho do ParticipaSUS e das modificações observadas em suas diferentes edições, ao longo do período 2005 a 2011, evidenciou a consolidação de um deslocamento discursivo relevante. Se inicialmente a política se apresentava fundamentalmente como uma proposta de expansão da participação na gestão e, por conseguinte, de aprofundamento da Reforma Sanitária, nas edições posteriores ganhou destaque o componente estratégico, entendido como aprimoramento técnico e metodológico dos processos de gestão, orientado por critérios como eficiência, efetividade e eficácia. Assim, reconhecemos que os dois sentidos norteadores da política – a participação e a estratégia – seguiram percursos em grande medida paralelos.

Embora a edição de 2009 da política traga um claro conceito de gestão participativa, assentado tanto na noção de transversalidade quanto em sua articulação e expressão nos processos cotidianos do sistema, não identificamos no estudo movimentos e ações direcionados à operacionalização desses dois aspectos, o que provavelmente está associado à baixa articulação entre as ações dos departamentos da SGE. Supomos que essa característica expresse a profunda fragmentação das estruturas administrativas do Estado brasileiro, pois,

não obstante os esforços formais de integração, as relações de poder e sua configuração institucional seguem cerceadas por essa tradição e suas heranças.

Essa breve análise dos textos da política nos permitiu levantar um conjunto de questões sobre os sentidos da participação. Uma dessas questões é a constatação de que o ParticipaSUS não provocou em sua implantação um debate público sobre o que se entende por participação na saúde, ou sobre o processo participativo construído na trajetória de consolidação institucional do SUS. Consideramos também fundamental discutir o fato de que a configuração formal do ParticipaSUS demanda que os movimentos sociais e grupos de interesse vulnerabilizados estejam previamente organizados, o que não é necessariamente uma característica desses grupos. Talvez esse seja o maior desafio pretendido pela política de participação: incorporar no cenário institucional grupos tradicionalmente excluídos.

Consideramos importante discutir a evidência observada de que o foco de investimento da política está muito voltado para o componente técnico da gestão. Tal característica revela-se complicada, na medida em que não é acompanhada de intervenções que trabalhem a vinculação desses processos administrativos com as condições necessárias para viabilizar a ampliação da participação nas políticas de saúde no Brasil. Nesse sentido, entendemos que a construção de uma política que tenha por objetivo fomentar relações democráticas no sistema de saúde, ampliando a participação em seu processo decisório, precisa aproximar-se efetivamente do cotidiano vivido por usuários e trabalhadores, permitindo que o questionamento das relações de poder possa ter lugar nos espaços institucionais em que a política se materializa. Essa é, em nossa compreensão, uma condição necessária, tanto para a garantia quanto para a proposição de novos direitos na área da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. *Constituição da República Federativa de 1988*. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a estrutura regimental e o quadro dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 jun. 2003.

_____. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Secretaria Especial de Direitos Humanos. *Programa Brasil sem Homofobia: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. *Programa Brasil Quilombola*. Brasília: Abaré, 2004b. Disponível em: http://www.seppir.gov.br/publicacoes/brasilquilombola_2004.pdf. Acesso em: 10 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. *Relatório de Gestão 2005*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. _____. Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006. Aprova a estrutura regimental e o quadro dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 14 jul. 2006a.

_____. _____. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20687.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. *Painel de Indicadores do SUS*, Brasília, v. 1, n. 1, p. 1-56, 2006c. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/indicadsus1.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2014.

_____. _____. _____. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Participaçãosocialemsaúde* Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. Disponível em: http://www.cebes.org.br/anexos/MS_Participa%C3%A7%C3%A3o%20Social%20Brasil_2006.pdf. Acesso em: 10 jul. 2008.

_____. _____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.

_____. _____. Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007. Aprova a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-3027.htm>. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. _____. Portaria nº 3.060, de 28 de novembro de 2007. Regulamenta a aplicação do incentivo financeiro para a implementação do Componente para a Qualificação da Gestão do SUS do Bloco de Financiamento para a Gestão do SUS, no que se refere a regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento, participação popular e ao fortalecimento do controle social, para o ano de 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-3060.htm>. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 10 ago. 2013.

_____. _____. _____. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007d. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf. Acesso em: 10 ago. 2013.

_____. _____. Secretaria de Gestão Participativa. *Relatório de Gestão 2007*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007e.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Documento preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto_da_politica_lgbt_sgep.pdf. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. _____. Portaria nº 2.588/GM, de 30 de outubro de 2008. Regulamenta o Componente para a Qualificação da Gestão do SUS, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2588_2008_plan_sgep2009.pdf. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da XIII Conferência Nacional de Saúde – Saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *ParticipaSUS: Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Participasus%20%20Politica%20Nacional%20de%20GP%20para%20o%20SUS.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2009.

_____. _____. _____. *Relatório de Gestão 2008*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008e.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. *Texto-base da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais Direitos Humanos e Políticas de Saúde: o caminho para garantir a cidadania de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008f. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/co/glb/texbaglbt.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.344, de 6 de outubro de 2009. Regulamenta as condições para a transferência de recursos financeiros, com vistas à implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, do Sistema Único de Saúde – ParticipaSUS, em 2009, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/100741-2344?q=>. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. _____. Portaria nº 3.251, de 22 de dezembro de 2009. Acrescenta municípios à portaria nº 2.344 de 2009, que regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros, com vistas à implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, do Sistema Único de Saúde – ParticipaSUS em 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3251_22_12_2009_rep.html. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS: ParticipaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

_____. _____. _____. *Relatório de Gestão 2009*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília, 2009. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/homofobia/planolgbt.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.329, de 29 de outubro de 2010. Regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros, com vistas à implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (ParticipaSUS) em 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/legislacoes/gm/106041-3329.html?q=>. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. _____. Portaria nº 3.997, de 16 de dezembro de 2010. Acrescenta municípios e valores à portaria nº 3.329/GM/MS, de 2010, que regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros, com vistas à implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, do Sistema Único de Saúde - ParticipaSUS em 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/legislacoes/gm/106679-3997.html?q=>>. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. _____. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. *Relatório de Atividades 2010*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/download/Relatorio%20de%20Gestao%20DENASUS%202010.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. *Falando de ouvidoria: experiências e reflexões*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/compendio_ouvidoria_geral_sus.pdf. Acesso em: 8 nov. 2012.

_____. _____. Secretaria de Gestão Participativa. *Relatório de Gestão 2010*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010e.

_____. _____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 10 ago. 2013.

_____. _____. Portaria nº 2.979, de 15 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a transferência de recursos aos estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão do SUS, especialmente para a implementação e fortalecimento do ParticipaSUS com foco na promoção da equidade em saúde, e para a implementação e fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e do Sistema de Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2979_15_12_2011.html. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. _____. Secretaria de Gestão Participativa. *Relatório de Gestão 2011*. Brasília, 2011c. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/download/Relatorio%20de%20Gestao%20DENASUS%202011.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2013.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: Todos usam o SUS – SUS na seguridade social: política pública, patrimônio do povo brasileiro*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

LABRA, M. E. Análise de políticas, modos de *policy-making* e intermediação de interesses: uma revisão. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 131-166, 1999.

MORONI, J. A. O direito à participação no Governo Lula. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 284-304, 2005.

OLIVEIRA, F. Da dádiva aos direitos: a dialética da cidadania. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 9, n. 25, p. 42-44, jun. 1994.

REIS, F. W. Consolidação democrática e construção do Estado: notas introdutórias e uma tese. In: REIS, F. W.; O'DONNELL, G. *A democracia no Brasil: dilemas e perspectivas*. São Paulo: Vértice, Revista dos Tribunais, 1988. p. 11-12.

SALES, T. Raízes da desigualdade social na cultura política brasileira. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 9, n. 25, p. 26-27, jun. 1994.