

**XXVI ENCONTRO NACIONAL DO
CONPEDI BRASÍLIA – DF**

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS II

JANAÍNA MACHADO STURZA

ANTÔNIO DE MOURA BORGES

DOUGLAS ANTÔNIO ROCHA PINHEIRO

Todos os direitos reservados e protegidos.

Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS

Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM

Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN

Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes – IDP

Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba – UFSC

Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Representante Discente – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

Conselho Fiscal:

Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH

Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR

Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini Sanches – UNINOVE

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)

Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

Secretarias:

Relações Institucionais – Ministro José Barroso Filho – IDP

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF

Educação Jurídica – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDI

Eventos – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC

Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG

Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA

Comunicação – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

D597

Direitos sociais e políticas públicas II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Antônio de Moura Borges; Douglas Antônio Rocha Pinheiro; Janaína Machado Sturza - Florianópolis: CONPEDI, 2017.

Inclui bibliografia

ISBN:978-85-5505-450-1

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Desigualdade e Desenvolvimento: O papel do Direito nas Políticas Públicas

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Cooperativismo. 3. Cotas.

4. Vulnerabilidade. XXVI Encontro Nacional do CONPEDI (26. : 2017 : Brasília, DF).

CDU: 34



XXVI ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI BRASÍLIA – DF

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS II

Apresentação

O constitucionalismo clássico liberal é a afirmação histórica da luta pela limitação do poder do Estado. Nas revoluções burguesas, diante de um Estado absolutista com poder de vida e morte sobre seus súditos, isso significava restringir a ação do governante. Não se esperava nenhuma prestação do Estado. Lutava-se, apenas, para que o governante não privasse os súditos de sua vida, de sua liberdade e de seus bens. Surgia a clássica ideia de liberdade negativa, liberdade que exigia um dever de abstenção por parte do Estado, um não-fazer. Em alguns países, tal reivindicação significava a efetivação de uma tradição – afinal, na Inglaterra, várias leis esparsas já restringiam a ação do governante ou a subordinava à prévia aprovação do Parlamento desde o século XII. Em outros, como na França, o constitucionalismo significava uma ruptura e a inauguração de uma nova ordem, de que a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão foi o melhor exemplo.

Ocorre que, na esteira da conquista de liberdades civis e de direitos políticos, a burguesia acabou garantindo, também, uma grande liberdade econômica. Com a reduzida regulação estatal do mercado de trabalho, a Revolução Industrial acabou acentuando os processos de exploração da mão-de-obra e recrudescendo a desigualdade social. Em reação a tal cenário, surgiram duas alternativas ideológicas: uma, defendendo um giro à esquerda com a supressão da propriedade privada, a superação da luta de classes e, até mesmo, com o fim do próprio Estado (comunismo/anarquismo); outra, apontando um giro à direita defendia a restrição das liberdades individuais em prol de um Estado forte cujos interesses, interpretados pelo governante aclamado pelo povo, prevaleceriam em qualquer ocasião (fascismo/nazismo).

Uma terceira alternativa, porém, surgiu no seio do próprio constitucionalismo. Em 1919, a Constituição de Weimar já apontava para um novo papel do Estado. Não bastava mais a proteção das liberdades que exigissem, a princípio, um não-fazer estatal. Para superar as grandes assimetrias sociais causadas pela Revolução Industrial, passava a ser igualmente exigível do Estado um dever de prestação. O Estado liberal daria lugar a um Estado de Bem-Estar Social, um novo desenho estatal em que vários direitos deveriam ser atendidos, como o de acesso à educação, à saúde, à assistência social, ao lazer, à moradia, dentre outros. Tais direitos, afirmados historicamente como reação à exploração gerada pelo liberalismo burguês, tinham um forte caráter equitativo. À liberdade, somava-se a igualdade. Consagrou-se, assim, uma clássica distinção dos direitos entre positivos e negativos, ou seja, direitos que exigiam uma prestação estatal, como os direitos sociais (o direito à saúde, por exemplo), e

direitos que se voltam contra o Estado, limitando-o e pretensamente exigindo sua inação, tais como os direitos civis (a liberdade de ir e vir, por exemplo).

Ocorre, porém, que tal classificação serve apenas para fins metodológicos. Na realidade, levar os direitos a sério corresponde a levar a escassez a sério, na medida em que todos os direitos importam em custos econômicos, ainda que estes correspondam ao ônus exigidos pela garantia correspondente. Por isso, todos os direitos são, em alguma medida, propriamente positivos. Aquele que sofre uma prisão ilegal ou abusiva e é privado de sua liberdade de locomoção maneja o "writ" constitucional do "habeas corpus" que, embora gratuito para quem o impetra, gera para o Estado um custo de manutenção do magistrado e de toda a estrutura judiciária que lhe serve de suporte para que o paciente possa ver-se solto.

O direito de propriedade, que também costuma ser classificado como negativo, igualmente envolve custos em sua proteção: afinal, não devem ser contabilizados na conta da garantia deste direito a manutenção de um sistema criterioso de registros de imóveis que torna a sua transferência confiável, ou da estrutura judiciária capaz de decidir e cumprir os pedidos de reintegração de posse ou das Forças Armadas com poderes e equipamentos para reprimir as pretensões de conquistas territoriais dos demais Estados?

Assim, a distinção entre direitos civis ou de primeira dimensão e os direitos sociais ou de segunda dimensão não reside propriamente na natureza dos mesmos – se negativos ou positivos –, mas sim, relaciona-se ao grau de planejamento estatal necessário para sua implementação. No Brasil, as condições para sua efetivação se mostraram mais propícias após 1988, com impacto repercussivo na forma como o Judiciário passou a apreciar tais questões. A passagem do "government by law" para o "government by policies" exige das funções do poder uma outra forma de governança que ainda tem sido fruto de reflexões acadêmicas e de gestão.

Neste caderno, estão várias delas. Que os leitores possam aproveitar de suas reflexões para fazer avançar no país a superação das desigualdades com participação popular e responsabilidade de planejamento financeiro-orçamentário.

Organizadores:

Prof. Dr. Antônio de Moura Borges - UCB/UnB

Prof. Dr. Douglas Antônio Rocha Pinheiro - UnB

Profa. Dra. Janaína Machado Sturza - UNIJUI

AS POLÍTICAS DE SAÚDE NA BAIXADA FLUMINENSE: UMA FORMA DE PROMOÇÃO DO BEM ESTAR SOCIAL DA POLUIÇÃO RESIDENTE NA REGIÃO
HEALTH POLICIES IN THE BAIXADA FLUMINENSE: A WAY OF PROMOTING THE SOCIAL WELL-BEING OF THE RESIDENT POLLUTION IN THE REGION

Paulo Roberto De Souza Junior ¹

Resumo

O objeto deste estudo é a análise das políticas em saúde na Baixada Fluminense/RJ. Apresenta um debate sobre as classes sociais surgidas dentro da sociedade capitalista e do próprio capitalismo dependente que cria desigualdades sociais. Nessa perspectiva, será identificado o atual cenário político, de viés neoliberal, e os caminhos para a participação da sociedade civil na busca da cristalização de políticas em saúde. Analisa a missão do CISBAF, como instrumento de gestão e articulação das redes de saúde, dentro dos municípios envolvidos.

Palavras-chave: Políticas em saúde, Baixada fluminense, Sociedade civil, Classes sociais, Cisbaf

Abstract/Resumen/Résumé

The objective of this study is the analysis of health policies in Baixada Fluminense / RJ. It presents a debate about social classes arising within capitalist society and dependent capitalism itself that creates social inequalities. From this perspective, the current political scenario, of neoliberal bias, and the ways for the participation of civil society in the search for crystallization of health policies will be identified. It analyzes the mission of the CISBAF, as an instrument of management and articulation of health networks, within the municipalities involved.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Health policies, Baixada fluminense, Civil society, Social classes, Cisbaf

¹ Doutorado em PPFH/UERJ(disciplinas isoladas). Mestre em Direito. Esp. em Gestão da Saúde Pública. Esp. em Direito Constitucional e Direito Tributário. Autor de obras e artigos jurídicos

1- Introdução

O grande desafio deste estudo será o debate a ser proposto entre os membros da sociedade civil, sobretudo entre os movimentos sociais e o Estado (gestores públicos e órgãos públicos – desconcentrados e descentralizados), na busca de caminhos para uma política em saúde destinada ao completo bem-estar social e garanti-la, sobretudo, dentro do referido cenário político governamental, de viés neoliberal, onde tais políticas públicas poderão ser sucateadas em prol do Estado mínimo.

Uma forma de garanti-las será através da participação da sociedade civil em audiências públicas, Conferências, reuniões, assembléias e nos Conselhos de Saúde ou através de um dos seguimentos desta sociedade, qual sejam, dos movimentos sociais ou das ONGs, as quais buscam do Poder Público, a implantação e implementação das referidas políticas em saúde.

Podemos distinguir Conferências e Conselhos de Saúde, conforme mencionado por Paulo Roberto de Souza Junior:

As Conferências aquelas são fóruns importantes para o processo de democratização da saúde no Brasil, onde reza que sejam realizadas a cada quatro anos, com paridade entre usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços. Sua convocação poderá ser pleiteada pelo governo ou pelo Conselho de Saúde e deverão ser precedidas nos Estados e nos Municípios; já, os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas e têm função deliberativa, em relação à fiscalização e formulação de estratégias da aplicação de recursos na área de saúde. Estes são formados por representantes de usuários do SUS, de prestadores de serviços e de gestores da saúde (SOUZA Jr, 2016, 104).

Estes espaços públicos deverão ser preservados com a finalidade de permanente luta capaz de revigorar o sentido autêntico de democracia e igualdade social. Onde a participação social será de suma importância, pois representa a democratização ou participação ampla dos cidadãos nos processos decisórios da sociedade.

Bordenave citado por Suelen Carlos de Oliveira (2011, p. 11) menciona que a forma bastante objetiva e didática aproxima o termo participação das relações sociais cotidianas que construímos durante a vida, como as relações familiares, de amizade, de vizinhança, que seriam caracterizadas como participação em grupos primários. Já a participação em associações, sindicatos, e empresas estariam relacionadas aos grupos secundários de participação, e os partidos políticos e associações de classe aos grupos terciários. Para ampliar a compreensão do termo, o autor

desenvolve dois processos de participação: a Microparticipação e a Macroparticipação. A microparticipação se daria no cotidiano e serviria como aprendizagem e espaço para constituição da participação em nível macro, que estariam relacionadas aos processos que promovem mudanças na sociedade, como por exemplo, na criação de leis ou formulação de políticas públicas.

Com finalidade de garantia destes direitos sociais há necessidade de um debate sobre a relação entre a sociedade capitalista e seus membros, pois de um lado, há os responsáveis pelos espaços de trabalho, chamados de classe social dominante, e de outro, os trabalhadores, conhecidos como classe social dominada, devido às formas de subordinação no trabalho. Esta relação de dominação traz consigo uma prática social de múltiplas formas de seu exercício em sociedade e do poder local, que poderão estar presentes nos diversos aparelhos ideológicos do Estado, ou determinados locais utilizando os mecanismos de coerção.

Para chegarmos a este patamar de debate e, por conseguinte, a construção dos direitos ligados à cidadania, a sociedade se articulou através dos chamados movimentos sociais, que atuam com autonomia e responsabilidade na luta pelos direitos sociais, e, dentro da saúde, na garantia da universalidade, integralidade e participação social de seus representados.

Este fato possui reflexos dentro da área da saúde e, para tanto, há necessidade de uma análise da política de saúde interligada ao SUS - Sistema Único de Saúde como forma de equalizar e garantir tais direitos fundamentais, a qual traz consigo um novo arranjo dentro do contexto federativo, onde há um fortalecimento da regulação federal e a definição dos papéis dos governos estaduais e municipais, democratização e reconcentração de recursos políticos e fiscais no governo federal, compartilhamento de funções governamentais, estímulo à descentralização e conformação de sistemas de políticas públicas, segundo Lima (2015, p.595)

No Brasil o emprego deste conceito nasceu na Constituição Federal de 1988, a qual delineou um novo modelo de política de saúde, apontando uma transição do modelo da medicina curativa e individual para o modelo universal e coletivo à população, privilegiando o respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana (SOUZA Jr, 2016, p. 95).

Nesta esteira, este estudo visa (re)avaliar a política de saúde dentro da Baixada Fluminense, exercida pelos municípios que a compõem e pelo CISBAF - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense - formado em fevereiro de 2000. Este é projeto financiado pelo Ministério da Saúde, através de um convênio com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

A missão do mesmo é de superar os problemas comuns na área de saúde e contribuir para a consolidação do SUS dentro dos municípios da Baixada Fluminense, como instrumento de gestão e

articulação das redes de saúde na Baixada Fluminense e, por fim, a (re)construção de uma agenda de política pública em atenção à saúde dentro desta Região.

O instrumento utilizado dentro deste estudo será a pesquisa bibliográfica sobre a temática, onde serão apreciados estudos de artigos e a própria legislação da saúde na busca de condições para sintetizar uma análise correta e coerente desta política com finalidade de traçar os referidos caminhos expostos. O texto final foi fundamentado nas idéias e concepções de autores como, FRIGOTTO (2016), GARCIA (2014), GRAMSCI (1999), GOHN (2004) e LIMA (2015).

Por fim, justifica-se esta pesquisa pelo fato de (re)avaliar a participação da sociedade civil na busca da garantia dos direitos ligados à saúde, dentro da Baixada Fluminense, garantindo a igualdade e universalidade, pois em um Estado democrático, não se pode perder de vista a universalidade e igualdade tais direitos, estes já consagrados no ordenamento jurídico pátrio.

2- A sociedade civil e sua participação na construção das políticas públicas

A prof^a Maria Valeria Costa Correia (2009), menciona que na economia capitalista o Estado tem exercido o “controle social sobre o conjunto da sociedade em favor dos interesses de classe dominante para garantia do consenso em torno da aceitação da ordem do capital. Esse controle é realizado através da intervenção do Estado sobre os conflitos sociais iminentes da reprodução do capital, implementando políticas sociais para manter a atual ordem, difundindo a ideologia dominante e interferindo no cotidiano de cada indivíduo.

Dentro deste caminho, há necessidade da análise da participação social e do controle social, como elementos norteadores na busca de uma sociedade democrática onde se desenvolvem políticas públicas efetivas como forma de garantia dos direitos fundamentais de cidadania, sobretudo os ligados à saúde, pois estamos “diante um país com recente história deste viés em sociedade e de descentralização, com pontuais experiências de formatos e estruturas que viabilizem maior aproximação popular às instâncias públicas decisórias”, segundo Garcia (2014, p. 168).

Como forma de validar este processo, a posição da referida pesquisadora, é de grande valia, pois considera “o pluralismo da sociedade civil, um sistema jurídico e político que reforce as perspectivas multidisciplinares dos diferentes grupos que compõem a sociedade brasileira, a capacidade de transformar informação em conhecimento, tempo suficiente para a realização do processo popular deliberativo, disponibilidade do maior número de informações pertinentes ao debate e contexto apropriado para que o melhor julgamento sobressaia” (2014, p. 167).

Seguindo o postulado de Escorel e Moreira (2008), esta participação social é tida como um conjunto de relações culturais, sociopolíticas e econômicas em que os sujeitos envolvidos participam ativamente de todo o ciclo da política pública, realizando sua implantação, (re)avaliação e (re)dimensionamento, caso necessário, definindo, inclusive, o orçamento de suas ações e os bens públicos envolvidos.

Para tanto, há necessidade da análise da construção do conceito de sociedade civil, que pode ser definido como o momento organizativo a mediar às relações de produção e a organização do Estado, produzindo organização e convencimento, segundo a prof^a Virgínia Fontes (1980, p. 212).

Este espaço é tido como um espaço democrático de lutas intraclasses¹ e interclasses sociais² em sociedades capitalistas onde são promovidos debates e reflexões em prol da consolidação dos projetos sociais e da garantia dos direitos fundamentais de cidadania, como também norteador do Poder Público (Estado) ao atendimento das demandas sociais porventura existentes. Tal conceito foi lapidado e desenvolvido, por Antonio Gramsci (1999), através das observações de Marx, Engels e Lenin. Seu lastro original deriva do pensamento contratualista de base anglo-saxônica, onde seu maior expoente foi Hobbes (1588-1679).

Na condução da satisfação destas demandas deveremos observar o viés político adotado pelo Poder Público, pois dependendo deste viés haverá uma resposta mais significativa ou não às mesmas. Como exemplo, podemos citar o pensamento neoliberal assumido pela classe dominante brasileira sendo traduzido por um capitalismo dependente, qual teve sua “noção criada por Florestan Fernandes, calcada sobre a noção anterior de que é próprio do desenvolvimento capitalista criar desigualdades, de que é próprio do capitalismo explorar, criando desigualdades. É uma forma própria e específica do desenvolvimento capitalista. Para o capitalismo, é normal criar setores produtivos, ou regiões, ou setores sociais que são explorados, dominados e que assim se tornam profundamente desiguais em relação aos setores produtivos, as regiões e aos setores sociais que os exploram e dominam. Sob o capitalismo dependente, essas formas de exploração e de dominação inerentes ao imperialismo se tornam explorá-lo e dominá-lo, o total, permeando todos os aspectos da vida (econômico, social, político,- cultural)”, segundo Miriam Limeiro Cardoso (2007, p. 34).

Este pensamento produziu uma “reforma do Estado, onde se optou pelas privatizações, ampliação do poder do capital sobre o trabalho, redefinição dos direitos trabalhistas e pela

¹ Onde organizam para disputar a direção social.

² Por meio de organizações nas quais se formulam e moldam as vontades.

internacionalização da economia com intuito de pagamento da dívida externa”, segundo o prof. Gaudêncio Frigotto (2006, p. 280), durante a década 80 e 90, o qual renasce no cenário político atual.

O ideário neoliberal apresentado referencia uma compreensão do conceito de sociedade civil afastada da esfera estatal e atravessada pela lógica mercantil, aparecendo, desse modo, ao inverso da concepção trazida por Gramsci, segundo Simonatto e Pfeifer (2006, p.7), a sociedade civil não se coloca de “costas para o Estado”; todavia, relaciona-se dialeticamente com ele. É idealizada uma nova visão sobre o atendimento às demandas sociais, onde é privilegiado o compartilhamento das responsabilidades Estado, sociedade civil e mercado.

Neste ponto devem ser observados os atores sociais e sua atuação dentro deste cenário político, econômico e social brasileiro e, mais propriamente, os movimentos como um dos braços da sociedade civil na luta das demandas e dos direitos sociais, os quais possuem forte traço reivindicativo e ganham legitimidade pela constante busca de melhorias sociais, dadas a falta de recursos de uma grande parcela da população.

Constituem e desenvolvem “o chamado *empowerment* de atores da sociedade civil organizada à medida que criam sujeitos sociais para essa atuação em rede” segundo a prof^a Maria da Glória Gohn (GOHN, 2011) e são definidos como ações coletivas de caráter democrático, onde debatem e sugerem temáticas, anteriormente, de ordem privada (gênero, orientação sexual e etnia) e compartilham lutas (melhoria de vida) propondo uma (re)avaliação da realidade social. Suas decisões são tomadas em assembléia, fórum ou em outras formas de democracia direta. Ao realizar essas ações, projetam em seus participantes sentimentos de pertencimento social. Para ela, “aqueles que eram excluídos passam a se sentir incluídos em algum tipo de ação de um grupo ativo”.

Há um grande desafio da sociedade civil, sobretudo dos referidos movimentos sociais, na luta pela garantia destas ações na busca de um completo bem-estar social e, por conseguinte, a melhoria destes relatos.

Maria da Glória Ghon salienta que a construção da identidade destes movimentos proporcionou um debate entre os paradigmas norte-americanos e europeus (GHON, 2014, p. 284). Entretanto, ambos estavam voltados para a expressão da identidade dos novos atores políticos que começavam a se formar.

No caso brasileiro, a ênfase repousava no aspecto das mudanças socioculturais ou nas transformações políticas, os quais, por sua vez, não diziam respeito à intenção estratégica norte-americana, mas sim a estratégias voltadas para a ocupação do poder “e não estratégias

mercadológicas, para se obter recursos econômicos junto aos poderes públicos (GHON, 2014, p. 284).

Na área da saúde, no final da década de 60 e início da década de 70, surge o movimento social intitulado Reforma Sanitária, constituído, basicamente, de profissionais ligados à saúde indignados com a situação da mesma e tendo como eixo fundamental a luta contra a ditadura, que era marcada pela valorização da medicina tradicional e pelos seguintes programas: medicina comunitária e de autocuidado da saúde, com atenção primária realizada por pessoal não-profissional. Neste período, em paralelo a este movimento, adquire importância o Movimento Popular de Saúde, o qual era traduzido como um conjunto de lutas dentro da saúde, onde se buscava a melhoria de vida da população e, por conseguinte, direito a serviços de saúde universalmente acessível e gratuito.

De acordo com LACAZ (1994, 43) através desta articulação, passou-se a reivindicar a melhoria da organização nos locais de trabalho, visando ao controle da nocividade e a defesa da saúde nos ambientes locais de trabalho.

A relação de dominação existente dentro das classes sociais oriundas da sociedade capitalista e o surgimento das desigualdades sociais entre estas, a qual pode inibir a garantia dos direitos fundamentais de cidadania e a implantação e implementação de políticas públicas setoriais capazes de minimizar o caos que os direitos sociais se encontram.

Maria Paula Dallari Bucci propõe que as políticas públicas deverão ‘visar à realização de objetivos definidos, expressando a seleção de prioridades, a reserva de meios necessários à sua consecução o intervalo de tempo em que se espera o atingimento dos resultados’ (BUCCI, 2002, p.29).

Ressalta-se que, o termo ”política”, no inglês, *politics*, faz referência às atividades políticas: o uso de procedimentos diversos que expressam relações de poder (ou seja, visam a influenciar o comportamento das pessoas) e se destinam a alcançar ou produzir uma solução pacífica de conflitos relacionados a decisões públicas; já, as políticas públicas, segundo Marcelo Figueiredo, são definidas como um conjunto homogêneo de medidas e decisões tomadas por todos aqueles obrigados pelo Direito a atender ou realizar um fim ou uma meta consoante com o interesse público (FIGUEIREDO, 2007, p. 38).

Seu processo de produção necessita de uma agenda, onde há necessidade de formulação, implementação, monitoramento e avaliação da mesma. Nesta avaliação, segundo Maria das Graças Rua (2012, p. 107) deve ser levada em conta a eficiência operacional (custos e prazos),

eficácia (cumprimento dos objetivos almejados ou do projeto ou da organização) e, efetividade (efeitos secundários ou imprevistos) para sua evolução.

A implantação destas políticas na área de saúde, no Brasil, está relacionada diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los, já que a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro.

Esta política em saúde visa à garantia do direito à saúde, o qual está delineado na Constituição brasileira de 1988, estabelecendo as diretrizes desta, onde atribui à lei complementar a definição dos padrões mínimos de financiamentos, além de determinar a regulamentação, a fiscalização e o controle do setor previsto em lei e assumir o dever de prestar serviços públicos de saúde, diretamente ou indiretamente, mediante a participação complementar da iniciativa privada, segundo SOUZA Jr (2016, p.97)

A conquista destes direitos tem sido decorrentes reivindicações ao longo do tempo por parte dos trabalhadores e, nunca uma liberalidade do governo.

3- A Baixada Fluminense e a participação da sociedade civil na sua construção

A Baixada Fluminense, segundo Alessandra Siqueira Barreto (2004, p. 46), “não é uma denominação oficial precisa, pois não há um consenso mesmo entre os órgãos públicos como o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou a FUNDREM (Fundação para o Desenvolvimento da Região Metropolitana do Rio de Janeiro) sobre sua composição em termos de municípios, mas uma configuração mais ampla poderia ser a seguinte: Belford Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaguaí, Japeri, Magé, Mangaratiba, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São João de Meriti e Seropédica”.

Alguns destes municípios são frutos de articulações e debates políticos entre os diversos atores sociais presentes à Região, onde a participação dos movimentos sociais foi decisiva na composição das identidades territoriais destes municípios. Como exemplo, podemos citar Nova Iguaçu e Duque de Caxias, nos anos 70 e 80, foram campos férteis de experiências de participação comunitária.

Nestas décadas, a organização de conselhos comunitários, conselhos populares e conselhos administrativos já propiciava a participação da população em programas e ações do setor saúde, e antecedia a criação da esfera deliberativa constituída pelos conselhos de saúde. Atualmente, estes municípios estão na lista dos mais populosos do estado. Inversamente proporcional a sua população, esta

região ainda carece de melhores condições de saneamento e saúde, segundo Oliveira (2011, p. 12) .

Onde foi percorrido um caminho de lutas, onde aconteceram erros e acertos, caminhos e descaminhos, na busca por uma Baixada mais humana, participativa e democrática na visão de Silva (2004, p. 10). As Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), os trabalhadores, os movimentos sociais e os partidos políticos, entre outros, são exemplos dos membros da sociedade civil envolvidos nesta luta, conforme menciona Wampler e Avritzer (2004).

De maneira geral, acionamos a idéia de movimentos sociais quando nos referimos a uma luta organizada, politicamente, dentro das sociedades capitalistas, com finalidade da formulação de determinados pleitos, em suas arenas, na busca da satisfação das demandas sociais existentes.

4- O caos da saúde de Baixada Fluminense: um problema atual e como equalizá-lo

A promoção (adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção de um ambiente saudável), proteção da saúde (prevenção de doenças) são dados essenciais para o bem-estar do homem e para o desenvolvimento econômico e social sustentável (OMS, 2010) e, por isso, são base do conceito de saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde, o qual é definido como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1948).

Um dos grandes desafios da Região da Baixa Fluminense é a garantia dos eixos mencionados, ou seja, o respeito aos ditos direitos fundamentais de cidadania.

Como for de garanti-los, nasceu através da Constituição Federal de 1988, um novo formato de saúde pleiteada pelos movimentos sociais setoriais através da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o SUS – Sistema Único de Saúde.

Simone Letícia Severo e Sousa apud Bahia identifica os termos conceituais presente na sigla SUS:

‘Sistema’, entendido como conjunto de ações e instituições, que de forma ordenada e articulada contribuem para uma finalidade comum, qual seja, a perspectiva de ruptura com os esquemas assistenciais direcionados aos segmentos populacionais específicos, quer recortados segundo critérios socioeconômicos, quer definidos a partir de fundamentos nosológicos. ‘Único’ referido à unificação de dois sistemas; o previdenciário e o do Ministério da Saúde e secretarias

estaduais e municipais de saúde, consubstanciada na incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) pelo Ministério da Saúde e na universalização do acesso a todas ações e cuidados da rede assistencial pública e privada contratada e ao comando único em cada esfera de governo. ‘Saúde’ compreendida como resultante das condições de vida, trabalho e acesso a bens e serviços, portanto, componente essencial da cidadania e democracia e não apenas como ausência de doença e objeto de intervenção da medicina; a saúde, tomada, como medida de determinações sociais e perspectiva de conquista da igualdade, contrapõe-se ao estatuto de mercadoria assistencial que lhe é conferido pela ótica economista, tal como definida na VII Conferência Nacional de saúde é “a resultante das condições de alimentação, 102 habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (SOUZA, 2013, p. 109/110).

O SUS foi delineado, Constituição Federal de 1988, como um novo modelo de política de saúde, apontando uma transição do modelo da medicina curativa e individual para o modelo universal e coletivo à população, privilegiando o respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana, que visa a proporcionar a referida igualdade e universalidade na atenção à saúde garantindo um completo bem-estar social e o respeito aos direitos de cidadania. Tem caráter público, é formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e sob controle dos usuários por meio da participação popular nas Conferências e Conselhos de Saúde.

Kildare Gonçalves Carvalho sintetiza o Sistema Único a mencionar que:

Quer isto significar que não mais haverá a difusa administração da matéria na esfera da União (que implicava, por absurdo, na existência de dois ministérios e um sem-número de órgãos federais atuando no setor), nem a dispersão e superposição de órgãos e atribuições em esfera estadual e municipal. Sendo único, o sistema deverá possuir um específico modelo de relações entre o todo (o que dá unidade ao conjunto de órgãos, sujeitos a atribuições) e as partes que o integram. (CARVALHO, 2012, p. 817.).

Este ao preservar a participação dos entes federados, descentralizando ações e serviços em saúde, pode ser considerado um exemplo de pacto federativo democrático, onde há necessidade de combinar a autonomia destes entes a cooperação entre os mesmos de forma

a garantir a universalidade e integralidade da atenção preservando as pessoas, seu local de moradia e a rede assistencial e ao definir que todos tenham acesso ao mesmo, o Estado pretende garantir a toda sociedade brasileira: a promoção da saúde (boa qualidade de vida); a proteção da saúde (prevenção das doenças); e, a recuperação da saúde (atuação após a ocorrência da enfermidade).

Para gerir os problemas comuns dos municípios que compõem a Baixada Fluminense no campo da saúde e promover o SUS foi criado o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense - CISBAF, em 2000, previsto na Lei Orgânica de Saúde e estimulado pela Política de Organização do SUS no Estado do Rio de Janeiro à época, formou-se em conformidade com a legislação vigente para este tipo de associação entre entes federativos, prevendo as leis autorizativas municipais, e constituindo-se em uma entidade de direito privado sem fins lucrativos. Para orientar estas ações foi elaborado um Plano Diretor, patrocinado pelo Ministério da Saúde, com a ampla participação dos representantes dos gestores, profissionais e usuários, estes últimos representados pelos Conselhos Municipais de Saúde.

Na ocasião, algumas prioridades foram definidas, como a ampliação do número de hospitais e leitos, adequação das unidades de saúde existentes, além da expansão e do fortalecimento da atenção básica. A partir de 2009, o CISBAF passa a ser um consórcio público com personalidade jurídica de direito público, em conformidade com a Lei nº 11107/05 regulamentada pelo Decreto Presidencial 6017/2007.

Com a aprovação do seu estatuto e a sua estrutura organizacional, os prefeitos dos municípios consociados vêm se revezando a cada dois anos na presidência do consórcio, assim como os secretários municipais de Saúde no Conselho Técnico, independente dos partidos políticos ou coligações que os elegeram e mantendo as orientações programáticas previstas para o consórcio. Para orientar estas ações foi elaborado um Plano Diretor, patrocinado pelo Ministério da Saúde, com a ampla participação dos representantes dos gestores, profissionais e usuários, estes últimos representados pelos Conselhos Municipais de Saúde.

Entretanto, ao longo das últimas décadas, devido à abertura democrática vivenciada pela sociedade brasileira, têm se tornado mais comuns notícias sobre os casos de corrupção, má aplicação e gestão dos recursos públicos no campo da saúde que assolam a Administração Pública, sobretudo na Região em estudo.

Dentre os exemplos deste caos, destacam-se o péssimo estado de conservação e o completo abandono de certas Unidades Hospitalares na Baixada Fluminense, como o Hospital

Geral de Nova Iguaçu, onde há falta de medicamentos, aparelhos e recursos humanos, conforme citado pelo Jornal Destaque Baixada:

Nas mãos de Yanna Avelar um pedaço de papel escrito à mão em lugar de um laudo médico. A precariedade resume a situação do Hospital Geral de Nova Iguaçu, o maior da Baixada Fluminense. A mãe de Yanna teve um Acidente Vascular Cerebral (AVC). Segundo ela, os dias no hospital tem sido de muita espera e poucas respostas. No local, faltam medicamentos, o ar condicionado não funciona e a unidade sofre com a superlotação. A reportagem é do Rj tv. "Eu pedi um laudo para o hospital e o hospital me deu este papel. Isto não é laudo. Eu continuo sem saber o estado da minha mãe, porque minha mãe fez exames e eu não sei como está a lesão dela", disse a Yanna. A direção do Hospital da Posse admite dificuldades, principalmente, falta de medicamentos e de material para cirurgias ortopédicas. O diretor do hospital, Joé Sestello diz que a mãe da jovem está recebendo um tratamento adequado. A direção da unidade tentou uma transferência para o Instituto do Cérebro, que é do Estado, mas a resposta foi que não tinha vaga para novos pacientes” (<http://jornaldestaquebaixada.blogspot.com.br/2017/01/pacientes-sofrem-com-falta-de-recursos.html>, capa de 05 de jan de 2017) .

O jornal aponta o descaso da saúde, seu sucateamento e a falta de recursos e de materiais destas Unidades, o que justificaria a atuação do Ministério Público e da sociedade civil sobre tais problemas e a busca de punição aos envolvidos para garantia dos direitos sociais vilipendiados.

A Organização Mundial de Saúde considera zonas endêmicas as que possuem taxas de homicídio acima de 10 por 100 mil habitantes. Segundo dados do “Instituto de Segurança Pública e do IBGE, em 2013, a taxa de homicídios na capital do Rio foi de 20,4. Na Grande Niterói, 32,4. Na Baixada Fluminense, 52”³.

O jornal “O Globo” apresentou dentro do caderno intitulado, “Baixada”, em 18 de setembro de 2014, reportagem demonstrando o caos que se encontravam os serviços essenciais na Região, pois a mesma se mantém como alguns dos piores índices socioeconômicos do estado, os quais não foram modificados até a presente data, como é narrado na reportagem a seguir:

³ Sessão 1 – Segurança Pública e Cidadã, 3º Fórum Rio intitulado “Segurança pública e cidadã, política cultural, mobilidade urbana e gestão da Baía de Guanabara”, realizado Nova Iguaçu, 6 de dezembro de 2014 (<http://www.forumrio.org/ultimas/3forumrio/>, acesso em 25 de jan de 2017).

Baixada Fluminense: os dilemas de uma população numerosa e carente de serviços básicos - Região possui 13 cidades e se mantém com alguns dos piores índices socioeconômicos do estado. BELFORD ROXO, DUQUE DE CAXIAS E NOVA IGUAÇU (RJ) — “Aqui tem tudo que as outras cidades têm: gente com dinheiro, inteligente, trabalhadora... Mas olha o caos que é este lugar”. A constatação de Edson Pinto da Silva, locutor do comércio no Centro de Belford Roxo, manifesta uma Baixada Fluminense heterogênea, com aproximadamente 3,73 milhões de habitantes, onde convivem moradores de condomínios-clubes aos de barracos em favelas. Revela também, no entanto, municípios que continuam com serviços deficientes e infraestrutura precária, em plena Região Metropolitana. Quadro que, como mostra a quinta reportagem da série “A outra margem do Rio”, põe suas 13 cidades nas últimas posições em muitos dos indicadores socioeconômicos do estado, com alguns dos piores resultados na educação, em índices de renda e também nos que avaliam o atendimento de saúde (...)(...) <http://oglobo.globo.com/brasil/baixada-fluminense-os-dilemas-de-uma-populacao-numerosa-carente-de-servicos-basicos-13968398>, acesso em 23 de jan de 2017.

Relaciona-se, em 2016, a 1ª Plenária em defesa do SUS na Baixada Fluminense, realizada pela Frente Nacional contra a privatização da Saúde⁴ e pelo Fórum de Saúde do Rio de Janeiro⁵, intitulada “Por um SUS público, gratuito e de qualidade” e no final deste ano, o Hospital da Posse suspendeu o atendimento ambulatorial, permanecendo com o atendimento a pacientes internados e os casos mais graves de emergência, conforme noticiado pela imprensa nacional e estrangeira.

Para dar resposta adequada aos anseios da população o CISBAF noticiou em seu site uma audiência com Ministro da Saúde, Ricardo Barros, em 19 de janeiro do corrente ano, na pauta foi debatido o aumento do custeio do Hospital Geral de Nova Iguaçu (Hospital da Posse) e dos demais

⁴ A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde composta por diversas entidades, movimentos sociais, fóruns de saúde, centrais sindicais, sindicatos, partidos políticos e projetos universitários tem por objetivo defender o SUS público, estatal, gratuito e para todos, e lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos 80 (<http://www.cntssc.org.br/destaque-central/403/frente-nacional-contra-a-privatizacao-da-saude>, acesso em 23 de jan de 2017).

⁵ O Fórum de Saúde do Rio de Janeiro foi criado em janeiro de 2009 para dar seguimento a luta dos sujeitos sociais em defesa da saúde pública que se reúne mensalmente, na última terça-feira, na UERJ. Este mecanismo não pretende fragmentar as ações efetivadas pelo MUSPE, mas articulá-las e ser um espaço de debate com relação à saúde junto com os movimentos sociais e a academia (<http://pelasaude.blogspot.com.br/p/o-forum-de-saude-do-rio-de-janeiro.html>, acesso em 23 de janeiro de 2017).

hospitais, como o Hospital Municipal Moacyr do Carmo (Duque de Caxias); a reabertura do Hospital Juscelino Kubitschek (Nilópolis) e do Hospital Municipal Jorge Júlio Costa dos Santos (Hospital do Joca, em Belford Roxo); a transformação da Policlínica Itália Franco em Hospital Municipal de Japeri; o custeio para as maternidades municipais, bem como a reabertura da Maternidade Bom Pastor (Queimados) e da Maternidade Mãe Caxiense (Duque de Caxias). No Plano Regional também foram apresentados outros projetos: a adequação de todas as unidades pré-hospitalares da região e Unidades Mistas à Portaria nº 10 do Ministério da Saúde, além da reposição da frota de ambulâncias do SAMU - Serviço de Atendimento Médico de Urgência e Emergência, segundo Deodoro (2017).

Estes problemas comuns devem fazer parte de uma agenda pública onde estarão presentes ações estrategicamente selecionadas para implementação de determinado conjunto de eventos e atividades, as quais propiciarão à população em geral a transformação de sua realidade social, através de decisões acerca da resolução das demandas sociais apresentadas, as quais necessitam de constante monitoramento e (re)avaliação de sua eficácia, eficiência e efetividade para o seu correto dimensionamento e, por conseguinte, a preservação dos referidos direitos sociais.

Esta avaliação deverá ser multidisciplinar, já que visa interpretar dados e propor ações concretas dentro da política de saúde traçada.

5- conclusão

A participação social e o controle social podem ser analisados por dois caminhos distintos, um pelo controle do Estado através de políticas públicas que as realizava, como acima mencionado, para preservar o referido domínio; e, o outro, através de uma nova visão, adquirida com a democratização vivenciada pelo País, onde há participação social nas políticas públicas dentro dos setores organizados da sociedade que participam da implantação e implementação dos planos, programas e questões de interesse social e, sobretudo, ligados à saúde.

A implementação desta política pública leva em conta um processo bastante complexo, que envolve decisões e medidas concretas. Estas devem ser acompanhadas, (re)avaliadas e corrigidas quando necessárias, pois compreendem além da prestação de serviços públicos pelo Estado, as atividades normativas e regulatórias combinadas entre as esferas públicas e privadas dentro dos termos delineados na Constituição Federal e visando aos apelos da sociedade.

Dentro do setor de saúde na Baixada Fluminense não foi e não é diferente, pois a participação da sociedade civil foi e está interligada a implantação destes direitos básicos, estes foram cristalizados pelos movimentos sociais, braço organizado da sociedade civil, os quais foram formados através de comunidades não oficiais, como as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), os quais tinham como pauta ações integradas destinadas à localidade em referência, saneamento básico e a abertura do Hospital do INAMPS, na Posse, atualmente Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI), principal hospital geral da região foram fatores dominantes para a busca de bem-estar social completo, entretanto, a implementação destes benefícios sociais padece de concretização.

Diante disso, o grande desafio desta sociedade civil, sobretudo dos referidos movimentos sociais, é lutar pela garantia desta política em saúde não só voltada ao desenvolvimento setorial, mas uma política destinada ao completo bem-estar social.

Identificamos como problema prioritário a necessidade da população de baixa renda ter acesso igualitário e universal às demandas inerentes às mesmas e estas satisfaçam seus anseios, ou seja, haja uma gestão de qualidade com respeito à atenção básica e garantia de ações e serviços em saúde dentro da complexidade que requer.

O SUS ao preservar a participação dos entes federados, descentralizando ações e serviços em saúde, pode ser considerado um exemplo de pacto federativo democrático, onde há necessidade de combinar a autonomia destes entes a cooperação entre os mesmos de forma a garantir a universalidade e integralidade da atenção preservando as pessoas, seu local de moradia e a rede assistencial e ao definir que todos tenham acesso ao mesmo, o Estado pretende garantir a toda sociedade brasileira: a promoção da saúde (boa qualidade de vida); a proteção da saúde (prevenção das doenças); e, a recuperação da saúde (atuação após a ocorrência da enfermidade).

Em 2000, foi criado CISBAF – Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense, como instrumento de gestão e articulação das redes de saúde na Região, na implantação, implementação e avaliação de uma política de saúde eficaz destinada à região.

Relacionamos que, infelizmente, depois de quase décadas de sua criação, ainda há um largo caminho a ser trilhado pelo mesmo para o completo bem-estar social dos vulneráveis residentes nos municípios envolvidos, para tanto, há necessidade de uma agenda pública onde estarão presentes ações estrategicamente selecionadas para implementação de um determinado conjunto de eventos e atividades pelo CISBAF, as quais propiciarão à população vulnerável a transformação de sua realidade social, pois terão garantidos seus direitos fundamentais.

Há necessidade deste constante olhar que insurge das ruas, academias e dos trabalhadores da saúde, pois sem os mesmos os governantes, sobretudo de cunho neoliberal, definirão políticas públicas em prol do Estado mínimo, sucateando o sistema público de saúde e, por conseguinte, levando a minguar a população que necessita do mesmo.

Referências Bibliográficas

BODSTEIN, Regina Ceie de; SENNA, Mônica de Castro Maia e SOUZA, Rosimary Gonçalves. **Novos desafios à gestão em saúde: a experiência do município de Duque de Caxias, RJ.** In: RAP Rio de Janeiro, n(4):b~,79. Jul./AGo. 1999

CARDOSO, Miriam Limoeiro Cardoso. **Sobre as Relações Sociais Capitalistas – debates** pp. 27/36, p.34 In: *Debates e Síntese do Seminário Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo*. Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde. Coordenação de Lúcia Maria Wanderley Neves, Marcela Alejandra Pronko e Marco Antônio C. Santos. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2007.

CARVALHO, Kildare Gonçalves. **Direito Constitucional**. 18. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2012.

SCOREL, Sarah e MOREIRA, Marcelo Rasga. **Participação Social. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** In: *Giovanella L, Scorel S, Lobato L, Noronha JC, organizadores*. Rio de Janeiro; 2008.

FONTES, Virginia. **A Sociedade Civil no Brasil Contemporâneo: lutas sociais e luta teórica na década de 1980**, p 201-240. In: *Lima, Júlio César França (org.) Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. / Organizado por Júlio César França Lima e Lúcia Maria Wanderley Neves. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz/EPSJV, 2006. 320 p., tab., graf.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **Fundamentos científicos e técnicas da relação de trabalho e educação no Brasil hoje**, pp 241-288. In: *Lima, Júlio César França (org.) Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo*. / Organizado por Júlio César França Lima e Lúcia Maria Wanderley Neves. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz/EPSJV, 2006. 320 p., tab., graf.

GARCIA, Queli Cristina Jonas. **Análise dos mecanismos de participação social nos municípios de São Bernardo do Campo - SP e Santo André – SP**, p. 167-170 . In: *Anais do VII Semana de Ciências*

Sociais UNIFESP - (des)Identidade Nacional [=Blucher Social Science Proceedings, v.1, n.1]. São Paulo: Blucher, 2014.
ISSN 2359-2990, DOI 10.5151/socsci-secunifesp-026

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere (vol. 1: Introdução ao estudo da filosofia)**. A filosofia de Benedetto Croce. Edição e tradução de Carlos Nelson Coutinho e Luiz Sérgio Henriques), Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1999.

GOHN, Maria da Glória. **Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais**. Revista Saúde e Sociedade, v. 13, n. 2, p. 20-31, maio-ago 2004.

Goulart, Flavio. **Dilemas da participação social em saúde no Brasil**. Saúde em Debate 2010; 34(84):18-32.

GUIZARDI, Francini Lube; PINHEIRO, Roseni. **Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde**. Ciênc. saúde coletiva vol.11 n.3 Rio de Janeiro Jul./Sep. 2006 <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300027>

LIMA, L. D. et al. **Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil**. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2):595-606, 2015

MAGALHAES, José Luiz Quadro. **Direito Constitucional. Curso de Direitos Fundamentais**. 3ed. rev. e atual. São Paulo: Método, 2008.

NEVES, L.; LIMA, J. (Orgs.). **Fundamentos da educação escolar no Brasil Contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

OLIVEIRA, Suelen Carlos de. **Mecanismos institucionais de participação social nos municípios da Baixada Fluminense**. Orientador: Ribeiro, José Mendes Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011

RESENDE, M.J.B. ; ZANFERDINI, F.A.M.. **JUDICIALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DO DIREITO FUNDAMENTAL**. In: *Direitos sociais e políticas públicas [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UFS; Coordenadores: Clerilei Aparecida Bier, Eid Badr, Julia Maurmann Ximenes – Florianópolis: CONPEDI, 2015. (24:2015: Aracaju, SE).*

SODRÉ, Muniz. **A verdade seduzida: por um conceito de cultura no Brasil**. Rio de Janeiro: DP&A, 2005

SOUZA Jr, Paulo Roberto de. **O SUS como política de saúde adotada pela CF/88: suas perspectivas e desafios atuais**. In: *Direitos sociais e políticas públicas II [Recurso eletrônico on-line] Organização CONPEDI/UNICURITIBA; Coordenadores: Ilton Norberto Robl Filho, Ivan Dias da Motta – Florianópolis: CONPEDI, 2016 (25. : 2016 : Curitiba, PR).*

SILVA, Vini Rabassa da. **Controle social de políticas públicas – uma reflexão sobre os resultados da pesquisa** in PEDRINI, D.M.; ADAMS. T; SILVA, V.R. (org.). *Controle social de políticas públicas: caminhos, descobertas e desafios*. São Paulo: Paulus, 2007, pp. 179-205.

Silva PT. **Políticas Públicas e Poder Popular**. In: *Semeraro G. Filosofia e política na formação do educador*. Editora: Idéias e Letras. São Paulo; 2004

WAMPLER, B.; AVRITZER, L. **Públicos Participativos: sociedade civil e novas instituições no Brasil democrático**, p. 210-238, in COELHO, V.S.P.; NOBRE, M. (organizadores). *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Ed. 34, 2004.

WOOD, Ellen. **Democracia contra capitalismo. A renovação do materialismo histórico**. São Paulo: Boitempo, 2003.

SCHMIDT, Vera Viviane. **Sociedade Civil Organizada, Políticas Públicas e Políticas de Saúde**. R. Inter. Interdisc. INTERthesis, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, v.3 n. 1 florianópolis jan /jun 2006 pp 1/28, <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/745/10827>

SIMIONATTO, Ivete e PFEIFER, Mariana. **Responsabilidade Social das empresas: a contraface da sociedade civil e da cidadania** In: *Revista Virtual Textos & Contextos*, nº 5, nov. 2006, pp 1-20.

TOURAINE, Alain. **Em Defesa da Sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

Bibliografia Complementar

DEODORO, Vinicius. <http://www.cisbaf.org.br/noticiasView/?id=556>, acesso em 01 de fev de 2017.

www.cisbaf.org.br, acesso em 20 de jan de 2017.
