

Parte III - Democracia, Participação e Gestão Em Saúde

6 - Democracia e participação da sociedade em saúde

Nelson Rodrigues dos Santos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SANTOS, NR. Democracia e participação da sociedade em saúde. In: MATTA, GC., and LIMA, JCF. orgs. *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, pp. 227-246. ISBN: 978-85-7541-505-4. Available from: doi: [10.7476/9788575415054](https://doi.org/10.7476/9788575415054). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/v4fx5/epub/matta-9788575415054.epub>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE EM SAÚDE

Nelson Rodrigues dos Santos

MECANISMOS DE GESTÃO, PARTICIPAÇÃO, CONTROLE, REGULAÇÃO E PACTUAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

A sociedade, em seu conjunto, é portadora de determinado grau de consciência das suas necessidades de saúde, com diferenciações entre os vários segmentos sociais. E o desenvolvimento da consciência das necessidades influi no desenvolvimento da consciência dos direitos individuais e sociais, que por sua vez influi na formação da consciência política, no surgimento dos movimentos sociais e na democratização do Estado que venha a contemplar os direitos sociais.

Há sociedades com grau mais desenvolvido da consciência das suas necessidades, de seus direitos, da organização e da participação na formulação e no controle das políticas públicas perante o Estado. Estas revelam um ponto de equilíbrio e interação favorável às políticas públicas universalistas de proteção social ('renda indireta'), quando cotejadas com as políticas de transferência de renda aos estratos sociais mais excluídos dos mercados de trabalho e de consumo ('renda direta'). Nas sociedades com menor grau de consciência das necessidades, direitos, organização e participação, ao contrário, o ponto de equilíbrio e interação privilegia a transferência de renda, mantendo o consumo no mercado como objetivo maior na contemplação dos direitos sociais, quando cotejado com a atrofia das políticas públicas de proteção social. Esta atrofia, a partir dos anos 1990 no Brasil é fortemente

caracterizada pelo ideário do 'Estado mínimo', preconizado pelo neoliberalismo: mínimo para intervir com políticas de proteção social e de investimento na infraestrutura do desenvolvimento, porém 'Estado máximo' para a máquina e volume arrecadatórios, a máquina e o volume de terceirizações de responsabilidades públicas, as taxas de juros e o volume da dívida pública e pagamento dos seus rentistas.

No cenário internacional parece certo que o Canadá, países europeus, Austrália, Nova Zelândia, e outros, apesar das reconhecidas diferenças entre suas trajetórias históricas e projetos nacionais, vêm preservando e inovando políticas públicas universalistas de proteção social com nível mais civilizado da relação 'público-privado', inclusive resistindo às poderosas e insidiosas pressões neoliberais iniciadas nos anos 1970 e com epicentro nos anos 1980 e 1990. Parece certo, também, que as pressões neoliberais assumiram influência hegemônica naqueles países do 'terceiro mundo' com potencial para projetos próprios de desenvolvimento, entre eles nosso país.

É no âmbito dessas considerações gerais que tentarei trazer algumas contribuições sobre a democracia e a participação da sociedade em saúde.

Em primeiro lugar, creio que devo esclarecer qual seria o objeto mais relevante de participação da sociedade com base no entendimento de que:

- a) é da sociedade civil e do Estado a responsabilidade histórica de formular e pactuar políticas públicas, e
- b) é função básica do Estado democrático administrar por delegação (e controle) da sociedade, a transformação da riqueza produzida em bens, serviços, conhecimentos e tecnologias, eleitos pela sociedade como inabdicáveis para os seus direitos, sua qualidade de vida e para a continuidade e qualificação da produção de riquezas.

Em outras palavras, a função arrecadatória do Tesouro e a função de estruturar e operar os gastos públicos para o processo produtivo de bens e serviços. Na saúde é o seu financiamento público e a gestão dos bens e serviços de saúde. O processo participativo seria, então, o de apropriação pela sociedade das diretrizes e mecanismos básicos do financiamento e da gestão, das suas 'vigas mestras' e dos interesses em jogo, sem que esta apropriação signifique que os cidadãos e suas representações se vejam obrigados a absorver conhecimentos específicos profissionalizados, mas simplesmente os que venham a ser suas ferramentas de compreensão e participação: na formulação e no controle. Este processo de apropriação estaria atrelado, é óbvio, ao acompanhamento da contemplação dos direitos sociais à saúde. 'Por isso, não há como refletir e posicionar-se sobre a participação

social, sem refletir e posicionar-se sobre a política pública, a gestão e seu financiamento público.

Em segundo lugar, viria o esclarecimento sobre os modelos em disputa: aquele com base nas necessidades e direitos da população e aquele com base nos interesses da oferta de serviços, entendendo-se por oferta o complexo das indústrias e fornecedores (medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e demais insumos), dos prestadores de serviços (públicos e privados complementares) e dos profissionais da saúde (em especial os de nível superior e, nestes, os médicos especializados).

No primeiro modelo, as necessidades e direitos podem e devem ser identificados em cada município e região por meio de perfis demográfico, socioeconômico e epidemiológico que, após serem conhecidos, discutidos e enriquecidos nos conselhos de saúde, ganham competência para orientar o planejamento e definição de orçamento ascendentes: metas de ações preventivas e curativas (integrais). Para o cumprimento dessas metas com qualidade e resolutividade os trabalhadores da saúde devem ser capacitados, distribuídos e condignamente remunerados, os prestadores de serviços devem propiciar boas condições de trabalho de saúde e os industriais e fornecedores devem abastecer os prestadores de serviços com bens estritamente necessários e a preços regulados. Em outras palavras, este modelo funciona com centralidade nas necessidades e direitos de cada cidadão e da coletividade, e no Brasil é garantido pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde: assume com consistência a 'política explícita de saúde'.

No segundo modelo, emergem os interesses acumulados do ponto de vista histórico no interior do complexo da oferta, que excedem de maneira ilimitada seus próprios direitos também constitucionais, na medida do seu poder de pressão, e assim se configuram na própria centralidade do sistema, com foco na realização do complexo médico-industrial com base nos procedimentos médicos, secundado pelos pleitos corporativistas. Este modelo da oferta é herdado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo o componente representado pelo ex-Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) calcado na compra de serviços médico-assistenciais de prestadores públicos e privados (por produção), ao qual foi acrescentado, a partir de 1990, o crescimento desmedido das empresas privadas de planos e seguros de saúde que cobrem hoje entre 20% e 25% da população.

Em terceiro lugar, viria a constatação de que o modelo da oferta herdado pelo SUS não foi superado pelo modelo com base nas necessidades e direitos da população, e realiza-se sob o discurso da 'política explícita' de saúde, mas, na realidade,

pautado na ‘política implícita’ que se expressa por meio de um conjunto de estratégias e mecanismos de política de Estado e de governos desde 1989.

Como ‘política de Estado’ no nível da macroeconomia e da macropolítica evidenciou-se a opção pela política pública de transferência de renda ainda que muito desigual: por volta de R\$ 11 bilhões a 11 milhões de famílias (Bolsa Família), R\$ 80 bilhões de benefícios previdenciários a desempregados, população urbano-rural de baixa renda e outros, e R\$ 170 bilhões (projetados para duzentos bilhões ao final do ano) aos rentistas da dívida pública, por ano. As políticas públicas de proteção social permanecem subfinanciadas com *per capita* anuais entre os mais baixos do mundo, sendo que na saúde a retração da contrapartida federal, a partir de 1990 até os dias de hoje, é constatada tanto pela queda do seu percentual, comparada à elevação do percentual da contrapartida estadual e municipal, como pela queda do seu *per capita* anual, se comparada à elevação do *per capita* anual dos estados e municípios, e ainda, pela comparação da elevação do percentual da receita corrente federal perante o PIB, com a queda do percentual do orçamento do Ministério da Saúde perante a receita corrente federal. Como ‘política de governos’ nacionais decorrentes da política de Estado, evidenciaram-se na saúde os seguintes mecanismos:

- a) A opção pela desconsideração da indicação Constitucional de 30% do Orçamento da Seguridade Social para o SUS, pela retirada, em 1993, da participação da contribuição previdenciária à saúde (historicamente 25%), pelo ‘passa-moleque’ em 1996 do desvio de mais da metade da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) aprovada para a saúde, pela esperteza e imposição federal em 2000 na aprovação da Emenda Constitucional 29 (EC-29), de calcular a sua contrapartida com base na variação nominal do PIB (menor que o crescimento populacional e da inflação), pressionando a aplicação de percentual sobre a arrecadação somente para os estados, Distrito Federal e municípios, e por final a pressão sobre o Congresso Nacional desde 2003, para não regulamentar a EC-29 incluindo para a esfera federal o percentual sobre a arrecadação.
- b) A extensa, profunda e desastrosa precarização das relações de trabalho nos órgãos federais de saúde, com suspensão dos concursos públicos, aviltamento das carreiras e salários, do desempenho e resultados para os usuários, e a ‘onda’ de terceirizações aleatórias, que acabou por influir nos estados e municípios por meio da Lei da Responsabilidade Fiscal.
- c) O retardamento ou impedimento de reforma de aparelhos do Estado com visando à autonomia gerencial de prestadores públicos delimitada para a

realização de metas, prioridades com eficácia social, por meio da elevação da eficiência, desempenho e resultados, o que gerou a permissibilidade para delegação de responsabilidades do Estado a entes privados em situações casuísticas, como fundações privadas de apoio, organizações sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), e outras.

- d) A participação do orçamento federal no financiamento indireto das empresas privadas de planos e seguros de saúde por meio da dedução do Imposto de Renda, do co-financiamento de planos privados dos servidores públicos, incluindo as estatais, do não-ressarcimento ao SUS pelas empresas do atendimento aos seus afiliados, pelas isenções tributárias e outros, que totaliza mais de 20% do faturamento do conjunto dessas empresas.
- e) A desregulamentação da demanda ao SUS representada pelos afiliados dos planos privados não assistidos pelos serviços desses planos.
- f) A desregulamentação da produção de bens de saúde (medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros).
- g) A inibição na prática das recomendações e iniciativas no âmbito de políticas intersetoriais com matriciamento das estratégias setoriais, o que resultou na permanência da fragmentação setorial e respectivos corporativismos, clientelismos e desperdícios.
- h) A manutenção dos ‘vários ministérios da Saúde’ dentro do Ministério da Saúde, cada um vinculado a interesses corporativos, clientelistas e financeiros com representações na sociedade, governo e parlamento.

Vale destacar que a política de Estado e decorrentes políticas dos governos vêm sendo definidas e decididas acima da política do setor Saúde. Ao Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e respectivos Conselhos de Saúde vem restando um reduzido espaço de definição e decisão vinculado aos preceitos constitucionais e da Lei Orgânica da Saúde, visando aos avanços possíveis ou resistência a retrocessos. Predomina no Ministério da Saúde, desde 1990, as estratégias de contenção e racionalização dos custos, pressionadas de um lado pelo subfinanciamento e, por outro, pela reprodução e ‘modernização’ do modelo da oferta, restando pouco espaço para a construção efetiva do SUS, ilustrando com os seguintes mecanismos:

- a) Estabelecimento da figura dos tetos financeiros estaduais, municipais, hospitalares, e outros, como guias para os repasses federais e respectivos gastos.

- b) Manutenção da modalidade do pagamento por produção dos procedimentos de média e alta complexidade por meio de tabela em que a maioria dos valores encontra-se abaixo do custo, excetuando-se os de maior incorporação tecnológica e utilização de bens mais sofisticados.
- c) Priorização da estratégia de ampliação dos programas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de Equipes de Saúde de Família (ESF) focalizados nos estratos sociais mais pobres, com baixo custo (e orçamento), baixa resolutividade, baixa interação com unidades básicas e de apoio, baixa capacidade de porta de entrada no sistema e sem condições de efetivar ações estruturantes no sistema.
- d) Fragmentação dos repasses federais aos estados, Distrito Federal e municípios, já tendo alcançado por volta de 130 fragmentos, hoje reduzidos com o Pacto de Gestão, mas com pressões internas para não continuar reduzindo.
- e) Desmesurada produção de portarias normativas ministeriais já tendo atingido cerca de oito por dia útil, caiu um pouco e volta a crescer.
- f) Permanência do centralismo e hermetismo no processo de planejamento e orçamentação, com baixa consideração ao planejamento e orçamentação ascendentes e estabelecimento pactuado de metas, custos, prioridade e qualidade, visando à articulação regionalizada de redes de cuidados integrais.
- g) Lentidão e imobilidade na articulação e implementação regionalizada das redes de cuidados integrais.
- h) Reflexos inibidores no desempenho da Tripartite e Bipartites.

Vale também destacar que as adversidades impostas pela política de Estado e políticas de governos, assim como as decorrentes estratégias de contenção e racionalização que predominam no Ministério da Saúde desde 1990, apesar de delimitarem hegemonicamente o desenvolvimento do SUS, não conseguem se constituir na sua totalidade, permanecendo ativos os 'nichos' de resistência e avanços possíveis, ao nível local na micropolítica e microp processo de trabalho em saúde, com milhares de experiências exitosas em todo o território nacional, comprometidas com os princípios da universalidade, igualdade e integralidade, e também no nível dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde em cada estado, das Bipartites, da Tripartite, da rede dos Conselhos de Saúde e das entidades históricas do movimento da Reforma Sanitária (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde [Cebes], Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Abrasco], Associação Brasileira

de Economia da Saúde [Abres], Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde [Ampasa], Rede Unida, Instituto de Direito Sanitário Aplicado [Idisa], e outras). Não por outro motivo, já na 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1996, um dos lemas que empolgaram foi o de “Onde dá SUS dá certo”, o que significa dizer que onde não dá certo (sem acesso, sem equidade, sem atenção integral, sem participação etc.) é justamente onde não há SUS, e sim outro modelo de saúde herdado e ‘modernizado’ que usurpa o nome do SUS.

Em quarto lugar, viria a inevitável consequência das políticas implícitas antes referidas no modelo de atenção à saúde:

- a) Grande extensão das atividades da Atenção Básica à Saúde, com ênfase nos programas de Agentes Comunitários de Saúde e das Equipes de Saúde de Família, porém de baixo custo, baixa resolutividade, focalizado nos estratos mais pobres, de baixo papel como porta de entrada e baixo impacto na reestruturação do sistema.
- b) Insustentável congestionamento nos serviços de média e alta densidade tecnológica – ambulatoriais especializados, exames diagnósticos, serviços terapêuticos, serviços de urgência/emergência e os de hospitalizações gerais – com intensa repressão de demanda, iatrogênica e frequentemente letal.
- c) Grande tensão e ansiedade na gestão descentralizada municipal e regional, obrigada a convergir quase todos os recursos e serviços assistenciais nas doenças agravadas e nas urgências e, por outro lado, compelidos a reprimir por falta de recursos, a demanda das doenças ainda não agravadas, dos atendimentos eletivos e das situações de risco, cientes de que esta demanda quando atendida evita a maior parte dos agravamentos e urgências.
- d) Reconhecida proatividade das empresas privadas de planos e seguros de saúde de captação de clientela nas camadas médias da sociedade, incluindo os servidores públicos, cujo desapego ao SUS, e o conseqüente apego aos planos privados de saúde acabam por retirar do SUS e da maioria da população decisiva base de solidariedade, apoio social e fortalecimento político.

Quanto à ‘Participação’, creio ser fundamental lembrar que o rico e intenso processo, nos anos 1980, de reconstrução do ideário democrático, do reencontro da sociedade e seus segmentos com ela mesma e do forte apelo da idéia-força da democratização do Estado ensejaram ao setor Saúde sensíveis avanços nos debates e na politização com respeito à consciência das necessidades, da precedência dos direitos sociais e coletivos, e da real possibilidade do Estado democrático ante a

sociedade mobilizada, formular e realizar a construção da universalidade com integralidade e igualdade na saúde. Os simpósios sobre Política Nacional de Saúde realizados pela Câmara dos Deputados e o Movimento da Reforma Sanitária, em 1982 e 1989; os convênios das Ações Integrais de Saúde, a partir de 1983; a 8ª CNS, em 1986; a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, em 1987; os convênios dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, a partir de 1986; a Plenária Nacional de Saúde de 1986 a 1990; a Constituição Federal, em 1988; e a Lei Orgânica da Saúde, em 1990, constituem marcantes emblemas desse processo.

No bojo dos movimentos da sociedade civil, incluindo as representações das camadas médias da sociedade e dos servidores públicos esboçavam-se perspectivas e esperanças do SUS vir a contemplar suas necessidades e direitos de saúde, com a opção pelos serviços privados colocada em compasso de espera ou uso temporário. Sob essas perspectivas e esperanças foi aprovado o avançado Capítulo da Ordem Social da Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde de (Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90). Apesar de já no início dos anos 1990 as políticas de Estado e de governo revelarem sua disposição em sentido oposto ao consagrado na Constituição e na Lei, os movimentos da sociedade civil incluindo o Conass, Conasems e o CNS conseguiram junto aos governos nas três esferas e ao Congresso Nacional, participar intensamente na formulação e viabilização de estratégias que levaram à expressiva descentralização com ênfase na municipalização, o embrionamento das articulações e consensos interfederativos, a criação dos conselhos de saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, a efetivação da direção única em cada esfera com a extinção do Inamps, e a criação dos fundos de saúde e dos repasses fundo a fundo. O Conass, Conasems, CNS, o Cebes, a Abrasco, a Confederação das Misericórdias do Brasil e outras entidades foram decisivas nessa fase, com ênfase na realização da 9ª CNS em 1992. É de se notar a conjuntura, a forma e a eficácia da participação da sociedade civil organizada e mobilizada nesse período, apesar dos revezes impostos pelos governos desde 1990, como o descumprimento do financiamento indicado do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da Constituição, de no mínimo 30% do Orçamento da Seguridade Social, a convivência com interesses herdados na oferta de serviços, a reprodução do paradigma 'inampiano' na Secretaria de Assistência a Saúde do Ministério da Saúde, a reprodução do paradigma 'campanhista' centralizador em relação aos estados, Distrito Federal e municípios, e o estímulo governamental ao crescimento desmesurado de empresas privadas de planos e seguros de saúde visando à definição das opções das camadas médias da sociedade e dos servidores públicos.

É por volta de 1994 que se evidencia não apenas o arrefecimento das perspectivas e esperanças iniciais das camadas médias e dos servidores públicos em relação ao pertencimento do SUS, como também um retrocesso na consciência social de direitos e pleitos, que se voltam por meio das entidades classistas para os planos privados de saúde, preferencialmente quando regulados e subsidiados pelo governo. Este processo intensifica-se em 1995, com a assunção pelo Governo Federal de ‘reforma do Estado’ calcada no ideário do Estado mínimo, com simultânea, insidiosa e contínua ação midiática com base nos valores do consumismo e competitividade corporativistas e individualistas, e prossegue a partir de 1998 com a Lei n. 9.656, que dispõe sobre o mercado na saúde, e de 2000, com a lei que cria a Agência Nacional de Saúde autônoma em relação ao SUS. O arrefecimento em relação ao pertencimento do SUS integra um arrefecimento geral que é do grau de consciência das necessidades, dos direitos sociais, do significado das políticas públicas de proteção social, da conquista da cidadania e da própria democratização do Estado, que ensaiavam seus primeiros passos.

As aspirações de ascenso social e satisfação de direitos e interesses com base no ideário do corporativismo, individualismo e consumismo no mercado, incluindo o mercado terceirizado de responsabilidades públicas abdicadas, passaram a uma aceitação generalizada e fatalizada. O reflexo nas relações das entidades da sociedade civil com os conselheiros de saúde que as representam deixa de ser meramente linear ou irrelevante para revelar-se como importante desafio no espaço de conflito evidente entre os movimentos sociais. E isso, por um lado, por política pública de saúde iníqua para os estratos sociais profundamente diversificados dos afiliados aos planos privados e as majorias que dependem apenas do SUS e, por outro lado, por política pública de saúde universalista, integral e igualitária com base nas necessidades de toda a população e nos direitos sociais de cidadania, temática à qual voltarei mais à frente.

Quanto ao ‘Controle’ e à ‘Regulação’, são atividades da maior responsabilidade para o sistema público cumprir os mandamentos constitucionais e infraconstitucionais, de assegurar a satisfação dos direitos de cidadania à população, com eficácia social e eficiência no trato das atividades-meio: gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros.

Está evidenciada a inconsistência e o malefício ao bom desenvolvimento do SUS, da continuidade do predomínio dos paradigmas de controle e auditorias herdados das estruturas federais ‘pré-SUS’, como os programas verticais centralizados do antigo Ministério da Saúde e os serviços médico-hospitalares privados

contratados por produção e pagos após sua realização mediante fatura pelo antigo Inamps, ambos com base na superada administração convencional/contratual que persiste induzindo os repasses federais aos estados, Distrito Federal e municípios como se estes entes federados fossem meros executores das metas, prioridades e excessiva/complexa normatividade dos repassadores federais.

Em nome da defesa da legalidade do destino dos recursos federais repassados, os fluxos, prazos e destino final desses recursos são checados pela sistemática vigente, após os gastos efetuados pelos estados, Distrito Federal e municípios e a seguir objetos de glosas nos pagamentos, de devolução de recursos, rebaixamento das condições de futuros repasses, processos administrativos e jurídicos etc. Não há, em regra, distinção adequada entre ações dolosas contra as necessidades e direitos da população com malversação dos respectivos recursos, objeto de enquadramento legal, e ações com irregularidades cuja maioria tem origem no remapeamento pela gestão descentralizada, de metas, prioridades, riscos e danos à saúde, atividades-meio e finalísticas. Este remapeamento é, quase que totalmente, mais congruente com as realidades, necessidades, pressões da demanda dos usuários e suas representações, pressões dos direitos (ou interesses) de profissionais da saúde, fatores esses de grande variabilidade regional e local, de difícil enquadramento nas padronizações centralizadas para o território nacional. Na maioria das reuniões dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde e das Comissões Intergestores Bipartites em cada estado, e da Comissão Intergestores Tripartite, confirma-se de forma inequívoca a maior proximidade e competência dos gestores descentralizados para aplicar nas diversas realidades loco-regionais, os princípios e diretrizes da universalidade, integralidade e igualdade. Soma-se a maior angústia com a insuficiência de condições estruturais para o exercício dessa competência.

Os paradigmas ainda predominantes de controle e auditorias na esfera federal encontram-se mais atrelados aos legalismos federais do subfinanciamento, da fragmentação dos repasses e respectivos incentivos/prêmios de cada fragmento, do pós-pagamento por produção por meio de tabela anacrônica de procedimentos e valores, da desregulamentação da demanda gerada pelos afiliados aos planos privados de saúde (incluindo as ações judiciais), das duas portas de entrada em hospitais públicos terciários geridos por fundações privadas de apoio, das organizações sociais, da desastrosa precarização das relações de trabalho com terceirizações em cascata, da não-implementação das redes regionais de cuidados integrais e com planejamento e orçamentação ascendentes, e da focalização aos estratos sociais

mais pobres, de serviços básicos de saúde de baixo custo/gastos e baixa resolutivezade. Estes legalismos não vêm sendo objeto de controle e auditorias quanto ao seu potencial gerador de ações dolosas e de ações irregulares, estas últimas atreladas ou não às premissas finalísticas da universalidade, igualdade e integralidade e às premissas-meio da Descentralização, Regionalização e Participação. Há evidência empírica de que entre outros paradoxos, o SUS carrega grande volume de irregularidades na gestão descentralizada destinadas à prática para sua construção com base nos princípios e diretrizes constitucionais, e outro grande volume de regularidades geradas em órgãos federais centralizados, destinadas à prática para sua vã construção centralizada e autoritária.

Com a mesma lógica utilizada na análise do controle e auditorias, busco entender a questão da Regulação, que no âmbito destas considerações defino como o conjunto das articulações, ordenamentos e reordenamentos permanentes das vigas mestras da construção do novo modelo de gestão consoante os princípios e diretrizes constitucionais do SUS, assim como o funcionamento dos serviços privados de saúde consoante o mandamento constitucional da Relevância Pública. No SUS, além do âmbito das vigas mestras, a tarefa regulatória estende-se ao nível regional e microrregional com as centrais de regulação da atenção integral à saúde (e não apenas à assistência especializada), e no nível das unidades de saúde mais complexas, estende-se à sua autonomização gerencial para o cumprimento de metas pactuadas com seus custos, indicadores de qualidade/resolutivezade, prioridades, eficiência e eficácia social. Penso que a responsabilidade regulatória é do gestor, incluindo seu conselho de saúde, das comissões intergestores e da Agência Nacional de Saúde (autarquia especial). O esclarecimento e explicitação da relação público-privada são pressupostos básicos para que o processo regulatório favoreça e consolide um equilíbrio favorável à política pública de proteção social com base nas necessidades e direitos sociais da população, quando cotejada com a política pública de transferência de renda.

Os órgãos e atividades de avaliação, controle e auditoria, além de seus objetivos próprios, são também ferramentas imprescindíveis ao processo regulatório que ultrapassa o âmbito da oferta/utilização dos serviços de saúde para abranger também as cadeias produtivas de bens e insumos dos serviços de saúde: fármacos, reagentes, imunobiológicos, medicamentos, equipamentos e outros. O mesmo reparo aos paradigmas ainda predominantes de controle e auditorias na esfera federal cabe também ao processo maior da regulação, qual seja, a tendência ao atrelamento a certos legalismos federais: ao contrário de torná-los objeto a mais da sua missão, o

processo de regulação no setor Saúde permanece centrado na regulação do mercado dos planos e seguros de saúde com o objetivo de assegurar o equilíbrio dos interesses em conflito: dos consumidores, dos profissionais da saúde, dos prestadores privados e públicos credenciados pelas operadoras, pelas próprias operadoras privadas de planos e seguros de saúde e pela indústria de bens e insumos de saúde. Os legalismos do subfinanciamento, da fragmentação dos repasses federais, do pós-pagamento por produção, da desregulamentação da demanda dos planos privados para o SUS, das duas portas de admissão nas fundações privadas de apoio vinculadas a hospitais públicos, das organizações sociais, da precarização da gestão do trabalho na saúde, dos impedimentos da articulação e implementação das redes de cuidados integrais no nível regional, da focalização da atenção básica nos estratos mais pobres, com baixa resolutividade, e outros, ficam assim erigidos a pressupostos do processo regulatório.

Quanto à 'Pactuação Social em Saúde', considero de início a pactuação social como atividade da sociedade organizada que denota um grau relativamente avançado de práticas sociais no desenvolvimento democrático, porque requer uma maturidade dos segmentos e movimentos sociais em conflito capaz de identificar os avanços e concessões, gerais e específicos de cada um e possíveis em certo prazo. Os compromissos e ganhos decorrentes serão tanto mais realistas e consistentes quanto maior for a visão do processo geral e a predisposição de identificar e realizar repactuações. Os pactos sociais, em especial ao nível da nação, envolvem a relação sociedade-Estado e quando abrangem o conjunto ou a maioria da sociedade avançam na democratização do Estado. Foi o que ocorreu no Brasil nos anos 1980, desde os últimos anos da ditadura e no processo da convocação e realização da Assembléia Nacional Constituinte, quando o avanço na democratização do Estado compeliu ao avanço do pacto federativo, redefinindo as responsabilidades de cada ente federado a favor dos anseios da sociedade. A seção Saúde na Constituição Federal e as Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90 são reflexo marcante dos novos papéis dos entes federados. A Constituição ao mesmo tempo lhes confere autonomias como entes federados e os obriga a negociar e pactuar suas autonomias, por exemplo, para articular e implementar a diretriz da Hierarquização e Regionalização dos serviços de saúde, o que só pode ser realizado em territórios regionais, envolvendo estados, Distrito Federal e municípios.

Pode-se dizer que o novo pacto federativo com a Constituição de 1988 foi orientado pelo novo pacto social. Já em 1993, quando a retirada truculenta da contribuição previdenciária 'quebrou' o SUS, obrigando o Ministério da Saúde a

emprestar do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), o impacto negativo abalou os gestores nacionais do SUS e também os estaduais e municipais, o que propiciou avançar o seu acumpliciamento na busca da sobrevivência do sistema e criação de mecanismos racionais realizadores com nova lógica, por exemplo: a criação das comissões intergestores Tripartite ao nível nacional e as Bipartites em cada estado, a criação dos Fundos de Saúde em todos os entes federados, dos repasses de recursos públicos, fundo a fundo, da extinção do ex-Inamps para a efetivação da direção única do SUS em cada ente federado, a primeira 'radiografia' das condições de gestão municipal (incipiente, parcial e semiplena) e outros, com significado claro de desdobramento e aprofundamento do pacto federativo constitucional e também de início de reforma de Estado na lógica do SUS, conforme já mencionado aqui.

Nessa ocasião, a Tripartite, recém-criada, discutiu e aprovou um documento que reaglutinou as forças da Reforma Sanitária incluindo o CNS e simbolizou a resistência ao desmanche do SUS e a combatividade para os avanços possíveis. Seu nome: "Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei". Aqui, o pacto federado antecedeu e induziu a retomada do pacto social. Passados mais de dez anos, durante os quais prosseguiu o refluxo dos movimentos sociais e classistas pelo SUS, e aumentou o imaginário desses movimentos em torno da solução por meio dos planos privados de saúde, outra vez os entes federados, em especial o Conass, o Conasems, e alguns pensadores/formuladores de estratégias no SUS, passaram por momentos de angústia e tensão a partir do final de 2004, com a revelação cada vez mais evidente de que o Governo Federal não aceitava a regulamentação da EC-29, equalizando os critérios de cálculo das contrapartidas federal (10%), estadual (12%) e municipal (15%), sobre as respectivas arrecadações, apesar de o projeto de lei ter dado entrada na Câmara de Deputados em 1º de janeiro de 2003. Este sentimento de frustração e angústia perante a manutenção do subfinanciamento e a impossibilidade da retomada efetiva da construção do SUS, gerou novamente, no seio dos gestores, movimentos na direção de novos desdobramentos e aprofundamentos do pacto federativo do SUS com grau de formulação estratégica até então não alcançado. Estes movimentos afloraram em uma primeira reunião informal entre dirigentes do MS, Conass e Conasems em agosto de 2004, prosseguiram os contatos pontuais, retornaram em concorrido Simpósio Nacional de Política de Saúde em junho de 2005, avançaram no segundo semestre desse ano e geraram, em fevereiro de 2006, a matriz básica do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Pela segunda vez os gestores nas três esferas federadas mobilizam-se e acumpliciam-se em defesa do SUS em momento crítico. Apesar de

esta extensa e rica pactuação ter sido discutida e aprovada no CNS e razoavelmente divulgada no interior do SUS, não há ainda sinais deste pacto sair do âmbito federativo e contagiar e induzir a retomada do pacto social. Resumindo: tivemos um pacto social – federativo em 1988, um pacto federativo-social em 1993 e um pacto por enquanto só federativo em 2006. São vinte anos entre 1988 e 2008, muito pouco no processo histórico para apagar a utopia da retomada do pacto social.

GESTÃO DEMOCRÁTICA EM SAÚDE

Considero como ponto de partida que a gestão colegiada, ao implicar, além dos dirigentes institucionais, também representações legítimas dos trabalhadores da saúde e dos usuários, sem que o órgão colegiado se expanda em assembléia (numérica e funcionalmente), tende a se desenvolver em nível mais elevado que a gestão tradicional, seja pela maior responsabilização e adesão dos trabalhadores envolvidos em torno da missão institucional, seja pela agilização da tomada e aplicação de decisões, tão cara aos defensores da gestão centralizada autoritária. Entre outras razões de sucesso da gestão colegiada, destaco o relacionamento proativo do colegiado com os segmentos representados, por meio de atas-resumo das suas reuniões e relatos pessoais pelo menos trimestralmente dos representantes aos coletivos dos representados.

Em decorrência desta consideração geral, julgo oportuno lembrar que a gestão colegiada pode e deve ser adequada e formatada no nível de cada instituição e seus principais órgãos, também no nível interinstitucional dentro do setor Saúde e também no nível intersetorial, no âmbito dos setores envolvidos nos determinantes sociais da saúde, como saneamento, meio ambiente, alimentação, habitação, trabalho, educação, segurança e outros. Obviamente, a gestão pelos colegiados interinstitucionais e intersetoriais realiza-se por meio de consensos e pactuações, informais e em diferentes graus de formalização e institucionalização. Exemplos ilustrativos de objetos da gestão colegiada são: o esclarecimento das respectivas missões institucionais e setoriais, seus objetivos estratégicos na conjuntura, o planejamento/orçamentação participativos e ascendentes, a definição de metas de serviços a serem ofertados com os respectivos custos, a definição e pactuações das prioridades e etapas de acordo com as limitações dos recursos (financeiros, materiais e humanos), a definição de indicadores de desempenho, qualidade, eficiência e eficácia social, e o estabelecimento de meios de comunicação ampla e democrática à população usuária abrangida, como prestação de contas permanente.

Outro ângulo de entendimento da gestão participativa é o dos espaços mais ‘macro’ e mais ‘micro’ na formulação e realização da política e gestão pública. No mais ‘macro’ temos os níveis nacional, estadual, municipal e regional da política setorial de saúde, todos sob indução das políticas de governos e estas sob a indução da política de Estado. Nestes espaços não há como deixar de reconhecer a estreita interdependência dos pressupostos da Reforma Sanitária (e do SUS) com os da Reforma Tributária, da Reforma do Estado e da Reforma Política. Neste espaço, o ideário dos direitos sociais, de cidadania, da universalidade, integralidade e igualdade tem sua realização sobressaltada por estreitamento de caminhos, armadilhas, distorções, tensões e desgastes, ao se deparar com a correlação das forças políticas e valores predominantes. No espaço mais ‘micro’, no microprocesso de trabalho, na microgestão e na micropolítica, há mais gratificação com ‘avanços’ no desenvolvimento das subjetividades.

O que quero lembrar é que o processo transformador na implementação da política pública com base nos direitos de cidadania à saúde não separa, na prática política, o macro e o micro, com pena de tergiversar e postergar a própria transformação. O ativismo polarizado no macro, tende a produzir disfarçada tecnocracia e *nomenklatura* incapaz de se envolver e incorporar devidamente as realidades e os saberes do cotidiano do micro e, por isso, construir cumplicidades e alianças estratégicas imprescindíveis às transformações. O ativismo polarizado no micro, ao avançar no desenvolvimento de subjetividades individuais, gera usualmente a falsa impressão da construção de sujeitos políticos em engajamento no processo transformador, quando na verdade pode estar promovendo, em regra, o predomínio da construção de sujeitos individuais em detrimento da construção de sujeitos coletivos, forma disfarçada de alienação da transformação.

Um último ângulo que nos parece merecer destaque é o do esgotamento da força e do papel da gestão colegiada e outras formas de gestão participativa, quando os movimentos do seu desenvolvimento se satisfazem dentro dos limites do setor Saúde. Dado que a política pública de saúde tem mais determinantes nas políticas dos governos do que no interior do setor, torna-se imprescindível a mobilização e a atuação simultânea e permanente perante o poder Executivo, o Legislativo, o Ministério Público e o Judiciário. Ousaria dizer que o desafio desta militância é o da formulação e implementação de política pública de direitos sociais sob o paradigma da democratização do Estado, que, por sinal, era a grande bandeira da transição da ditadura para a democracia política nos anos 1980. Talvez esta bandeira tenha sido, a partir dos anos 1990, equivocada e ingenuamente arrefecida, e por isso vale

lembrar a importância da retomada dos movimentos em torno da reforma política e da reforma do Estado, inclusive quanto à construção de avanços da Democracia Participativa (e Direta) a fim de conviver, qualificar e ‘democratizar’ a Democracia Representativa. Em outras palavras: construir o desenvolvimento da Democracia Política rumo à Democracia Socioeconômica.

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO SUS

As disposições sobre controle social constantes na Lei n. 8.142/1990 tiveram sua gênese nos debates da Assembléia Nacional Constituinte, em 1987/1988; no histórico Simpósio Nacional sobre Política de Saúde, em 1989; nos debates da formulação e aprovação da Lei n. 8.080/1990; nos vetos presidenciais a essas disposições; nas conseqüentes reações da sociedade civil, parlamento e movimento da Reforma Sanitária e na formulação e a aprovação da Lei n. 8.142, ainda em 1990. Era a conjuntura de lutas sociais com utopias, avanços e confianças no futuro da implementação da política pública de saúde com base nos direitos sociais de cidadania. Essa conjuntura justificava plenamente não apenas o avanço que consistiu na criação das conferências e conselhos de saúde e suas atribuições legais, como também a perspectiva de que a partir daí a continuidade da democratização do Estado implicaria avanços permanentes das relações entre a sociedade civil e suas entidades, com seus representantes nas conferências e conselhos. É nesta perspectiva que se encontravam as atribuições legais das conferências de: a) avaliar a situação de saúde; e b) propor as diretrizes para a formulação de política de saúde. Assim como dos conselhos de: a) atuar na formulação de estratégias; e b) atuar no controle de execução da política de saúde.

Mas, a partir de 1989, outro processo concomitante acontecia: a reaglutinação dos segmentos sociais dominantes em reação aos pequenos espaços cedidos na década, o que envolveu a hegemonia assumida do sistema financeiro nacional/internacional, da especulação, da dívida pública crescente com altíssima taxa de juros, do Estado mínimo (para respaldar o desenvolvimento e proteger os direitos sociais), do Estado máximo (para arrecadar, pagar juros e terceirizar funções inabdicáveis), tudo sob a glorificação do mercado. Ao histórico sindicalismo trabalhista brasileiro, pelas centrais sindicais, foram sendo acrescentados desde a década de 1990 o sindicalismo de resultados e, por fim, o de negócios. Não por coincidência cresce de modo desmesurado o número de empresas de planos privados de saúde que ampliam agressivamente seu mercado de consumo para todos os segmentos

médios da sociedade, incluindo os servidores públicos, e também não por coincidência, neste mesmo período até os nossos dias a retração da contrapartida federal mantém o SUS extremamente subfinanciado.

Nesta nova conjuntura e correlação de forças sociais e políticas, as relações entre a sociedade civil e suas entidades com seus representantes nas conferências e nos conselhos avançam menos na linha da democratização do Estado e da satisfação dos direitos sociais de cidadania, e mais na linha da fragmentação dos direitos e dos pleitos em vários corporativismos no seio da sociedade, no setor privado original, no setor privado terceirizado e no setor público, entre os prestadores privados de serviços ao SUS, entre os prestadores públicos, entre os profissionais da saúde e entre os usuários. A democracia política reconquistada após a ditadura pouco transitou para a democracia socioeconômica, a democracia representativa não cedeu espaço para a democracia participativa e o processo de democratização do Estado não avançou. É sob esta nova perspectiva e correlação de forças que passam a desenvolver as referidas atribuições legais das conferências e dos conselhos.

Na primeira parte deste item, nossa intenção, entre outras coisas, foi deixar inequívoco que “não há como refletir e posicionar-se sobre a participação social, sem refletir e posicionar-se sobre a política pública, a gestão e seu financiamento público”. Tomando as atribuições das conferências, com destaque na proposição de diretrizes para a formulação das políticas de saúde, e as atribuições dos conselhos, com destaque na atuação e na formulação de estratégias, emerge, a nosso ver, uma importante questão: qual relevância, acumulação de forças e avanços, desde 1990, em função dos mecanismos de políticas de saúde referidos na primeira parte deste item, com o objetivo de identificá-los, apropriar a sua compreensão e transformá-los na lógica das necessidades e direitos da população usuária? Desta questão decorrem outras quatro: com que ênfase, frequência e consistência esse desafio de identificar, compreender e transformar vem constando nas deliberações dos conselhos e nos relatórios das conferências? Quais as relações desenvolvidas entre os conselhos e os gestores diante desse desafio? Qual tem sido a atuação permanente dos conselheiros perante as entidades da sociedade civil por eles representadas, visando à informação dos debates e deliberações dos conselhos, direcionada para a politização e mobilização? E, por fim: Quais as diretrizes para a formulação de políticas e as estratégias formuladas, geradas pelas conferências e conselhos desde 1990 e, dentre elas, aquelas que foram implementadas?

Apesar das reflexões e debates sobre estas e outras questões, ser desafio inabdicável dos atores do SUS – Conselhos de Saúde e seus segmentos, gestores do SUS,

Executivo, Legislativo, e outros – penso que o seu efetivo equacionamento se dará somente com a junção, no conjunto da sociedade civil, de certo grau de consciência dos seus direitos sociais, de consciência política e da consciência de que este conjunto pode alterar a seu favor sua relação com o Estado. Seria a retomada do pacto social esboçado entre 1984 e 1989, com maior participação da sociedade na discussão e formulação dos rumos para o que poderia vir a ser o seu projeto de desenvolvimento socioeconômico, incorporando agora, as atuais contingências da economia política.

RELAÇÃO ENTRE FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Acredito ser importante reconhecer que a formação de conselheiros inicia-se automaticamente sob dois importantes ângulos: o critério utilizado na indicação pela entidade representada e o próprio processo de participação nas reuniões mensais. Quanto ao primeiro, além da questão da representatividade do conselheiro, pode ocorrer a questão da sua vitaliciedade, isto é, o conselheiro e sobretudo a entidade subestimam a alternância da representação como salutar prática democrática que fortalece a entidade e amplia a formação de seus quadros. Além desses dois ângulos inevitáveis, é reconhecida a necessidade de haver iniciativas facilitadoras para os conselheiros visando ao seu acesso, de maneira sistemática, às informações e conhecimentos estratégicos sobre o desenvolvimento do SUS, principalmente no campo das políticas públicas, do planejamento setorial, da gestão pública e do seu financiamento. Não se trata, é óbvio, de uma visão talvez fantasiosa de conselheiros ‘minissociólogos’, ‘miniepidemiologistas’, ‘miniplanejadores’, ‘minigestores’, ‘minieconomistas’, etc., com o risco de ser reproduzida nos conselhos a fragmentação/especialização dos conhecimentos e respectivos desvios tecnocratas ou academicistas, quando não a instrumentalização de saberes tradicionais para outros pleitos que não a centralidade nas necessidades e direitos da população usuária. Trata-se, isto sim, de apoiar e compartilhar com os conselheiros, da formação e incorporação de saberes próprios, interdisciplinares, com viés estratégico de, por um lado, identificar os desvios estruturais na gestão do SUS e na atenção à saúde da população e, por outro, fornecer ferramentas de luta para a construção de novas estruturas na gestão. Estes saberes próprios podem e devem superar a mística de que são compreensíveis apenas pelos que possuem maior grau de instrução formal. A compreensão e apropriação dos saberes referentes aos mecanismos básicos das políticas de saúde e da gestão, que constroem a cidadania e aqueles referentes à segmentação

da população em faixas desiguais de acesso ao SUS e de acesso ao mercado, pode e deve ser possível para todos os graus de instrução e até para eventuais conselheiros semi-analfabetos, porém dignos da confiança das suas entidades para representá-las.

Em cada parte deste capítulo abordei aspectos que julgo relevantes para a relação entre a formação de conselheiros e a participação social, que sob este ângulo julgo oportuno serem revisitados.

Finalizo esta parte com quatro destaques:

- a) A identificação, produção e apropriação de informações e conhecimentos estratégicos pelos conselheiros, em virtude do cumprimento das atribuições legais dos conselhos de saúde, devem ser adequadamente repassadas às entidades da sociedade civil representadas nos conselhos – seja por meio dos vários instrumentos de comunicação interna de cada entidade, como as pautas das reuniões de diretoria, das assembléias, periódicos etc. O repasse das informações deve ser por meio de súmulas do próprio conselho a todas as entidades e de relatos mais explicativos de cada conselheiro à sua entidade.
- b) O acompanhamento das reuniões mensais das comissões intergestores bipartites e tripartites por representações de conselhos de saúde constitui fonte de grande consistência e relevância de informações e conhecimentos para a formação dos conselheiros, em especial sobre questões candentes da gestão pública em cada esfera de Governo Federal e das pactuações para a implementação dos princípios e diretrizes constitucionais do SUS.
- c) As atividades de identificação, produção e apropriação de informações, análises e conhecimentos pelos conselheiros podem obter parcerias das entidades vinculadas ao movimento da Reforma Sanitária brasileira, de áreas acadêmicas ligadas a políticas públicas, à saúde coletiva, à gestão pública, e outras. Estas parcerias devem estar sempre nucleadas pelas responsabilidades dos conselhos de saúde para com suas atribuições legais e para com a sociedade civil representada no intuito de contribuir para a sua politização, mobilização e participação na formulação e controle das políticas públicas.
- d) Os conselhos de saúde são portadores de um potencial histórico muito rico, ainda pouco explorado, de relacionar-se de modo sinérgico com o Legislativo que, sob pressão da sociedade, criou o SUS e os próprios conselhos de saúde, e também sinergicamente com o Ministério Público, irmão gêmeo do SUS do mesmo parto democrático da Constituição Federal de 1988.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite, Conselho Nacional de Saúde. *Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Mais Saúde (PAC da Saúde): metas para 2008-2011*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- CÂMARA dos Deputados. 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Carta de Brasília. *Saúde em Debate*, 29(70): 221-223, 2006.
- CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2): 301-306, 2007.
- CARVALHO, G. Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impigem os que com ela lucram. *Saúde em Debate*, 29(69): 99-104, 2006.
- CEBES. Diretoria Nacional. Editorial: Refundação do Cebes. *Saúde em Debate*, 29(71): 227-228, 2006.
- CEBES. Diretoria Nacional. Editorial. *Saúde em Debate*, 30(72): 33-34, 2007.
- CEBES. Diretoria Nacional. O Cebes na 13ª Conferência Nacional de Saúde. *Saúde em Debate*, 30(72): 129-138, 2007.
- FLEURY, S. Proteção social em um mundo globalizado. *Saúde em Debate*, 29(71): 305-314, 2006.
- FLEURY, S. O PAC e a Saúde. *Boletim Cebes*, 3: 1-2, 2007.
- FÓRUM da Reforma Sanitária Brasileira: Abrasco/Cebes/Abres/Ampasa/Rede Unida. O SUS pra valer: universalizado, humanizado e de qualidade. *Saúde em Debate*, 29(71): 385-396, 2006.
- RIZZOTTO, M. L. F. As propostas do Banco Mundial para as reformas do setor Saúde no Brasil nos anos 90. *Saúde em Debate*, 29(70): 140-147, 2006.
- SANTOS, N. R. O desenvolvimento do SUS sob o ângulo dos rumos estratégicos e das estratégias para a visualização dos rumos: a necessidade de acompanhamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2): 429-435, 2007.