

# **PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO RS: estratégias dos atores coletivos no movimento de reformas**

Clarete Teresinha Nespolo de David  
Patricia Krieger Grossi

## **Resumo**

Trata-se da construção do direito à saúde com participação no RS, com ênfase na leitura dialética da história das políticas públicas de saúde no Brasil, a partir da concepção do movimento sanitário, em um contexto de reformas do Estado e de construção do projeto democrático popular. Parte-se da análise documental e da contribuição de quatorze atores coletivos para explicitar as principais estratégias políticas. Constata-se que, a partir da participação política dos trabalhadores dirigentes e de suas estratégias de mobilização, de organização, de articulação e de educação política, foi possível construir mediações para a instituição do direito à saúde com participação.

**Palavras-chave:** Participação Política. Espaços Públicos. Reforma Sanitária. Direito à Saúde. Movimentos Sociais.

## **Abstract**

It is the construction of the right to health with participation in RS and emphasis on dialectical reading of the history of public health policies in Brazil, from the design of the health movement in a context of state reforms and construction of the popular democratic project. It starts on the documentary analysis of fourteen collective actor's contribution outlining the main policy strategies. It appears that, from leader workers' political participation and their mobilization strategies, organization, articulation and political education, it was possible to build mediations for the institution of the right to health with participation.

**Keywords:** Political Participation. Public Spaces. Health Reform. Right to Health. Social Movements.

## **1 INTRODUÇÃO**

Este estudo visa analisar como se materializa o debate do SUS, enquanto modelo de atenção universal nos espaços públicos, a partir da participação política dos atores

coletivos no movimento de reformas no RS. Para tanto, enfatizam-se atores e estratégias identificados com o campo popular no movimento sindical: (FETAG/RS, o Departamento Rural da CUT – FETRAF/Sul), o SINDSEPE/RS, o SINDFARM/RS; o Movimento comunitário, a FRACAB/RS; ainda, a CUT/RS; as ONGs (CAMP/RS, CEAP/RS); os movimentos sociais (MMC/RS), Fórum de Saúde Mental; com a Igreja (CEBs); também com representação profissional (CRESS) e com segmentos da Federação dos Hospitais Filantrópicos do RS.

Parte-se da análise documental das Resoluções do Conselho Estadual de Saúde (CES/RS), dos Relatórios das Conferências e dos Planos Estaduais de Saúde (PES) que orientou o caminho histórico. Ademais, quatorze atores coletivos indicados a partir da técnica da “bola de neve”, via narrativa oral temática, contribuíram explicitando as principais estratégias, as articulações, as mobilizações e a educação política neste processo. As narrativas foram obtidas por meio das entrevistas que foram coletadas e gravadas com autorização, transcritas e codificadas pelo *software* NVIVO, sistema de análise de conteúdo de forma qualitativa que possibilita a organização, apresentação, interpretação e divulgação mais rápida dos dados.

A participação popular designa a concepção de articulação de um “campo popular” determinado pela concepção, sobre ser humano, mundo e sociedade, que nos diferentes contextos históricos luta e se organiza para participar na deliberação, produção e distribuição da riqueza e da cultura da sociedade – os atores coletivos. Tal participação é mediada pela ideologia produzida entre a infraestrutura econômica e a superestrutura cultural na relação social. Nessa perspectiva, o consenso e o dissenso são parte do processo na busca pela hegemonia – necessária a um novo Projeto Ético-Político.

No Brasil, em fins dos anos 1970 e início dos anos 1980 e seguintes, reúne-se as condições favoráveis à instituição de um novo projeto societário: há movimentos reivindicatórios nas ruas, crise na representação política tradicional e há mobilização, articulações políticas dos movimentos da sociedade civil com o Estado. Estes movimentos, para ampliar a participação e pela democracia por dentro e por fora do Estado ampliado, possibilitam as rupturas culturais necessárias. Tal processo, além de reivindicar direitos até então negados a segmentos historicamente excluídos, constrói novos atores políticos – sujeitos de direitos, que assumem a direção e a organização desta nova institucionalidade. Esse novo reordenamento aponta, de um lado, a necessidade de ocupação dos espaços públicos e, de outro, a garantia de manter a participação direta da população na gestão pública. A novidade são os espaços públicos de participação de caráter deliberativo nas políticas setoriais, entre os quais os Conselhos e as Conferências de Saúde.

Contextualizam-se os diferentes atores coletivos, seus ‘trabalhadores dirigentes’.

Trata-se de trabalhadores protagonistas que se reconhecem enquanto classe “novo ator” , que se constrói na luta e que produz um amálgama entre a base social e o novo projeto societário, mas:

Para viabilizar o processo [...] o intelectual precisa provocar, no seio da classe a que está vinculado organicamente, uma tomada de consciência dos seus interesses, bem como participar na formação de uma concepção de mundo mais hegemônica e autônoma (SIMIONATTO, 2004, p. 62).

A análise visa, de um lado, enfatizar a participação política dos atores coletivos do RS e as suas estratégias de mobilizações, de articulações e de educação política; de outro, a concepção de saúde e de participação na materialização do SUS no RS.

Para explicitar a análise dos dados, foca-se por um lado nos atores coletivos, cujas ações políticas de inserção estatal circulam em torno da SES/RS (gestão pública e suas instituições, os partidos políticos e os espaços públicos); por outro, os atores coletivos e a inserção nas ações políticas sociais (movimentos sociais, sindicais, igrejas e ONGs).

## **2 PROJETOS POLÍTICOS, ATORES COLETIVOS E ESTRATÉGIAS: IMPLICAÇÕES NA SAÚDE E NA PARTICIPAÇÃO EM ESPAÇOS PÚBLICOS**

Os resultados indicam que esse movimento, ou movimentos em defesa do direito à saúde e da instituição do SUS, pode ser dividido em três fases: a primeira, em fins dos anos de 1970 e início dos anos 1980. A agenda política mobilizadora entre os movimentos sociais, neste período, era a construção e a garantia de direitos na perspectiva da Seguridade Social, terra, trabalho e acesso à saúde. Na segunda fase, já no contexto dos anos de 1990, constata-se, de um lado, um movimento de Democratização Política, com regulamentação de direitos via legislação, nova concepção de saúde com participação nos espaços públicos com particularidades na descentralização do CES/RS no RS; e, de outro, um contexto de Reformas do Estado com avanço do Projeto Neoliberal, com refluxo dos movimentos sociais e resistência propositiva nos espaços públicos, centralidade na gestão, aliados ao avanço do “Projeto Privatista”. E uma terceira fase (2003) com ênfase no modelo de desenvolvimento nacional; no RS, porém, aprofunda-se a crise na saúde, percebe-se o avanço das Fundações Públicas de Direito Privado e a crescente perda de poder deliberativo dos Conselhos de Saúde. Surgem novos movimentos de resistência, trazendo para o cenário algumas lutas históricas dos movimentos sociais.

Embora o objeto deste trabalho contemple o período de análise de 1986 a 2011, as narrativas envolvem a vida dos entrevistados, desde sua militância no movimento estudantil e popular, em fins da década de 1960, até a sua inserção em governos

democráticos e populares, após a Nova República, em 1983, prevalecendo até hoje na academia e na formação em serviço, além das trajetórias políticas e partidárias. Elas permitem com isso deixar claro que, no RS, assim como em todo o Brasil, há movimentos de resistência e inserção de lideranças dos movimentos sociais nos governos populares, reconfigurando e ou miscigenando a relação entre Estado e sociedade civil, como se verifica a seguir. “Então, o Sistema é uma disputa de conceitos, uma disputa dos princípios, que é garantir o acesso universal, da equidade, da integralidade, da igualdade e da participação, a descentralização e a regionalização dos serviços de saúde”. (ENTREVISTA 2, 2012).

As narrativas orais apontam que, para grande parte dos atores, a inserção inicial foram os espaços da academia junto ao movimento estudantil e de estágios e/ou residência em saúde e às comunidades urbanas e rurais; também na Igreja – “na década de 1960 eu participava dos núcleos de base da Igreja” (ENTREVISTA 10, 2013) –, sendo essas as escolas de resistência e de reivindicações. Ainda, outras lutas, “momento em que o movimento estudantil era forte. E tanto de denúncias contra a repressão, autoritarismo, abaixo assinado para a vinda de professores e lideranças políticas que tinham sido exilados” (ENTREVISTA 8, 2013). Os movimentos de ruptura acontecem dentro das instituições e para o conjunto das organizações da sociedade.

Como parte da formação profissional, o estágio curricular, junto às comunidades de periferia, foi também a inserção prática: “então foi ‘uma ‘experiência’ muito importante de participação e de mobilização [...], existia um conselho comunitário e esse mobilizava e nós fazíamos um trabalho com as pessoas de melhorias das ruas, das moradias e por acesso aos serviços”. (ENTREVISTA 1, 2012).

Assim, esses novos espaços de articulação, ora demandados pelos estudantes, ora pela comunidade e ora pelos profissionais comprometidos com o projeto emancipatório: “eu fazia parte de um grupo de apoio ao MST que se constituiu em 1984. [...] Nós acompanhamos um grupo de assentados desde a chegada ao assentamento” [...]. (ENTREVISTA 2, 2013). Há, então, rupturas com relação ao determinado para o estágio curricular na formação na saúde.

A residência em saúde também foi enfatizada pelos atores como importante escola de aprendizagem da medicina comunitária, de exercício da participação dos trabalhadores, de muito estudo e debates e de inserção nas comunidades. “Então tem essa constância pela democracia, trabalho social, e essa militância com uma formação técnica e política [...], que nessa época já existia junto ao Murialdo” (ENTREVISTA 8, 2013).

Se, de um lado, a instância universitária foi um espaço de formação técnica que o segmento estudantil utiliza para fazer a resistência e a inserção militante, de outro, a práxis

que se multiplica nos espaços de trabalho, nos serviços de saúde, na formação e nas comunidades, produz um novo modelo. “Em 1979, eu fiz residência, militei no sindicato, na CUT e no Movimento de Reformas na Saúde, mas organicamente era através do movimento sindical. E, no período da RIS me aproximei muito do movimento popular da UAMPA, da FRACAB”. (ENTREVISTA 14, 2014).

Dados apontam, ainda, que em diferentes períodos, os atores utilizaram diferentes estratégias de mobilização, de formação e de articulações políticas para manter o movimento, mas a ruptura de paradigma acontece nos anos de 1980. Segundo Sader (1988), as agendas que possuíam um sentido coletivo criaram uma identidade e uma organização das práticas, por meio das quais seus membros pretendiam defender seus interesses e expressar suas vontades, constituindo-se em lutas.

Nesse período, setores da Igreja, contrários ao projeto hegemônico assumido pela instituição de combate ao comunismo e apoiados pelo Concílio Vaticano II, iniciaram, dentro da Igreja, movimentos de resistência e de reformas, entre as quais a formação pela base – ação – reflexão – ação. Isso remeteu a mudanças e rupturas e resultou a inserção de inúmeros religiosos nas comunidades, as quais eram descentralizadas e distribuídas nos municípios e no Estado. “Acabei participando de um grupo nos anos 70, em que naquele período havia um grande movimento dentro da Igreja, movimento de inserção”. (ENTREVISTA 5, 2012).

Portanto, em um contexto de cerceamento de direitos há movimentos de resistência, cuja estratégia é a luta pela ruptura cultural da relação de patrimonialista de tutela e assistencialismo nos serviços públicos e a inserção de direitos. No RS existia a Secretaria Estadual de Saúde e do Meio Ambiente (SESMA) e o CES/RS, criados nos anos do desenvolvimentismo; contudo, havia também a ação católica e os setores da Igreja, que se ocupavam de criar espaços de participação via evangelização; e a Frente Agrária Gaúcha, dentre as quais foi criada a FETAG para organizar os trabalhadores do campo.

Nos anos de 1980, período de produção da concepção ideológica do Projeto Popular e de emergência dos movimentos sociais, a agenda estratégica, por um lado, era pautar o Estado e construir um novo Projeto Político Popular e, por outro, garantir a autonomia dos movimentos sociais, além das agendas setoriais, entre as quais a da saúde. Constata-se que a FETAG, a FRACAB e a CUT/RS não só produzem mobilizações como também ocupam os espaços públicos, inicialmente, nos fóruns das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIMIS), e posteriormente nos Conselhos de Saúde, como se percebe nos documentos do CES/RS, nos relatórios das Conferências de Saúde, assim como nos Planos Estaduais de Saúde do RS (PES/RS).

Nesse sentido, Gohn destaca que, “para se entender o protagonismo de algo, se deve ter como referência quem são os atores envolvidos, como se transformam em sujeitos políticos, que forças sociopolíticas expressam, qual o projeto de sociedade que estão construindo” (GOHN, 2008, p. 10).

São as mobilizações na luta por direitos (terra, trabalho, previdência, acesso à saúde) que produzem articulações políticas entre os vários atores coletivos. Essa participação nos espaços públicos foi mediada por um conjunto de trabalhadores dirigentes, cuja emancipação política também é uma emancipação social e humana.

Tal mobilização garante o reconhecimento dos trabalhadores e trabalhadoras enquanto sujeitos de direitos, pelo reconhecimento da agricultura familiar, como também a equiparação aos trabalhadores urbanos quanto ao acesso à aposentadoria e à saúde. Ainda, as ações e estratégias adotadas de formação política, de Congressos e Encontros dos movimentos e entre movimentos sociais mediados pela recém-criada Central Única dos Trabalhadores (CUT/RS) e pela ONGS ligadas ao campo popular, produzem rupturas culturais necessárias e formam novos dirigentes que passam a ocupar os espaços públicos, entre estes estão as Conferências e os Conselhos de Saúde.

Com o fortalecimento da estratégia de descentralização, via municipalização da saúde, “a municipalização quando do debate teórico fazia parte desta organização do modelo de saúde”. (ENTREVISTA 9, 2013). Isso resulta numa aproximação dos serviços de saúde à população, facilitando o acesso, ao mesmo tempo em que inclui novos trabalhadores da saúde nas gestões, assim, novos atores são fortalecidos e assumem protagonismo no cenário político – os gestores da saúde; e, essa articulação se dá via representações políticas no CONASS e no CONASEMS.

Com uma representação plural, o espaço de participação na micropolítica, via Conselhos de Saúde, se transforma em cenário de constantes conflitos entre a gestão pública e a sociedade civil, representado pelo segmento “usuários”. “A luta que nós travamos, que era agenda na época e que resultou na lei estadual do CES/RS foi que os Secretários de Saúde não fossem coordenadores dos Conselhos de Saúde. Essa era a grande batalha que a gente fazia no conselho e que foi relativamente bem-sucedida [...]”.(ENTREVISTA 11, 2013).

Já na década de 1990, contraditoriamente, de um lado vê-se a regulamentação dos direitos e, de outro, um contexto de avanço neoliberal de crise e de necessidade de ressignificações que se expressam: na perda de soberania nacional, no processo de globalização, no bloqueio do desenvolvimento societal, na destituição de direitos, na violência, na crise de valores, na crise dos referenciais socialistas, no alargamento da distância entre ricos e empobrecidos e numa sociabilidade pautada pela razão instrumental

e de competitividade. Há, no cenário, uma crise civilizatória de exclusão e recolonização x resistência. (PALUDO, 2005).

Pode-se afirmar que a concepção de saúde e de participação foi construída no contraditório entre os projetos políticos em disputa no campo da saúde, tendo como estratégia para as rupturas culturais a educação, que também foi indutora da nova socialização.

Os movimentos sociais têm lutado tanto para transformar comportamentos sociais como para influenciar políticas públicas. [...] Essa demanda implica não somente a criação de espaços de diálogo entre atores da sociedade civil e do governo, mas a maior presença de ativistas de movimentos sociais dentro do próprio Estado. (ABERS; BULOW, 2011, p. 13).

O movimento de reformas no setor da saúde que instituiu o SUS, assim como as questões do meio ambiente, dentre outras, são alguns exemplos desta articulação. Há, ainda, as **estratégias** de mobilização política, principalmente com relação à Seguridade Social, que teve ênfase na Previdência Social, isto é, na luta pela aposentadoria do trabalhador e trabalhadora do campo. Reconhecido enquanto uma categoria, a categoria de trabalhador rural da agricultura familiar, era sinônimo de garantia de acesso aos direitos – seguridade social. Uma das maiores conquistas da luta das mulheres trabalhadoras rurais, bem como de seus movimentos e organizações no Brasil, que se transformaram em política pública, foi o reconhecimento de ‘trabalhadora rural’. Então, a mobilização foi geral no campo e na cidade pelo acesso à saúde. Com a participação política, materializa-se um novo perfil de usuários das políticas públicas de saúde, que passam de beneficiários das políticas a sujeitos de direitos.

Os atores do campo popular, já amplamente citados neste trabalho, também são identificados como sujeitos, educadores, assessores, intelectuais orgânicos na literatura. Eles têm sua prática identificada organicamente com uma ou mais organizações e movimentos sociais e sua relação social direta com o projeto popular – é, ainda, a síntese de um processo histórico. “A ANAMPOS era articulação do movimento popular, do movimento sindical e das pastorais em uma nova concepção, vamos assim dizer, de organização de base no campo da Educação Popular e de transformação [...] e de articulação” (ENTREVISTA 5, 2013). A pedagogia da práxis provoca a reflexão se de fato “temos a capacidade de refletir sobre nós mesmos, nossa vida e nosso destino” (GRAMSCI, 1989, p. 30) e sobre as práticas dos atores no coletivo que produzem, sob novos olhares, o fazer cotidiano.

Já de 2000 até hoje, há consolidação das instâncias instituídas nas décadas de 1980 e 1990; há regulamentação dos direitos instituídos, mas percebe-se que o acesso se dá via judicial, ainda mais agravados devido à precarização nas relações de trabalho no

serviço público de suas funções essenciais e pelo corporativismo que permeou as instituições. De um lado, percebe-se uma ampliação do acesso dos movimentos sociais nas políticas públicas e, de outro, uma pluralidade de ações corporativas, portanto, espaços públicos sem força política de suas representações, aliados a movimentos sociais corporativos e sem articulação política.

Vê-se, ainda, o avanço de um lado da resistência propositiva de segmentos como a FETAG no campo e de sindicatos da saúde no meio urbano, com apoio da CUT/RS no CES/RS, para o fortalecimento do Controle Social e a defesa do SUS, contra o avanço do projeto de privatização na saúde. Segundo o secretário do CONASEMS e SMS de São Lourenço do Sul, “o primeiro problema a causar altos índices de judicialização é a insuficiência de recursos destinados à saúde [...], somados estão os entraves burocráticos dos medicamentos [...] também temos que considerar o fato que no RS as pessoas procuram mais os seus direitos”. (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 38).

Nessa ação de resistência, soma-se o CES/RS e representações da gestão pública: a SES/RS, o CONAS e o COMASENS contra a representação do CREMERGS sobre a diferença de classe no SUS, que agendou audiência pública no Supremo Tribunal Federal (STF) sobre cobranças no SUS. O CES/RS, além de fazer o debate entre seus conselheiros, indica representação para a audiência pública e faz uma manifestação pública, que foi enviada ao STF e está disponível no site, por entender que este pagamento diferenciado produzirá desigualdades na atenção à saúde, ferindo o princípio da equidade do SUS.

[...] o Cremers ajuizou diversas ações civis públicas no Estado do Rio Grande do Sul requerendo a instituição da chamada “Diferença de Classe” no âmbito do SUS, instrumento que permite ao usuário pagar um adicional ao valor já pago pelo sistema público para ter um atendimento diferenciado ao oferecido, possibilitando inclusive a oferta de melhores acomodações e o atendimento de seu médico particular, de sua confiança, mesmo que este não seja conveniado ao Sistema. (RIO GRANDE DO SUL, CES/RS, 2014)

Constata-se que o SUS no RS é um direito instituído com participação popular via mobilização, articulação e educação política. Ainda, que o RS é o primeiro Estado a repassar as funções do INAMPS para o Estado e para os municípios. Isso reflete a reivindicação dos movimentos sociais, principalmente os do campo, que lutavam para ser incluídos como sujeito de direitos na previdência e assistência à saúde, mas também o fato de que havia no próprio INAMPS segmentos sensíveis às novas exigências do sistema de saúde e de resistência entre os profissionais médicos, que contavam com o apoio da Federação dos Hospitais Privados.



Observa-se, ainda, que havia pressão para a organização do CES/RS, advinda das forças políticas organizadas entre os trabalhadores do Estado e, também, das forças políticas articuladas com a sociedade civil, de forma descentralizada e com poder deliberativo. Descentralizadas porque acompanhando o desenho institucional da SES/RS nas regiões sanitárias, mas também as instâncias da sociedade civil, a FETAG, a CUT, a FRACAB, as ONGs de assessoria mantinham estruturas descentralizadas e funcionando. Os atores coletivos não só ocupam, mas contribuem na construção dos espaços públicos descentralizados no campo da saúde. Outro fato refere-se às atuações nas Conferências de saúde “[...] o movimento sindical dos trabalhadores (as) rurais começa a entender a importância das mesmas. Fazer uma proposta por uma entidade é importante, mas se é fruto de uma Conferência ela tem uma importância bem maior”. (FETAG/RS, 2013, p. 17).

Verifica-se, também, que a estratégia de organização dos Conselhos Regionais de Saúde segue uma tendência de concepção política no período, no RS, por entender que as estruturas mais próximas da população facilitariam o processo de participação popular, também confirmada pela literatura. Mas, contraditoriamente, eles ocupam vaga nos espaços de representação da sociedade civil no colegiado estadual. As Plenárias de Conselhos de Saúde também são estratégias importantes utilizadas pelos atores, na articulação política da agenda dos movimentos sociais nos espaços públicos. Essa mobilização se reflete igualmente na Constituição Estadual no período; de um lado o campo popular mobilizado, resistindo na defesa dos princípios da CF 1988, já aprovados no Congresso e, de outro, as forças corporativas (políticos conservadores e suas instituições) contrárias aos avanços constitucionais com garantias de participação popular.

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este artigo procurou trazer dados documentais, da revisão de literatura e das narrativas dos atores coletivos do campo popular que, articulados e mobilizados, fizeram a mediação entre a sociedade civil e o Estado; de um modo, para serem reconhecidos como sujeitos de direito e, de outro, para garantir o acesso à seguridade social (aposentadoria e acesso à saúde) e à participação em espaços públicos.

A materialização do Sistema Único de Saúde no RS com participação é o resultado da articulação política entre os atores coletivos e as suas estratégias. Entre os atores coletivos destaca-se a participação dos pequenos agricultores, via FETAG e FRACAB, fortalecida pela criação da CUT nos anos 1983, que aglutinam um conjunto de sindicatos e protagonizam as mobilizações, as articulações e a educação política para os trabalhadores, ampliadas pelas estruturas capilarizadas da Igreja, via CEBs.

A mediação política dos trabalhadores dirigentes possibilitou a mobilização popular, por via da ação das forças políticas societárias, mas, por outro lado, propiciou as articulações necessárias entre as forças de ação política estatal nas estruturas instituídas do Estado, para as rupturas necessárias à instituição do novo projeto político, com participação e garantia de direitos. E, em uma conjuntura de participação, a gestão abre espaço para as demandas sociais, incorpora seus dirigentes na execução dessas políticas e disponibiliza o repasse de recursos para viabilizá-las. Tal determinação favorece, assim, a disputa entre os atores mantendo a centralidade de poder na gestão e encontrado um movimento social sem autonomia política, pois não tem força de mobilização social. Ainda, no contexto social, o mercado ocupa espaço na gestão pública – privatizando – via reformas do Estado.

Já nos espaços públicos, a luta era pela autonomia em relação às estruturas tradicionais e as estratégias utilizadas pelos atores coletivos eram a organização de base, a mobilização, a articulação e a formação política. Trata-se de ferramentas potencializadas pela estratégia da Educação Popular, via núcleos de base, dos grupos de discussão, das comissões de saúde e, ainda, dos Seminários e dos Congressos e, posteriormente, nos Conselhos e Conferências de Saúde. É um movimento que tanto forma seus dirigentes quanto disputa espaços na sociedade, hoje pulverizado nos múltiplos espaços de participação sem articulação política. Esses espaços públicos necessitam ser ressignificados e incorporar os novos atores coletivos, além de serem efetivos na deliberação das políticas públicas.

## Referências

ABERS, Rebeca; BULOW, Marisa. Movimentos sociais na teoria e na prática: como estudar o ativismo através da fronteira entre Estado e sociedade? **Sociologias**, Porto Alegre, ano 13, n. 28, p. 52-84, set./dez. 2011.

BARDIN, Laurence. **L'analyses de contenu**. Paris: Presses Universitaires, 1977.

GOHN, Maria G. **O protagonismo da sociedade civil: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

GRAMSCI, Antônio. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Tradução Carlos Nelson Coutinho. 7 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1989. 244 p.

NETO, José P. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal**. São Paulo: Cortez, 1993.

PALUDO, Conceição. Educação popular e movimentos sociais. In: Seminário Internacional de Educação, 8., 2005, Novo Hamburgo, RS, FEEVALE, **Anais...**, Novo Hamburgo, RS, 3-6 ago. 2005.

RIO GRANDE DO SUL. **Revista da Saúde**: em defesa do SUS, v. 1, n.1, jul. 2013, Porto Alegre: FETAG-RS, 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Judicialização na Saúde é possível reduzi-la? **Revista CONASEMS RS**, Porto Alegre: CONASEMS-RS, ano 4, ed. 5, jun. 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual de Saúde. **Posição do CES/RS sobre a diferença de classe no SUS**. Disponível em: [www.saude.rs.gov.br](http://www.saude.rs.gov.br). Acesso em: ( 20 maio 2014).

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. Revista comemorativa aos 20 anos da Constituição Estadual 1989-2009. **Os Constituintes**. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do RS, 2009.

SADER, E. **Quando novos personagens entram em cena**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SIMIONATTO, Ivete. **Gramsci**: sua teoria, incidência no Brasil, influência no serviço social. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2004.