



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE COLETIVA**

**Tiago Parada Costa Silva**

**MOBILIZASUS NA BAHIA: EMERGÊNCIA, DESENVOLVIMENTO E  
CONTRADIÇÕES DO COTIDIANO INSTITUCIONAL**

**Maio,  
2010**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE COLETIVA**

**Tiago Parada Costa Silva  
Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carmen Fontes Teixeira**

**MOBILIZASUS NA BAHIA: EMERGÊNCIA, DESENVOLVIMENTO E  
CONTRADIÇÕES DO COTIDIANO INSTITUCIONAL**

Dissertação apresentada ao Colegiado de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde

**Maio,  
2010**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE COLETIVA**

**BANCA EXAMINADORA:**

**Prof. José Ivo dos Santos Pedrosa – UFPI**

---

**Profa. Maria Ligia Rangel Santos – UFBA**

---

**Carmen Fontes Teixeira (Orientadora) – UFBA**

---

Esse artigo é dedicado a todas as companheiras e todos os companheiros de andarilhagem na militância pela efetivação do Direito à Saúde, especialmente às Articuladoras e aos Articuladores, às Facilitadoras e aos Facilitadores do MobilizaSUS e às companheiras e aos companheiros, passados e presentes, e sempre presentes, da DGETS/SESAB

## AGRADECIMENTOS

À Maria Caputo, mulher de fogo e afeto, pelo eterno desafiar, constantemente alimentado o devir dos passos seguintes;

À Carmen Teixeira, mulher de raios e trovões, pela orientação, paciência, confiança e tensionamento ao meu instinto de Ícaro na construção desse trabalho;

Aos professores do mestrado profissional, especialmente a Jairnilson Paim, por me ajudar a (re)ver a sociedade de outro lugar e a Isabela Pinto, referência habilidosa em mediação política e de aprendizagem;

Às e aos colegas de mestrado pelo compartilhar de apoios e apreensões, especialmente a Jussara e a “comadre” Jamille;

Aos convidados da banca examinadora, pelas cipoadas de aperto-casulo para a mestradofose em asa-borboleta: Lígia e Zé Ivo, especialmente a Zé, companheiro de tempos idos e, certamente, vindos;

À Larissa e Arlene, pela proximidade de outros tempos, companheiras e testemunhas na construção do algo e alguém deste estudo, cuidadoras e em alguns momentos pacientes em rasgos de transformações sutis que acompanharam nosso percurso;

Às guerreiras e ao guerreiro que hoje completam esse grupo de desafios ontológicos, paradigmáticos e pragmáticos: Alba, Patricia e Carlos Silvan, especialmente a “Café” pelo apoio, empurrões e provocações para os derradeiros e essenciais passos desse trabalho;

Às demais companheiras e companheiros da caminhada que ajudaram a “empurrar a grande pedra”: Renata, Laise, Bruno, Marcela, Fátima, Lívia, Samantha, Victor, Lis, Ritta, Joildes, Sara, Will, Bárbara, Rejane, Cinara, Diógenes, Elaci, Geysel, Monica, Rosana, Rosângela, Ruth, Silvia, e agora, Luciano, Cíntia, Thalita e, carinhosamente, a Joilda Cardoso, pelo tencionar intermitente à direcionalidade das utopias;

À minha família, esteio e referência para estar e ser nesse mundo: meu pai: “seu Fernando”, minha mãe: “dona Zí”, irmãos: Paradinha, Júlia, Nando, Jorginho, “vó Delza”, “vô Costa”, “vó Geninha” (*in memoriam*), todas as tias e tios, primas e primos e agregados;

A “Biliu” por me ajudar a deixar os olhos livres;

E muito especialmente a Patricia Lapa, operária da esperança, companheira e depositária de meus amores (com apêndices e anexos), pela presença, afeto, companheirismo, paciência, colo, compreensão, cumplicidade, amizade, na construção desse trabalho, dividindo tempestades e bonança na construção de sentidos e significados para o existir com o outro.

“a própria vida nada mais é do  
que um incessante movimento  
instituinte pelo qual o vivente se  
dá as condições de sua  
sobrevivência”

Lílian do Valle

## APRESENTAÇÃO

Seguindo a recomendação da banca examinadora, a presente Dissertação de Mestrado está organizada sob a forma de dois artigos que se debruçam sobre a emergência, desenvolvimento e contradições do cotidiano institucional do projeto MobilizaSUS na Bahia, situado na área temática da “Participação e Controle Social em Saúde” (PCSS). O estudo parte da necessidade de se construir um desenho avaliativo para o projeto, e ambos os artigos se propõem a constituir elementos que subsidiem esse processo.

O primeiro artigo, intitulado “MOBILIZASUS – UMA APROXIMAÇÃO À EXPERIÊNCIA BAIANA”, circunscrito num momento prévio ao desenvolvimento de um processo avaliativo, traz a construção do “objeto-modelo” (BUNGE apud MEDINA et. al., 2005) do projeto, a partir das fases do Ciclo de Políticas de Kingdom, discutindo os limites e possibilidades do seu desenvolvimento no contexto institucional.

O segundo, intitulado “SIGNIFICADO POLÍTICO DO MOBILIZASUS NA BAHIA NOS ÓCULOS DE GRAMSCI, PELA LENTE DA RSB”, dando continuidade ao estudo, debate o significado político do projeto MobilizaSUS tendo como referência a imagem-objetivo da Reforma Sanitária Brasileira, a partir do referencial de Antonio Gramsci, construindo uma discussão teórica interessante à constituição da teoria do projeto para a avaliação.

Esperamos que essa produção contribua para a construção de um olhar crítico sobre a experiência baiana, fornecendo subsídios para desenhos avaliativos e colaborando para o debate na área da Participação e Controle Social em Saúde, no campo da Saúde Coletiva.

## **MOBILIZASUS NA BAHIA: EMERGÊNCIA, DESENVOLVIMENTO E CONTRADIÇÕES DO COTIDIANO INSTITUCIONAL<sup>1</sup>**

**Tiago Parada Costa Silva<sup>2</sup>**

**Carmen Fontes Teixeira<sup>3</sup>**

### **RESUMO**

A temática da participação e controle social é central à afirmação do Direito à Saúde, defendida pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira e constituída na institucionalização do SUS, principalmente na experimentação dos fóruns instituídos para a formulação e controle da execução das políticas de saúde. Essa experimentação tem motivado um crescimento geométrico na produção de conhecimento na área da participação e controle social em saúde, num debate em que a análise crítica das experiências tem considerável valor. Nesse sentido, objetivamos analisar criticamente a emergência e desenvolvimento do projeto MobilizaSUS na Bahia, no período de 2007 a 2009, enfatizando a identificação das contradições enfrentadas no cotidiano institucional, para subsidiar desenhos avaliativos do projeto e colaborar com o debate na área. O projeto apresenta como novidade a re-discussão da relação dos atores da sociedade política (burocracia estatal) com os da sociedade civil (movimentos sociais), guiando-se por diretrizes que envolvem diálogo, participação, consideração da experiência, construção coletiva, autonomia e reflexão crítica. Suas ações e atividades estão hierarquizadas a partir do desenvolvimento de seminários e da formação de rede, envolvendo atores de *lócus* regional e de *lócus* municipal. Sua implementação tem apontado fragilidades e limites relacionados à mobilização de poderes político, administrativo e técnico por parte dos atores envolvidos e também uma potência transformadora relacionada principalmente a características do método que o constitui. Assim, para um desenho avaliativo, sugerimos a construção de um modelo teórico-lógico que parta dos componentes do método do MobilizaSUS articulados a um olhar sobre os possíveis efeitos deste nos atores envolvidos.

**Palavras-chaves:** Políticas de saúde; Participação social; Mudança Social

---

<sup>1</sup> O presente trabalho foi apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, com ênfase em Gestão de Sistemas de Saúde pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisas - Instituto de Saúde Coletiva / UFBA, sob processo nº 308332

<sup>2</sup> Autor principal

<sup>3</sup> Orientadora



## **MOBILIZASUS IN BAHIA: EMERGENCE, DEVELOPMENT AND CONTRADICTIONS OF INSTITUCIONAL ROUTINE**

**Tiago Parada Costa Silva**

**Carmen Fontes Teixeira**

### **ABSTRACT**

The theme of the participation and social control is central to affirmation of the right to health, defended by the Brazilian Health Reform movement and made in the institutionalization of the SUS, especially in the trial of the forums established for the formulation and implementation control of health policy. This trial is motivating a geometric growth in the production of knowledge in the area of the participation and social control in health, in a debate in which the critical analysis of experiences has considerable value. In this sense, we aim to examine critically the emergence and development of the project MobilizaSUS in Bahia in the period 2007 to 2009, emphasizing the identification of contradictions faced in institutional routine giving subsidy for evaluative designs for the project and to collaborate with the debate in the area. The newness presented by the project is the re-discussion of the relationship of the society actors politics (state bureaucracy) with civil society (social movements), guided by policies that involve dialogue, participation, account experience, collective construction, autonomy and critical reflection. Their actions and activities are graded from the development of seminars and network formation, involving actors of the regional locus and actors of the municipal locus. Its implementation has pointed out weaknesses and limitations related to the mobilization of politics power, administrative power and technical power by the actors involved and also in the transform potency, mainly related to characteristics of the method. Thus, for to evaluate the project, we suggest the construction of a theoretical logical model that can be started by components of the MobilizaSUS method, articulated for a look into the possible effects in the involved actors.

**Keywords:** Health Policy; Social Participation; Social Change

**LISTA DE QUADROS**

Quadro I - Relação de documentos revisados .....	43
Quadro II – Referência normativa do projeto MobilizaSUS .....	48
Quadro III – Atividades cotidianas dos atores do MobilizaSUS por categorias de poder no setor saúde .....	51

**GLOSSÁRIO DE ABREVIATURAS E SIGLAS:**

**CES** – Conselho Estadual de Saúde

**CONFERES** – Conferencia Estadual de Saúde

**COSEMS** – Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde

**CIB** – Comissão Intergestores Bipartite

**CMS** – Conselho Municipal de Saúde

**DGETS** – Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde

**DIRES** – Diretoria Regional de Saúde

**DIREC** – Diretoria Regional de educação e Cultura

**EP** – Educação permanente

**GT MOBILIZASUS** – Grupo de Trabalho do MobilizaSUS

**MP** – Ministério Público

**MS** – Ministério da Saúde

**NOAS** – Norma Operacional de Assistência à Saúde

**NOB** – Norma Operacional Básica

**PCSS** – Participação e Controle Social em Saúde

**RSB** – Reforma Sanitária Brasileira

**SESAB** – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

**SEC** – Secretaria da Educação do Estado da Bahia

**SGEP** – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

**SUPERH** – Superintendência de Recursos Humanos da Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**SUMÁRIO GERAL****ARTIGO 1****MOBILIZASUS – UMA APROXIMAÇÃO À EXPERIÊNCIA BAIANA.....13****ARTIGO 2****SIGNIFICADO POLÍTICO DO MOBILIZASUS NA BAHIA NOS ÓCULOS DE GRAMSCI, PELA LENTE DA RSB .....54**

**ARTIGO 1**

**MOBILIZASUS – UMA APROXIMAÇÃO À EXPERIÊNCIA BAIANA**

**SUMÁRIO ARTIGO 1**

RESUMO.....	15
ABSTRACT .....	16
1. INTRODUÇÃO .....	17
2. CONSTRUÇÃO DO “OBJETO-MODELO MOBILIZASUS” .....	20
2.1. RECUPERANDO DA TRAJETÓRIA DO PROJETO .....	25
3. RECONSTRUINDO A TRAJETÓRIA DO MOBILIZASUS.....	25
3.1. O MOBILIZASUS NA AGENDA POLÍTICA DA SAÚDE NA BAHIA .....	25
3.2. FORMULAÇÃO E DECISÃO .....	26
3.3. IMPLEMENTAÇÃO .....	29
3.4. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO .....	32
4. DISCUTINDO A TRAJETÓRIA DO MOBILIZASUS .....	33
5. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES .....	37
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	38
APÊNDICE A - Quadro I - Relação de documentos revisados .....	43
APÊNDICE B - Quadro II – Referência normativa do projeto MobilizaSUS .....	48
APÊNDICE C - Quadro III – Atividades cotidianas dos atores do MobilizaSUS por categorias de poder no setor saúde .....	51
ANEXO A - Grupo de Trabalho MobilizaSUS.....	52
ANEXO B – Modelo Ficha de Avaliação .....	53

**MOBILIZASUS – UMA APROXIMAÇÃO À EXPERIÊNCIA BAIANA <sup>1</sup>****Tiago Parada Costa Silva<sup>2</sup>****Carmen Fontes Teixeira<sup>3</sup>****RESUMO**

A temática da participação e controle social é central à afirmação do Direito à Saúde, defendida pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira e constituída na institucionalização do SUS, principalmente na experimentação dos fóruns instituídos para a formulação e controle da execução das políticas de saúde. Essa experimentação tem motivado um crescimento geométrico na produção de conhecimento na área da participação e controle social em saúde, num debate em que a análise crítica das experiências tem considerável valor. Nesse sentido, objetivamos realizar uma descrição da emergência e desenvolvimento do MobilizaSUS, enfatizando a identificação das contradições enfrentadas no cotidiano institucional. O projeto apresenta como novidade a re-discussão da relação dos atores da sociedade política (burocracia estatal) com os da sociedade civil (movimentos sociais), guiando-se por diretrizes que envolvem diálogo, participação, consideração da experiência, construção coletiva, autonomia e reflexão crítica. Suas ações e atividades estão hierarquizadas a partir do desenvolvimento de seminários e da formação de rede, envolvendo atores de *lócus* regional e de *lócus* municipal. Sua implementação tem apontado fragilidades e limites relacionados à mobilização de poderes político, administrativo e técnico por parte dos atores envolvidos. Tal situação vem a corroborar com a necessidade de um desenho avaliativo. A não evidenciação de um referencial teórico construído para o projeto agrega uma complexidade importante para a produção e interpretação de resultados em uma avaliação que subsidie decisões de gestão. Isso demanda uma discussão crítica a respeito do significado político desse projeto.

**Palavras-chaves:** Políticas de saúde; Participação social; Mudança Social

---

<sup>1</sup> O presente trabalho foi apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, com ênfase em Gestão de Sistemas de Saúde pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisas - Instituto de Saúde Coletiva / UFBA, sob processo nº 308332

<sup>2</sup> Autor principal

<sup>3</sup> Orientadora

**MOBILIZASUS - APROXIMATION TO THE EXPERIENCE OF THE BAHIA****Tiago Parada Costa Silva****Carmen Fontes Teixeira****ABSTRACT**

The theme of the participation and social control is central to affirmation of the right to health, defended by the Brazilian Health Reform movement and made in the institutionalization of the SUS, especially in the trial of the forums established for the formulation and implementation control of health policy. This trial is motivating a geometric growth in the production of knowledge in the area of the participation and social control in health, in a debate in which the critical analysis of experiences has considerable value. In this sense, we aim to examine critically the emergence and development of the project MobilizaSUS in Bahia in the period 2007 to 2009, emphasizing the identification of contradictions faced in institutional routine giving subsidy for evaluative designs for the project and to collaborate with the debate in the area. The newness presented by the project is the re-discussion of the relationship of the society actors politics (state bureaucracy) with civil society (social movements), guided by policies that involve dialogue, participation, account experience, collective construction, autonomy and critical reflection. Their actions and activities are graded from the development of seminars and network formation, involving actors of the regional locus and actors of the municipal locus. Its implementation has pointed out weaknesses and limitations related to the mobilization of politics power, administrative power and technical power by the actors involved. This situation collaborates with the need for a evaluation design. The inexistence of a theoretical reference built for the project adds an important complexity for the production and interpretation of results in an evaluation that subsidizes management decisions. This requires a critical discussion about the political significance of this project.

**Keywords:** Health Policy; Social Participation; Social Change



## 1. INTRODUÇÃO

A temática da participação e controle social é central à afirmação do Direito à Saúde. Isso se evidencia na bandeira da democratização do Estado, defendida pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira - RSB, que tem como mais vultoso produto o Sistema Único de Saúde - SUS. A própria institucionalização desse sistema tem contribuído sensivelmente para o avanço do debate sobre o assunto, devido principalmente à experimentação de seus espaços colegiados instituídos para a formulação e controle da execução das políticas de saúde. Nesse sentido, estudos que contribuam para uma análise crítica sobre essas e, principalmente, outras experimentações em curso, têm considerável valor nesse debate.

Defendendo a bandeira: “‘democracia é saúde’ e ‘saúde é democracia’” (CARVALHO, 1997, p. 93), o movimento sanitário ratifica a participação como “item privilegiado do corpo doutrinário e da pauta programática da Reforma Sanitária” (CARVALHO, 1997, p. 95) e alia, nos idos de um período de transição democrática, “a eficiente organização política do movimento social com a busca da formulação de um projeto alternativo para o sistema de saúde” (FLEURY, 1997, p. 29).

No seu processo observam-se duas orientações<sup>1</sup> que podem ser ilustradas como: “do intraburocrático ao social” (OLIVEIRA, 1988, p. 331); ou perspectiva “movimentista” ou “institucionalista” (FLEURY, 1997); ou ambivalência entre “reforma geral” e “reforma parcial” (PAIM, 2008). De uma forma geral, pode-se distinguir “uma perspectiva de mobilização da comunidade e socialização política” (FLEURY, 1997, p. 27), e “um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional” (FLEURY, 1997, p. 28). De acordo com os fatos, estudos e debates atualizados por Paim (2008), ratifica-se uma inclinação à “segunda opção” no *processo* da RSB.

Nesse sentido, há de se considerar que importantes avanços rumo à democratização da saúde vêm ocorrendo a partir das conquistas da RSB, tendo a institucionalização dos conselhos e conferências de saúde como um dos feitos mais notáveis (CARVALHO, 1997). A experimentação desses fóruns deliberativos tem incrementado a área da participação e controle social em saúde - PCSS, motivando um grande esforço acadêmico e institucional para descrição e apreensão do fenômeno, o que pode ser observado no crescimento em progressão geométrica das

---

<sup>1</sup> Opta-se pelo foco nessas duas orientações para melhor ilustrar das discussões do presente estudo, entretanto, o tema RSB reúne diversificadas hipóteses teórico-conceituais e metodológicas para seu desenvolvimento por parte de cientistas políticos e os atores e autores do movimento sanitário (PAIM, 2008).

publicações a respeito, desde 1988 (VIANNA et. al., 2009; ROCHA, 2008; CORTES, 2006).

Esse processo faz parte do que CORTES (1996) considera um remodelamento de organização da democracia no Brasil, que nasce em meio a um debate que remonta às origens das Ciências Políticas. Como apontam Vianna et. al. (2009), desde Maquiavel aos dias atuais o tema da participação vem permeando o debate a respeito da relação Estado/Sociedade, apresentando-se em uma polissemia que não permite a identificação de uma teoria unívoca que o suporte. Como palco desse imenso debate teórico/metodológico no campo da saúde coletiva brasileira, a área da PCSS permeia os eixos disciplinares de Política Planejamento e Gestão (PP&G) e Ciências Sociais em Saúde (CSS) (ROCHA, 2008).

Assim é que diversas abordagens têm embasado a discussão sobre fóruns de participação na saúde. Cortes (2006) identifica céticos e esperançosos em relação às possibilidades de democratização da gestão pública. Já Correia (2006) enumera quatro posições teóricas e políticas: a) gramsciana– que entende os conselhos como arena de conflitos; b) habermasiana- para os quais os conselhos são um espaço de construção de consensos; c) althusseriana- que vê os conselhos como espaço de cooptação dos movimentos populares; d) a neoconservadora - que entende os conselhos como canais de participação incompatíveis com a democracia representativa. Vianna et. al. (2009) identifica três concepções de participação: como um valor em si, algo intrinsecamente positivo, contribuindo para o empoderamento dos participantes; como meio de democratização do Estado e da sociedade, influenciando no direcionamento de políticas públicas de saúde; e como participação comunitária, instrumental, relacionada à noção de cuidados primários de saúde, estimulando autocuidado, autonomia das comunidades (CORTES, 1996).

Labra (2007) traz uma abordagem interessante, ao considerar a participação e controle social em saúde enquanto política, operando, portanto, um deslocamento do debate, em que o mecanismo de participação passa a figurar como um dos componentes do intrincado processo que se desenvolve nos limites e contradições do Estado-arena e seus poderosos filtros (OFFE apud CARVALHO, 1997).

Na Bahia, o tema da PCSS compõe a agenda política da Saúde desde a época de implantação do SUDS, em 1987 (Paim,1989) quando se criou o Conselho Estadual de Saúde. Ao longo do processo de implementação do SUS no Estado, durante os anos 90 do século passado, desenvolveu-se o processo de criação dos

Conselhos de Saúde e realização de Conferências. Isso se configurou em objeto de alguns estudos realizados neste período. Desse modo, encontramos estudos de casos sobre Conselhos Municipais de Saúde - CMS (CARVALHO, 1998; PAIRAZAMÁN, 2008) outros avaliando o processo de capacitação dos conselheiros de saúde (OLIVEIRA et. al., 1999; TEIXEIRA e MOLESINI, 2002a), ou o funcionamento dos CMS (OLIVEIRA, 1997), e discutindo a composição dos conselhos municipais e estadual na Bahia (TEIXEIRA e MOLESINI, 2002b).

No período mais recente, o rearranjo das forças políticas no âmbito estadual, nas eleições de 2006, conduziu ao Governo do Estado um conjunto de atores comprometidos com o desenvolvimento da gestão participativa<sup>2</sup>, representando uma novidade no cenário político baiano no que concerne ao tema. Vários fatos ocorridos neste período reforçam essa a idéia. Um é a criação da Secretaria de Promoção da Igualdade – SEPROMI ainda no período de transição do governo, sendo esta a “primeira secretaria de estado no Brasil a tratar de políticas públicas para mulheres, negras e negros” (BAHIA, 2010c). Outro é a realização do Planejamento Pluri Anual - PPA participativo que resgata e valoriza o desenho dos Territórios de Identidade<sup>3</sup>, com o objetivo de “debater e propor políticas públicas indutoras para o desenvolvimento integrado de longo prazo do território” (BAHIA, 2009b).

Isso possibilitou a re-inserção da temática na Agenda Estratégica da Saúde de 2007 (BAHIA, 2007a) e no Plano Estadual de Saúde elaborado no período 2007-2008 (BAHIA, 2009a), evidenciada no primeiro objetivo do primeiro compromisso de gestão, com um escopo de ações mais amplo que o que consta no Plano de Saúde 2004-2007 (BAHIA, [2004]).

Uma das ações estratégicas para cumprir esse compromisso: “Gestão estratégica, participativa e efetiva do SUS-Bahia” (BAHIA, 2009a, p. 60), é o projeto MobilizaSUS. Com o subtítulo de “estratégias para o fortalecimento do controle social e gestão democrática e participativa e no SUS-Ba” (BAHIA, 2010a), esse projeto possui ações que o aproximam da perspectiva “movimentista” da RSB. Contando com três anos de sua formulação e dois de implantação, essa ação

---

<sup>2</sup> O programa de governo elaborado durante o período de transição traz explicitamente o compromisso com: “Estímulo à participação e ao controle social, para além de conferências, conselhos (ouvidorias, disque-saúde e pesquisas de satisfação de usuários) e generalização da participação e controle público e democrático sobre unidades de saúde próprias e contratadas ou financiadas pelo SUS” (SOLLA et. al., 2007, p. 9)

<sup>3</sup> “O Governo da Bahia passou a reconhecer, em seu Planejamento Territorial, a existência de 26 Territórios de Identidade, constituídos a partir da especificidade dos arranjos sociais e locais de cada região. Sua metodologia foi desenvolvida com base no sentimento de pertencimento, onde as comunidades, através de suas representações, foram convidadas a opinar” (BAHIA, 2009c).

estratégica tem sido monitorada internamente à SESAB, constituindo uma experiência relevante para o debate em torno da PCSS que demanda a construção de um desenho de estudo avaliativo.

Considerando a necessidade de uma aproximação inicial a esse objeto para a construção de análises mais aprofundadas, objetivamos realizar uma descrição da emergência e desenvolvimento do MobilizaSUS, enfatizando a identificação das contradições enfrentadas no cotidiano institucional. Para isso, realizamos um estudo exploratório que tomou como ponto de partida a construção de um “objeto-modelo MobilizaSUS”.

## **2. CONSTRUÇÃO DO “OBJETO-MODELO MOBILIZASUS”**

Segundo Medina et. al. (2005), citando Bunge, o objeto-modelo pode ser considerado como o modelo conceitual de uma coisa ou fato, não se tratando de representação de um sistema de idéias particular, mas a representação esquemática de um objeto completo (BUNGE apud MEDINA et. al., 2005, p. 43).

Partindo das formulações das autoras, podemos afirmar que a associação desse objeto-modelo a uma teoria geral permitirá a construção de um sistema hipotético dedutivo que constituirá a teoria específica do objeto real, passível de “modelização” em desenhos avaliativos (construção de modelos teórico-lógicos), que pode, ser considerada como “estratégia metodológica privilegiada para a avaliação de programas” (VIEIRA-DA-SILVA, 2005, p. 20). Sendo assim, esse estudo está circunscrito ao que consideramos um momento anterior ao desenvolvimento de um processo avaliativo, se configurando numa apropriação inicial do objeto real.

A construção do “objeto-modelo MobilizaSUS” se deu a partir da reconstrução da trajetória do projeto com base no “Ciclo de Políticas”, desenvolvido com maior expressividade por Kingdom. O Ciclo de Políticas é um método do campo de estudos conhecido no Brasil como Análise de Políticas Públicas, no âmbito das Ciências Políticas (SOUZA, 2006; VIANA e BAPTISTA, 2008), baseado na desagregação da política em fases ou estágios (VIANA e BAPTISTA, 2008).

Esse método, amplamente difundido, tem seu potencial analítico criticado, principalmente por caracterizar o desenvolvimento da política como um processo seqüencial e ordenado no tempo, como um ciclo de soluções de problemas de forma sistemática, quando, na prática, é um processo é complexo e interativo (PINTO, 2008; VIANA e BAPTISTA, 2008). Entretanto, é justamente por seu potencial

descritivo, que permite que seja caracterizado como sendo constituído de um “processo dinâmico e de aprendizado” (SOUZA, 2006, p. 29), que o utilizamos para descrever o objeto em estudo, buscando esquematizar o cenário inicial de indução do projeto, os pressupostos acordados, e os desafios de seu desenvolvimento.

É importante esclarecer que neste estudo, o MobilizaSUS, em que pese suas características permitirem abordagem científica enquanto política, é considerado em sua concepção institucional original, ou seja, enquanto um projeto, uma das intervenções selecionadas na SESAB para o compromisso político de estabelecimento de uma gestão estratégica, participativa e efetiva do SUS, constante no Plano Estadual de Saúde – PES (BAHIA, 2009a). Assim há de se fazer a ressalva de que não se trata da aplicação do método da análise de políticas a partir do Ciclo de Políticas Públicas e sim da utilização de suas fases como roteiro para representação esquemática do MobilizaSUS, procurando-se abordar, com a maior proximidade possível, as questões do processo que preconizamos para cada fase.

Utilizamos como referência, as fases apontadas por Kingdom, Kelly e Palumbo:

“a) determinação da agenda, onde a dinâmica da definição do problema é questão essencial para a compreensão da política pública; b) formulação e legitimação da política (seleção de proposta, construção de apoio político, formalização em lei); c) implementação de políticas (operacionalização da política em planos, programas e projetos no âmbito da burocracia pública e sua execução); d) avaliação de políticas” (KINGDOM; KELLY E PALUMBO apud PINTO, 2008, p. 29)

A construção da agenda é o primeiro passo para o desenvolvimento de uma política, correspondendo à entrada de um conflito na agenda política (LABRA, 2007, SOUZA, 2006; PINTO, 2008; PAIM, 2007; VIANA e BAPTISTA, 2008). Segundo Kingdom, “agenda designa o espaço de constituição da lista de assuntos e problemas que chama a atenção do governo e da sociedade em determinado tempo e espaço” (KINGDOM, apud VIANA E BAPTISTA, 2008). Segundo Souza, “algumas questões entram na agenda política, enquanto outras são ignoradas” (SOUZA, 2006, p. 29). Vianna e Baptista (2008), apontam três circunstâncias para a priorização de um problema na agenda: relacionadas à pressão de grupos de interesses; a situações de crises, calamidades ou catástrofes; ou a situações de oportunidade.

Para Souza (2006) a definição da agenda pode ser analisada por três focos: a partir dos problemas, a partir da política em si ou a partir dos participantes. Segundo a autora, a produção do consenso para a priorização das questões se dá de forma

diferente a depender do ponto de partida da política: se é a política em si, o consenso se dá majoritariamente por barganha; se é o problema, prevalece a persuasão. Em relação ao foco dos participantes, a mesma acrescenta que estes podem ser classificados como visíveis ou invisíveis, sendo que os primeiros (políticos, mídia, partidos, grupos de pressão) definem a agenda e os últimos (acadêmicos e burocracia), definem as alternativas.

Segundo Viana e Baptista (2008), Kingdon diferencia três tipos de agenda: agenda sistêmica ou não governamental, referente a assuntos antigos negligenciados pelo governo; agenda institucional, referentes a problemas que merecem atenção do governo e agenda decisória ou política, relacionada a problemas a serem decididos. Para este estudo, nessa fase a questão que se apresenta é a de como as prioridades são definidas nos governos, sendo importante o olhar sobre o cenário e atores políticos.

Na fase de formulação é onde há um aguçamento da politização em torno do tema/problema priorizado na fase anterior (LABRA, 2007). É a fase em que se formulam tipos de soluções, opções de políticas, podendo ser entendido como um diálogo entre intenções e ações (VIANA E BAPTISTA, 2008). Segundo Pinto (2007), é momento em que se constrói o apoio político entre os atores envolvidos com a política pública para sua formulação, aprovação e legitimação. Viana e Baptista (2008) acrescentam que é o “momento em que se desenham as metas a serem atingidas, os recursos a serem utilizados e o horizonte temporal da intervenção”, e “se definem os princípios e diretrizes para o desenvolvimento de uma ação” (Viana e Baptista, 2008, p. 76). Paim, (2007) aponta ainda para a importância de se pensar a coerência entre propósitos e o método utilizado pela política, que são duplamente condicionados pela organização em que se opera a política (instituição ou sociedade), retomando assim o Postulado de Coerência de Testa (1993). Assim, nessa fase a questão se coloca sobre como as alternativas foram formuladas e escolhidas, sendo importante o olhar sobre os atores políticos e a política em si.

A fase da implementação, para Viana e Baptista (2008), pode ser considerada como

“o momento de colocar uma determinada solução em prática; envolve uma série de sistemas ou atividades da administração pública: sistema gerencial e decisório, os sistemas de informação, os agentes implementadores da política, os sistemas logísticos e operacionais (recursos materiais, financeiros), dentre outros” (VIANA E BAPTISTA, 2008, p. 77).

Entretanto as autoras advertem para não se reduzir a fase de implementação

a uma fase administrativa da política o que é corroborado por Paim (2007), ao afirmar que esse é o momento em que os conflitos e disputas se tornam mais evidentes em uma política. Consideremos ainda o apontamento de Labra (2007) de que raramente a implementação ocorre como previsto ou planejado. Segundo a autora, “na prática, as políticas são continuamente transformadas pelas ações da implementação na medida em que simultaneamente altera recursos e objetivos” (LABRA, 2007, p. 18). O que ratifica a afirmação Viana e Baptista (2008), citando Hogwood e Gunn, de que o

“momento de implantação está diretamente relacionado à fase de formulação da política na qual há uma tendência a constituir pactos políticos abrangentes, sem uma especificação da política a ser implementada, ou dos pré-requisitos que a sustentam”. (HOGWOOD E GUNN apud VIANA e BAPTISTA, 2008, p. 78)

Contribuindo com a argumentação, Labra (2007) acrescenta que a implementação é um processo no qual se busca efetivar a política ao longo do tempo numa permanente interação e negociação entre os que buscam efetivar a política e aqueles dos quais depende a ação. O que podemos completar com a argumentação de Viana e Batista (2008), pela qual essa fase pode ser comparada a um jogo em que uma autoridade procura induzir agentes (que muitas vezes não participaram do pacto inicial de formulação) para execução da política, estabelecendo-se novos pactos, dando início a uma nova formulação voltada para a aplicabilidade mais imediata e já não mais sujeita a “intervenções ampliadas dos grupos sociais que sustentaram a proposta previamente aprovada” (VIANA e BAPTISTA, 2008, p. 79). As autoras apontam vários fatores que influenciam a resposta dos agentes implementadores, dentre elas: “o entrosamento entre formuladores e implementadores, a compreensão da política, o conhecimento de cada fase do processo e da quantidade de mudança envolvida” (Idem, Ibidem, p. 77). Dessa forma, nessa fase as questões se colocam sobre a forma como se desenvolve a política, sendo importante o olhar sobre a relação entre a política formulada, o manejo dos recursos, as ações para sua implementação, os atores e a organização em que é implementada.

A última fase do ciclo de políticas é a avaliação. Segundo Viana e Baptista (2008), em uma aproximação à formulação de Contandriopoulos apresentada por Vieira-da-Silva (2005),

“avaliação é um julgamento de valor a respeito de uma intervenção o sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo final de ajudar na tomada de decisões” (VIANA e BAPTISTA, 2008, p. 80)

As autoras diferenciam dois tipos de estudos de avaliação: a pesquisa avaliativa e a avaliação propriamente dita. A primeira consistiria em fazer um julgamento com base em métodos científicos após a realização de uma intervenção, analisando dentre outros aspectos, fundamentações teóricas, produtividade, efeitos, relação com o contexto, devendo ser realizado por pesquisadores externos à intervenção, com a finalidade de contribuir na tomada de decisão política. A segunda consistiria em fazer um julgamento sobre a intervenção comparando os recursos empregados e sua organização, a produção e os resultados, com critérios e normas, com a finalidade de contribuir com decisões administrativas. Essa diferenciação é muito próxima também da diferenciação que Vieira-da-Silva (2005) faz entre pesquisa e avaliação normativa ou administrativa. Nesse aspecto é interessante resgatar o espectro da avaliação apresentado pela última, em que poderíamos imaginar as diversas possibilidades de expressão da avaliação dispostas em pontos de um espectro em que na extremidade esquerda estariam as avaliações desenvolvidas na vida cotidiana, próxima ao senso comum e no extremo oposto estaria pesquisa avaliativa. A autora diferencia ainda a avaliação somativa, realizada ao final de uma intervenção geralmente com objetivo de prestação de contas, da formativa, conduzida durante a implementação da intervenção, objetivando apoiar seu desenvolvimento. Assim, retomamos o que assinalam Cohen e Franco, citados por Viana e Baptista (2008):

“para melhor visualizar os estudos de avaliação, deve-se partir de uma configuração que postule que toda política é composta de ações sobrevividas entre situação atual e uma nova” (COHEN e FRANCO, apud VIANA e BAPTISTA, 2008, p. 81).

Além disso, Labra (2007) acrescenta que

“há consenso na literatura sobre análise de políticas em que o prazo razoável para poder avaliar e apreciar cabalmente os resultados ou impactos de uma política é em torno de 10 anos” (LABRA, 2007, p. 20)

Ou seja, considerando o espectro da avaliação, o ciclo das políticas e o tempo de desenvolvimento de uma intervenção, podemos realizar diversos desenhos avaliativos, a depender do objetivo da avaliação, da metodologia empregada, ou da fase abordada, variando entre pesquisa avaliativa ou avaliação normativa/administrativa, *ex ant* ou *ex post*, formativa, ou somativa, etc. A questão que se coloca nessa fase se relaciona ao objetivo da avaliação e à pergunta que a orienta.



## **2.1. RECUPERANDO DA TRAJETÓRIA DO PROJETO**

Para a recuperação da trajetória do projeto no âmbito da SESAB, no período de 2007 a 2009, realizamos uma revisão documental, tomando como referência os documentos produzidos na SESAB direcionados e relacionados ao projeto, como versões do projeto, material de comunicação, material didático e relatórios; atas em que há referência ao projeto nas reuniões do Conselho Estadual de Saúde e na Comissão Intergestores Bipartite, principais fóruns de decisão política da gestão do SUS na Bahia; e os instrumentos de planejamento da gestão estadual de saúde (Planos Estaduais de Saúde, Agendas Estratégicas e Relatórios Anuais de Gestão), além dos documentos de referência nacional para o desenvolvimento de políticas na área da Participação e Controle Social em Saúde citados nas versões do projeto, totalizando 33 documentos<sup>4</sup> Na medida em que o autor atuou na equipe de coordenação do projeto no período, seu caderno de anotações foi utilizado como fonte auxiliar de informações.

A abordagem dos documentos levou em consideração as questões preconizadas no estudo para a descrição do MobilizaSUS em cada fase do ciclo de políticas, buscando-se caracterizar o cenário político e a forma como a participação e o controle social se apresentam na agenda política da saúde na gestão em que o MobilizaSUS é formulado e desenvolvido; como se caracteriza o projeto formulado e como se deu esse processo, a participação dos atores políticos e as principais arenas decisórias; a forma como o projeto se desenvolveu no período estudado atentando para o manejo dos recursos, as ações para sua implementação, os atores envolvidos e as questões institucionais relacionadas a essa implementação; e o que pode ser identificado enquanto processos de monitoramento e avaliação do projeto.

## **3. RECONSTRUINDO A TRAJETÓRIA DO MOBILIZASUS**

### **3.1. O MOBILIZASUS NA AGENDA POLÍTICA DA SAÚDE NA BAHIA**

Apesar do contexto favorável, referido anteriormente o MobilizaSUS não surge no início da gestão 2007-2010, como pode ser constatado pela leitura da

---

<sup>4</sup> Apêndice A

Agenda Estratégica de Saúde 2007<sup>5</sup> (BAHIA, 2007a), aparecendo somente na Agenda elaborada em 2008 (BAHIA, 2008a). Alguns fatos contribuíram para a “novidade” dessa re-inserção, já dentro da gestão e são interessantes de serem pontuados.

O primeiro que cabe destacar foi a mobilização em torno da VII Conferência Estadual de Saúde - 7ª CONFERES, preparatória para a XIII Conferência Nacional de Saúde, que contou com a participação 1600 delegados e representação de 393 municípios (BAHIA, 2007b), números jamais alcançados em conferências anteriores.

Outro fato relevante foi a reivindicação apresentada ao Governo por representantes de movimentos sociais de Salvador, demandando participação na construção das Políticas de Saúde na Bahia (BAHIA, 2007d). Para atender a essa reivindicação, foi realizado o “I Seminário Regional Movimentos Sociais e Saúde”,<sup>6</sup> desenvolvido um mês antes da 7ª CONFERES, com o objetivo de “abrir um canal de diálogo com os movimentos populares, estimulando a co-responsabilidade social em defesa do SUS e de seu fortalecimento” (BAHIA, 2007d, p. 12). Ao final, contou-se com a participação de 291 pessoas representando 195 movimentos sociais, originando 186 propostas para a nova gestão estadual (BAHIA, 2007d), que foram sistematizadas de acordo com os Eixos da 7ª CONFERES e distribuídas entre os delegados durante a Conferência (BAHIA, 2007e,f,g). A partir das propostas desses seminários relacionadas à participação e controle social, o projeto MobilizaSUS foi construído (BAHIA, 2008h).

### **3.2. FORMULAÇÃO E DECISÃO**

Tomamos como referência o documento que constitui a última versão do projeto (BAHIA, 2008h), publicizado durante o “I Encontro do MobilizaSUS”, ao que chamamos de “marco normativo de referência”, e utilizamos esse momento para definir o fim dessa fase e início da fase de implementação.

---

<sup>5</sup> Não há menção ao MobilizaSUS no Compromisso de “Estabelecer uma gestão estratégica, participativa e efetiva do SUS”, entretanto, nas operações da agenda relacionadas à Diretoria da SESAB que vai desenvolvê-lo aparece “Apoio a processos de educação popular em saúde com vistas ao fortalecimento da Participação e Controle social do SUS” (BAHIA, 2007a,p. 43).

<sup>6</sup> Iniciativa da Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde - DGETS, da Superintendência de Recursos Humanos da Saúde - SUPERH, que implicou em 7 encontros realizados nas sedes das principais macro-regiões de saúde do Estado da Bahia, através da articulação entre a DGETS, a Diretoria da Atenção Básica da SESAB e os Territórios de Identidade (via Secretaria da Agricultura, Irrigação e Reforma Agrária – SEAGRI) (BAHIA, 2007c).

Considerando o referido documento, a formulação do projeto MobilizaSUS partiu das propostas do I Seminário Regional Movimentos Sociais, e considerou os marcos normativos da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social (BRASIL, 2006a) e do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006d) e as proposições gerais do governo do estado para a saúde (SOLLA et. al., 2007). Algo que se vê destacado, logo na apresentação do mesmo, é o caráter intersetorial do projeto, que envolve o Ministério Público, o setor Saúde e o setor Educação. Esse caráter se concretiza nas atividades do grupo de trabalho – GT MobilizaSUS - constituído por representantes da SESAB, do Conselho Estadual de Saúde - CES, da Secretaria da Educação do Estado da Bahia - SEC, do Ministério Público e do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (ANEXO A). Os elementos principais do projeto encontram-se esquematizados no Quadro II (APÊNDICE B).

Segundo seu marco normativo de referência, o MobilizaSUS guia-se por diretrizes que envolvem diálogo, participação, consideração da experiência, construção coletiva, autonomia e reflexão crítica. Podemos considerar que o mesmo o orienta-se pelo caráter político da participação “como meio de democratização do Estado e da sociedade” (VIANNA et. al., 2009, p 240), o que pode ser evidenciado na noção de participação direcionada ao desenho e encaminhamento das políticas de saúde, expressa no objetivo geral:

“(...) ampliação e qualificação da participação da população na formulação, gestão e controle social das políticas de saúde” (BAHIA, 2008h, p. 7).

O documento sugere uma considerável “quantidade de mudança”<sup>7</sup> nos amplos objetivos e ações, que envolvem setores diversificados. Para o objetivo geral de “fortalecimento do controle social”, identificam-se nos objetivos específicos: formação de rede que de alguma forma dialogue com os desenhos de regionalização e articule diferentes setores da sociedade; promoção de espaços de reflexão de práticas participativas; estabelecimento de canais de diálogo que estimule co-responsabilização de grupos da sociedade civil (movimentos populares); qualificação da atuação de conselheiros de saúde; e incentivo ao protagonismo juvenil<sup>8</sup> pela inserção do “conteúdo a cerca do direito à saúde nas escolas de ensino médio” (BAHIA, 2008h, p. 7).

As ações e atividades estão hierarquizadas a partir das estratégias principais

---

<sup>7</sup> Um dos fatores, identificados por Viana e Baptista, que condiciona a resposta dos agentes implementadores de uma política (VIANA e BAPTISTA, 2008, p. 78).

<sup>8</sup> “Atuação do jovem como personagem principal de uma iniciativa, atividade ou projeto, voltado para a solução de problemas reais” (COSTA, 2008, p. 107).

de desenvolvimento de seminários (relacionada aos objetivos específicos de reflexão de práticas e estabelecimento de canais de diálogos) e de formação de rede (relacionada aos demais). Esta última é mais detalhada, apontando duas etapas que organizam as ações pela distinção das atribuições dos atores na rede, referenciadas à regionalização; ações essas preponderantemente educativas, desenvolvidas através de oficinas ou encontros, voltadas para a formação desses sujeitos. A primeira etapa estaria voltada aos atores do *locus* regional, os “articuladores regionais” (Diretorias Regionais de Saúde - DIRES, Diretorias Regionais de Educação - DIREC, Ministério Público e Movimentos Sociais), com atribuições relacionadas a articulação, apoio e referência<sup>17</sup>; e a segunda estaria relacionada aos atores do *locus* municipal, “facilitadores” (gestores, trabalhadores e usuários do SUS e professores do ensino médio), com atribuições relacionadas a desenvolvimento, qualificação e incentivo<sup>9</sup>.

O projeto é financiado por recursos próprios do tesouro estadual e por recursos repassados pelo Ministério da Saúde<sup>10</sup>. Contraditoriamente à extensão de sua imagem objetivo, seu documento normativo de referência apresenta o horizonte temporal de um ano para sua execução, com metas que consideram a totalização da cobertura do estado baiano por suas ações (BAHIA, 2008h).

Esquematizado o marco normativo do MobilizaSUS, é importante pontuarmos algumas considerações a respeito da movimentação dos atores sociais para a formulação e decisão de seu desenho. Nesse sentido, o espaço do GT MobilizaSUS representou uma arena<sup>11</sup> importante para essa fase, como pode ser evidenciado na fala de um dos atores no CES:

“(...)foi realizada a quarta reunião do projeto onde foram discutidos aspectos importantes da primeira etapa como a questão da formação de monitores de educação permanente para o controle social, e foram tirados alguns encaminhamentos pelo grupo de trabalho. O primeiro é que esse termo monitor será substituído por articulador regional, o segundo é que o CES participará da primeira etapa desse projeto (...)” (REUNIÃO DO CES, nº 136, p. 18)

Observando as alterações ocorridas desde as versões preliminares (BAHIA, 2007c; REUNIÃO DA CIB, nº 156; REUNIÃO DO CES, nº 134), até o documento de referência desta fase, podemos destacar o envolvimento dos atores representantes

---

<sup>9</sup> Ver Apêndice B

<sup>10</sup> Esta informação não consta no documento marco de referência, tendo sido recuperada em versões do projeto anteriores ao mesmo e em planos da ação para aplicação de incentivo financeiro para repasse fundo a fundo.

<sup>11</sup> “Espaços conflitivos estatais, societários ou, mais frequentemente, espaços de interconexão entre as duas esferas, nos quais proposições, atores e grupos de interesse disputam a primazia de suas posições” (CORTES, 2009, p. 1627).

da DGETS, da SEC e do CES. Aos primeiros são atribuídas a proposição e gestão do MobilizaSUS. Ao envolvimento da SEC pode ser atribuída a qualificação do projeto no que concerne ao setor educação, evidenciada, dentre outros, pelo acréscimo do objetivo específico referente ao protagonismo juvenil. E aos últimos podem ser atribuídas as maiores discussões a respeito da relação com os movimentos sociais, tema cuja controvérsia pode ser evidenciada pela comparação entre o informe de um ator do CES numa reunião ordinária do conselho e o marco normativo de referência. Havia sido construído um consenso para ampla participação dos Movimentos Sociais enquanto articuladores regionais, algo não previsto na versão preliminar de 2007 (BAHIA, 2007c), como pode se verificar na passagem da Ata:

“(...) Informou que serão disponibilizadas para essa primeira etapa trinta e quatro vagas para os movimentos sociais cujos critérios de indicação serão discutidos na próxima reunião (...)” (REUNIÃO DO CES, nº 136, p. 18).

Entretanto, o documento publicizado apresenta a agregação de oito representantes dos movimentos sociais na primeira etapa, o que representa um acatamento da proposta, entretanto, reduzindo, a praticamente um quarto, a proposição dos atores do CES (BAHIA, 2008h).

É importante pontuar que, em que pese não representarem grande influência nas alterações da proposta original até a referência normativa do projeto, os atores do MP e COSEMS se fizeram presentes nesse processo. As representações do MP estão presentes desde as primeiras reuniões do GT (REUNIÃO DO CES, nº 135) e a do COSEMS agregou-se mais tardiamente (REUNIÃO DA CIB, nº 156).

Outrossim, atores do Ministério da Saúde também tiveram influência nas proposições iniciais do projeto, principalmente para agregar o setor educação, tendo em vista os processos que se desenvolviam sob coordenação nacional, como o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (BRASIL, 2006c) e as Escolas Promotoras de Saúde (BRASIL, 2006b).

### **3.3. IMPLEMENTAÇÃO**

O I Encontro do MobilizaSUS foi realizado em abril de 2008, e teve no nome o objetivo: “Formação de articuladores regionais de educação permanente para o controle social do SUS” (BAHIA, 2008d). Deram início ao processo de educação

permanente (EP)<sup>12</sup>, 155 articuladores regionais, entre representantes de DIRES, DIREC, Ministério Público, Movimentos Sociais e Conselheiros Estaduais de Saúde, sendo que as duas primeiras instituições representam mais da metade desses (BAHIA, 2008e).

Como próxima ação a ser implementada, considerando o cronograma do projeto, estava o desenvolvimento das oficinas microrregionais para formação de facilitadores (os próximos nós da rede) (BAHIA, 2008h). Nesse sentido, no percurso do ano de 2008, como principais ações de implementação, evidenciam-se a publicação do “edital de seleção para formação de facilitadores” contendo os critérios e a forma para uma “seleção pública” desses facilitadores (BAHIA, 2008f); a publicação do informe nº 02 do MobilizaSUS, que divulgava o edital e a ficha de inscrição e fazia o convite à participação, trazendo alguns esclarecimentos sobre o projeto (BAHIA, 2008g); a publicação do site MobilizaSUS através do servidor de internet da SESAB, contribuindo para sua divulgação e como meio para inscrição dos interessados (BAHIA, 2010a); a realização do II Encontro do MobilizaSUS, com desenho regionalizado, organizado em 07 municípios sede de macrorregião de saúde, objetivando melhor preparar e apoiar os Articuladores Regionais (BAHIA, 2008i); elaboração do Manual do MobilizaSUS (BAHIA, 2008c) e a realização das oficinas de formação de facilitadores em duas microrregiões de saúde, totalizando 140 facilitadores em processo de educação permanente (BAHIA, 2008b).

É importante destacar que 2008 foi ano de eleições municipais, cenário que de alguma forma influenciou o desenvolvimento das ações de implementação. Também é importante apontar que durante esse período houve modificações em relação à concepção do projeto. Há um ajustamento das metas ao período, saindo da expectativa de milhares para centenas de pessoas formadas (BAHIA, 2008a), e dessa forma o horizonte temporal de suas metas deixa de estar circunscrito a um ano. Outra alteração pode ser observada no subtítulo do projeto nas publicações institucionais, que acrescentam os termos: gestão democrática e participativa<sup>13</sup> (BAHIA, 2008c,g; idem, 2010a).

No ano de 2009, as principais ações implementadas foram: a realização de

---

<sup>12</sup> Para fins desse estudo, consideramos como educação permanente: “processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, através de processos formais e informais que valorizam as experiências (vivências) das pessoas” (BRASIL, 2006a, p. 7).

<sup>13</sup> No marco normativo de referência o subtítulo é: “fortalecimento do controle social” (BAHIA, 2008C, p.1)

um terceiro encontro com os articuladores regionais, em cinco municípios sede de macrorregião, com o mesmo intuito do encontro do ano anterior; a realização de oficinas de formação de facilitadores abrangendo nove microrregiões de saúde, envolvendo movimentos sociais, trabalhadores da saúde, gestores do SUS, professores da educação básica e estudantes, totalizando aproximadamente 700 facilitadores em processo de EP; a realização de três videoconferências<sup>14</sup>, sendo uma voltada aos articuladores, outra à formação de facilitadores em duas microrregiões e a última voltada a movimentos sociais e estudantes (BAHIA, 2010b); elaboração da proposta de educação permanente para conselheiros municipais de saúde, aprovada pelo CES em setembro (REUNIÃO DO CES, nº 156; REUNIÃO DO CES, nº 157); realização de reuniões como movimentos sociais de Salvador e a realização de um encontro com os Articuladores Regionais das DARES para avaliação anual do desenvolvimento do projeto (BAHIA, 2010b).

Importante apontar que nesse ano é publicada a última versão do Plano Estadual de Saúde – PES 2008–2011, em que o projeto MobilizaSUS aparece enquanto ação estratégica. Dentre as metas/resultados esperados, que se referem de forma genérica ao objetivo de “Fortalecer a participação e o controle social no SUS – Bahia” (BAHIA, 2009a, p. 60), identifica-se como relativa ao projeto, dentre outras, “rede de educação permanente e espaços de sociabilização e debate para gestão democrática e controle social implantados nas 28 microrregiões de saúde” (idem, ibidem, ibidem), formulação que não aparece em outros instrumentos, sinalizando a influência dos atores da Assessoria de Planejamento da SESAB. Outra inovação importante de ser pontuada é a apresentação dos princípios da educação popular enquanto fundamentos do projeto, o que é mais claramente evidenciado no relatório mais recente do projeto (BAHIA, 2010b).

Cabe destaque também ao fato de que as reuniões do GT MobilizaSUS, após as definições do edital seleção em 2008, se tornaram rarefeitas, praticamente não ocorrendo em 2009, sendo retomadas apenas ao final do ano para a elaboração da proposta de EP para os CMS, ainda assim com a representação apenas dos atores do CES, do COSEMS e da DGETS.

Dessa forma, o MobilizaSUS vem se desenvolvendo no interior do estado da

---

<sup>14</sup> “A videoconferência é uma estratégia de educação à distância e foi incorporada ao MobilizaSUS nos processos de educação permanente por meio da articulação com a Secretaria de Educação do Estado da Bahia (SEC)” (BAHIA, 2010c, p. 10)

Bahia por meio de encontros, videoconferências, oficinas, rodas de conversações e exposições dialogadas, debatendo a necessidade de organização política e a proposta de formação de rede para a efetivação do direito à saúde. São trabalhadas metodologias participativas, desenvolvendo-se processos educativos e organizativos que valorizem as diversas experiências no âmbito do SUS e que contribuam para participação mais efetiva da população na formulação, gestão e controle social das políticas de saúde, com a utilização de técnicas de animação de grupo, envolvendo música, arte, expressão corporal, práticas de cuidado, dramatização e sistematização.

Os encontros direcionados aos articuladores regionais são organizados pelos atores da DGETS. Os direcionados aos facilitadores são organizados pelos Articuladores das DIRES juntamente com os atores da DGETS, com apoio dos Articuladores das DIREC. Os encontros têm em geral duração de 02 dias, tendo ao fechamento a construção de uma agenda de ações a serem desenvolvidas no cotidiano dos atores, que orientará as discussões no próximo encontro.

### **3.4. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO**

Os atores da DGETS, enquanto responsáveis institucionais do projeto, têm monitorado os indicadores propostos no mesmo, e desenvolvido técnicas não sistemáticas, realizadas em grupo geralmente para realizar um “balanço” da experiência, desenvolvidas nos diversos momentos de implementação, sendo aplicadas desde o final de uma atividade educativa até o balanço anual do desenvolvimento do projeto. Há aplicação de um instrumento fechado de avaliação (ANEXO B) dos processos educativos, com questões referentes aos facilitadores e à estrutura das atividades (BAHIA, 2008i; idem, 2010c).

No período estudado, alcançou-se o envolvimento de 11 microrregiões de saúde em processos educativos presenciais, com o envolvimento de aproximadamente 1000<sup>15</sup> participantes, entre trabalhadores das DIRES e DIREC, movimentos sociais, trabalhadores da saúde e gestores municipais, professores do ensino médio e básico e estudantes (BAHIA, 2010b). Em geral esses eventos são avaliados positivamente, apontando-se como limites a comunicação e divulgação, o

---

<sup>15</sup> Informação oriunda de relatório preliminar.



deslocamento para os municípios que sediam o evento e a curta duração dos encontros (dois dias) (Idem, Ibdem). Entretanto não há um desenho organizativo que articule as avaliações formativas realizadas pontualmente nesses processos numa avaliação somativa.

Entretanto, podemos identificar iniciativas que apontam para a intencionalidade da construção de um desenho que possa contribuir com uma avaliação mais sistemática do projeto. A mais expressiva delas foi a discussão relativamente recente que resultou, no agrupamento das ações desenvolvidas em cinco dimensões ou níveis: gestão, articulação, comunicação, formação e estudos e sistematização e produção de material, que de alguma forma influenciou a elaboração do relatório mais recente do projeto (BAHIA, 2010b).

#### **4. DISCUTINDO A TRAJETÓRIA DO MOBILIZASUS**

Observando o processo acima descrito, podemos, em primeiro lugar, destacar que, o que caracteriza a novidade no processo de inserção da proposta que deu origem ao MobilizaSUS na Agenda Política da Saúde na Bahia, é a re-discussão da relação dos atores da sociedade política (burocracia da SESAB)<sup>16</sup> com os movimentos sociais (sociedade civil)<sup>17</sup>, fato que gerou a possibilidade de reconhecimento de interesses políticos anteriormente desconsiderados na arena política da saúde, os quais foram de alguma forma absorvidos pelo MobilizaSUS, num processo misto entre “barganha” e “persuasão” (SOUZA, 2006).

Com respeito ao projeto formulado, características como intersectorialidade, diretrizes que apontam para construção de processos educativos emancipatórios e a noção de participação enquanto meio de democratização do Estado, revelam a influência das normatizações nacionais para a área (BRASIL, 2006a,d; idem, 2009). Importante destacar que ao assumir a noção de protagonismo juvenil se expande a concepção da participação comunitária que geralmente orienta as ações de saúde no espaço escolar, para as proximidades da concepção de participação cidadã<sup>18</sup>.

---

<sup>16</sup> “Conjunto de agentes institucionais provenientes de corporações profissionais distintas, situados hierarquicamente, tendo como funções: elaborar, organizar, operar, avaliar e reproduzir o sistema de meios normativos capaz de executar as políticas, estratégias e programas típicos dessa ordem, ou seja, concentradores e excludentes de poder” (LUZ, apud COELHO e PAIM, 2005, p. 1375)

<sup>17</sup> Aqui é considerada a concepção gramsciana de sociedade civil: “espaço da luta de classes e da afirmação de projetos antagônicos” (BIANCHI, 2008, p. 180).

<sup>18</sup> “concepção democrática radical que objetiva fortalecer a sociedade civil no sentido de construir ou apontar caminhos para uma nova realidade social – sem desigualdades, exclusões de qualquer natureza” (GOHN, 2007, p. 18).

Outro aspecto que chama atenção é a contradição entre a extensão da imagem objetivo e das metas e o exíguo horizonte temporal previsto. Isso pode traduzir, além de “defeitos de concepção” (LABRA, 2007, p. 18), um conflito entre certo caráter utópico da proposição (que pode ser relativizado à “quantidade de mudança” sugerida) e a necessidade de ajuste pragmático para decisão e implementação, que não foi possível de ser resolvido entre os atores dessa fase, ocorrendo ajustes na fase de implementação.

Outrossim, a mudança no subtítulo e a afirmação de uma concepção de educação na fase da implementação demonstram a necessidade de certo ajustamento teórico para o desenvolvimento do projeto. O novo subtítulo, ao acrescentar novas categorias teóricas, expande a concepção original ao passo que a assunção da educação popular delimita com maior precisão e potência o método a ser utilizado no processo educativo, visto que “o método da educação popular, sistematizado por Paulo Freire, constitui-se como norteador da relação entre intelectuais e classes populares” (VASCONCELOS, 1998, p. 41).

Além do ajustamento teórico-teleológico, durante a implementação do projeto observa-se o envolvimento de outros atores, como estudantes e atores da ASPLAN e uma ampliação no escopo de ações, empregando-se outras tecnologias (Vídeo conferências). Também se verifica a assunção de outras direcionalidades pelos atores da DGETS, como educação permanente para Conselheiros Municipais de Saúde e encontros com movimentos sociais, ambas previstas como atribuições da rede do MobilizaSUS, especialmente dos articuladores regionais e facilitadores (BAHIA, 2008g, h).

Assim, cabe aludir à formulação de Labra (2007), de que “na prática, as políticas são continuamente transformadas pelas ações da implementação na medida em que simultaneamente altera recursos e objetivos” (LABRA, 2007, p. 18). O que corrobora com a situação apontada por Viana e Baptista (2008) de que na fase de implementação se tem início um novo processo de negociação, agora mais voltado para a aplicabilidade imediata, “não mais sujeita a intervenções ampliadas dos grupos sociais que sustentaram a proposta previamente aprovada” (VIANA e BAPTISTA, 2008, p. 79).

Para um maior aprofundamento é interessante que analisemos outras ações não muito evidenciadas nos documentos oficiais, mas que compõem o cotidiano de desenvolvimento do MobilizaSUS e, de certa forma, o condiciona.

Tomando o pensamento estratégico como um “pensamento sobre poder, para poder agir melhor. (...) um cálculo que está no cotidiano dos sujeitos que atuam na disputa política, na disputa de poder para fazer implementar coisas” (PAIM, 2007, p. 47), elaboramos um quadro com o inventário das ações cotidianas dos principais atores da implementação do MobilizaSUS agrupadas por uma aproximação às categorias de poder de Mário Testa (TESTA, 1993) (APÊNDICE C)<sup>19</sup>. Utilizando a analogia do jogo proposto por Viana e Baptista (2008)<sup>20</sup> consideramos como principais, os atores da DGETS (autoridade central) e os das DIRES (agentes implementadores).

Assim sendo, destacamos quatro agrupamentos de ações que compõem o cotidiano do MobilizaSUS. O primeiro, relacionado ao poder político<sup>21</sup>, se expressa na construção cotidiana das relações dos atores com grupos sociais e/ou instituições. Essas ações envolvem movimentos que vão desde a utilização dos mais variados meios de comunicação, formais e informais, até a realização e participação (ou não) de encontros e acabam por influenciar as transformações do projeto. No âmbito da DGETS, esses movimentos vão desde o Ministério da Saúde, estendendo-se pelo nível central (SESAB, outros setores e, principalmente, GT MobilizaSUS), regional (DIRES e DIREC), até os municípios. No âmbito das DIRES, estendem-se desde o nível central da SESAB, abrangendo o nível regional (envolvendo outros setores, especialmente DIREC, e mesmo outras DIRES), indo até os municípios (estes principalmente). E aqui a relação entre essa burocracia da SESAB e os Movimentos Sociais se apresenta como paradoxo importante de ser destacado. A resistência à agregação inicial dos Movimentos Sociais, a não definição de estratégias precisas para a construção dessa relação, a questionável utilização de instrumentos da administração estatal para identificá-los e vinculá-los numa rede (edital de seleção pública), dentre outros, sugerem que, o que se apresenta como novidade, é, também, o maior desafio do projeto.

O outro agrupamento, relacionado ao poder administrativo<sup>22</sup>, se expressa no manejo financeiro e orçamentário. O destaque se deve ao valor simbólico associado

---

<sup>19</sup> Para a elaboração do inventário utilizou-se como fonte principal o caderno de anotações e os relatórios do projeto MobilizaSUS.

<sup>20</sup> Segundo Viana e Baptista (2008), a implementação pode ser comparada a um jogo em que uma autoridade central procura induzir agentes implementadores (que muitas vezes não participaram do pacto inicial de formulação) “a colocar em prática objetivos e estratégias que lhe são alheias” (VIANA e BAPTISTA, 2008, p. 77).

<sup>21</sup> “Capacidade que tem um ator de mobilizar grupos sociais em função de projetos” (PAIM, 2007, p. 43)

<sup>22</sup> “Capacidade que tem um ator de manipular recursos” (PAIM, 2007, p. 43)

a essas ações, relativizado ao grau de centralização com que são tratadas tanto no nível central como no regional. Vão desde a programação orçamentária anual do projeto até o cumprimento dos ritos de execução orçamentária e prestação de contas. É interessante pontuar que, enquanto no nível central essas ações podem ser agrupadas na categoria de poder administrativo, no nível regional elas se enquadram nas duas categorias (político e administrativo), pois nesse nível não há manejo autônomo por parte dos articuladores regionais, exigindo destes a mobilização dos atores responsáveis por essas ações nas DIRES.

O terceiro, que relacionamos ao poder técnico<sup>23</sup>, se expressa na atuação enquanto educador. O destaque se dá ao valor crucial desse agrupamento para o projeto que está pautado em ações preponderantemente educativas, com o cunho emancipatório. Aqui é importante retomar a recente delimitação do método, com a afirmação dos princípios da educação popular, opondo-a, a situação dos seus principais agentes implementadores, em que se verifica uma fragilidade de apropriação do projeto e das temáticas que aborda (relativizada aos investimentos realizados para “formação” desses atores), associada a um não aprofundamento sobre a aplicação desses princípios.

E assim, toma destaque o quarto agrupamento de ações: planejamento<sup>24</sup> e organização da agenda. Esse é transversal às três categorias por agregar mobilização de grupos, manejo de recursos e manejo de informações e técnicas para enfrentar as contradições e limites que se apresentam no desenvolvimento cotidiano do projeto, que se expressa nas inúmeras reuniões realizadas para esse fim, desde o nível central até o regional.

Deste ponto, passados aproximadamente dois anos de implementação, em meio aos desafios do cotidiano institucional para o desenvolvimento de um projeto que requer flexibilidade e criatividade, identificamos o monitoramento e avaliação como uma questões cruciais ao projeto. Considerando a descrição do processo de monitoramento e avaliação, identifica-se o desenvolvimento de processos que poderiam estar localizados nas proximidades da extremidade esquerda do espectro da avaliação apresentado por Vieira-da-Silva (2005). Apesar da referida

---

<sup>23</sup> Consideramos aqui, aproximando-se da construção de Paim (2007) a capacidade que tem um ator de manusear informações teóricas e técnicas relacionadas às principais ações do projeto MobilizaSUS, que são preponderantemente educativas.

<sup>24</sup> Referindo-se aqui a “práticas não estruturadas de planejamento” da forma como apresentadas por Vilasbôas e Paim (2008).

aproximação ao desenho de níveis ou dimensões para uma avaliação mais sistemática do MobilizaSUS, iniciada pelos atores da DGETS, ante a operacionalização dos mesmos, ou anterior ao próprio desenho, está a necessidade da “formulação de uma pergunta específica que orientaria a análise e os possíveis sentidos a serem atribuídos aos achados empíricos” (VIEIRA-DA-SILVA, 2005, p. 17). A possibilidade de resposta ao desafio dessa formulação, todavia, passa pela construção de um referencial teórico que consiga articular ou mesmo ajustar os componentes do projeto à consecução de sua imagem objetivo. Entretanto, esse referencial não aparece textualmente colocado, nem no projeto em si, nem nos demais documentos e publicações referentes ao mesmo, nem claramente no desenvolvimento de suas ações.

## **5. CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES**

O olhar sobre a descrição da experiência baiana, representada esquematicamente através do ciclo de políticas, cumpre o propósito de uma aproximação inicial, por trazer elementos para uma primeira compreensão do projeto e principalmente por proporcionar o surgimento de inúmeros questionamentos a seu respeito. Considerando os propósitos e limites do formato desse texto, assumimos as lacunas referentes aos limites próprios do autor nesta produção. Apontamos, entretanto, que tal situação vem a corroborar com a necessidade de uma proposta avaliativa que permita evidenciar, sistematizar e aprofundar tais questionamentos.

Nesse sentido, há de se considerar a intencionalidade subjacente ao projeto MobilizaSUS de contribuir para a construção de uma consciência crítica para a participação popular na efetivação do direito à saúde. Essa intencionalidade, associada a não evidenciação de um referencial teórico construído para o projeto, agrega uma complexidade importante para a produção e interpretação de resultados em um processo avaliativo que subsidie decisões de gestão para ajustes de rumos do seu desenvolvimento.

Assim, após uma aproximação inicial, de forma preliminar a um desenho avaliativo, apresenta-se ao MobilizaSUS a questão sobre qual referencial reuniria as argumentações teóricas que dariam suporte às hipóteses relacionadas ao problema original e organizaria sua racionalidade subjacente (HARTZ apud MEDINA et. al., 2005). Tendo em vista todo o debate teórico na área da Participação e Controle Social em Saúde, o caminhar sobre essa questão carece de uma discussão crítica a

respeito do significado político desse projeto, objetivo do próximo produto proveniente desse estudo.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Assessoria de Planejamento. **Agenda estratégica da saúde 2007**. Salvador: SESAB, 2007a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Assessoria de Planejamento. **Agenda estratégica da saúde 2008**. Salvador: SESAB, 2008a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Assessoria de Planejamento. **Relatório de Gestão 2007**. Salvador: SESAB, 2007b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Assessoria de Planejamento. **Relatório de Gestão 2008**. Salvador: SESAB, 2008b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Mobiliza SUS**: manual mobiliza SUS, educação permanente para controle social e gestão democrática e participativa do SUS-Ba. Salvador: SESAB, 2008c. 200 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Plano de ação** – portaria nº 3.060 de 28 de novembro de 2007. Salvador: SESAB, 2008d. 6 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Plano estadual de Saúde: Gestão 2007-2010**. Salvador: SESAB, 2009a. 128 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Plano estadual de saúde** – mais saúde com qualidade: reduzindo desigualdades. Salvador: SESAB, [2004], p. 161.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **1º Encontro: formação de articuladores de educação permanente para o controle social**. Salvador: SESAB, (Folder evento) 2008e.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Edital de seleção para formação de facilitadores de educação permanente para o controle social**. Salvador: SESAB, junho de 2008f.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **MobilizaSUS**: estratégia para fortalecimento do controle social e da gestão democrática e participativa do SUS (site). Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/mobilizasus>. Acessado em 15 mar 2010a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **MobilizaSUS**: estratégia para fortalecimento do controle social e da gestão democrática e participativa do SUS - Informe nº 02. Salvador: SESAB, agosto de 2008g.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **MobilizaSUS**: estratégias para o fortalecimento do controle social, o SUS é uma escola de cidadania. 2008h. 14 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde. **Projeto Mobiliza SUS** – estratégia para o fortalecimento do controle social. Salvador: SESAB, out. 2007c. 9 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde. **Relatório: I Seminário regional movimentos sociais e saúde.** Salvador: SESAB, ago. 2007d. 33 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório do II Encontro do MobilizaSUS.** Salvador: SESAB. (mimeo), setembro de 2008i.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório preliminar do MobilizaSUS: estratégia para o fortalecimento e gestão democrática e participativa do SUS.** Salvador: SESAB. 2010b (no prelo).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde. **Relatório síntese das propostas: Eixo I.** Salvador: SESAB, ago. 2007e.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde. **Relatório síntese das propostas: Eixo II.** Salvador: SESAB, ago. 2007f.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde. **Relatório síntese das propostas: Eixo III.** Salvador: SESAB, ago. 2007g.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Planejamento. PPA Participativo. **Plano Plurianual Participativo.** Disponível em: <http://www.ppaparticipativo.ba.gov.br/ppa/index.asp>. Acessado em 10 out. 2009b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Territórios de Identidade.** Disponível em: [http://www.seplan.ba.gov.br/mapa\\_territorios.html](http://www.seplan.ba.gov.br/mapa_territorios.html). Acessado em 10 out. 2009c.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Promoção da Igualdade. **Um marco chamado Sepromi.** Disponível em: [http://www.sepromi.ba.gov.br/modules/mastop\\_publish/?tac=3](http://www.sepromi.ba.gov.br/modules/mastop_publish/?tac=3). Acessado em 15 mar 2010c.

BIANCHI, A. **O laboratório de Gramsci: filosofia, história e política.** São Paulo: Alameda, 2008. 317 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a, 20 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, 272 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS.** 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 44 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c, 24 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 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, 2006d, 76 p.

CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma de Estado. In: FLEURY, S. M. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. pp. 93-111.

CARVALHO, R. C. de. **A participação popular no Conselho Municipal de Saúde de Feira de Santana**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva. 1998, 109 p.

COELHO, T. C. B. e PAIM, J. S. Processo decisório e práticas de gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2005, vol.21, n.5, pp. 1373-1382. ISSN 0102-311X.

CORREIA, M. V. C. Controle Social na Saúde. In.: MOTA, A. E. [et al.], (orgs). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. pp. 111 – 140.

CORTES, S. M. V. As origens da participação na área da saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 51, p. 30-37, 1996.

\_\_\_\_\_. Céticos e esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança na área da saúde. In PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubem Araújo de (org). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. pp. 401 - 426.

\_\_\_\_\_. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2009, vol.25, n.7, pp. 1626-1633

COSTA, A. C. G. Protagonismo juvenil: o que é e como praticá-lo. In.: BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. **Mobiliza SUS: manual mobiliza SUS, educação permanente para controle social e gestão democrática e participativa do SUS-Ba**. Salvador: SESAB, 2008 pp. 100 - 111.

FLEURY, S. M. A questão democrática na saúde. In.: FLEURY, S. M. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. pp. 25-44.

GOHN, M. da G. **Movimentos sociais no início de século XXI: antigos e novos atores sociais**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 143 p.

GOULART, Flávio A. (2001), Esculpindo o SUS a golpes de portaria...: considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência e Saúde Coletiva**, 6 (2): 292-300.

LABRA, M. E., 2007. **Existe uma política de participação e controle social no setor saúde?** Contribuições para um debate urgente. Texto preparado para o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES. Rio de Janeiro. (<http://www.cebes.org.br>)

MEDINA, M. G.; SILVA, G. A. P.; AQUINO, R. HARTZ, Z. M. A. **Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais**. In.: HARTZ, Z. M. de A. & VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, pp 41-64.

OLIVEIRA, J. A. A Saúde Pública Hoje: notas para um debate sobre a conjuntura em saúde e a situação da ENSP ao seu interior. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 4 (3): 326-333, jul/set, 1988.



OLIVEIRA, T. D. T. de; MOLESINI, J. O.; GOMES, I. F. **Avaliação do funcionamento dos conselhos municipais de saúde da Bahia**: pesquisa. Salvador: SESAB/UFBA/ISC, 1997. 42 p.

OLIVEIRA, T. D. T. de; MOLESINI, J. O.; GOMES, I. F.; TEIXEIRA, C. F. Conselhos municipais de saúde na Bahia: avaliação dos resultados da capacitação de conselheiros de saúde. **Rev. baiana saúde pública**. v. 23, pp. 75-98, dez. 1998/jan. 1999.

PAIM, J. S. A Gestão do SUDS no estado da Bahia. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 5, n. 4, pp. 365-375, out/dez, 1989.

\_\_\_\_\_. Formulação de políticas de saúde: comunicação em vigilância sanitária. In: RANGEL, M. L. & COSTA, E. A. et. al. **Comunicação em Vigilância Sanitária**: princípios e diretrizes para uma política. Salvador, EDUFBA, 2007, pp. 41-55.

\_\_\_\_\_. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, 356 p.

PAIRAZAMÁN, P. H. **Participação cidadã e controle social**: a experiência do conselho municipal de saúde de Salvador - Bahia. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva. 2008.

PINTO, I. C. de M. Mudanças nas políticas públicas: a perspectiva do ciclo de política. **Rev. Pol. Públ.** São Luis, v. 12, n. 1, pp. 27-36, jan./jun. 2008.

REUNIÃO ORDINÁRIA DO CES – CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE, 134. 2007, Salvador. **Ata**. Salvador: Secretaria executiva do CES, 2007.

REUNIÃO ORDINÁRIA DO CES – CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE, 135. 2007, Salvador. **Ata**. Salvador: Secretaria executiva do CES, 2007.

REUNIÃO ORDINÁRIA DO CES – CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE, 136. 2007, Salvador. **Ata**. Salvador: Secretaria executiva do CES, 2007.

REUNIÃO ORDINÁRIA DO CES – CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE, 156. 2009, Salvador. **Ata**. Salvador: Secretaria executiva do CES, 2009.

REUNIÃO ORDINÁRIA DO CES – CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE, 157. 2009, Salvador. **Ata**. Salvador: Secretaria executiva do CES, 2009.

REUNIÃO ORDINÁRIA DE 2007 CIB – COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, 156. 2007, Salvador. **Ata**. Salvador: Secretaria executiva da CIB, 2007.

ROCHA, M. N. D. **Produção de conhecimento sobre “participação e controle social em saúde” (1980-2005)**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva. 2008, 64 p.

SOLLA, J. J. P., COUTO, W. S., ABREU-DE-JESUS, W. L., SALLES, N. N. S., OLIVEIRA, G. R. de. Saúde e qualidade de vida na Bahia: políticas de estado e desenvolvimento. **Revista Baiana de Saúde Pública / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia**. Salvador: v.31, supl.2, set., pp. 9-26, 2007.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias** [online]. 2006, n.16, pp. 20-45. ISSN 1517-4522.

TEIXEIRA, C. F. & MOLESINI, J. **O controle social do SUS na Bahia 1987 – 2001**. Projeto de investigação sobre “O controle social no SUS-BA”. Secretaria de Saúde

do Estado da Bahia. Superintendência de apoio à Descentralização. janeiro de 2002a (relatório preliminar).

TEIXEIRA, C. F. & MOLESINI, J. **Composição dos conselhos municipais de saúde na Bahia**: os sujeitos do controle social. Projeto de investigação sobre “O controle social no SUS-BA”. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de apoio à Descentralização. dezembro de 2002b (relatório 2ª etapa).

TESTA, M. **Pensar en Salud**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1993. 233 p.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cad. Saúde Pública** [online]. 1998, vol.14, suppl.2, pp. S39-S57. ISSN 0102-311X.

VIANA, A. L. d' A; BAPTISTA, T. W. de F. Análise de políticas de saúde. In: Giovanella, L.; Escorel, S. e Lobato, L de V. C. (org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. pp. 65-106.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck; CAVALCANTI, Maria de Lourdes e CABRAL, Marta de Pina. Participação em saúde: do que estamos falando?. **Sociologias** [online]. 2009, n.21 [citado 2010-02-21], pp. 218-251

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde**. In.: HARTZ, Z. M. de A. & VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, pp. 15-39.

VILASBOAS, A. L. Q. e PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.24, n.6, pp. 1239-1250.

## APÊNDICE A

**Quadro I - Relação de documentos revisados**

<b>N</b>	<b>Identificação do Documento/ Título</b>	<b>Autores/ Instituição</b>	<b>Tipo de documento</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Data /Ano publicação</b>	<b>Fonte</b>
1	TDR - Seminário sobre movimentos sociais e o Estado	EESP / SESAB	Termo de referência	Um breve relato sobre a história do SUS; o papel dos movimentos sociais organizados na construção do SUS; objetivos; programação preliminar; resultados esperados	[fev.] 2007	Formato digital e impresso
2	Relatório I Seminário Regional Movimentos Sociais e Saúde	DGETS/ SESAB	Relatório	Introdução; Objetivos; Plano metodológico; resultados e avaliação dos eventos	Ago. 2007	Formato digital e impresso
3	I Seminário Regional Movimentos Sociais e Saúde - Relatório Síntese das propostas, eixo I	DGETS/ SESAB	Relatório	Eixo I - Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento	Ago. 2007	Formato digital e impresso
4	I Seminário Regional Movimentos Sociais e Saúde - Relatório Síntese das propostas, eixo II	DGETS/ SESAB	Relatório	Eixo II - Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na seguridade social e o pacto pela saúde	Ago. 2007	Formato digital e impresso
5	I Seminário Regional Movimentos Sociais e Saúde - Relatório Síntese das propostas, eixo III	DGETS/ SESAB	Relatório	Eixo III - A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde	Ago. 2007	Formato digital e impresso
6	Projeto MobilizaSUS	DGETS/ SESAB	Projeto	Justificativa, objetivos, estratégias e resultados esperados do Projeto MobilizaSUS	Out. de 2007	Formato digital e impresso
7	Jornal MobilizaSUS n. 1	DGETS/ SESAB	Informativo - Jornal	Protagonismo juvenil para gestão participativa da Saúde – voltado para	Fev. 2008	Formato digital e impresso

<b>N</b>	<b>Identificação do Documento/ Título</b>	<b>Autores/ Instituição</b>	<b>Tipo de documento</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Data /Ano publicação</b>	<b>Fonte</b>
		SEC		professores da educação básica		
8	Projeto MobilizaSUS	DGETS/ SESAB	Projeto	Justificativa, objetivos, estratégias e resultados esperados do Projeto MobilizaSUS	Abr. 2008	Internet (Site MobilizaSUS)
9	I Encontro do MobilizaSUS	DGETS/ SESAB	Informativo - Folder	Programação do evento, explicação do projeto MobilizaSUS	Abr. 2008	Formato digital e impresso
10	I Encontro do MobilizaSUS	DGETS/ SESAB	Informativo - Folder	Avaliação do evento e explicação do projeto MobilizaSUS	[mar.] 2008	Formato digital e impresso
11	Jornal MobilizaSUS n. 2	DGETS/ SESAB SEC	Informativo - Jornal	O SUS é uma escola de cidadania; o MobilizaSUS; o facilitador de EP para gestão democrática e participativa do SUS; Seleção pública de facilitadores - Ficha de inscrição; edital e anexos da seleção	Ago. 2008	Formato digital e impresso
12	Edital de seleção	DGETS/ SESAB	Edital	Edital de seleção para formação de facilitadores de educação permanente para o controle social no SUS	Ago. 2008	Formato digital e impresso
13	Manual do MobilizaSUS	DGETS/ SESAB	Manual	Apresentação do projeto MobilizaSUS; Temas, conteúdos e sugestões metodológicas para as oficinas; textos de apoio	Dez. 2008	Impresso, em CD e na internet (site do MobilizaSUS)
14	Relatório II encontro do MobilizaSUS	DGETS/ SESAB	Relatório	Introdução; objetivos; temas abordados; avaliação	Set. 2008	Impresso
15	Relatório preliminar do MobilizaSUS	DGETS/ SESAB	Relatório	Introdução; ações realizadas com articuladores; ações realizadas por videoconferências; EP para formação de facilitadores; aspectos relevantes na organização e gestão das oficinas;	[fev.] 2010	Formato digital e impresso

<b>N</b>	<b>Identificação do Documento/ Título</b>	<b>Autores/ Instituição</b>	<b>Tipo de documento</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Data /Ano publicação</b>	<b>Fonte</b>
				considerações da equipe do MobilizaSUS		
16	Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	SUPERH / SESAB	Política	Problemas da área de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente na Bahia, princípios, diretrizes, objetivos e ações da Política Estadual	No prelo	Formato digital e impresso
17	Plano de Ação Portaria GM 3.060/07	DGETS / SESAB	Plano	Justificativa, Ações, atividades e metas para a utilização dos recursos de custeio repassados via fundo a fundo do Ministério da Saúde para a área de gestão participativa, no ano de 2008	Fev. 2008	CIB - Formato digital e impresso; internet – site MS
18	Plano de Ação Portaria GM 2.588/08	ASPLAN / SESAB	Plano	Justificativa, Ações, atividades e metas para a utilização dos recursos de custeio repassados via fundo a fundo do Ministério da Saúde para a área de gestão participativa, no ano de 2009	Dez. 2008	CIB - Formato digital e impresso; internet – site MS
19	Plano Estadual de Saúde 2004 – 2007	SESAB	Plano	Análise de situação de saúde; diretrizes políticas e compromissos prioritários; indicadores de acompanhamento e avaliação	[2004]	Internet (site da SESAB)
20	Plano Estadual de Saúde (PES)	ASPLAN/ SESAB	Plano	Diretrizes da Política Estadual de Saúde, Análise situacional, matriz estratégica, linhas de ação, monitoramento e avaliação do PES	30 de abril de 2009	Internet (site do CES e da SESAB)
21	Relatório de Gestão 2007	ASPLAN / SESAB	Relatório	Demonstrativo físico orçamentário do cumprimento da Agenda de 2007	[Dez] 2007	Formato digital e impresso

<b>N</b>	<b>Identificação do Documento/ Título</b>	<b>Autores/ Instituição</b>	<b>Tipo de documento</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Data /Ano publicação</b>	<b>Fonte</b>
						internet – site do CES e da SESAB
22	Relatório de Gestão 2008	ASPLAN / SESAB	Relatório	Demonstrativo físico orçamentário do cumprimento da Agenda de 2008	[Dez] de 2008	Formato digital e impresso internet – site do CES e da SESAB
23	Agenda Estratégica 2007	ASPLAN / SESAB	Agenda	Matriz estratégica, linhas de ação, monitoramento e avaliação do PES, prioridades para 2007	2007	Impresso
24	Agenda Estratégica 2008	ASPLAN / SESAB	Agenda	Matriz estratégica, linhas de ação, monitoramento e avaliação do PES, prioridades para 2008	2008	Impresso
25	Agenda Estratégica 2009-2010	ASPLAN / SESAB	Agenda	Matriz estratégica, linhas de ação, monitoramento e avaliação do PES, prioridades para 2008	2009	Impresso
26	Ata do CES n 134	Sec. Exec. CES	Ata	Apresentação do MobilizaSUS no CES	Out. 2007	internet – site do CES
27	Ata do CES n 136	Sec. Exec. CES	Ata	Informe do MobilizaSUS no CES	Dez. 2007	internet – site do CES
28	Ata do CES n 156	Sec. Exec. CES	Ata	Discussão da proposta de EP para CMS no CES	Set. 2009	internet – site do CES
29	Ata do CES n 157	Sec. Exec. CES	Ata	Aprovação de proposta de EP para CMS	Out. 2009	internet – site do CES

<b>N</b>	<b>Identificação do Documento/ Título</b>	<b>Autores/ Instituição</b>	<b>Tipo de documento</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Data /Ano publicação</b>	<b>Fonte</b>
	Ata da CIB n 154	Sec. Exec. CIB	Ata	Aprovação do Plano para aplicação de incentivo financeiro da portaria GM 1996/07	Out. 2007	internet – site do CIB
30	Ata da CIB n 156	Sec. Exec. CIB	Ata	Apresentação do MobilizaSUS na CIB	Dez. 2007	internet – site do CIB
31	Ata da CIB n 158	Sec. Exec. CIB	Ata	Aprovação do Plano para aplicação de incentivo financeiro da portaria GM 3060/07	Fev. 2008	internet – site do CIB
32	Ata da CIB n 167	Sec. Exec. CIB	Ata	Aprovação do Plano de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente para o Estado da Bahia para aplicação de recursos para 2009.	Nov. 2008	internet – site do CIB
33	Ata da CIB n 168	Sec. Exec. CIB	Ata	Aprovação do Plano para aplicação de incentivo financeiro da portaria GM 2588/08	Dez. 2008	internet – site do CIB
34	Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social	CNS	Política	Objetivos da Política; eixos estruturantes da política; estratégias de implantação	2006	Internet (site do CNS) e impresso
35	ParticipaSUS - Política Nacional de Gestão Participativa do SUS	SGEP/MS	Política	Princípios e Diretrizes da Política; Componentes da Política; ações a serem desenvolvidas e atribuições e responsabilidades das esferas de gestão	2009	Internet (site do MS) e impresso
36	Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão	MS	Política	Pacto pela vida; pacto em defesa do SUS; pacto de gestão	2006	Internet (site do MS) e impresso

## APÊNDICE B

### Quadro II – Referência normativa do projeto MobilizaSUS

<p><b>Objetivos</b></p>	<p><b>Objetivo Geral</b>          Promover o fortalecimento do Controle Social no SUS, desenvolvendo processos pedagógicos que contribuam para a ampliação e qualificação da participação da população na formulação, gestão e controle social das políticas de saúde.</p> <p><b>Objetivos Específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencializar a capacidade loco regional do controle social através da formação de uma rede de Articuladores Regionais e Facilitadores de Educação Permanente para o controle social;</li> <li>• Promover espaços de reflexão das práticas de participação popular na lógica da educação permanente para o controle social;</li> <li>• Estabelecer um canal de diálogo com os movimentos populares, estimulando a co-responsabilidade social em defesa do SUS;</li> <li>• Qualificar a atuação dos conselheiros de saúde, enquanto sujeitos sociais representantes da sociedade, que devem atuar na formulação e acompanhamento das políticas de saúde;</li> <li>• Inserir conteúdo acerca do direito à saúde nas escolas de ensino médio, incentivando o protagonismo juvenil em defesa do SUS.</li> </ul>
<p><b>Ações principais</b></p>	<p>a) desenvolvimento de Seminários Regionais Mobiliza SUS;          b) formação de uma rede de Articuladores e Facilitadores de Educação Permanente para o Controle Social no SUS – EPCS</p> <p>a. Formação de Articuladores Regionais de Educação Permanente para o Controle Social – EPCS (Diretorias Regionais de Saúde - DIRES, Diretorias Regionais de Educação - DIREC, Ministério Público e Movimentos Sociais)</p> <p>b. Formação de Facilitadores de Educação Permanente para o Controle Social</p> <p>i. Facilitadores de EP para os Conselhos Municipais de Saúde – 4 por município (Usuários, Trabalhadores e Gestores do SUS)</p> <p>ii. Facilitadores de EP para a área da educação – nº equivalente ao dos facilitadores supracitados na microrregião (professores do ensino médio)</p>



Atribuições e atores na rede	Atribuições	Atores
	Articular o processo de Formação dos Facilitadores de EP para Controle Social.	GT MOBILIZASUS Articuladores Regionais (DIREC e DIREC)
	Apoiar os processos desenvolvidos pelos Facilitadores	Articuladores Regionais (DIREC, DIREC e Movimentos Sociais)
	Referência para o controle social - demandas jurídicas	Articuladores Regionais – Ministério Público
	Referência para o controle social - Orientação e encaminhamento das demandas dos CMS na rede	Comissão do CES de Acompanhamento dos CMS
	Acompanhar e avaliar (processos, resultados, impacto)	GT MOBILIZASUS
	Desenvolvimento e qualificação da participação popular na formulação, gestão e controle social das políticas de saúde; ações junto aos Conselhos Municipais de Saúde e participação na organização dos Seminários Regionais MobilizaSUS	Facilitadores de EP para os Conselhos Municipais de saúde
	Desenvolvimento de processos de educação permanente para os professores da rede estadual de educação; incentivo ao protagonismo juvenil em defesa do SUS; desenvolvimento de materiais didáticos sobre o SUS e mobilização de turmas ou grêmios estudantis para participação nos Seminários Regionais MobilizaSUS	Facilitadores de EP para a área da Educação

<b>Metas</b>	<p>Entre abril e dezembro de 2008:</p> <p>28 Seminários Regionais Mobiliza SUS  1 Encontro Estadual do Controle Social no SUS  Formação de 172 Articuladores Regionais de Educação Permanente para o Controle Social  Formação de 1668 Facilitadores de Educação Permanente para o Controle Social para os Conselhos Municipais de Saúde  Formação de 1668 Facilitadores de Educação Permanente para o Controle Social na área da Educação</p>
<b>Diretrizes</b>	<p>Metodologias participativas;  Diálogo com a territorialização baiana;  Valorização das diversas experiências já desenvolvidas no âmbito do SUS estadual;  Valorização da escola enquanto instituição inerente à produção de ações educativas em saúde;  Construção coletiva;  Autonomia e autocuidado;  Reflexão crítica;  Articulação intersetorial.</p>
<b>Indicadores de acompanhamento</b>	<p><b>- Indicadores de processo:</b>  Percentual de Seminários realizados: Número de eventos realizados / número de eventos programados (30);  Percentual de facilitadores formados para os Conselhos Municipais de Saúde: N° de facilitadores/1668;  Percentual de facilitadores formados para a área da educação: N° de facilitadores/1668;</p> <p><b>- Indicadores de resultados:</b>  Número de participantes por seminário;  Número de entidades participantes por seminário;  Avaliação dos Conselhos Municipais de Saúde realizada pelos movimentos sociais;  Propostas regionais de fortalecimento do Controle Social no SUS elaboradas/seminários realizados;  Ações de Educação Permanente realizadas pelos facilitadores;  Escolas que estão discutindo o Sistema Único de Saúde na Educação Básica.</p>
<b>Financiamento*</b>	<p><b>Ministério da Saúde</b> - repasse fundo a fundo e convenio  <b>Secretaria da Saúde do Estado da Bahia</b> - custeio</p>

\*Essa informação não consta no projeto publicizado, tendo sido recuperada em versões anteriores apresentadas no CES e no plano de ação para aplicação dos recursos da portaria GM 3060/07  
Fonte: BAHIA, 2008h

## APÊNDICE C

**Quadro III – Atividades cotidianas dos atores do MobilizaSUS por categorias de poder no setor saúde**

	Político	Administrativo	Técnico
DGETS	<p>Construção cotidiana das relações com: Ministério da Saúde; Atores do GT MobilizaSUS (CES, COSEMS, Ministério Público, SEC); DIRES e DIREC; Movimentos Sociais; SUPERH; Outras diretorias da SESAB; Gestores Municipais;</p>	<p>Manejo de situações relacionadas à organização e estrutura da SESAB (recursos tecnológicos, materiais e humanos)</p> <p>Manejo financeiro e orçamentário do projeto envolvendo: Avaliação dos projetos orçamentários elaborados pelos Articuladores para o desenvolvimento das ações do MobilizaSUS; descentralização de recursos para as DIRES; programação de logística de eventos; Execução orçamentária de ações no nível estadual; Prestação de contas; Construção da relação com assessoria técnica financeira da SUPERH</p>	<p>Produção de material de comunicação;</p> <p>Produção de material educativo;</p> <p>Atuação enquanto educador nos processos do MobilizaSUS, o que implica: apropriação do MobilizaSUS; apropriação das temáticas trabalhadas; competência para condução de processos educativos em grupo;</p> <p>Elaboração de relatórios;</p> <p>Elaboração de estudos e produções científicas.</p>
	Planejamento e organização da agenda		
Articulador DIRES	<p>Construção cotidiana das relações com: DGETS; Gestor e outros atores das DIRES; DIREC; Gestores Municipais; Movimentos Sociais;</p>	<p>Manejo de situações relacionadas à organização e estrutura das DIRES (recursos tecnológicos, materiais e humanos);</p> <p>Manejo financeiro e orçamentário: elaboração de projetos orçamentários para o as atividades do MobilizaSUS na microrregião; programação logística de eventos; execução orçamentária; prestação de contas;</p>	<p>Produção de material de comunicação;</p> <p>Atuação enquanto educador nos processos do MobilizaSUS, o que implica: apropriação do MobilizaSUS; apropriação das temáticas trabalhadas; competência para condução de processos educativos em grupo;</p> <p>Elaboração de relatórios</p>
	Construção de relação de apoio com o setor administrativo e financeiro das DIRES;		
	Planejamento e organização da agenda;		

## **ANEXO A**

### **Grupo de Trabalho MobilizaSUS\***

#### **DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE - DGETS**

Maria Constantina Caputo - Diretora

Alba da Cunha Alves – Técnica

José Carlos da Silva (Carlos Silvan) – Assessor Técnico\*\*

Larissa Vieira Barros – Técnica

Patrícia Dantas de Araújo – Técnica\*\*

Tiago Parada Costa Silva - Técnico

#### **CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE - CES**

Elizabete Moraes - Secretária Executiva

Joilda Gomes Rua Cardoso - Central Única dos Trabalhadores CUT

Josivaldo de Jesus Gonçalves - Federação dos Trabalhadores na Agricultura no Estado da Bahia - FETAG/BA

Márcia Cristina Graça Marinho - Associação de Portadores de Patologias Crônicas

Moisés Torniolo Longuinho - Associação de Portadores de Patologias Crônicas

Tereza Cristina Bonfim de Jesus Deiró - Conjunto de Entidades Associativas,

Conselhos Regionais e Sindicatos de Profissionais da Área de Saúde

#### **ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA - EESP**

Andrea Gomes - Técnica

Rosângela da Luz Matos - Técnica

Sheila Bahia - Técnica

#### **CONSELHO ESTADUAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE**

Joseane Gomes – Secretária Municipal de Saúde de Amargosa – área Técnica do Controle Social.

#### **MINISTÉRIO PÚBLICO DA BAHIA MP/BA**

Itana Viana - Promotora de Justiça do Grupo Especial de Defesa da Saúde (GESAU)

Márcia Brito - Técnica do GESAU

#### **SECRETARIA DA EDUCAÇÃO DO ESTADO DA BAHIA - SEC**

Marcelo Oliveira Rocha - Coordenador de Articulação Escola-Comunidade

Rosa Gaspar - Técnica da Coordenação de Educação Ambiental e Saúde

#### **COLABORADORES ESPECIAIS**

Francisco José F. e Silva - CUT

José Ivo Pedrosa - Ministério da Saúde

\*Fonte: Manual MobilizaSUS

\*\*Pessoas que passaram a compor o quadro da DGETS após a publicação do Manual

**ANEXO B****Modelo Ficha de Avaliação****AVALIAÇÃO**

**II Encontro Mobiliza SUS: Educação Permanente para uma Gestão Democrática e Participativa do SUS**

**LOCAL:****PERÍODO:****A. ( ) DIRES****B. ( ) DIREC****C. ( ) MOVIMENTOS SOCIAIS**

ASSINALE COM "X" A OPÇÃO QUE MELHOR EXPRESSA SUA OPINIÃO	Regular	Bom	Ótimo
<b>1-AVALIAÇÃO DOS FACILITADORES*:</b>			
a) Segurança, clareza e criatividade			
b) Metodologia utilizada			
c) Recursos materiais			
e) Estímulo à participação do grupo			
<b>2- AVALIAÇÃO DO EVENTO</b>			
a) Organização (considerar coordenação, apoio, atendimento, etc.)			
b) Divulgação			
c) Infra-estrutura (equipamentos, local de realização, etc)			
d) Duração do evento			
e) Tema			
f) Conteúdo			
g) Programação			
h) Participação do grupo			
i) Utilidade das informações para a sua prática			
j) Alcance dos objetivos			
k) Atendimento das expectativas			
l) Alimentação			
m) Hospedagem			

Como o MobilizaSUS está contribuindo para que você seja um protagonista do fortalecimento do Controle Social?

**CONSIDERAÇÕES GERAIS/SUGESTÕES/COMENTÁRIOS/OBSERVAÇÕES ETC**

**ARTIGO 2**

**SIGNIFICADO POLÍTICO DO MOBILIZASUS NA BAHIA NOS ÓCULOS DE  
GRAMSCI, PELA LENTE DA RSB**

**SUMÁRIO ARTIGO 2**

RESUMO.....	56
ABSTRACT .....	57
1. INTRODUÇÃO .....	58
2. HEGEMONIA: CONSTRUINDO UM REFERENCIAL .....	63
3. A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: UM PASSEIO “ENSAIANDO” .....	68
4. MOBILIZASUS: LIMITES E POTENCIALIDADES .....	72
5. PARA NÃO CONCLUIR.....	77
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78

## **SIGNIFICADO POLÍTICO DO MOBILIZASUS NA BAHIA NOS ÓCULOS DE GRAMSCI, PELA LENTE DA RSB<sup>1</sup>**

**Tiago Parada Costa Silva<sup>2</sup>**

**Carmen Fontes Teixeira<sup>3</sup>**

### **RESUMO**

O Sistema Único de Saúde (SUS), com a institucionalização de fóruns colegiados enquanto instâncias decisórias na gestão pública da saúde, desenha um novo cenário em torno do tema da Participação e Controle Social em Saúde (PCSS) e suas questões correlatas, como democracia, poder, e relação Estado-sociedade. Assim sendo, o debate crítico a respeito das experiências que vem se desenvolvendo em torno da PCSS tem importante valor para que o SUS represente o anseio da Reforma Sanitária Brasileira (RSB): o “deslocamento do poder político em direção às camadas populares” (FLEURY, 1997, p. 28). Dessa forma, considerando a vinculação da experiência do projeto MobilizaSUS na Bahia com o debate acerca dos limites e possibilidades da participação social em saúde contribuir para o processo de democratização do Estado e da sociedade, definimos como objetivo dessa produção discutir o significado político do seu desenvolvimento. Essa discussão se deu a luz da principal referência teórico-prática desse debate, a RSB, articulada a partir das categorias gramscianas relacionadas ao conceito de hegemonia (sociedade civil, bloco histórico, intelectuais orgânicos). Podemos inferir que o projeto MobilizaSUS possui características que permitiriam colocá-lo no “lado” da contra-hegemonia no setor saúde. Entretanto há limites para sua afirmação enquanto projeto contra-hegemônico, relacionados principalmente a sua origem institucional, aproximando-se mais da idéia de representar poros na superestrutura permeáveis à contra-hegemonia, em função de seu método para articular sujeitos da antítese numa práxis histórica na Bahia. Para um desenho avaliativo, sugerimos a construção de um modelo teórico-lógico que parta dos componentes do método do MobilizaSUS articulados a um olhar sobre os possíveis efeitos deste nos atores envolvidos.

**Palavras-chaves:** Políticas de saúde; Participação social; Mudança Social

---

<sup>1</sup> O presente trabalho foi apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, com ênfase em Gestão de Sistemas de Saúde pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisas - Instituto de Saúde Coletiva / UFBA, sob processo nº 308332

<sup>2</sup> Autor principal

<sup>3</sup> Orientadora



## **POLITICAL SIGNIFICANCE OF THE MOBILIZASUS IN BAHIA: IN THE GRAMSCI EYEGLASSES THROUGH THE LENS OF RSB**

**Tiago Parada Costa Silva**

**Carmen Fontes Teixeira**

### **ABSTRACT**

With the institutionalization of the collegiate forums as a decision space in public Health management, the Health System (SUS) design a new cenario around the theme of Participation and Social Control in Health (PCSS) and its related themes such as democracy, power, and state-society relationship. Thus, the critical debate about the experiences that has been developed around the PCSS has important value for that the SUS can represent the yearning of the Brazilian Health Reform (RSB): "the displacement of political power toward the popular classes" (FLEURY , 1997, p. 28). Thus, considering the linking of the experience MobilizaSUS project in Bahia with the debate about the limits and possibilities of the health social participation in to contribute for the democratization of state and society, we define as objective of this production discuss the political significance of their development. This discussion occurred based in important theoretical-practical reference of this debate, the RSB, articulated from the categories related to the Gramscian concept of hegemony (civil society, historical bloc, organic intellectuals). We can infer that the MobilizaSUS project has characteristics that would place it in the "side" of counter-hegemony in the health sector. However there are limits to his statement as counter-hegemonic project, primarily related to its institutional origin, approaching more the idea of representing pores IN THE superstructure permeable to counter-hegemony, according to his method for articulate of the subject of the antithesis in the historical praxis in the Bahia. For an evaluation design, we suggest the construction of a theoretical logical model that begins by the method's components of the MobilizaSUS articulated by a looking into the effects possible on the actors involved.

**Keywords:** Health Policy; Social Participation; Social Change

## 1. INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) proporcionou a legitimação de uma práxis contra-hegemônica no âmbito das políticas de saúde, no que concerne à participação social. O Sistema Único de Saúde (SUS), com a institucionalização de fóruns colegiados enquanto instâncias decisórias na gestão pública da saúde, desenha um novo cenário em torno do tema da Participação e Controle Social em Saúde (PCSS) e suas questões correlatas, como democracia, poder, e relação Estado-sociedade. Esse tema é motivador de enorme debate, desde a academia até os órgãos responsáveis pela formulação e implementação de políticas de saúde, que gira em torno da questão do que se está considerando como participação e, a partir daí, se está ou não ocorrendo o deslocamento de poder. Assim sendo, o debate crítico a respeito das experiências que vem se desenvolvendo em torno da PCSS tem importante valor para que o SUS represente o anseio da RSB: o “deslocamento do poder político em direção às camadas populares” (FLEURY, 1997, p. 28).

Inicialmente há de se considerar que importantes avanços rumo à democratização da saúde vêm ocorrendo a partir das conquistas institucionais do SUS. Para Carvalho (1997),

“um dos feitos mais notáveis da Reforma Sanitária no Brasil foi a institucionalização, no interior do aparelho estatal, de um formidável sistema nacional de órgãos colegiados, dotados de um conjunto razoável de poderes legais e onde os usuários têm representação paritária em relação aos prestadores e ao governo”. (CARVALHO, 1997, p. 93)

A participação na saúde tem origem nas idéias de participação comunitária, que focalizam o estímulo ao autocuidado e autonomia das comunidades para assunção da responsabilidade por sua própria saúde, muito difundida pelas agências internacionais, a partir da Declaração de Cuidados Primários de Saúde, resultante da Conferência de Alma Ata, em 1977 (CORTES, 1996). Posteriormente essa noção é contaminada pelas concepções neoliberais, enfatizando as noções de autocuidado e de participação no financiamento e execução de projetos e políticas de saúde.

Todavia, no Brasil, apesar da Carta Magna referir-se à participação da comunidade, a noção de participação social na saúde foi concebida enquanto controle social, que nas Ciências Sociais, está associado ao controle do indivíduo pela sociedade a qual pertence. Segundo Stotz (2006), o início da utilização e a

inflexão do significado do termo 'controle social' se dão com a 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992. Então, o sentido aplicado foi: os setores organizados na sociedade civil participarem das políticas de saúde desde a formulação, acompanhamento até a alocação de recursos, através de fóruns participativos institucionalizados.

A proliferação desses fóruns participativos tem proporcionado uma importante contribuição para a produção de conhecimento e para a qualificação do debate a respeito do assunto (CARVALHO, 1997; CORREA, 2006; CORTES, 2006; LABRA, 2007; ROCHA, 2008; VIANNA et. al, 2009). Partindo da contribuição de Amélia Cohn (2003), o que nos é questionado é

“até que ponto e em que sentido essa modalidade de participação de distintos segmentos organizados da sociedade nessas instâncias efetivamente avançam no processo de ‘democratização da democracia’ (...), ou reforçam a presença da dimensão privada e particularista no processo de formulação das políticas de saúde dados os diferentes interesses aí presentes” (COHN, 2003, p.17).

Esse debate teórico-político aponta que, como importante conquista do movimento sanitário, esses fóruns representam sim uma novidade, em termos de possibilidades para o deslocamento de poder para classes subalternas, entretanto a concretização dessa imagem objetivo ainda está a certa distância. Consideramos que os conselhos e conferências, antes de representarem uma positividade democrática em si, representam novos espaços de luta, mais uma arena dentro da grande arena das políticas setoriais de saúde e dentro da grande arena política e ideológica da superestrutura que dá forma ao atual bloco histórico.

Assim sendo, avançar na perspectiva da PCSS exige o aprofundamento do debate teórico para o aprimoramento do olhar crítico sobre o desenvolver dessa temática no SUS, que apresenta atualmente outros marcos institucionais importantes além dos Conselhos e Conferências. Nesse sentido, destacamos nacionalmente: a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)<sup>1</sup>; a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS: PARTICIPASUS, um conjunto de medidas que orienta as ações de governo na promoção e aperfeiçoamento da gestão democrática do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009c); as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, instituídas pela portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, que contempla o Pacto firmado entre

---

<sup>1</sup> Criada em 2003 originalmente enquanto Secretaria de Gestão Participativa, passando à referida denominação com a recondução presidencial em 2007. Essa secretaria reúne ações das áreas de gestão participativa, ouvidoria, auditoria e monitoramento e avaliação, dispostos em departamentos (BRASIL, 2009b).

os gestores do SUS, em suas três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão<sup>2</sup>; a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, aprovada no Conselho Nacional de saúde, cujo objetivo geral é atuar na promoção da democratização do Estado, na garantia dos direitos sociais e na participação da população na política de saúde (Brasil, 2006a); e a recente (junho de 2009) instituição do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), com objetivo de “participar da formulação, bem como acompanhar a implementação e a avaliação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS” (BRASIL, 2009a).

Esses marcos nacionais, como evidências do desenvolvimento da temática da PCSS no SUS, influenciam e são influenciados pelas experimentações que acontecem em outros níveis da federação, como estados e municípios.

No estado da Bahia, com o rearranjo das forças políticas ocorrido com as eleições de 2006, que conduziu ao governo um conjunto de atores comprometidos com o desenvolvimento de uma gestão participativa<sup>3</sup>, é desenvolvido um projeto denominado “MobilizaSUS: estratégias para o fortalecimento do controle social e gestão democrática e participativa e no SUS-Ba” (BAHIA, 2010). Esse projeto se constitui enquanto uma das ações estratégicas para cumprir o compromisso de instituir uma “Gestão estratégica, participativa e efetiva do SUS-Bahia” (BAHIA, 2009, p. 60). Tem como objetivo:

“Promover o fortalecimento do Controle Social no SUS, desenvolvendo processos pedagógicos que contribuam para a ampliação e qualificação da participação da população na formulação, gestão e controle social das políticas de saúde” (Bahia, 2008, p. 7).

Nos instrumentos institucionais de gestão, aparece relacionado ao objetivo específico de “fortalecer a participação e o controle social no SUS – Bahia” (BAHIA, 2009, p. 60).

Através de um grupo de trabalho, articula diversas instituições dentro e fora do setor saúde (principalmente o setor educação) para o desenvolvimento de

---

<sup>2</sup> Particularmente o seu componente em Defesa do SUS, foi reiterada a necessidade de pensar iniciativas que visem a repolitização da saúde, sendo a mesma compreendida como um movimento de retomada da RSB. O Pacto de Gestão também contempla o fortalecimento do processo de Participação e Controle Social, destacando-se as ações de apoio aos Conselhos de Saúde, as Conferências de Saúde e aos movimentos sociais e a implantação e implementação de ouvidorias nos municípios e estados, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS. Inclui-se também o apoio aos processos de formação dos conselheiros e de educação popular na saúde e o estímulo à participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde. (Brasil, 2006b)

<sup>3</sup> O programa de governo elaborado durante o período de transição traz explicitamente o compromisso com: “Estímulo à participação e ao controle social, para além de conferências, conselhos (ouvidorias, disque-saúde e pesquisas de satisfação de usuários) e generalização da participação e controle público e democrático sobre unidades de saúde próprias e contratadas ou financiadas pelo SUS” (SOLLA et. al., 2007, p. 9)

processos educativos voltados à formação de redes de sujeitos coletivos para a participação e controle social no SUS (BAHIA, 2008).

Consideramos, conforme produção anterior, que esse projeto apresenta como novidade a rediscussão da relação entre a burocracia estatal e a sociedade civil, ao possuir ações que colocam atores institucionais enquanto articuladores das relações entre os movimentos sociais e entre esses e as instituições, para a participação e controle social (PARADA, 2010). Essas ações são preponderantemente educativas, com algumas características que destacamos: no espaço da organização escolar, apresenta a perspectiva do protagonismo juvenil<sup>4</sup>, que expande a concepção da participação comunitária que geralmente orienta as ações de saúde no espaço escolar, para as proximidades da concepção de participação cidadã<sup>5</sup>; e a recente assunção da educação popular como método a ser utilizado no processo educativo, entendendo que “o método da educação popular, sistematizado por Paulo Freire, constitui-se como norteador da relação entre intelectuais e classes populares” (VASCONCELOS, 1998, p. 41).

Esse projeto enfrenta desafios do cotidiano institucional, que podem ser esquematizados na relação de determinação e condicionamento<sup>6</sup> entre propósitos, método e organização, a partir do Postulado de Coerência de Testa (1993).

Partindo das discussões da produção em que esquematizamos o objeto-modelo MobilizaSUS (PARADA, 2010), consideramos que isso se vivencia “na disputa política, na disputa de poder para fazer implementar (...)” (PAIM, 2007, p. 47), que pode ser sistematizada a partir das categorias de poder de Testa (1993): poder político<sup>7</sup>, cuja disputa se expressa na construção cotidiana das relações dos atores da implementação do projeto (nível central e regional) com grupos sociais e/ou instituições, com o enfrentamento da relação entre burocracia e sociedade civil num propósito emancipador; poder administrativo<sup>8</sup>, expressa no manejo financeiro e orçamentário, com o enfrentamento da centralização com que isso é tratado tanto no

---

<sup>4</sup> “Atuação do jovem como personagem principal de uma iniciativa, atividade ou projeto, voltado para a solução de problemas reais” (COSTA, 2008, p. 107).

<sup>5</sup> “concepção democrática radical que objetiva fortalecer a sociedade civil no sentido de construir ou apontar caminhos para uma nova realidade social – sem desigualdades, exclusões de qualquer natureza” (GOHN, 2007, p. 18).

<sup>6</sup> “A primeira é uma força positiva que estabelece os limites dentro dos quais deve ocorrer um fenômeno”. “O condicionamento, ao contrário, é uma força negativa que fixa os limites fora dos quais não pode ocorrer um fenômeno” (TESTA, 1993, p. 110).

<sup>7</sup> “Capacidade que tem um ator de mobilizar grupos sociais em função de projetos” (PAIM, 2007, p. 43)

<sup>8</sup> “Capacidade que tem um ator de manipular recursos” (PAIM, 2007, p. 43)

nível central como no regional; e poder técnico<sup>9</sup>, expressa na atuação enquanto educador, que tem valor crucial para o projeto pautado em ações preponderantemente educativas, com enfrentamento dos limites institucionais para o desenvolvimento de um método pautado na educação popular.

Contando já com três anos de desenvolvimento esse projeto se constitui numa experiência que demanda um olhar crítico. Aqui é prudente trazer a ressalva oferecida por Paim (2008a) a respeito das conquistas da RSB: “o caráter virtuoso desse processo participativo não tem sido suficiente para resultar numa práxis de reforma social geral” (PAIM, 2008a, 295). Assim, consideramos importante analisar as experiências desenvolvidas, atentando principalmente para diferenças de concepções, algumas vezes sutis e geralmente presentes numa mesma intervenção ou experiência, que acabam por condicioná-la a resultados controversos.

Dessa forma, considerando a vinculação da experiência do MobilizaSUS com o debate acerca dos limites e possibilidades da participação social em saúde contribuir para o processo de democratização do Estado e da sociedade, definimos como objetivo dessa produção discutir o significado político do desenvolvimento do MobilizaSUS na Bahia. Essa discussão se deu a luz da principal referência teórico-prática desse debate, a RSB, articulada a partir das categorias gramscianas relacionadas ao conceito de hegemonia (sociedade civil, bloco histórico, intelectuais orgânicos).

Elegemos Gramsci por se constituir um importante referencial no desenvolvimento e estudos sobre a RSB (PAIM, 2008a, FLEURY, 2006) e devido à potencialidade das categorias desenvolvidas por esse autor, em contribuir para uma análise do projeto frente à conjuntura em que está inserido, permitindo um debate crítico de seus limites e potencialidades.

Esse produto dá seguimento ao estudo sobre a emergência, desenvolvimento e contradições do cotidiano institucional do MobilizaSUS, que tem como estudo prévio a construção e discussão do objeto-modelo MobilizaSUS (PARADA, 2010).

Esperamos que essa produção contribua para a construção de um olhar crítico sobre a experiência baiana, fornecendo subsídios para desenhos avaliativos e colaborando para o debate na área da participação e controle social em saúde, no campo da Saúde Coletiva.

---

<sup>9</sup> Consideramos aqui, aproximando-se da construção de Paim (2007) a capacidade que tem um ator de manusear informações teóricas e técnicas relacionadas às principais ações do projeto MobilizaSUS, que são preponderantemente educativas.

## 2. HEGEMONIA: CONSTRUINDO UM REFERENCIAL

O conceito de hegemonia em Gramsci é construído a partir de sua concepção do Estado, enquanto “Estado ampliado”<sup>10</sup>, bem como sua relação com a “sociedade civil”, destacando-se o conceito de “bloco histórico”, com o qual Gramsci trata de identificar “a unidade dialética entre forças produtivas, relações sociais de produção e superestrutura jurídico-política num dado momento histórico” (GALASTRI apud BIANCHI, 2008, p. 137).

A princípio, é preciso resgatar alguns pontos importantes a respeito da teoria marxista para o Estado. Gruppi (1980), em suas contribuições sobre a crítica marxista à concepção burguesa do Estado, afirma que Marx partiu da identificação de conexões da sociedade civil (entendida como o conjunto das relações econômicas) com a sociedade política (o Estado): “a sociedade política, o Estado, é a expressão da sociedade civil, isto é, das relações de produção que nelas se instalaram” (GRUPPI, 1980, p. 26). Para Marx o conjunto dessas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, que vai determinar uma superestrutura jurídica e política, o Estado (GRUPPI, 1980). Segundo o autor, apesar de não elaborar a teoria do Estado, Marx forneceu a teoria fundamental para se construí-la qual seja: “a estrutura econômica está na base do próprio Estado. Esse é o fundamento de onde devemos partir” (GRUPPI, 1980, p. 28).

Analisando as contribuições de Engels a respeito da origem do Estado, o mesmo autor coloca que este

“torna-se uma necessidade a partir de um determinado grau de desenvolvimento econômico, que é, necessariamente ligado à divisão da sociedade em classes” (GRUPPI, 1980, p 30).

A origem das classes sociais estaria na diferenciação da posição dos homens nas relações de produção, que originaria a luta de classes, e, por conseguinte, para que essa luta não se torne dilacerante, a necessidade do Estado. O Estado, então, nasceria da necessidade de refrear os antagonismos de classe, forma pela qual a “classe que detém a propriedade dos principais meios de produção deve institucionalizar sua dominação econômica” (GRUPPI, 1980, p 30) e dessa forma, nascendo em meio ao conflito, “é, via de regra, o Estado da classe mais poderosa” (idem, ibidem, ibidem).

Isso posto, percebe-se que na origem da teoria marxista, o Estado (sociedade

---

<sup>10</sup> “Estado = sociedade política + sociedade civil, ou seja, hegemonia couraçada de coerção” (GRAMSCI apud BIANCHI, 2008, P. 177)

política) aparece organicamente vinculado à sociedade civil, estando essas “sociedades” encerradas nos momentos da superestrutura (sociedade política) e da estrutura (sociedade civil). A ampliação proposta por Gramsci está justamente na adição da sociedade civil ao momento da superestrutura.

De acordo com Bianchi (2008), para Gramsci, sociedade política seria “o Estado no sentido restrito, ou seja, o aparelho governamental encarregado da administração direta e do exercício legal da coerção sobre aqueles que não consentem nem ativa nem passivamente” (BIANCHI, 2008, p. 177). Segundo Portelli (1977), a sociedade política agrupa o conjunto de atividades que dizem respeito à coerção, ou seja, manutenção, pela força, da ordem estabelecida, através do domínio militar e governo jurídico, força legal, ou o direito.

A sociedade civil, para Bianchi (2008), diferentemente da concepção liberal que a caracteriza como portadora de interesses universais, indiferenciada e potencialmente progressista, seria o “espaço da luta de classes e da afirmação de projetos antagônicos” (BIANCHI, 2008, p. 180). Seria o conjunto dos organismos, vulgarmente ditos privados, associado às formas de exercício e afirmação da supremacia de uma classe sobre o conjunto da sociedade (BIANCHI, 2008; PORTELLI, 1977).

Ainda segundo Bianchi (2008) a sociedade civil mantém uma relação dialética de unidade-distinção<sup>11</sup> com a sociedade política. Neste sentido, sociedade política e sociedade civil formam planos superpostos que só se separam para fins analíticos, como destacava Gramsci: “a unidade entre Estado e sociedade civil é sempre ‘orgânica’ e que a ‘distinção’ é apenas ‘metódica’” (BIANCHI, 2008, p. 184). Essa relação torna possível a análise de um Estado destinado a criar as condições propícias à máxima expansão de um grupo, mas que, para torná-la universal, incorpora à vida estatal reivindicações e interesses dos grupos subalternos (BIANCHI, 2008). Nessa movimentação, se concebem as noções de hegemonia e bloco histórico.

Segundo Portelli (1977), Gramsci estuda a desagregação da hegemonia da classe dirigente pela análise do bloco histórico e a partir daí, como “edifica-se um novo sistema hegemônico e cria-se, pois, um novo bloco histórico” (PORTELLI,

---

<sup>11</sup> Gramsci concebe a distinção como “uma forma de oposição não antagonista na qual cada distinto se encontra numa relação de ‘tensão (dialética) com o outro’(...) ainda que os distintos não sejam opostos, em certas condições podem tornar-se, ou seja, a oposição não é senão a distinção, a diversidade, a alteridade que se subverte em antagonismo” (MARTELLI apud BIANCHI, 2008, p. 184).



1977, p. 15). Partindo das formulações do autor é importante afirmarmos a base de classe da hegemonia. A hegemonia se deve a uma classe fundamental e esta o será durante todo o período histórico considerado. Sendo um bloco histórico uma situação histórica determinada, sua análise pode referir-se a uma situação local e historicamente reduzida ou extensa, distinguindo-se, em referência à hegemonia, três tipos de grupos sociais em seu interior:

“por um lado, a classe fundamental que dirige o sistema hegemônico; por outro lado, os grupos auxiliares que servem de base social à hegemonia e de viveiro para seu pessoal; enfim, excluídas<sup>12</sup> do sistema hegemônico, as classes subalternas” (PORTELLI, 1977, p. 99)

Para Gruppi (1980), Gramsci coloca o problema de como se mantém essa coesão, como se obtém esse consenso entre classe fundamental e as demais (por vezes antagônicas). Segundo o autor, a resposta está na ideologia, “o grande cimento do bloco histórico” (GRUPPI, 1980, p. 82), e podemos completar com Portelli (1977), segundo o qual essa coesão edificada num sistema hegemônico está sob a direção dos intelectuais. Estes seriam a concretização do vínculo orgânico entre estrutura (relações sociais de produção) e superestrutura (Estado) (PORTELLI, 1977).

Ao valorizar a ideologia, a concepção de Gramsci sobre hegemonia representaria uma contribuição e continuação leninista<sup>13</sup>, sendo ela mesma a “direção” e a “dominação” da sociedade (Portelli, 1977), ou como apresentado por Bianchi (2008), “uma combinação entre coerção e consenso”<sup>14</sup> (BIANCHI, 2008, p. 186). Dessa forma, como aponta Portelli (1977), a essencialidade da hegemonia da classe fundamental estaria no seu monopólio intelectual, que, atraindo os intelectuais de outras camadas, criaria um bloco ideológico, vinculando as camadas de intelectuais aos representantes da classe fundamental.

O caráter orgânico do vínculo proporcionado por esses “funcionários da superestrutura”, segundo Portelli (1977), reside na solidariedade estreita que liga os intelectuais às classes que representam e à classe fundamental. Para o autor, os

<sup>12</sup> Nesse estudo, essas classes não são necessariamente consideradas excluídas do sistema hegemônico, mas sim os *loci* de referência às ações de dominação e coerção na relação com a classe fundamental, que juntamente com as ações de direção e consenso, compõem o sistema hegemônico.

<sup>13</sup> “Lênin em seus escritos sobre hegemonia, insiste sobre seu aspecto puramente político; o problema essencial para ele é a derrubada, pela violência, do aparelho do Estado” (PORTELLI, 1977, p. 78)

<sup>14</sup> Bianchi (2008) questiona a formulação algébrica na operacionalização dos componentes sociedade civil e sociedade política, na superestrutura, que atribui hegemonia à sociedade civil e coerção à sociedade política num comportamento inversamente proporcional em que a ampliação de um implica o esvaziamento do outro. Para esse autor, “não existe uma rígida divisão de tarefas entre as duas esferas e, pelo contrário, tem-se em vista dar conta das novas tarefas hegemônicas próprias do Estado” (BIANCHI, 2008, p. 177)

intelectuais formam uma camada social diferenciada, “ligada à estrutura – as classes fundamentais do domínio econômico – encarregada de elaborar e gerir a superestrutura que dará a essa classe homogeneidade e direção do bloco histórico” (PORTELLI, 1977, p. 105)

Segundo o autor, os intelectuais não se constituem em classe específica, mas em grupos vinculados às diferentes classes. Nesse sentido, haveria um diferencial importante entre a classe fundamental e as classes subalternas. Na primeira haveria a formação de categorias especializadas para o exercício da função de intelectual em conexão com os grupos sociais mais importantes, proporcionando um vínculo muito mais estreito entre o intelectual e essa classe, ao passo que se origina em seu próprio seio. Para as últimas, entretanto há uma maior vulnerabilidade, visto que, pelo menos inicialmente, elas são obrigadas a “importar” seus intelectuais, particularmente os “grandes intelectuais”, o que faz com que a “consciência de classe” de seus intelectuais possa ser menos elevada, estando mais sujeitos aos movimentos de “integração” da classe fundamental (PORTELLI, 1977).

Os intelectuais podem exercer diversas funções na super estrutura para contribuir na unidade da classe fundamental e sua hegemonia no bloco histórico, sendo, no nível da difusão da ideologia, “os encarregados de animar e gerir a ‘estrutura ideológica’ da classe dominante no seio das organizações da sociedade civil (...) e de seu material de difusão” (PORTELLI, 1977, p.109). Entretanto possuem uma certa autonomia em relação à essa classe, “na medida em que não evolui no mesmo nível do bloco histórico” (Idem, ibidem, p. 110), o que contribui para a construção de uma autoconsciência e autocrítica da classe (sinal de avanço para manutenção da hegemonia com consciência das forças e fraquezas), ao passo que pode levar a uma crise orgânica, caso essa classe não seja mais a fundamental, com a “ruptura do vínculo orgânico que a ligava aos grupos intelectuais da sociedade civil” (idem, ibidem, p. 111).

Nesse sentido, a partir de Portelli (1977) podemos elaborar a relação do bloco ideológico com a classe fundamental a partir das funções/ações de dirigir ou dominar. Ao ser dirigente para manter a hegemonia, a classe fundamental utiliza o bloco ideológico para “controlar grupos auxiliares, pronta a levar em conta os interesses próprios desses grupos” (PORTELLI, 1977, p. 90). Ao ser dominadora, a classe fundamental utilizaria o bloco ideológico para “neutralizar as outras classes, abstendo-se de qualquer compromisso com estas” (Idem, ibidem, ibidem) e um dos

caminhos é para isso é o transformismo.

Transformismo seria uma estratégia para decapitar a direção de grupos das classes subalternas, agregando-se seus intelectuais ao redor da classe fundamental. Para Portelli (1977), o transformismo é um processo orgânico na coesão da estrutura e superestrutura em um bloco-histórico na medida em que

“traduz a política da classe dominante que recusa qualquer compromisso com as classes subalternas e assim atrai seus chefes políticos para agregá-los à sua classe política” (PORTELLI, 1977, p. 87).

Pelo que se percebe até aqui, as ideologias e atividades políticas representam o caminho para os homens tomarem consciência dos conflitos que se desenvolvem no nível da estrutura, o que confere às ideologias e as atividades políticas um valor estrutural, corroborando com a noção de bloco histórico em que “as forças materiais são o conteúdo e as ideologias, a forma” (PORTELLI, 1977, p. 56). Nesse ponto é importante resgatarmos do pensamento gramsciano a relação pedagógica na relação de hegemonia. Segundo Bianchi (2008), na passagem do homem singular para a esfera das classes, na esfera política, no processo que denominou de “catarse”, é que se dá a conformação do “homem coletivo”. Para o autor,

“é no nexos existente entre governantes e governados, dirigentes e dirigidos, intelectuais e não intelectuais que se torna possível identificar de modo mais preciso essa relação e o processo de formação de uma ‘personalidade histórica’”(BIANCHI, 2008, p. 192).

Discutida essa dinâmica do bloco histórico, é importante que retomemos as condições estruturais da evolução da superestrutura recuperadas por Gramsci da referência marxista:

“(...) uma sociedade não se propõe a nenhuma tarefa para a qual não existam já as condições necessárias e suficientes que estariam, pelo menos, em vias de aparição ou desenvolvimento; e (...) nenhuma sociedade se dissolve nem pode ser substituída enquanto não tiver desenvolvido todas as formas de vida implicitamente contidas em suas relações” (PORTELLI, 1977, p. 55)

Isso nos permite retomar a questão das temporalidades dos diferentes momentos do bloco histórico, em que o momento da estrutura é o menos variável no desenvolvimento histórico. A partir daí recuperamos as discussões a respeito da organicidade dos movimentos da superestrutura em relação à estrutura. Nesse sentido Portelli (1977) identifica em Gramsci quatro tipos de fenômenos não orgânicos da superestrutura no campo das ideologias e ações políticas:

- o primeiro estaria relacionado a movimentos conjunturais, ocasionais ou imediatos, que, apesar de serem de alguma forma orgânicos à evolução

da estrutura, não têm largo alcance histórico;

- o segundo estaria relacionado a erros políticos dos representantes das classes dirigentes, que será corrigido pelo desenvolvimento histórico;
- o terceiro estaria relacionado a atos de reorganização interna da superestrutura, e assim, do pessoal intelectual da classe dirigente;
- o último estaria relacionado a construção de ideologias arbitrárias, apenas negação das ideologias orgânicas, sem importância histórica.

Recuperadas as noções de Estado, Hegemonia e Bloco histórico de Gramsci, para fins desse estudo, faz-se necessário um resgate da experiência política mais significativa para o setor saúde no Brasil, a Reforma Sanitária Brasileira, constituindo-a baliza crítica para o olhar sobre o projeto MobilizaSUS.

### **3. A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: UM PASSEIO “ENSAIANDO”**

A Reforma Sanitária Brasileira – RSB nasce numa conjuntura de transição democrática, em fins de um período ditatorial que, sob a égide de um suposto milagre econômico, configurava um modelo de privilegiamento do produtor privado na saúde, com financiamento público via sistema previdenciário (PAIM, 2008a). Sua origem se torna possível pela aproximação dos debates do campo da saúde e das ciências sociais<sup>15</sup> com forte influência das teorias marxistas (GALLO, NASCIMENTO, GRZYNSZPAN apud PAIM, 2008a; FLEURY, 2006; GERSCHMAN, 2006; SANTOS, 2003; ESCOREL, 1998). Como aponta Fleury:

“A incorporação das análises dos teóricos marxistas contemporâneas a respeito do Estado possibilitou transpor compreensão da política pública para além de seu caráter legitimador, como um espaço na luta pela manutenção da hegemonia ou na consolidação de propostas contra-hegemônicas e formação de um novo bloco histórico<sup>4</sup>” (FLEURY, 2006, p. 22).

A assunção da leitura marxista para o campo da saúde pode ser evidenciada no conceito de saúde formulado durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (marco político relevante na implementação dessa reforma):

“Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato.

<sup>15</sup> Aproximação que se dá nas disputas teórico-ideológicas nas ciências políticas (na qual facilmente se identificam os pólos do liberalismo e do marxismo) que envolviam a relação Estado/sociedade e embalavam as discussões sobre o desenvolvimento de políticas sociais principalmente a partir das experiências social-democráticas dos países europeus evidenciadas pelo Welfare State (BEHRING, 2006).

Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 4)

Os marcos teóricos que vão nortear essa reforma são originários do seio dos aparelhos ideológicos do Estado (os Departamentos de Medicina Preventiva das Universidades), tendo como maior intelectual, Antonio Sérgio Arouca com sua histórica tese de doutorado intitulada: “O dilema preventivista: contribuições para a compreensão criticada Medicina Preventiva” (PAIM, 2008a; FLEURY, 2006; ESCOREL, 1998). Para Fleury, Arouca lança as bases teóricas para a organização do movimento sanitário a partir da seguinte análise:

“A viabilidade do projeto preventivista implica a superação de seus limites liberais que pretendem redefinir as responsabilidades do médico por meio da inculcação de uma preocupação social, mantendo, no entanto, preservadas a natureza de seu trabalho, a organização da prática média e a estrutura social. Transcender esses limites restritos à alteração dos comportamentos dos profissionais requer formular uma teoria que dê conta das reais determinações da crise no setor saúde e caminhar em direção a uma prática política que represente um movimento de transformação conjunta do trabalho médico, da consciência sanitária, da produção das condições de saúde e doença, do conhecimento, e das políticas de saúde” (FLEURY, 2003, p. 243)

Para a autora, o caráter dual da saúde, enquanto valor universal e núcleo subversivo da estrutura social, representa condições e possibilidades para a construção de um bloco histórico, devido a: possibilidade de desenvolvimento da consciência sanitária ao mesmo tempo como consciência de cidadão, já que a incidência da saúde/doença enquanto processos coletivos e de individualidades, permite no mesmo cidadão a reflexão sobre o corpo produtivo – corpo biológico e o corpo socialmente investido; a convergência de interesses policlassistas, que possibilitaria a criação de amplos arcos de alianças políticas em direção a um projeto globalizante; e a existência de um acervo de conhecimentos que permitiriam a explicação dos fenômenos saúde doença e a transformação efetiva do perfil epidemiológico prevalente da atual organização social da prática médica” (FLEURY, 2006)

Dessa forma é que, defendendo a bandeira: saúde é democracia, democracia é saúde, ratificando a participação como “item privilegiado do corpo doutrinário e da pauta programática da Reforma Sanitária” (CARVALHO, 1997, p. 95), o movimento sanitário, ou movimento da reforma sanitária, aliou

“a eficiente organização política do movimento social com a busca da formulação de um projeto alternativo para o sistema de saúde, alcançando ser, ao início do processo de democratização, um ator político impossível de ser ignorado” (FLEURY, 1997, p. 29).

Para Paim (2008a), o movimento sanitário é considerado “um conjunto articulado de práticas ideológicas, políticas, científicas, teóricas, técnicas e culturais” (PAIM, 2008a, p. 34), o que aponta para uma especial ênfase à discussão entre o saber e essa práxis na RSB (criatura do Movimento Sanitário), numa distinção entre *proposta* e *processo*, num Estado que possui importantes filtros a projetos reformistas (PAIM, 2008a).

Segundo o autor, a RSB é um tema que reúne ambigüidades, em sua definição, e hipóteses concorrentes teórico-conceituais e metodológicas para seu desenvolvimento, por parte de cientistas políticos e os atores e autores do movimento sanitário (PAIM, 2008b). O mesmo parte do pressuposto da RSB enquanto reforma social, trazendo como proposta analítica o ciclo “idéia-proposta-projeto-movimento-processo”, em que “esses momentos encontram-se, dialeticamente, imbricados: movimento gera o projeto e desencadeia o processo e este condiciona o próprio movimento” (PAIM, 2008a, p. 33).

Nesse sentido é interessante destacar dois marcos para a idéia, proposta e configuração do projeto da RSB. Um é a constituição do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES, enquanto uma das referências intelectuais orgânicas ao movimento sanitário, com importante contribuição para a constituição da Saúde Coletiva enquanto campo científico, articulando o triedro ideologia-saber-prática (FLEURY, 1997; PAIM, 1997). Outro é a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde houve a ampliação das bases na construção de “utopia democrática igualitária, opção política consistentemente formulada e assumida como mobilizadora das diferentes forças sociais que se somariam a este projeto” (FLEURY, 1997, p. 34), culminando com a impressão dessa “utopia” na Constituição Federativa do Brasil, em 1988.

Retomando Paim (2008b), a partir do referencial teórico da “guerra de posições”, no desenvolvimento do *processo* da RSB há de se observar ambigüidades de orientações, que, para interesse desse estudo, ilustraremos como: “do intraburocrático ao social” (OLIVEIRA, 1988, p. 331); ou perspectiva “movimentista” ou “institucionalista” (FLEURY, 1997); ou ambivalência entre “reforma geral” e “reforma parcial” (ou setorial) (PAIM, 2008a).

Nesse estudo, consideramos uma ambivalência entre “uma perspectiva de mobilização da comunidade e socialização política” (FLEURY, 1997, p. 27), que proporcionaria o suporte à ampliação da base de massas na perspectiva de uma

reforma geral (HELLER, apud PAIM, 2008a, p. 38), factível de gerar uma “transformação da vida cotidiana das pessoas” (PAMI, 2008a), e

“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 sob a égide do Estado” (FLEURY, 1997, p. 28),

que daria margens à idéia de uma reforma parcial setorial (PAIM, 2008a) em que “as ações de massa são efêmeras e entram em refluxo rapidamente depois da realização da reforma” (HELLER, apud PAIM, 2008a, p. 37).

De acordo com os fatos, estudos e debates atualizados por Paim (2008a), que ratificam uma inclinação à “segunda opção” no *processo* da RSB, reforça-se a tese de que, ante um Estado “capitalista, autoritário, privatizado e patrimonialista” (PAIM, 2008a, p. 66), adepto às reformas parciais e ao transformismo, numa constante de transformar conservando e conservar transformando,

“a Reforma Sanitária Brasileira reduziu-se a uma *reforma parcial*, inscrita nas suas dimensões setorial e institucional com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).” (PAIM, 2008a, p.309)

Entretanto, o autor completa:

“(...) esse desfecho atual (...) não exclui, todavia, as possibilidades de seu ‘núcleo subversivo’ e os portadores da antítese empurrarem o seu processo para uma reforma geral ou eventualmente, para uma revolução no modo de vida.” (PAIM, 2008a, p.309-310)

Assim, podemos considerar que a RSB não é um processo finalizado, diante as lacunas evidenciadas no que se refere às “promessas” de ampliação da consciência sanitária e efetivação do direito à saúde. Há de se considerar que a estratégia hegemonicamente adotada pela RSB até o momento deu conta de proporcionar um contexto interessante e desafiador, com importantes avanços na área de produção de conhecimentos e na legitimação da contra-hegemonia através da institucionalização do SUS. Nesse aspecto, a década de 90, pós constituinte, é ilustrativa, com importante processo normativo (Leis orgânicas 8.080/90, 8.142/90, Normas Operacionais Básicas - NOB), expressando a “pactuação pelo alto” (PAIM, 2008b, p. 638) e caracterizando “um certo ‘jeito NOB de fazer o SUS’, esculpindo-o a ‘golpes de portaria’” (GOULART, 2001, p. 293). Em que pesem as discussões a respeito dos limites dessas normatizações, o processo pode demonstrar a institucionalização de uma potencialidade contra-hegemônica ao possibilitar a

oposição à propostas neoliberais hegemônicas no período<sup>16</sup>.

Atualmente, presenciamos a Saúde Coletiva consolidada enquanto campo científico específico, ao tempo em que o Sistema Único de Saúde constitui um novo cenário na “guerra de posição”, com um importante arcabouço jurídico-institucional pareado a um valoroso acúmulo na gestão da máquina estatal, aprendizado caro ao movimento sanitário, a ponto de se dar margem a jargões do tipo: “o SUS é uma escola!”.

Dessa forma podemos afirmar que a RSB proporcionou a legitimação de uma práxis contra-hegemônica no âmbito das políticas de saúde, com potencialidade para construção de um novo bloco histórico. Ainda que enquanto reforma lenta parcial, conseguiu fazer frente ao transformismo, o *modus operandi* do bloco histórico nacional e global. Mas para seguir enfrentando a inércia no Estado se faz necessária a revisão de rumos e talvez esteja em tempo de se investir “no outro pólo de estratégias”, o “movimentista”, considerando que “radicalização da democracia implica na ênfase da atuação da sociedade civil para o reforço da contra-hegemonia” (PAIM, 2008a, p. 321).

Em outras palavras, partindo da concepção de Estado ampliado de Gramsci e de suas discussões sobre estratégias para as classes subalternas assumirem a hegemonia na conjuntura de um bloco histórico com superestrutura de sociedade civil forte (GRAMSCI apud PORTELLI, 1977), podemos ilustrar a seguinte situação: enquanto movimento sanitário, após ocuparmos posição na “trincheira avançada” (a sociedade política ou Estado estrito) estamos vislumbrando a “poderosa cadeia de fortalezas e casamatas (a sociedade civil)”, que nos exigirão ainda mais excepcionalidades de paciência e criatividade, colocando no centro a temática da Participação e Controle Social em Saúde (PCSS).

#### **4. MOBILIZASUS: LIMITES E POTENCIALIDADES**

Observando as características do projeto MobilizaSUS, com sua intenção subjacente de contribuir para a construção de uma consciência crítica para a participação popular na efetivação do direito à saúde, podemos considerar que há

---

<sup>16</sup> As recomendações das agências financiadoras internacionais na década de 90 impunham a redução da atuação estatal na regulação da economia, ajustando as receitas anticíclicas keynesianas à uma ortodoxia liberal remontada às idéias clássicas de Adam Smith, articulando o trinômio da focalização, privatização e descentralização, refletindo-se, no âmbito das políticas sociais, em desuniversalizar e assistencializar as ações, cortando gastos sociais e contribuindo para o equilíbrio financeiro do setor público (BEHRING, 2006).



uma proximidade à perspectiva “movimentista” da RSB. Assim, o debate a respeito do significado político desse projeto para a gestão da saúde na Bahia, num olhar a partir da RSB, passa pela questão: quais os limites e potencialidades do MobilizaSUS enquanto um projeto contra-hegemônico na saúde?

Deste ponto, destacamos alguns aspectos para a discussão. O primeiro é, no atual contexto, a conotação a uma permeabilidade quanto a idéia de o Estado baiano apresentar-se enquanto facilitador para as condições de transformação social (TESTA, 1993), sugerida pela constituição de um projeto contra-hegemônico por dentro do mesmo. A plausibilidade para essa idéia pode ser atribuída a conseqüências das conquistas instituintes da RSB, frutos de seu projeto e processos contra-hegemônicos.

Entretanto há de ser observado que o contexto da re-inserção do projeto na agenda política baiana ocorre numa situação que, antes de ser considerada uma mudança estrutural nas relações de poder, pode ser enquadrada em um dos fenômenos não orgânicos da superestrutura, como movimentos conjunturais ou de reorganização interna (PORTELLI, 1977). Dessa forma, o comprometimento com a institucionalização da gestão participativa do SUS (BAHIA, 2009), embora crie a possibilidade de ampliação da sociedade política (Estado *restrito*), a partir da inserção de outros atores, não incide necessariamente no bloco ideológico<sup>17</sup> baiano e em suas características constrangedoras a esse comprometimento.

De fato, segundo Milani (2006), poderiam ser identificados cinco fatores condicionantes do desenvolvimento de uma gestão participativa na Bahia: a marca das estratégias econômicas capitaneadas pelo capital corporativo, proporcionando a construção de anéis burocráticos que obscurecem a dinâmica de representação de interesses; a supressão autoritária do pluralismo em nome de uma modernização conservadora – o “carlismo”, atrofiando a sociedade política; a herança do patrimonialismo que constrói a concepção individual do poder institucional; a separação entre a capital (e o seu Recôncavo) e o interior do estado e a influência dos “coronéis”, que permite a hipótese de haver um “oriente”<sup>18</sup> no interior baiano; e o “cimento ideológico que aspira conectar elite e povo” (DANTAS NETO, 2003, p. 232), o mito da “baianidade” (MILANI, 2006).

---

<sup>17</sup> Responsável pela construção do consenso ativo na sociedade civil

<sup>18</sup> No pensamento gramsciano essa adjetivação refere-se a uma sociedade em que na relação Estado/sociedade prevalece a coerção, caracterizando uma sociedade civil débil, gelatinosa. (PORTELLI, 1977)

Entretanto, ao constituir-se numa aproximação à sociedade civil que remonta à perspectiva movimentista da RSB, o projeto MobilizaSUS apresenta uma potencialidade instituinte capaz de fazer frente ao instituído. Essa potencialidade estaria inscrita na re-inserção de novos atores na arena da PCSS. Esta re-inserção corroboraria com a idéia da construção permanente do sujeito, com poder transformador do instituído em instituinte (FLEURY, 2009), o portador da antítese que empurraria o processo de radicalização da democracia, numa “ênfase da atuação da sociedade civil para o reforço da contra-hegemonia” (PAIM, 2008a, p. 321).

Assim, passamos a discutir a referida aproximação a partir dos aspectos embutidos no projeto que apontam para a identificação dos sujeitos portadores da antítese (instituído-instituinte) e a para compreensão do processo educativo como parte da práxis histórica potencialmente transformadora do bloco ideológico que cimenta o exercício do poder político. De fato, para Gramsci, a desagregação da hegemonia passa pela desagregação do bloco ideológico, por uma ruptura do vínculo orgânico dos grupos de intelectuais à classe dirigente (PORTELLI, 1977). Nesse sentido, o pensamento gramsciano está voltado para “municipar as organizações das classes subalternas que lutam para conquistar sua liberdade e sua hegemonia” (SEMERARO, 1999, p. 74). Segundo Semeraro (1999), no processo de constituição de sujeitos conscientes e ativos, “catarse” gramsciana, as novas forças sociais

“assumem progressivamente atitudes em contraposição à ideologia dominante até amadurecer uma visão independente e superior de mundo, para a qual convergem os diferentes grupos que lutam pelos mesmos horizontes sociais e políticos” (SEMERARO, 1999, p. 74).

A partir daí consideramos que, para enfrentar o bloco ideológico baiano, o MobilizaSUS direciona-se a municipalizar os movimentos sociais assumindo os princípios da educação popular como fundamento. A identificação dos movimentos sociais como *lócus* dos sujeitos portadores da antítese se justificaria pela relação teórica entre esses e as categorias de classe (*lócus* original em Gramsci), estabelecida por Touraine (SCHERER-WARREN, 2005). Segundo Gohn (2007), eles “expressam energias de resistência ao velho que os oprime, e fontes revitalizadas para a construção do novo” (GOHN, 2007, p. 14). E, aproximando-se da noção de classe subalterna, para ser mais fiel a Gramsci, esses sujeitos estariam entre os movimentos populares, que, segundo Gohn (2007), têm o universo de suas

heterogêneas demandas unificado pelas carências socioeconômicas.

A assunção da educação popular enquanto método para a catarse agregaria potência para a construção de cenários nos quais os movimentos populares possam se fazer presentes, apresentando novas temáticas, experiências e desejos (PEDROSA, 2007). Segundo Vasconcelos (2007), a Educação Popular

“busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. É uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social” (VASCONCELOS, 2007, p. 21).

Além disso, ao envolver a organização escolar na perspectiva da promoção do protagonismo juvenil, o MobilizaSUS propõe o direcionamento de um dos mais importantes aparelhos de hegemonia do Estado na estrutura ideológica (PORTELLI, 1977) para reproduzir culturalmente uma ideologia contra-hegemônica.

Dessa forma, assumindo o pensamento gramsciano, podemos sugerir que nesses direcionamentos estariam a potência contra-hegemônica do MobilizaSUS. E aqui é importante que retomemos os pólos da “novidade” do MobilizaSUS na Bahia: burocracia estatal e movimentos sociais.

A burocracia estatal pode representar ao mesmo tempo dois papéis: o de arena de luta política, onde uma série de atores disputam decisões e formulações de políticas, leis, normas etc., e o de ator social, enquanto agente de iniciativas, implementador, interlocutor de outros atores (LUCCHESI, 2006). No caso em estudo, podemos identificar que o primeiro papel foi preponderante nas duas fases iniciais e atualmente o que se destaca é o papel de ator. Lucchesi (2006) afirma que o Estado e suas organizações burocráticas podem ser vistos como “a condensação de determinadas relações políticas” (LUCCHESI, 2006, p. 164). Além disso, vigoraria uma concepção hegeliana em que a burocracia estatal teria uma função de mediadora entre interesses particulares da sociedade civil e o interesse geral do Estado (LUCCHESI, 2006). Assim, somando-se os fatores apontados por Milani (2006) para a gestão participativa na Bahia, podemos afirmar que o MobilizaSUS possui limites no protagonismo da burocracia-ator, de alguma forma experimentados nos desafios cotidianos de seu desenvolvimento. Esses limites podem ser representados pela questão pontuada por Lucchesi (2006):

“a (im)possibilidade de uma clara e definitiva delimitação dos seus papéis de sujeito (como ator social) ou de instrumento (funcionando como executores de planos cuja formulação escapa aos seus domínios)” (LUCCHESI, 2006,

p. 178).

No outro pólo (movimentos sociais), encontramos uma idéia de participação cidadã na Bahia, marcada “por uma cultura política regional assentada na reprodução de um Estado patrimonialista autoritário e em relações sociais mediadas por estruturas corporatistas e clientelistas” (MILANI, 2006, p. 23). Segundo Pinheiro (1999), a história do poder político na Bahia não passa por um projeto político maior, por uma idéia de classe, e sim pelo indivíduo e é com este que o Estado estabelece relação, numa corrida que “conserva o passado, mantém desigualdades estruturais e se fundamenta no exercício do mandato político enquanto sinecura em benefício próprio” (MILANI, 2006, p. 206). A dominação do “carlismo”, que suprime autoritariamente o pluralismo (DANTAS NETO, 2003), associada ao o consenso da “baianidade”, ideologia da homogeneidade, pacificidade e passividade baianas (idem, ibidem), desemboca num quadro baiano de descaso popular e apatia política dos cidadãos, discutido nos estudos de Milani (2006). Essa situação permite que ainda hoje nos deparemos com situações que remontam ao que Dantas Neto, referindo-se ao cenário político baiano de 1978, caracterizou como espaço público “surdo e quase mudo” (DANTAS NETO, 2003, p. 228).

Desta forma poderia se configurar um paradoxo para MobilizaSUS ao considerá-lo em si, aprioristicamente, como contra-hegemônico: atores da sociedade política historicamente habituados a fazer calar ou a falar por, se propondo oportunizar a voz de atores da sociedade civil que estão historicamente habituados a serem calados.

Assim, podemos inferir que o projeto MobilizaSUS possui características que permitiriam colocá-lo no “lado” da contra-hegemonia no setor saúde. Entretanto há limites para sua afirmação enquanto projeto contra-hegemônico. Apesar de pautar-se na idéia e projeto da RSB para o desenvolvimento de um projeto alternativo para o sistema de saúde e, quiçá, promoção da revolução dos modos de vida, a origem institucional do MobilizaSUS claramente o limita nesse sentido. Então, de fato, esse projeto não representa *per si* uma contra-hegemonia, necessitando, para isso, dos sujeitos portadores da antítese enunciados por Paim (2008a), que estão para além dos formuladores e implementadores institucionais do projeto.

Podemos dizer, então, que o MobilizaSUS aproxima-se mais da idéia de representar poros na superestrutura permeáveis à contra-hegemonia. E essa permeabilidade estaria principalmente em função de seu método para articular

aqueles sujeitos da antítese numa práxis histórica na Bahia. A ponto de podermos caracterizá-lo como um projeto cujo desenvolvimento se converte numa unidade dialética onde se contrapõem uma considerável potência emancipadora e fatores limitantes (internos e externos à instituição) que lhe podem ser cruéis, podendo caminhar da transformação ao transformismo.

## **5. PARA NÃO CONCLUIR**

Ao se propor fortalecer o controle social e a gestão democrática e participativa do SUS, o MobilizaSUS entra no debate contra-hegemônico da RSB. Isso nos oportuniza, numa revisão de prumo, retomar o espectro da imagem objetivo da RSB “movimentista”, enquanto “um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares” (FLEURY, 1997, p. 28). Deste ponto podemos afirmar que o projeto possui, nos diversos âmbitos de atuação institucional, fragilidades e limites relacionados à mobilização de poderes político, administrativo e técnico (TESTA, 1993). Todavia, também podemos identificar uma potência transformadora relacionada principalmente a características do método que o constitui. Essa situação dialética não permite conclusão no espaço de um texto, necessitando evidentemente da mediação da práxis. Assim, trazemos algumas questões que podem ser sistematizadas a partir desse trabalho.

Focando o vértice do método, no “Postulado de Coerência” (TESTA, 1993), questionamos em que medida o MobilizaSUS está criando condições de espaço, tempo (PAIM, 2007) para poder avançar frente as limitações condicionantes da organização? Avançando para outro nível do postulado, qual seria a “Teoria” do MobilizaSUS que, aproveitando a determinação histórica para sua ocorrência, o orienta para enfrentar a determinação de um Estado em disputa? E, pragmatizando, como acessar de forma mais eficaz os atores portadores da antítese que emprestarão substância contra-hegemônica ao projeto: os movimentos populares? Considerando a hipótese de que o discurso do direito à saúde, da forma como se apresenta institucionalizado, não tem sido suficiente para agregar esses movimentos na construção de uma rede que dialogue de forma mais contundente com os aparelhos de Estado para a efetivação desse direito, o quê seria capaz de construir essa unidade? E como o MobilizaSUS contribui, ou não, para a institucionalização

de um ideário popular<sup>19</sup>?

A reflexão sobre tais questões pode contribuir para um caminho possível ao fio da meada da questão: “como avaliar o MobilizaSUS?”. O referencial teórico utilizado aparentemente apresenta categorias que suportam os componentes e movimentos do projeto. Ao que sugerimos a construção de um modelo teórico-lógico (MEDINA et. al., 2005) que parta dos componentes do método articulados a um olhar sobre os possíveis efeitos deste nos atores envolvidos (burocracia e movimentos populares), numa aproximação à “abordagem mista” para a construção de modelos em avaliação sugerida por Medina et. al. (2005, p. 50).

Somando-se à instrumentalização para se avaliar o MobilizaSUS, podemos considerar que aquelas questões estão postas ao debate das experiências desenvolvidas na área da PCSS, das quais, como um sugestivo caminho para pontos e contrapontos, sugerimos um olhar especial ao fenômeno da recente instituição do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2009a).

Não concluindo, seguimos na dialética da Saúde Coletiva, entre participação em processos reprodutivos da estrutura social ou aposta em processos de transformação social, investindo na suposição de Paim (2006, p 151) de que o que se faz mais necessário é a “articulação de sujeitos sociais” em torno desse “campo científico e âmbitos de práticas, na formulação e condução de políticas conseqüentes”.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. **Plano estadual de Saúde: Gestão 2007-2010**. Salvador: SESAB, 2009. 128 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **MobilizaSUS: estratégia para fortalecimento do controle social e da gestão democrática e participativa do SUS**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/mobilizasus>. Acessado em 15 mar 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **MobilizaSUS: estratégias para o fortalecimento do controle social, o SUS é uma escola de cidadania**. 2008. 14 p.

BEHRING, E. R. Fundamentos de política social. In.: MOTA, A. E. [et al.], (orgs). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. pp. 13 - 49.

BIANCHI, A. **O laboratório de Gramsci: filosofia, história e política**. São Paulo: Alameda, 2008. 317 p.

<sup>19</sup> Enquanto constituinte de uma ideologia contra-hegemônica, transformadora.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a, 20 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 1.256, de 17 de junho de 2009. Institui o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 de jun. de 2009a. Seção I, p. 41, col. 2.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 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, 2006b, 76 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=384](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=384), acesso em 10 out. 2009b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009c. 44 p.

CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma de Estado. In: FLEURY, S. M. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. pp. 93-111.

COHN, A. Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2003, vol. 8, no. 1, pp. 09-18. ISSN 1413-8123.

CORREIA, M. V. C. Controle Social na Saúde. In.: MOTA, A. E. [et al.], (orgs). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. pp. 111 – 140.

CORTES, S. M. V. As origens da participação na área da saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 51, pp. 30-37, 1996.

\_\_\_\_\_. Céticos e esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança na área da saúde. In: PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubem Araújo de (org). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. pp. 401 - 426.

COSTA, A. C. G. Protagonismo juvenil: o que é e como praticá-lo. In.: BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. **Mobiliza SUS: manual mobiliza SUS, educação permanente para controle social e] gestão democrática e participativa do SUS-Ba**. Salvador: SESAB, 2008. pp. 100 - 111.

DANTAS NETO, P. F. “Surf” nas Ondas do Tempo: do Carlismo Histórico ao Carlismo Pós-Carlista. In: Caderno CRH, nº. 39, 2003, pp. 213-255.

SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 1998. 208 p.

FLEURY, S. M. A questão democrática na saúde. In.: FLEURY, S. M. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos. pp. 25-44, 1997.

\_\_\_\_\_. Para uma teoria do movimento sanitário. In. AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 268 p.

\_\_\_\_\_. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In FEURY, S. (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 3ª edição. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. pp. 17-46.

\_\_\_\_\_. Reforma Sanitária Brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. vol.14, n.3, pp. 743-752, 2009.

GERSCHMAN, S. Formulação de Políticas Sociais. In FEURY, S. (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 3ª edição. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO. pp.119 - 138, 2006.

GOHN, M. da G. **Movimentos sociais no início de século XXI: antigos e novos atores sociais**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 143 p.

GOULART, F. A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria...: considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 6, n. 2, pp. 292-300, 2001.

GRUPPI, L. **Tudo começou com Maquiavel: as concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci**. Porto Alegre: L&PM Editores Ltda, 1980, 93 p.

LABRA, M. E., 2007. **Existe uma política de participação e controle social no setor saúde?** Contribuições para um debate urgente. Texto preparado para o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES. Rio de Janeiro. (<http://www.cebes.org.br>)

LUCCHESI, G. Burocracia e política de saúde: arena ou ator? In.: FEURY, S. (Org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 3ª edição. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO. pp. 157-179, 2006.

MEDINA, M. G.; SILVA, G. A. P.; AQUINO, R. HARTZ, Z. M. A. **Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais**. In.:

MILANI, Carlos R. S. Políticas públicas locais e participação na Bahia: o dilema gestão versus política. **Sociologias** [online]. n.16, pp. 180-214, 2006.

OLIVEIRA, J. A. A Saúde Pública Hoje: notas para um debate sobre a conjuntura em saúde e a situação da ENSP ao seu interior. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 4 (3): 326-333, jul/set, 1988.

PAIM, J. S. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In.: FLEURY, S. M. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos. pp. 11-424, 1997.

\_\_\_\_\_. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. 154 p.

\_\_\_\_\_. Formulação de políticas de saúde: comunicação em vigilância sanitária. In: RANGEL, M. L. & COSTA, E. A. et. al. **Comunicação em Vigilância Sanitária: princípios e diretrizes para uma política**. Salvador, EDUFBA. pp. 41-55, 2007.

\_\_\_\_\_. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, 356 p.

\_\_\_\_\_. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis** [online]. vol.18, n.4, pp. 625-644, 2008b.

PARADA, T. C. S. MobilizaSUS: uma aproximação à experiência baiana. In.: PARADA, T. C. S. **MobilizaSUS na Bahia: emergência, desenvolvimento e**



contradições do cotidiano institucional. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva. pp. 15-53. 2010.

PEDROSA, J. I. dos S. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2007, p. 12-17.

PINHEIRO, I. O. A política na Bahia: atrasos e personalismos. **Ideação**, Feira de Santana, n.4, p.49-78, jul./dez. 1999

PORTELLI, H. **Gramsci e o bloco histórico**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977, 185 p.

ROCHA, M. N. D. **Produção de conhecimento sobre “participação e controle social em saúde” (1980-2005)**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva. 2008, 64 p.

SANTOS, E. M. dos. E agora: somos marqueteiros de cyborgues eternos? In. AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 268 p.

SCHERER-WARREN, I. **Redes de movimentos sociais**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2005. 143 p.

SEMERARO, G. Da sociedade de massa à sociedade civil: A concepção da subjetividade em Gramsci. **Educação & Sociedade**, ano XX, nº 66, Abril/1999. pp. 65-83.

SOLLA, J. J. P., COUTO, W. S., ABREU-DE-JESUS, W. L., SALLES, N. N. S., OLIVEIRA, G. R. de. Saúde e qualidade de vida na Bahia: políticas de estado e desenvolvimento. **Revista Baiana de Saúde Pública / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia**. Salvador: v.31, supl.2, set., pp. 9-26, 2007.

STOTZ, E. N. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 73/74, pp. 149-160, 2006.

TESTA, M. **Pensar en Salud**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1993. 233 p.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cad. Saúde Pública** [online]. 1998, vol.14, suppl.2, pp. S39-S57.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2007, pp. 18-29.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck; CAVALCANTI, Maria de Lourdes e CABRAL, Marta de Pina. Participação em saúde: do que estamos falando?. **Sociologias** [online]. 2009, n.21 [citado 2010-02-21], pp. 218-251

