

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

LEONARDO CARLINI BARBOSA

**CONTROLE SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NA
SAÚDE: REALIDADE A PARTIR DA 9ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ**

**TOLEDO – PR
2023**

LEONARDO CARLINI BARBOSA

**CONTROLE SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NA
SAÚDE: REALIDADE A PARTIR DA 9ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Nível Mestrado. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE,

Orientadora: Profa. Dra. Diuslene Rodrigues da Silva.

TOLEDO – PR
2023

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Carlini Barbosa, Leonardo

Controle Social e a construção da Participação Popular na saúde: realidade a partir da 9ª Regional de Saúde do Paraná / Leonardo Carlini Barbosa; orientadora Diuslene Rodrigues da Silva . -- Toledo, 2023.

178 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Toledo) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2023.

1. Controle Social . 2. Participação Popular. 3. Políticas Públicas . I. Rodrigues da Silva , Diuslene , orient. II. Título.

LEONARDO CARLINI BARBOSA

**CONTROLE SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NA
SAÚDE: REALIDADE A PARTIR DA 9ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social, junto ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Nível Mestrado. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE,

Banca examinadora:

Profa. Dra. Diuslene Rodrigues da Silva (Orientadora)
Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE

Prof. Dr. Alfredo Aparecido Batista
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE

Profa. Dra. Ineiva Terezinha Kreutz
Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE

Profa. Dra. Heloísa Teles
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Profa. Dra. Ruteléia Cândida de Souza Silva
Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT

Toledo, 12 de dezembro de 2023.

Este trabalho é dedicado à todas e todos que lutam por uma
nova sociedade. Venceremos!

AGRADECIMENTOS

Aos meus avós, Geraldo e Alzira (em memória), que são os responsáveis por eu estar aqui. Para ambos, a educação sempre foi essencial na transformação humana e os estímulos à leitura e estudos que tive desde criança foram a base para minha visão de mundo.

À minha família, que sempre acreditou em mim e não mediram esforços para que eu e meus primos pudéssemos chegar ao nível superior.

Aos meus e minhas guias, amigos, amigas e colegas, os que conheço pessoalmente ou virtualmente apenas, aqueles que pude compartilhar as vivências desse período.

À Prefeitura Municipal de Matelândia, em especial a Secretaria Municipal da Saúde e Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos, pela parceria diante da minha condição de trabalhador-aluno. Aos meus e minhas colegas municipais, por entenderem a importância desse processo para mim e auxiliarem nos períodos em que estive ausente. Reitero aqui meu orgulho em ser servidor público e meu total repúdio a PEC 32/2020 e qualquer outra medida que venha atacar o serviço público. **Sem servidor não há Estado, sem Estado a brutalidade prevalece!**

Aos meus e minhas colegas de turma pela rede de apoio formada entre nós. Uma época no contexto sócio-histórico difícil devido a pandemia e escalada autoritária do (des)governo genocida, mas que pode ser minimizada sem perder a noção da realidade durante nossos encontros e aulas.

À Universidade Estadual do Oeste do Paraná, por ser uma vanguarda pública, gratuita e de qualidade, essencial para nosso Estado e nosso país.

Às professoras e professores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, pela paciência em explicar conceitos e definições de uma área de formação que não é a minha, mas que, com ajuda dos mesmos e mesmas, pude me apropriar.

À professora Heloísa e professor Alfredo, que participaram da banca de qualificação da presente dissertação, pelos direcionamentos apontados; à professora Mirele, que foi extremamente importante ao sanar dúvidas e direcionar sobre a teoria de Gramsci. As professoras Rutelêia e Ineiva, e novamente a professora Heloísa e professor Alfredo, por aceitarem participar da banca de defesa, desde já estendo meus agradecimentos pela disponibilidade e participação.

À professora Diuslene, minha querida orientadora, que sempre esteve ao meu lado e não me deixou desanimar nos momentos mais difíceis do processo. Nossa relação foi essencial, não só para o andamento da dissertação, mas também na minha evolução pessoal.

Ao meu amigo de quatro patas, o Ernesto (*Felis catus*), que nesse processo, devido as aulas, encontros de orientação e redação da dissertação de maneira online, foi tão mestrando quanto eu.

Por fim, à memória do companheiro Plínio de Arruda Sampaio. Um belo dia, assistindo uma entrevista sua no *YouTube*, tive conhecimento de seu manual “Construindo o Poder Popular”, que me inspirou no título da pesquisa, escrito no período sombrio da ditadura militar e que visava ser um guia para a organização popular em torno de reivindicar seus direitos. **Hoje, mais do que nunca: todo poder ao povo!**

“Indiferença é abulia, parasitismo, covardia, não é vida. Por isso odeio os indiferentes.”
(Antonio Gramsci, 1917)

“Lo peor que le puede pasar a uno es creer en nada; quien no cree en nada se vuelve extranjero de la vida.”
(Mercedes Sosa, 2006)

BARBOSA, L. C. **Controle Social e a construção da Participação Popular na saúde**: realidade a partir da 9ª Regional de Saúde do Paraná. 2023. 178 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Toledo, 2023.

RESUMO

O controle social do Sistema Único de Saúde, exercido principalmente por meio dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, além das conferências regulares no âmbito de todos os entes estatais, é descrito como decorrência da participação popular no âmbito da gestão pública. Sua função é, através da atuação da comunidade, formular estratégias, controlar e avaliar as políticas de saúde e as ações do sistema na efetivação do direito à saúde, como descrito na Constituição Federal de 1988 e demais leis pertinentes. Para tanto, foi definido como objetivo geral investigar a funcionalidade do controle social como efetivo mecanismo de participação popular na realidade dos conselhos municipais da 9ª Regional de Saúde do Paraná. Trata-se de um estudo de caso, de tipo qualitativo, com referencial teórico fundamentado principalmente no materialismo histórico-dialético. Os dados foram coletados após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, no segundo semestre de 2022 e primeiro semestre de 2023, utilizando como fonte de dados um questionário semiestruturado com perguntas objetivas e abertas. A análise dos dados utilizou como referencial teórico-metodológico o método do materialismo histórico-dialético, tendo como principal enfoque nas categorias marxistas conforme descritas por Antonio Gramsci. Os resultados alcançados puderam evidenciar que o controle social ainda encontra dificuldades em ser um mecanismo eficaz de participação popular na gestão do SUS, baseado na visão dos/as voluntários/as.

Palavras-chave: Controle Social. Participação Popular. Regionalização. Cidadania. Políticas Públicas.

BARBOSA, L. C. **Social Control and the construction of Public Participation in health**: reality from the 9th Health Region of Paraná. 2023. 178s. Master's Thesis (Master's degree in Social Work) – State University of Western Paraná, Toledo, 2023.

ABSTRACT

The social control of the Unified Health System (“SUS” in the Brazilian acronym), exercised mainly through the Municipalities, State and National Health Councils, in addition to regular conferences within all state entities, is described as a result of public participation within the scope of public management. Its function is, through community action, to formulate strategies, to control and to evaluate health policies and system actions in implementing the right to health, as described in the Federal Constitution of 1988 and other laws. To this end, the general objective was to investigate the functionality of social control as an effective mechanism for public participation in the reality of the municipalities health councils of the 9th Health Region of Paraná. This is a qualitative case study, with theoretical reference based mainly on historical-dialectical materialism. The data were collected after approval by the Research Ethics Committee of the State University of Western Paraná, in the second half of 2022 and the first half of 2023, using a semi-structured questionnaire with objective and open questions as a data source. For the data analysis was used the method of historical-dialectical materialism as a theoretical-methodological framework, with the main focus on Marxist categories as described by Antonio Gramsci. The results achieved showed that social control still finds it difficult to be an effective mechanism for popular participation in the management of the public health system, based on the vision of volunteers.

Keywords: Social Control. Public Participation. Regionalization. Citizenship. Public policies.

BARBOSA, L. C. **Control Social y construcción de la Participación Popular en salud: realidad desde la 9ª Región de Salud del Paraná.** 2023. 178h. Disertación (Maestría en Servicio Social) – Universidad Estatal del Oeste de Paraná, Toledo, 2023.

RESUMEN

El control social del Sistema Único de Salud (SUS), ejercido principalmente a través de los Consejos Municipales, Estatales y Nacionales de Salud, además de las conferencias periódicas al interior de todas las entidades estatales, se describe como resultado de la participación popular en el ámbito de la gestión pública. Su función es, a través de la acción comunitaria, formular estrategias, controlar y evaluar las políticas de salud y las acciones del sistema en la implementación del derecho a la salud, tal como lo describe la Constitución Federal de 1988 y demás leyes. El objetivo general de la disertación fue investigar la funcionalidad del control social como mecanismo eficaz de participación popular en salud en la realidad de los consejos municipales de la 9ª Región de Salud del Paraná. Se trata de un estudio de caso cualitativo, con referente teórico basado principalmente en el materialismo histórico-dialéctico. Los datos fueron recolectados después de la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Estatal del Oeste de Paraná, en el segundo semestre de 2022 y el primer semestre de 2023, utilizando como fuente de datos un cuestionario semiestructurado con preguntas objetivas y abiertas. El análisis de datos utilizó el método del materialismo histórico-dialéctico como marco teórico-metodológico, con foco principal en las categorías marxistas descritas por Antonio Gramsci. Los resultados alcanzados demostraron que el control social aún tiene dificultades para ser un mecanismo eficaz de participación popular en la gestión del sistema de salud, basado en la visión de los voluntarios y voluntarias.

Palabras clave: Control Social. Participación Popular. Regionalización. Ciudadanía. Políticas públicas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Macrorregionais de Saúde do Paraná.....	89
Figura 2- Macrorregional Oeste.....	90
Figura 3- Municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná	92

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -Composição do Conselho de Saúde (Lei 8.142/1990)	102
Gráfico 2 - Vinculação	109
Gráfico 3 - Tempo enquanto conselheiro/a (usuários/as)	110
Gráfico 4 - Gestores x Prestadores	119
Gráfico 5 - Tempo enquanto conselheira/o (gestores e prestadores).....	120
Gráfico 6 - Atuação do Conselho.....	123
Gráfico 7 - Pertencimento a gestão do SUS.....	124
Gráfico 8 - Participação da comunidade	126
Gráfico 9 - Tempo enquanto conselheiro/a (trabalhadores/as da saúde)	131
Gráfico 10 - Atuação do Conselho (trabalhadores/as da saúde).....	134
Gráfico 11 - Participação da Comunidade	137

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Panorama latino no período anterior aos anos de 1980	54
Quadro 2 - Perfil dos Municípios	92
Quadro 3 - Identificação do segmento de usuários/as.....	107
Quadro 4 - Identificação do segmento de gestores e prestadores	118
Quadro 5 - Identificação do segmento de trabalhadores e trabalhadoras da saúde	128

ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPs -	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES -	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CMS -	Conselho Municipal de Saúde
CNS -	Conselho Nacional de Saúde
CONASS -	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
CONASEMS-	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CISI -	Consórcio Intermunicipal de Saúde Iguaçu
CUT -	Central Única dos Trabalhadores
EUA -	Estados Unidos da América
IAP -	Instituto de Aposentadoria e Pensões
INPS -	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS -	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPARDES -	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
PDT -	Partido Democrático Trabalhista
PNAB -	Política Nacional de Atenção Básica
PPGSS -	Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
PT -	Partido dos Trabalhadores
RS -	Regional de Saúde
SAMU -	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESA -	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SUS -	Sistema Único de Saúde
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIOESTE -	Universidade Estadual do Oeste do Paraná

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1 CONTROLE SOCIAL	24
1.1 RELAÇÃO ENTRE ESTADO E SOCIEDADE CIVIL EM GRAMSCI E O CONTROLE SOCIAL	38
2 CONSELHOS, CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	46
2.1 PANORAMA HISTÓRICO DO CONTROLE SOCIAL: EXPERIÊNCIAS PIONEIRAS LATINO-AMERICANAS	53
2.2 HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL	57
2.3 FORMAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE: DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE À LEI 8.142/1990	62
3 ATUALIDADES, AVANÇOS E RETROCESSOS NO CONTROLE SOCIAL DA SAÚDE	72
4 A COMPREENSÃO DO CONTROLE SOCIAL A PARTIR DA PERSPECTIVA DE CONSELHEIROS E CONSELHEIRAS DOS MUNICÍPIOS PERTENCENTES A 9ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ	83
4.1 PERCURSO METODOLÓGICO	85
4.2 LOCAL E AMBIENTE DE ESTUDO	87
4.3 INSTRUMENTAL DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS	94
4.4 A ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS: SUJEITOS DA PESQUISA	100
4.5 SEGMENTO 1: USUÁRIOS E USUÁRIAS DO SISTEMA DE SAÚDE	105
4.6 SEGMENTO 2: REPRESENTANTES DA GESTÃO E PRESTADORES DE SERVIÇOS DO SISTEMA DE SAÚDE	117
4.7 SEGMENTO 3: TRABALHADORES E TRABALHADORAS DA SAÚDE	127
CONCLUSÕES	139
REFERÊNCIAS	145
APÊNDICES	161
ANEXOS	168

INTRODUÇÃO

A saúde coletiva é um grande marco teórico-prático no campo dos estudos das ciências biológicas por voltar sua atenção às ações e saberes que possam promover a proteção, recuperação e promoção da saúde, entendendo muito além da relação patologia-sujeito, passando a colocar importância ímpar nas determinações sociais. Para isso se tornar efetivo, é necessário que a área da saúde também se aproprie de bases desenvolvidas nas ciências humanas e sociais que consigam analisar, com uma enfoque mais profundamente crítico, as complexas nuances que a sociedade possui em seu interior, e que muitas vezes não são enxergadas devido um “tecnicismo” exagerado ou a busca constante de muitos e muitas profissionais e pesquisadoras/es da saúde pela “isenção”, algo sujeito a transformar que o fato de “tomar partido” no momento de analisar situações e determinantes diminuisse o juízo de valor da análise.

Dentro da minha área de formação, a Odontologia, poucas e poucos colegas se propõe a trazer discussões sociais e de autores/as da filosofia, sociologia e história, por exemplo, devido a alienação teórica profissional e sua redução à “odontologia como um fim de si mesma”, ocasionada pela mercantilização excessiva da formação profissional. Alguns autores, como Narvai e Frazão (2006 apud NARVAI), compreendem que a grande questão a ser desenvolvida é a instituição teórico-prática de uma saúde bucal que seja coletiva e busque entender o sujeito para além da doença, como definem:

Não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas de modo consciente pelos homens, em cada situação concreta – aí incluídos os profissionais de saúde e, também (ou até...), os cirurgiões-dentistas. Sendo processo social, cada situação é única, singular, histórica, não passível portanto de replicação ou reprodução mecânica em qualquer outra situação concreta, uma vez que os elementos e dimensões de cada um desses processos apresentam contradições, geram conflitos e são marcados por negociações e pactos que lhes são próprios, específicos (NARVAI; FRAZÃO, 2006 *apud* NARVAI, 2006, p. 14).

Buscando justamente essa criticidade necessária para combinar o caminho mais voltado para ciências sociais em saúde e para o marxismo que meus estudos tomavam, pude encontrar no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Unioeste o meio acadêmico que me possibilitasse avançar nessas discussões para dentro de minha profissão, já que o mesmo percurso poderia ser inviabilizado em outro programa mais relacionado a Odontologia, ou até mais genérico dentro da área da

saúde. Pude compreender que é parte da própria atuação das/os profissionais do Serviço Social essa busca pautada na relação entre os sujeitos em sociedade, com seus direitos e como as políticas sociais atingem o indivíduo e a coletividade, e por este motivo, julguei que seria de grande valia a escolha em trazer meus estudos para o PPGSS, algo que, como nos diz Silva sobre a afinidade do Serviço Social diante dessas questões expostas:

O trabalho do profissional Assistente Social se pauta, entre outras questões, pela busca e pela garantia dos direitos sociais e humanos para todas as pessoas, de forma indistinta, nas mais diversas dimensões da vida social. Diante disso, este trabalho se caracteriza, principalmente, por uma perspectiva de intervenção que não pode desconsiderar a dialética inscrita nos fenômenos sociais (SILVA, 2017, p. 19).

A escolha do tema foi-me proporcionada durante o período em que estive na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, pois era componente curricular o estágio no Conselho Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, participando das reuniões e discussões, para se ter o devido contato com o controle social para além de saber que é diretriz organizativa do SUS, algo que, sem muito aprofundamento, muitos/as de nós aprendemos nas disciplinas de Saúde Coletiva/Pública durante a graduação. Nessa busca pela temática, tive a oportunidade de conhecer o livro “Construindo o Poder Popular” (1982), de Plínio de Arruda Sampaio¹, parte essencial nesse processo pois, para além de ser um guia de organização popular em torno da reivindicação de seus direitos, me fez pensar e ler mais sobre esse mecanismo, essencial dentro das democracias burguesas para aproximar a sociedade das relações de poder e dos seus interesses diante do Estado, olhando a dificuldade para que a participação popular seja efetiva e atuante, e não apenas um local “genérico” onde a população organizada aprova demandas do executivo, esvaziado de sua função matriz como parte da administração pública.

E sobre o “Estado”, o grande organizador da sociedade, quais seriam suas definições históricas e teóricas? São várias as tentativas de explicitar qual seria a sua missão: um organismo burocrático, destinado apenas a ordem social, ou a grande entidade de cooperação entre inúmeros órgãos da administração pública?

¹ Plínio de Arruda Sampaio (1930-2014): advogado, político brasileiro, militante socialista e presidente da Associação Brasileira de Reforma Agrária (ABRA) (FRANCO; ARIAS, 2014).

(MENDONÇA, 2014). A noção descrita por Marx e Engels seria de um Estado que adquire uma existência particular ao lado da sociedade civil e fora dela, mas acima de tudo, uma organização onde a burguesia garanta sua propriedade e seus interesses, como seu “balcão de negócios” particular. A necessidade de formação dos Estados surge da própria construção das sociedades, a partir do momento que o ser humano toma consciência da inevitabilidade de estabelecer relações com outros indivíduos (MARX; ENGELS, 2010). Essa consciência de classe dentro de um sistema social burguês, segundo Netto (2006, p. 32), engendra um ambiente psicossocial marcado pela alienação e reificação, e que, portanto, dificultaria ao proletariado a descoberta dos seus verdadeiros interesses.

Nas sociedades ocidentais, como a brasileira, Antonio Gramsci identificou a formação de duas esferas dentro do que seria chamado na teoria marxista de “superestrutura”, formando o conceito de Estado ampliado, composto pela confluência entre: a sociedade política, que se caracterizaria pelo Estado no sentido institucional e coercitivo controlado pela burocracia; e a sociedade civil, que se caracterizaria pelo Estado no sentido ético, ideológico, propagandístico, composto por organismos da sociedade civil como igrejas, organizações do terceiro setor, partidos políticos, clubes de serviço, e entre outros, onde a burguesia atuaria e exerceria sua batalha moral como forma de exercer sua hegemonia sobre estratos inferiores (GRAMSCI apud VIOLIN, 2006). Esses aparatos da sociedade civil teriam um importante papel como agentes de legitimação e consenso, com normas sociais operativas e controle social postos em marcha com agentes de persuasão política, o que Gramsci irá entender que, quanto mais autenticamente hegemônica é uma classe, tanto mais permitirá as classes adversárias a possibilidade de se organizar e constituir-se como força política “autônoma” (BUCI-GLUCKSMANN, 1979).

A hegemonia representada pela direção política e intelectual de uma classe sobre a outra, faz com que os projetos da burguesia seduzam o proletariado, implicando um certo consentimento, explicado pela categoria gramsciana quando contrapõe a hegemonia burguesa diante da consciência de classe do proletariado e dos estratos médios. Com a tomada de consciência de seu papel e poder, os setores populares podem colocar a luta de classes no centro da “guerra de posições” frente a sociedade civil burguesa, buscando de maneira progressiva ou processual a conquista de espaços antes lhes negado, principalmente os de poder (FILHO, 2020; VIOLIN, 2006). A própria noção de se pensar a saúde como um direito universal, e não um

privilégio de classe, surge dessa autocrítica geral nos organismos sociais em buscar seus espaços, a partir da análise dos diversos contextos societários, políticos, econômicos, de acesso aos bens de saúde, formação e funcionamento do sistema, e entre outros (OLIVEIRA; OSMAN, 2017).

O controle social do Sistema Único de Saúde, exercido principalmente por meio dos Conselhos Municipais, Estadual e Nacional de Saúde, além das conferências regulares no âmbito de todos os entes estatais, é descrito como decorrência da participação popular no âmbito da gestão pública, utilizando-se de meios e instrumentos que tornem a população detentora do poder de planejar, fiscalizar, analisar e avaliar as ações e serviços do sistema de saúde em sua realidade local (COTTA et al. 2011). O controle coletivo dos cidadãos e das cidadãs diante do Estado aparece como uma estratégia de democratização e intermediação entre as entidades estatais e a sociedade civil, mobilizando espaços de representação, negociação e interlocução (ESCOBAR, 2004).

Para que isso ocorresse, foi mais do que necessário superar a ideia mercadológica de encarar a saúde como um produto de preferências e estilos individualizados, uma mercadoria que entra nas relações determinadas pelo modo de produção capitalista. A instituição da visão da saúde como um fato social culminou no empoderamento dos usuários e a necessidade da coletividade em participar dos rumos e decisões do sistema. Dentro dos serviços de saúde, porém, há muitas vezes um impasse de autoridade que trava a participação popular, pois implicaria em compartilhar saberes e poderes antes reservados apenas as mais altas instâncias do poder político (SPOSATI; LOBO, 1992; SORATTO; WITT; FARIA, 2010). A necessidade do Estado burguês em propiciar um espaço de participação popular cria um espaço de luta, que deve ser aproveitado pelos movimentos progressistas, reconhecendo os limites desse espaço e a calcular a possibilidade de repressão (EINBENSCHUTZ, 2019). Cria-se então uma extrapolação das relações privadas para a esfera pública, transformando os interesses privados em interesses gerais, tomando uma forma estatal conhecida por função do Estado (CORREIA, 2000).

Algumas nações da região estiveram na vanguarda da institucionalização do controle social como mecanismo de poder e soberania da cidadania em alguns setores do Estado, e seus vários significados, na realidade criada a partir do processo de redemocratização regional, estritamente ligados com o sentimento de renovação política e democratização que lhes foram embutidos, especialmente no contexto pós-

ditatorial na América Latina (BRICEÑO-LEÓN, 1998). Na Bolívia, a instituição da lei de participação popular posta em vigor no ano de 1994, outorgou uma relativa autonomia de gestão pública dos municípios, ampliando a participação política da população campesina e povos originários, incluindo estratos sociais outrora descuidados pelas estruturas estatais (STRÖBELE-GREGOR, 1999). Na Argentina, um projeto de lei do então governo radical, entre 1963-1966, foi pioneiro ao impulsionar o controle social por meio de mecanismos que estimulassem uma consciência coletiva e um sentimento de pertencimento das populações com seus *hospitales de la comunidad*, compartilhando, como citado no texto da lei, a responsabilidade da saúde do povo por todos os setores, criando os denominados “Conselhos de Administração” (BELMARTINO; BLOCH, 1984). Outra experiência pioneira em nossa região, a cubana, garante desde a Constituição de 1976 o direito popular de participar na elaboração, execução e controle do orçamento do Estado, bem como exigir audiências, vistorias, consultas, e formar conselhos e observatórios que estimulem a participação cidadã (GUANCHE, 2014).

No Brasil, durante a vigência do regime ditatorial cívico-militar, observou-se um forte controle do Estado sobre o conjunto da sociedade e a escalada da dominação burguesa, com o intuito de exercer sua hegemonia de modo a consolidar o capitalismo monopolista em nosso país (BRAVO; CORREIA, 2012). O papel dos Conselhos Municipais de Saúde tem sido de destaque na efetivação do poder popular dentro da administração pública, principalmente a partir de sua institucionalização, iniciado no período de redemocratização nacional, na década de 1980. Regulamentado a partir da Lei de Nº 8.142 de 1990, deu as conferências e conselhos nos âmbitos federal, estadual e municipal o poder como instância de atuação na formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde.

A ação desses conselhos passou a ser considerado como uma possibilidade de ampliação da cidadania e construção da democracia, devendo os mesmos serem instâncias que garantam a presença dos diversos segmentos da sociedade. Entretanto, é visto que apenas os dispositivos legais não têm sido efetivos para garantir o controle social do SUS, sendo que, cada vez mais, os Conselhos Municipais de Saúde têm construído sua própria trajetória, de acordo com os determinantes aos quais a realidade local está submetida (PADAVINI et al, 2005), observada a dificuldade crônica em se desenvolver o sentimento participativo nas camadas populares.

A participação popular é um dos princípios organizativos do SUS. O mecanismo de controle social do sistema é realizado por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, organizados nos âmbitos municipais, estaduais e nacional. Sua função é, através da atuação da comunidade, formular estratégias, controlar e avaliar as políticas de saúde e as ações do sistema na efetivação do direito à saúde, como descrito na Constituição Federal de 1988. Apesar dos esforços hegemônicos de descaracterizar a saúde como uma construção social, visando a manutenção do paradigma hospitalocêntrico e individualista, cada vez mais a sociedade organizada tem sido estimulada em se colocar como protagonista da construção da participação popular no SUS. Mas até que ponto esse controle social é efetivo? Foi uma conquista, dentro da democracia burguesa, que a sociedade se empoderasse por meio desses mecanismos de controle, embora muitas vezes seja apenas institucional e acabe servindo a gestão atual no poder, ou não representando os vários espectros da comunidade onde está inserida. Em um contexto atual de crise do sistema capitalista, existe um aumento da procura pelos serviços públicos, o que acarreta a sobrecarga dos mesmos e, apesar da demanda elevada, cortes no financiamento em nome da “austeridade fiscal”, desassistindo boa parte dos usuários e usuárias. É aí que o protagonismo fiscalizador e funcional dos Conselhos pode ser elevado, como também pode ser suplantado, servindo a sociedade ou os donos do capital.

Na América Latina, os esforços imperialistas e neoliberais em reduzir o tamanho do Estado tem encontrado historicamente vários núcleos de resistência dentro da sociedade, que quer acima de tudo, um Estado que aja como garantidor dos direitos dos cidadãos, entre eles a saúde. Um Estado para servir a coletividade, e não para ser instrumento dos opressores. Em municípios menores, pode ser observado de melhor maneira a necessidade de que os serviços estatais estejam à disposição dos seus cidadãos, já que muitas vezes são a única opção no âmbito da educação, saúde, e entre outros. Na realidade da 9ª Regional de Saúde, no interior do estado do Paraná, as ações do SUS são controladas pelos cidadãos por meio do Conselho Municipal de Saúde em cada um de seus municípios integrantes. Mas até que ponto esse controle está a serviço da comunidade, ou das administrações municipais vigentes? Relatar experiências assim são necessárias para que possamos enxergar se a população, a partir da análise de um contexto interiorano e latino-americano, tem se movimentado em torno de exigir o reconhecimento efetivo da saúde como direito de todos e dever do Estado, e não meramente um privilégio de

classe; ou se os conselhos estão se tornando apenas instâncias de *práxis* instrumental, vinculadas ao executivo municipal, ao contrário de exercerem sua real função como entidade de poder popular.

Para tanto, foi definido como objetivo geral investigar a funcionalidade do controle social como efetivo mecanismo de participação popular na saúde, e, a partir deste ponto, buscar como objetivos específicos averiguar os efeitos da institucionalização do controle social por meio da realidade presente nos conselhos municipais da 9ª Regional de Saúde do Paraná; discutir a influência do poder popular sobre o poder político e apurar as ações dos conselhos como entidades de participação da sociedade, frente ao atual paradigma de utilizá-lo como instrumento de legitimação das ações do poder executivo.

Buscando compreender o exposto acima, a presente dissertação é organizada em 4 capítulos, cada um possuindo o seguinte conteúdo: o Capítulo 1 explica o controle social como categoria, conforme é definido por autores e autoras que estudam a temática, e a grande questão de definição e separação da categoria entre os/as que advogam um caráter mais voltado para coerção e quem o utiliza sob um viés de participação coletiva, uma divisão presente nas pesquisas da temática e que pode gerar certa confusão sobre a função de controle discutida em amplos espaços. O capítulo também busca aproximar o objeto de pesquisa com os estudos do filósofo marxista italiano Antonio Gramsci, um grande autor e pesquisador das relações entre Estado, Sociedade Civil, estrutura e hegemonia, categorias importantes para entender a funcionalidade ou disfuncionalidade da participação popular como mecanismo de controle social da sociedade.

No Capítulo 2, observa-se como o controle social passou a ser utilizado na saúde, o panorama histórico de experiências latino-americanas do período anterior aos anos de 1980 e a evolução dos sistemas de saúde no Brasil, dos primeiros passos com o advento da república e as campanhas de higienização urbana, passando pela Era Vargas, Movimento da Reforma Sanitária e a 8ª Conferência Nacional de Saúde, até chegarmos no SUS atual, nascido em 1990.

O Capítulo 3 demonstra a atualidade da participação social, com suas relações de avanços e retrocessos em nosso país. Partindo de uma revisão bibliográfica que trata o período de consolidação do SUS após 1990, marcado pela disputa entre os projetos societários com a institucionalização do neoliberalismo e reconceituação do controle social sob perspectiva do Banco Mundial, e os tempos mais recentes, onde

os ataques a institucionalidade dos órgãos de participação popular chegou ao ápice com a extinção de muitos deles, bem como a sanção de leis e projetos com a finalidade de diminuir os investimentos nas políticas públicas.

No Capítulo 4 temos a qualificação metodológica da pesquisa, sua natureza, o local de estudo, os instrumentos para coleta e análise de dados, os passos realizados na pesquisa de campo, seus resultados e como cada segmento analisado (eixo) compreende o controle social. E por fim, temos o apanhado de conclusões da dissertação, onde poderá ser percebido que o controle social ainda tem dificuldades em ser um efetivo mecanismo de participação popular na gestão do SUS.

1 CONTROLE SOCIAL

Definir o “controle social”² é uma temática rica em discussões dentro das ciências como parte das considerações acerca do pensamento social³. As nuances do debate levam a vários questionamentos sobre qual seria a noção utilizada para elucidar seu significado, que apontam para uma variedade de definições normalmente alinhadas com a proposta temática e de pesquisa dos autores e das autoras. A utilização do termo é frequentemente associada e empregada nos debates públicos em temas relacionados à violência, justiça, criminalidade, segurança pública, censura coletiva e entre outros, uma vulgarização do sentido que mais remete ao conceito de “controle da sociedade”⁴ do que ao “controle social”⁵ propriamente dito, uma vez que o primeiro remete mais a um sentido coercitivo e o segundo a um sentido mais participativo (ALVAREZ, 2004).

A falta de um possível rigor teórico-metodológico e analítico dentro das ciências sociais traduz uma variada conformidade de significações que hora apontam para o senso comum da palavra, hora trazem conceituações técnico-científicas elaboradas e que muitas vezes destoam do que é mais claro na visualização social do termo. Este fato acaba distanciando, muitas vezes, a palavra de seu real motivo de utilização, o que pode gerar uma falha compreensão entre os mais variados sujeitos envolvidos. Partindo inicialmente para um entendimento mais técnico, temos a proposta de definição disposta no dicionário Michaelis, um dos mais reconhecidos no Brasil, que por sua vez define a palavra “controle” como:

1) Ato de dirigir qualquer atividade, fiscalizando-a e orientando-a do modo mais conveniente; 2) Aparelho que regula o funcionamento de certas máquinas, comando; [...] 4) Fiscalização e domínio de alguém ou alguma coisa; 5) Fiscalização das finanças.” (MICHAELIS, 2023, n.p.).

Ainda, segundo o mesmo dicionário, seriam expressões da palavra o controle biológico, de natalidade, de voo, não atmosférico, remoto e o controle social, este

² “[...] a participação na tomada de decisões que podem controlar ou alterar a vida do indivíduo deve ser considerada como um direito humano básico.” (PEARSE; STIEFEL apud BELMARTINO; BLOCH, 1984).

³ “O pensamento social situa-se no quadrante definido pelo público e pelo coletivo, opondo-se nomeadamente, ao individual e ao privado.” (VALA; MONTEIRO, 2013. p. 570).

⁴ Controle que parte do Estado para a população. Exemplo: censura.

⁵ Controle onde o coletivo (sociedade) é participe ativo das funções do Estado.

último definido, ainda pelo dicionário Michaelis, como “[...] processo pelo qual uma sociedade ou grupo procura assegurar a obediência de seus membros por meio dos padrões de comportamento existentes” (MICHAELIS, 2023). Neste caso, observamos que o termo “obediência” aparece na caracterização, o que claramente sinaliza uma ideia mais alinhada com o pensamento do controle social enquanto coercitivo e, como dito anteriormente, controle da sociedade.

No Dicionário do Pensamento Marxista (2001), um dos principais guias referenciais para os pesquisadores e pesquisadoras das ciências sociais em relação às categorias marxianas e marxistas, a palavra “controle” é citada um total de 148 vezes⁶, e é relacionada principalmente a disputa de posições entre classes antagônicas (proletariado contra a burguesia) pelo comando dos aparatos de gestão do Estado e dos meios sociais de produção. Quando adicionado o adjetivo “social” após o substantivo “controle”, há apenas duas citações com relação a burocracia estatal e os meios da acumulação capitalista, relacionando-a mais com a ação dos sindicatos do que com a administração pública e dos meios de produção, não estando disposta uma definição que aproxima o termo da forma com que ele é disposto em outras fontes não marxistas. No trecho mais próximo do objetivo deste capítulo em esmiuçar o controle social, o organizador do dicionário, inclusive, questiona em determinada parte:

Qual a relação do desenvolvimento do conhecimento científico no marxismo e nas ciências em geral com as lutas populares em favor do controle pelos trabalhadores dos processos de trabalho científico? E, mais globalmente, qual a relação desse conhecimento e dessas lutas com o grande projeto inacabado da emancipação humana? (BOTTOMORE, 2001, p. 103).

Superado o processo inicial de apreensão global do que o termo se refere de maneira “dicionarizada”, cabe agora deduzir de fato o que as ciências sociais e seus autores têm a dizer sobre a categoria. Dentro da sociologia o controle social é muitas vezes descrito como: sanção, correção, dominação, socialização, obediência, obrigação, responsabilidade, penalidade, padronização, supervisão, fiscalização, mobilização, militarização, privação, ocupação, desmobilização, marginalização, governo e outras (GOULART, 2011). Estas palavras traduzem um sentimento de controle da sociedade, e não de uma forma de movimento em que a mesma se

⁶ Número obtido pelo autor por descritor da plataforma Google Chrome.

apropriado do poder de fiscalizar e construir as políticas públicas, trazendo para o que, segundo o autor, gera sentimentos de desconforto, de ameaça, cobrança, medo, que remete a um universo simbólico de coerção por meio dos aparatos do Estado⁷. Ao invés de aproximar o “povo” do poder, seria o controle social uma forma escancarada de “autoridade por concessão” ou até mesmo, porque não dizer, “submissão participativa”, pois fornece a sensação de democratizar o Estado ao mesmo tempo que evita o aprofundamento da tomada de consciência⁸ e poder popular.

A construção do termo terá, entre vários simbolismos, duas ideias que categorizam e particularizam visões de mundo que, embora não sejam necessariamente antagônicas, podem simbolizar um distanciamento de um para outro: a coerção e a participação. Ora, quando o controle social é visto sob a ótica da coerção, temos como citado anteriormente, o “controle da sociedade”, o uso do Estado como entidade ordenadora do coletivo e do bem público. Já quando colocado como participação popular, o controle assume um papel marcado pela construção coletiva do orçamento e das políticas públicas, não como um ordenamento que vem de cima para baixo, mas como algo que se capilariza na realidade dos sujeitos e toma forma com tomada da administração pública por parte dos cidadãos.

Corroborando tanto com a ideia de “controle-coerção” e “controle-participação”, nos diz Correia (2000):

Na sociologia a expressão controle social é, geralmente, utilizada para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade, submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais. Para alguns autores da área da ciência política e econômica, o controle social é realizado pelo Estado sobre a sociedade através da implementação de políticas sociais amenizando propensos conflitos sociais, contrastando os efeitos da expansão do capital. O campo das políticas sociais é contraditório, pois, através delas, o Estado controla a sociedade, ao mesmo tempo em que incorpora suas demandas. É neste campo contraditório que nasce um novo conceito de controle social em consonância com a atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam as demandas e os interesses da coletividade. É nesta perspectiva que o controle é realizado pela sociedade sobre as ações do Estado. (CORREIA, 2000, p. 11).

⁷ Em síntese, para Marx o Estado seria a instituição que teria função assegurar e conservar a dominação e a exploração de classe (BOTTOMORE, 2001).

⁸ “Grau de ‘inteligência’ que o homem (sentido humano-genérico), individualmente ou em grupo, adquire das relações sociais necessárias dadas e, ao mesmo tempo, às modificações práticas que adquirir tal inteligência comporta” (LIGUORI; VOZA. 2017, p. 139).

Para a autora, o controle social não deveria ser tratado como forma de o Estado manter a ordem e a coesão social em torno de um projeto hegemônico, mas, partindo do reconhecimento de que isso é uma realidade, apresenta-se a necessidade de reverter este controle na perspectiva de a sociedade obtê-lo sobre o Estado, radicalizando os espaços burgueses de democracia e ampliando a esfera pública. Isso traria forma a uma das expressões principais do controle social: a participação popular, muito combatida por governantes de caráter aristocrático e autoritário, pois traria como consequência o compartilhamento de saberes e poderes apartados da população, em vistas de apaziguar ou apagar o acirramento de classes⁹ que buscam interesses distintos.

Autores como Boudon e Bouriccard (1993) definem a categoria do controle social como um conjunto dos recursos materiais e simbólicos de que uma sociedade dispõe para assegurar a conformidade do comportamento de seus membros a um conjunto de regras e princípios ordenados. Acaba se tornando um tanto quanto repetitivo entre sociólogos e filósofos essa ideia de controle como condicionamento a algo, principalmente em relação ao ordenamento estatal e suas normativas burocráticas, que se transformam na “regra do jogo”. Através de uma visão mais foucaultiana¹⁰, Alvarez (2004) no explica que:

O novo poder disciplinar será, deste modo, um poder voltado para o “adestramento” dos indivíduos. E, para isso, esse poder utilizará alguns mecanismos simples: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame. A vigilância hierárquica induz, através do olhar, efeitos de poder: o indivíduo adestrado deve se sentir permanentemente vigiado. A sanção normalizadora implica toda um micro penalidade do tempo, da atividade, da maneira de ser, do corpo, da sexualidade visando os comportamentos desviantes. O exame, por fim, indica uma técnica de controle normalizante que permite qualificar, classificar e punir ininterruptamente os indivíduos que são alvos do poder disciplinar (ALVAREZ, 2004, p. 172).

⁹ Relativo ao conceito marxista de “luta de classes”. Marx, embora não tenha se debruçado especificamente sobre a categoria classes sociais, é impossível não encontrar nos seus escritos referências à questão. Melhor dizendo, não é possível adentrar em sua teoria sem levar em conta a importância das classes e da luta de classes, uma vez que a sociedade analisada por ela, a capitalista, tem na produção de mercadoria para a venda com o fim de obter lucro a sua célula vital, que resulta de um processo que pressupõe uma relação antagônica entre vendedor de força de trabalho, de um lado, e comprador de meios de produção e de força de trabalho, de outro (BERTOLDO, 2016, p. 75).

¹⁰ Michel Foucault (1926-1984): filósofo francês, estudioso das relações de controle e poder na sociedade (FRAZÃO, 2023d, n.p.).

Com pesquisas focadas na área da saúde brasileira, as autoras Sposati e Lobo (1992, p. 373) afirmam que, “[...] o controle social é, a princípio, uma forma de interlocução regulada e institucionalizada que já tem um considerável grau de aceitação e legitimidade”. O grande questionamento que se faz, segundo as autoras, é como se dá esse controle ou enquanto ele tem se tornado um efetivo exercício democrático. As autoras buscam, assim, superar a visão tradicional de controle social que concebe as relações sociais que se estabelecem entre o Estado e as representações da sociedade civil organizada somente como um ajuste funcional e burocrático¹¹.

O filósofo húngaro István Mészáros¹², em seu livro “A Necessidade do Controle Social”, onde esmiuça a questão como uma das formas de superação da ordem capitalista, afirma ao explicar sobre a mudança de caráter do controle social tomado pelo Estado burguês¹³ como forma de manutenção do sistema que:

O problema não se reduz a uma questão de “aberração pessoal” ou de “teimosia política”, como alguns comentadores observaram. Infelizmente, o problema é muito mais grave: trata-se de uma tentativa ameaçadora de colocar os órgãos políticos de controle em sintonia com as necessidades da articulação atual da economia capitalista, ainda quando tal ajustamento exija uma transição “liberal” da “tolerância repressiva” à intolerância repressiva (MÉSZÁROS, 1987, p. 38).

Para o autor, apenas uma transição para o socialismo garantiria uma adequação da proposta do controle social como instrumento de participação popular e não de apaziguamento do acirramento de classes:

Num mundo constituído por uma multiplicidade de sistemas sociais conflitantes e em mútua interação, o precário status quo global caminha por certo para a ruptura. A questão não é “se haverá ruptura ou não”, mas “através de que meios”. Romperá através de meios militares devastadores, ou haverá válvulas sociais adequadas para o

¹¹ Visão que encara o controle social como um mero instrumento de legitimação das ações do poder executivo, num sistema de corresponsabilidade popular-estatal. Sua difusão teve um salto a partir da Lei 12.527/2011, conhecida por “lei de acesso à informação” ou “lei da transparência”.

¹² István Mészáros (1930-2017): filósofo húngaro, estudioso da luta de classes na contemporaneidade (BOITEMPO, 2023b, n.p.).

¹³ “É importante destacar, entretanto, que ‘o poder do Estado não paira no ar’ (MARX, 2011, p. 142). Muito pelo contrário, ‘o Estado é um órgão de dominação de classe, um órgão de submissão de uma classe por outra; é a criação de uma ordem que legalize e consolide essa submissão, amortecendo a colisão de classes’ (LENIN, 2010, p. 27). Nessa perspectiva, o Estado não é uma instituição neutra, isto é, ele não nasceu e nem se desenvolve livre das determinações da classe social dominante, muito menos responderá a interesses antagonicos” (LOLIS; SILVA, 2017, p. 199).

alívio das crescentes tensões sociais, que estão hoje em evidência mesmo nos cantos mais remotos do nosso espaço social global? A resposta dependerá de nosso sucesso ou fracasso na criação das necessárias estratégias, movimentos e instrumentos capazes de assegurar uma efetiva transição para uma sociedade socialista, na qual a 'humanidade possa encontrar a unidade de que necessita para a sua mera sobrevivência (MÉSZÁROS, 1987, p. 69).

Em suma, podemos afirmar então que, nas ciências sociais, o controle social assumiria relação com a finalidade de manter a ordem social, sem rupturas abruptas, ordenando o debate público e controlando, em realidade, o acirramento de classes dentro de uma ordem socioeconômica capitalista. Já para a ciência política, o controle social pode caracterizar o controle do Estado ou da administração pública sob a sociedade civil ou comunidade, o controle social compartilhado entre a administração pública e a comunidade, ou o controle social da comunidade sobre a administração pública¹⁴ (MAGALHÃES; SOUZA, 2015). Essa disputa de posições será importante no momento em que a alocação e aplicação dos recursos públicos tornam-se estratégicas para o desenvolvimento local, uma vez que o orçamento público faz parte do planejamento na administração pública.

De provedora absoluta dos serviços públicos oferecidos pelo aparato burocrático do Estado ao compartilhamento de responsabilidades com o mercado para melhorar o equilíbrio fiscal, a administração pública instiga transformações e também é instigada a se transformar. O controle social é alterado conforme o modelo de administração pública predominante, a existência e a intensidade de participação dos cidadãos na produção do bem público e o modo de gestão que prepondera. O controle social ocorre: da administração pública em relação à comunidade; compartilhado entre a administração pública e a comunidade; da comunidade em relação à administração pública (GOULART, 2011). São exemplos de mecanismos de controle social: órgãos colegiados para a definição e controle das políticas públicas, comitês participativos, organizações sociais de observação e vigilância (VERA; LEVALLE, 2012), conselhos de direitos, conselhos gestores, conferências e fóruns (GOHN, 2011). Participam desses mecanismos, junto à administração pública, organizações privadas e do terceiro setor, além de arranjos comunitários e o próprio cidadão, representando alguma organização coletiva.

¹⁴ Termo referente a gestão de instituições, empresas e do orçamento público/governamental.

Com o início e emergência do modo capitalista de produção¹⁵, e pela primeira vez na história registrada, a pobreza crescia na razão direta em que aumentava a capacidade social de produzir riquezas. Cria-se o fenômeno do “pauperismo”, relacionado ao exército de pobres e miseráveis criados pela revolução industrial, dentro da ordem burguesa, e que seria designado posteriormente como a “Questão Social”. O termo tem sua origem por volta de 1830, por conta do fenômeno do pauperismo evidenciado pela primeira onda industrializante na Europa. No final do século XIX, passa a ser utilizado no vocabulário dos autores conservadores, por meio de sua crescente naturalização e a partir daí passou a não fazer parte do pensamento revolucionário. Contudo, é com as ideias de Marx que a questão social pode ser desmitificada e entendida como um desdobramento da própria ordem burguesa (NETTO, 2006).

É nesse sentido que Iamamoto e Carvalho (2006) irão considerar a questão social como a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre proletariado e burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, de um caráter repressivo ou voltado para o voluntarismo, como a caridade. É o desenvolvimento capitalista que a produz compulsoriamente, já que, sem a produção da mais-valia, ela não existirá, fazendo com que a ordem burguesa decorra da escassez e se utilize dela. Como forma de mascarar a realidade, a burguesia deixa de ser progressista para ser conservadora a partir do momento que efetua a dominação do Estado, até então, nas mãos das oligarquias aristocráticas. As práticas conservadoras começam, então, a serem pautadas pela ação manipulatória consciente (PEREIRA, 2013; SALVADOR, 2010). Inclusive, segundo Lenin¹⁶ (2017), o próprio Estado seria fruto da não conciliação de classes surgindo a partir dessas contradições, como forma de moderar e ordenar a classe trabalhadora diante de uma ordem social, política e econômica dominada pela burguesia:

¹⁵ “Período de formação do capitalismo enquanto sistema sócio-político e econômico dominante. A expressão “questão social” procura dar conta do fenômeno mais evidente da história de uma Europa Ocidental que experimentava os impactos da primeira onda industrializante, iniciada na Inglaterra no último quartel do século XVIII. O desencadeamento da pauperização em massa da população trabalhadora representa o aspecto mais imediato da emergência do capitalismo em seu estágio industrial concorrencial, que não por acaso inspirou uma vasta produção literária” (SILVA; PINHEIRO; CARVALHO, 2021, p. 77).

¹⁶ Vladimir Ilych Ulianov, mais conhecido pelo pseudônimo “Lenin” (1870-1924): teórico político e revolucionário comunista russo, líder da Revolução Russa que deu origem a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (FRAZÃO, 2010b, n.p.).

O Estado é o produto e a manifestação do caráter inconciliável das contradições de classe. O Estado surge onde, quando e na medida em que as contradições não podem objetivamente ser conciliadas. E inversamente: a existência do Estado prova que as contradições de classes são inconciliáveis. [...] Segundo Marx, o Estado é um órgão de dominação de classe, um órgão de opressão de uma classe por outra, é a criação da 'ordem' que legaliza e consolida essa opressão, moderando o conflito de classes (LENIN, 2017, p. 29).

Colaborando com a tese de Marx e Lenin, Luxemburgo¹⁷ (2019) vai além ao dizer que, para mais de fruto do Estado mergulhado no projeto societário burguês, é o modo de produção que gera como resultado as contradições e acirramentos entre as classes sociais distintas, agindo no máximo para atenuar e adaptar o sistema com a realidade material do proletariado:

Todas as contradições da sociedade atual são simples resultados do modo de produção capitalista. Suponhamos que esse modo de produção continue a desenvolver-se na direção atual; ele deverá necessariamente continuar a desenvolver as próprias consequências, as contradições continuarão a aguçar-se e a agravar-se, em vez de atenuar-se. Por conseguinte, esta última hipótese pressuporia, como condição, um refreio do próprio modo de produção capitalista, em seu desenvolvimento (LUXEMBURGO, 2019, p. 67).

A problemática do projeto societário burguês no último quarto do século XX se torna o desemprego estrutural, que passa a ser denominado como “Nova Questão Social”, em substituição do pauperismo nesse quesito, que vinha colocando em perigo a legitimidade do projeto dominante da classe burguesa, ao aumentar a consciência dos trabalhadores como “classe em si e para si”. Ao encampar como Nova Questão Social, o desemprego precisa de uma saída, para que as classes dominantes consigam dar uma resposta para as classes trabalhadoras, que ao menos mascare que a situação dentro da ordem capitalista é estrutural e intrínseca. A partir dos anos 1970, o *modus operandi* da seguridade social passa para a lógica da solidariedade, ao qual, seria o que poderá resolver o problema ético-moral ao colocar os protegidos como solidários aos desprotegidos, e não as classes como solidárias entre si. A responsabilidade, então, passa para os indivíduos sociais, retirando-se de cena os direitos coletivos, ou seja, aqueles ordenados por organizações sociais, como os sindicatos (BATISTA, 2004a).

¹⁷ Rosa Luxemburgo (1871-1919): filósofa e economista marxista polaco-alemã, assassinada por grupo paramilitar de extrema-direita devido sua crítica pública ao programa conciliador e belicista da elite alemã (FRAZÃO, 2020, n.p.).

No passado, nos contam Marx e Engels (2010), o primeiro inimigo da aristocracia foi o liberalismo e sua ânsia por uma nova classe dominante e a primeira resposta ao pauperismo¹⁸ prussiano vinha da religião cristã, e não do Estado, justificado no compromisso religioso em superar a questão, e não como um movimento tomado pela monarquia. Nessa visão, a religião deveria estar afastada da economia e dar conta dos males sociais como sua principal responsabilidade. Na Inglaterra da época, considerado um país politizado, a miséria ocupava tanto a porção rural quanto a urbana da sociedade; ao passo que, na Alemanha, país considerado não politizado, o pauperismo ocupava prioritariamente a porção agrária do país, mas tomava o proletariado urbano conforme a revolução industrial avançava. Ainda segundo os autores, o entendimento na época era de que o fenômeno do pauperismo e a miséria tinham como culpados os próprios trabalhadores e não cabia ao Estado a prevenção, mas sim a repressão da questão social. Caberia, para os autores, a revolução socialista mudar os rumos da realidade, pois só ela poderia efetivar a ruptura nas sociedades. O Estado de modelo burguês, que deveria vir para resolver as questões da vida pública diante da vida privada, se mistura com esse último, a tal ponto que ocorre uma fusão entre as duas esferas, não sendo possível enxergar as diferenças e discrepâncias entre o que é questão pública e o que é questão privada.

Voltando ao que diz respeito à "questão social", de acordo com Batista (2004) a palavra começa a aparecer na academia a partir de 1830, quando se iniciam os levantes por parte dos trabalhadores e das trabalhadoras na luta pelas reformas dentro do emergente Estado Burguês, com lutas travadas entre um governo de cunho liberal e o proletariado na França. Em fevereiro de 1848, o governo, na pessoa de Luís Felipe, abdica. Os trabalhadores em aliança da classe média realizam diversos protestos, porém os mesmos trabalhadores, temerosos de um novo governo autoritário, foram duramente reprimidos. Em dezembro, deste mesmo ano, Napoleão Bonaparte foi eleito presidente da França, iniciando um novo capítulo autoritário e de supressão dos direitos dos trabalhadores/as.

Neste caso, ainda de acordo com Batista (2004), a burguesia teria ficado apreensiva com a situação que estava se apresentando, de posição da classe trabalhadora enquanto classe de si e para si; fazendo a gênese da palavra socialismo.

¹⁸ "Entendemos por PAUPERISMO a miséria permanente e generalizada em um 'país culto', de modo que haja uma grande massa de miseráveis e outra que desfruta e goza de todos os refinamentos do luxo" (ARENAL, 2016, n.p.).

Para fazer oposição a esta palavra que já nessa época causava arrepios na sociedade burguesa, o termo “questão social” ganha força, no sentido de contrário ao uso do termo socialismo no que se refere as temáticas sociais. Isso acontece para não permitir que ela fosse constituída de conteúdos que revelassem o que estava se pondo na sociedade, um novo sistema emergente e brutalmente opressor, baseado na exploração e na acumulação dos meios sociais de produção pela burguesia. Para não chamar de contradição, para não dizer que o projeto da revolução francesa fracassou, os intelectuais burgueses denominaram o movimento que estava acontecendo de “Questão Social”.

As relações entre o Estado e a sociedade dentro de um modo de produção capitalista, que são produtos da luta e acirramento de classes como citado anteriormente, gera gastos dentro do universo das políticas públicas que não possuem a finalidade de reprodução do capital, mas sim, com objetivos sociais determinados pela disputa em torno do aparato estatal entre burguesia e proletariado. Com o avanço do capitalismo, atingindo as esferas econômicas e sociais, a tomada de consciência de classe dentro de um sistema social burguês, segundo Netto (2006), engendra um ambiente psicossocial marcado pela alienação e reificação, e que, portanto, dificultaria ao proletariado a descoberta dos seus verdadeiros interesses. Essas determinações acarretam a necessidade de democratização do fundo público, implicando na interferência da sociedade organizada, abalando o monopólio das classes dominantes sobre os fundos públicos destinados aos bens e serviços coletivos, com destaque para a saúde, educação e assistência social.

Começa então, a partir desse momento, a criação de espaços de controle social, cuja missão seria inicialmente buscar evitar que os interesses clientelistas e privatizantes da burguesia fossem a tônica das ações do Estado, em detrimento ao bem-estar público, como formar de organizar a sociedade em torno de pautas sociais que poderiam ser buscadas pelas mesmas em detrimento a um Estado focado no projeto da burguesia (CORREIA, 2000). Antonio Gramsci¹⁹, cujas categorias

¹⁹ Antonio Gramsci (1891-1937): filósofo, político, jornalista e teórico marxista italiano. Reconhecido principalmente pela sua teoria da hegemonia cultural, onde o Estado utiliza, nas sociedades ocidentais, as instituições culturais para conservar seu poder. Nasceu na Sardenha, Itália, em janeiro de 1891. Estudou na Universidade de Turim e em 1913 se filiou ao Partido Socialista Italiano. Foi o principal mentor do semanário *L'Ordine Nuovo*, porta voz dos Conselhos de Fábrica de Turim, em 1919-1920. Em 1921, participou da fundação do Partido Comunista da Itália. Eleito deputado em 1924, tornou-se o principal dirigente da agremiação. Foi preso em novembro de 1926 e em seguida condenado pelo Tribunal de exceção do regime fascista. Permaneceu preso até abril 1937 e morreu poucos dias depois de ser colocado em liberdade vigiada. Enquanto preso, redigiu vasta quantidade de anotações em 33

esmiuçaremos mais adiante, considera que a supremacia da classe dirigente e do capitalismo em desenvolvimento não se deve unicamente a existência de um aparato de coerção, ou seja, do Estado no sentido restrito, sendo que, vão conseguir manter seu poder mediante uma complexa rede de instituições e organismos que pertencem a sociedade civil com o intuito de organizar sua própria unidade, utilizando como base o movimento de consenso das classes subalternas para a reprodução do sistema de dominação.

A existência do sufrágio universal, dos partidos de massas, de sindicatos dos/as trabalhadores/as, de várias instituições intermediárias na sociedade, além da escola e a igreja, nasceram formas que expressam a complexidade da sociedade civil capitalista no ocidente, que formam um denso emaranhado de relações sociais e que, no desenvolvimento das forças produtivas, vão se construindo. A supremacia, então, é algo mais do que uma mera disposição dos aparatos repressivos do Estado, e se expressam em forma que excedem os limites do Estado no sentido estrito, para abarcar o conjunto da sociedade civil (CARMO, 2007).

O período de emergência do modo capitalista de produção, compreendido entre as décadas finais do século XIX e durante o século XX (CORDEIRO, 1986), trouxe a disputa entre os variados modos societários vigentes na parcela ocidental do mundo. Conforme o proletariado crescia, também aumentava a pobreza populacional motivada pela exploração do patronato e a ausência do Estado como mediador das relações sociais antagônicas entre patrões e empregados.

Essa condição, de aumento da pobreza e marginalidade, não era ausente de reação por parte da fração “despossuída” da sociedade. Nas palavras de Silvia Federici²⁰:

Na emergência do capitalismo, a migração, a vagabundagem e o aumento dos crimes contra a propriedade eram parte da resistência ao empobrecimento e à despossessão; e estes fenômenos alcançaram proporções massivas (FEDERICI, 2017 apud SILVA; PINHEIRO; CARVALHO, 2021, p. 76).

Uma das primeiras tentativas de explicar e entender as condições causadas pelo capitalismo emergente tem base no positivismo de Augusto Comte, que leva as contradições para a esfera da Questão Moral, onde a desproteção seria um desvio

cadernos, que vieram a conformar uma obra extraordinária de filosofia e interpretação em interlocução crítica com os mais diferentes autores” (BOITEMPO, 2023, n.p.).

²⁰ Silvia Federici (1942-): filósofa e militante feminista italiana, estudiosa das relações entre o trabalho doméstico feminino e a manutenção da dominação machista no capitalismo (BOITEMPO, 2023c, n.p.).

individual e singular de cada sujeito, cabendo ao processo educacional melhorar a ética humana e apaziguar as tensões sociais na Europa e a anarquia moral do período (SILVA, 2007).

Como a questão moral não conseguia explicar plenamente as contradições sistemáticas, aparece então a visualização da Questão Social como a grande tarefa de mediação do Estado e o seu papel como apaziguador social. Foi na encíclica *Rerum Novarum*²¹, documento pontifício sobre a situação dos operários e escrita pelo Papa Leão XIII²², que o mesmo advoga que a pobreza, a fome, a habitação, as condições insalubres de trabalho e entre outras, seriam os desafios que o Estado moderno deveria se empenhar em combater, porém, sem afetar a propriedade privada ou realizar mudanças estruturais nos pilares da sociedade.

Séculos se passaram e as instituições públicas ainda se propõe a intervir na pobreza, na questão social, em meio ao desenvolvimento e acirramento das relações capitalistas. De um lado, o papel do Estado como um comitê para gerir os negócios da burguesia, atuando como guardião das condições de exploração do trabalho, da propriedade privada dos meios de produção. De outro, atuando apenas de maneira emergencial e episódica sobre o fenômeno da pobreza, almejando desenvolvimentos sociais pontuais e partindo de concepções e visões de mundo específicas, que muitas vezes entram em choque na escalada da globalização (MARX; ENGELS, 2010; PEREIRA; AMORIM, 2010).

A história nos mostra que o capitalismo tem um período cíclico de crises, potencializadas e com maior frequência nas últimas décadas do Século XXI, trazendo à tona novos consensos e oposições de interesses entre as classes antagônicas: a burguesia e o proletariado (CASTILHO; LEMOS; GOMES, 2017).

Foi necessário, a partir da emergência do novo sistema e o acirramento entre possuidores, possuídos e despossuídos, uma catalogação e caracterização da pobreza como forma de identificar o sinal (mas não o sintoma) produzido pela luta de classes, como resultado da acumulação de capital. A primeira concepção categorizada foi a ideia de sobrevivência, que versava o fato que a renda das famílias mais pobres

²¹ A encíclica trata de questões levantadas durante a revolução industrial e as sociedades democráticas no final do século XIX. Leão XIII apoiava o direito dos trabalhadores de formarem sindicatos, mas rejeitava o socialismo e o capitalismo irrestrito, enquanto defendia os direitos à propriedade privada. Discutia as relações entre o governo, os negócios, o trabalho e a Igreja (LEÃO, 2019).

²² Leão XIII (1810-1903): pontífice da Igreja Católica Romana, escreveu a maioria de suas encíclicas e cartas voltadas a área social e as novas conformações sociais do sistema capitalista que reforçava sua hegemonia no século XIX por meio da revolução industrial (FRAZÃO, 2020a, n.p.).

não sustentava a demanda fisiológica para o indivíduo realizar suas atividades. Durante os anos de 1970, concomitante com o desenvolvimento do neoliberalismo na escala global, a segunda concepção alegará que a pobreza é resultado direto das necessidades básicas de sobrevivência, como saúde, educação, cultura e outros. Essa categorização, que se fez de encontro com a definição de “saúde” (como resultado de um completo estado de bem-estar físico, social e mental) da Organização Mundial da Saúde, escrita na década de 1940, amplia a ideia de sobrevivência para além das necessidades fisiológicas, devolvendo ao pobre, mesmo que minimamente, sua humanidade. A terceira concepção, categorizada na década de 1980 e já com o avanço do modelo neoliberal nos Estados ocidentais, há a ampliação do conceito de pobreza como privação relativa, abrangendo o enfoque e ocorrendo a desvinculação dos indivíduos com a situação a partir do alcance dos padrões alimentares adequados, certo nível de conforto e adoção dos valores socialmente compatíveis com a moral dominante (SILVA; PINHEIRO; CARVALHO, 2021).

A atuação dos conselhos de gestão como mecanismos institucionalizados, sob a forma de órgãos colegiados, possibilita o controle social entendido aqui como a participação de representantes da sociedade civil organizada no processo de deliberação compartilhada com a gestão pública. Este tipo de participação por um lado legitima as políticas públicas do Estado diante da população, mas também abre um canal para o debate e o controle do destino da verba pública. Em resumo, o controle social: supõe um padrão de representatividade na construção, operação e gestão das políticas públicas; deve corrigir as lacunas da democracia representativa, introduzindo novos sujeitos, ampliando, ao mesmo tempo, a democracia; é a possibilidade de ruptura da "regulação truncada" e espaço possível da constituição dos caminhos da "regulação na esfera pública"; nas relações sociais fundadoras dos espaços de controle social devem ser estabelecidas regras que definam espaços efetivos de influência nas decisões públicas; necessita ser institucionalizado, tornar-se transparente, de modo que alterações em sua continuidade sejam visíveis à sociedade; deve incidir não somente sobre a equidade dos resultados, mas também sobre a igualdade do acesso; e deve dizer respeito aos serviços públicos e privados (SPOSATI; LOBO, 1992).

O controle social ocorre também em espaços institucionais de participação na gestão governamental, com a presença de novos sujeitos coletivos nos processos decisórios. Tal participação não é aquela meramente burocrática, mas se realiza por

meio de um processo contínuo de democratização no âmbito local, o que implica no estabelecimento de um espaço público não estatal de deliberação. Essa participação não se dá apenas no processo de formulação das políticas públicas, mas, também, nas discussões sobre a alocação e aplicação do orçamento público. As ideias de participação política e controle social estão fortemente atreladas, uma vez que por meio da participação nas discussões sobre o uso do dinheiro público a sociedade civil pode intervir na tomada de decisão da administração pública com o fim de orientar os processos de gestão para a adoção de ações que realmente atendam ao interesse público (DAHL, 2005).

Nas sociedades ocidentais²³, como a brasileira, Gramsci identificou a formação de duas esferas dentro do que seria chamado na teoria marxista de “superestrutura”²⁴, formando o conceito de Estado ampliado, composto pela confluência entre: a sociedade política, que se caracterizaria pelo Estado no sentido institucional e coercitivo controlado pela burocracia; e a sociedade civil, que se caracterizaria pelo Estado no sentido ético, ideológico, propagandístico, composto por organismos da sociedade civil como igrejas, organizações do terceiro setor, partidos políticos, clubes de serviço, e entre outros, onde a burguesia atuaria e exerceria sua batalha moral como forma de exercer sua hegemonia sobre extratos inferiores (GRAMSCI *apud* VIOLIN, 2006). Esses aparatos da sociedade civil teriam um importante papel como agentes de legitimação e consenso, com normas sociais operativas e controle social postos em marcha com agentes de persuasão política, o que Gramsci irá entender que, quanto mais autenticamente hegemônica é uma classe, tanto mais permitirá as classes adversárias a possibilidade de se organizar e constituir-se como força política “autônoma” (BUCI-GLUCKSMANN, 1979).

²³ “Para Gramsci, no que ele chama de ‘Oriente’ (pensando sobretudo na Rússia czarista), o Estado em sentido estrito é tudo e a sociedade civil é primitiva e gelatinosa. Já no que chama de ‘Ocidente’ (pensando aqui na Europa Central e Ocidental e nos Estados Unidos), há um equilíbrio entre as duas esferas. Foi a partir dessa distinção que Gramsci não só renovou a teoria marxista do Estado, mas também se empenhou em criar um novo paradigma de revolução socialista, adequado precisamente ao ‘Ocidente’, bastante diverso daquele proposto e praticado pelos bolcheviques. Este último, em sua opinião, seria válido apenas para sociedades ‘orientais’, bem como para aquelas que ele chama de sociedades ‘coloniais’ ou ‘semicoloniais’” (COUTINHO, 2000, n. p.).

²⁴ “Para Marx, a infraestrutura trata-se das forças de produção, compostas pelo conjunto formado pela matéria-prima, pelos meios de produção e pelos próprios trabalhadores (onde se dá as relações de produção: empregados-empregados, patrões-empregados). Trata-se da base econômica da sociedade, onde se dão, segundo Marx, as relações de trabalho, estas marcadas pela exploração da força de trabalho no interior do processo de acumulação capitalista. A superestrutura é fruto de estratégias dos grupos dominantes para a consolidação e perpetuação de seu domínio. Trata-se da estrutura jurídico-política e a estrutura ideológica (Estado, Religião, Artes, meios de comunicação, etc.)” (BODART, 2023, n.p.).

A hegemonia representada pela direção política e intelectual de uma classe sobre a outra, faz com que os projetos da burguesia seduzam o proletariado, implicando um certo consentimento. Com a tomada de consciência²⁵ de seu papel e poder, os setores populares colocam a luta de classes no centro da “guerra de posições” frente a sociedade civil burguesa, buscando de maneira progressiva ou processual a conquista de espaços antes negado (VIOLIN, 2006).

A própria noção de se pensar a saúde como um direito universal surge dessa auto crítica da sociedade em buscar seus espaços no poder, a partir da análise dos diversos contextos sociais, políticos, econômicos, de acesso aos bens de saúde, e entre outros. Portanto, a necessidade do Estado burguês em propiciar um espaço de participação popular cria um espaço de luta, que deve ser aproveitado pelos movimentos progressistas, reconhecendo os limites desse espaço e a calcular a possibilidade de repressão (EINBENSCHUTZ, 2019). Cria-se então uma extrapolação das relações privadas para a esfera pública, transformando os interesses privados em interesses gerais, tomando uma forma estatal conhecida por função do Estado.

1.1 RELAÇÃO ENTRE ESTADO E SOCIEDADE CIVIL EM GRAMSCI E O CONTROLE SOCIAL

As diversas tentativas em emular a consciência coletiva, seja por meio da coerção, seja por meio da disputa ideológico do discurso social, como forma de o Estado manter os interesses das classes dominantes seguros, é amplamente estudado e debatido pelos mais diversos autores e autoras. Para Marx (2017), na obra “O 18 de brumário de Luís Bonaparte”, os homens se encontram em condições que, de princípio, não controlam e apenas a partir delas podem reagir. O sujeito estaria determinado em última instância pela base material²⁶, mas isso não o tornaria incapaz de reagir, de agir criativamente a partir da realidade dada e suas contradições. Aliás, é isso que permite a ação política, a arte, e tudo o mais que reflita e atue criativamente

²⁵ “Pertencer a uma classe, porém, depende de conhecer sua própria posição dentro do processo de produção” (BOTTOMORE, 2001, p. 76).

²⁶ Materialismo: É possível afirmar que Marx compartilhe algumas dessas premissas: como a aceitação da base material do mundo, no sentido natural, Marx seria “[...] na acepção filosófica, um materialista em ontologia” (FROMM, 1967, p. 19); e a negação da existência da alma com seu respectivo mundo espiritual pois, em decorrência da aceitação da base material do mundo, o homem precede a religião historicamente, o que também resultou em seu ateísmo implícito em diversas passagens de suas obras e explícito especialmente na entrevista de 1871 para o jornal The World.

acerca do real. O homem cria a história, só não escolhe autonomamente de onde e como. Segundo Gramsci:

O fato de que uma multidão de homens seja conduzida a pensar coerentemente e de maneira unitária a realidade presente é um fato “filosófico” bem mais importante e “original” do que a descoberta, por parte de um “gênio” filosófico, de uma nova verdade que permaneça como patrimônio de pequenos grupos intelectuais (GRAMSCI, 1999, p. 247).

Analisando o contexto histórico sobre o tema, temos algumas visões de funcionalidade do Estado e de seu poder. Para Thomas Hobbes²⁷, o poder estatal deveria ser soberano e autocrático, como forma assegurar a harmonia entre as pessoas, pois segundo o autor, seria o homem o lobo do próprio homem. Esse Estado forte seria a garantia de manutenção da ordem para que os seres humanos não se destruíssem, embasado por meio de um “contrato social” entre a sociedade e seu governante. Para John Locke²⁸, os cidadãos delegam poderes a sujeitos eleitos, por meio do executivo e legislativo, como forma de proteção da propriedade privada e dos acirramentos de classes. O controle social, em uma visão lockeana, seria o meio com que componentes da sociedade controlariam as ações do Estado para se evitar a intervenção econômica. Segundo Jean-Jacques Rousseau²⁹, o Estado deveria ser um conduzido por um soberano sob bases democráticas, baseado segundo a vontade geral do povo em um sistema de igualdade jurídica (que mais pareceria um igualitarismo burguês), cabendo a população fiscalizar suas ações como forma de garantia da supremacia do interesse público sobre o interesse privado.

Georg Hegel³⁰, cuja vida e obra influenciaria inúmeros autores como Marx, uma vez que as classes sociais surgem com a dissolução da unidade familiar, os

²⁷ Thomas Hobbes (1588-1679): filósofo inglês, estudioso sobre a natureza humana e das instituições de poder. Para o autor, em nome da paz coletiva, as sociedades seriam formadas a partir de um “contrato social” a ser respeitado por seus membros (FRAZÃO, 2021).

²⁸ John Locke (1632-1704): filósofo inglês, estudioso do contrato social. Para o autor, a mente humana era como uma folha em branco a ser preenchida apenas com as experiências do sujeito (FRAZÃO, 2023b).

²⁹ Jean-Jacques Rousseau (1712-1778): filósofo genebrino, crítico da civilização, entendida por ele como a causa dos males da humanidade e infelicidade humana, em contraste com predominância da bondade encontrada no estado natural (FRAZÃO, 2023c).

³⁰ Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831): filósofo alemão, um dos fundadores do Idealismo Alemão, descritor do sistema para entender a história e a humanidade conhecido por “dialética”, baseado na progressão à qual cada movimento sucessivo surge como solução das contradições inerentes ao movimento anterior (FRAZÃO, 2023a).

interesses divergentes destas classes sociais levariam a sociedade civil a um estado de anarquia. Tal estado de anarquia seria superado pela figura do Estado garantidor do interesse geral dos homens (ALESSIO, 2016).

Gramsci produz uma concretização com respeito aos conceitos gerais sobre o Estado formulados pelos clássicos marxistas. Eleva as ideias de que todo o Estado é um Estado de classe, a partir da determinação das forças que adquirem o caráter classista nas sociedades capitalistas do Ocidente no século XX. Este passo, de uma formulação abstrata, a outra concreta, não é um movimento só epistemológico que produzia o conhecimento, sendo que se trata de um movimento histórico-ontológico, já que é utilizado ao explicar a realidade que se realiza tal passo de transformação (CARMO, 2007).

O autor italiano considera que a supremacia da classe dirigente e do capitalismo em desenvolvimento não se deve unicamente a existência de um aparato de coerção, ou seja, Estado no sentido restrito, sendo que conseguindo manter seu poder mediante uma complexa rede de instituições e organismos que pertencem a sociedade civil, vem organizar sua própria unidade com base no consenso das classes subalternas, para a reprodução do sistema de dominação. A existência das várias instituições intermediárias são formas que expressam a complexidade da sociedade civil capitalista no ocidente, que formam denso emaranhado de relações sociais e que, no desenvolvimento das forças produtivas, vão se construindo. A supremacia, então, é algo mais que uma mera disposição dos aparatos repressivos do Estado, e se expressa em forma que exceda os limites do próprio Estado no sentido restrito, para abarcar o conjunto da sociedade civil (CARMO, 2007). Segundo o autor:

O Estado é certamente concebido como organismo próprio de um grupo, destinado a criar as condições favoráveis à expansão máxima desse grupo, mas este desenvolvimento e expansão são concebidos e apresentados como a força motriz de uma expansão universal, de um desenvolvimento de todas as energias “nacionais”, isto é, o grupo dominante e coordenado concretamente com os interesses gerais dos grupos subordinados e a vida estatal é concebida como uma contínua formação e superação de equilíbrios instáveis (no âmbito da lei) entre os interesses do grupo fundamental e os interesses dos grupos subordinados, equilíbrios em que os interesses do grupo dominante prevalecem, mas até um determinado ponto, ou seja, não até o estreito interesse econômico-corporativo (GRAMSCI, 1999, p. 37).

Antes de avançarmos e nos aprofundarmos mais nas questões entre sociedade civil, hegemonia e luta de classes para o autor, convém esmiuçarmos um pouco sobre

sua abordagem para a categoria “cidadania”³¹. Na Grécia antiga, considerava-se cidadão aquele nascido em terras gregas, que fosse homem livre, excluindo mulheres, crianças, estrangeiros e escravos. No Império Romano, a palavra cidadania era usada para indicar a situação política de uma pessoa e os direitos que essa pessoa tinha ou podia exercer, que tanto imitava o padrão grego, como também avançava dando a possibilidade que outros povos pudessem ser contemplados, por meio de lei ou imposição do imperador. Juridicamente, na atualidade ocidental, cidadão é o indivíduo no gozo dos direitos civis e políticos de um Estado. Em um conceito mais amplo, cidadania quer dizer a qualidade de ser cidadão, e, conseqüentemente, sujeito de direitos e deveres.

A relação do cidadão com o Estado é uma “faca de dois gumes”: de um lado, os cidadãos participam da fundação do Estado, e, portanto, estão sujeitos ao pacto que o criou, no nosso caso atual a Constituição Federal de 1988. Portanto, sendo o Estado dos próprios cidadãos, os mesmos têm o dever de zelar pelo bem público e participar, seja através do voto, seja através de outros meios, formais e informais, do acompanhamento e fiscalização da atuação estatal. O acesso a cidadania plena, em um país democrático de direito como o nosso, tem certos limites definidos pela carta magna, que é a relação com o conceito de nacionalidade.

Na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 12, por exemplo, se coloca que são brasileiros natos os nascidos no Brasil e os nascidos no estrangeiro (de pai ou mãe brasileiros) com algumas particularidades, que são: ter um dos pais à serviço da República no estrangeiro; ter sido registrado em repartição brasileira competente ou que venha residir no país e opte a qualquer tempo, após a maioridade, pela nacionalidade brasileira. Também dá acesso a cidadania aos naturalizados, porém com certas restrições para sua obtenção e cargos privativos aos natos, como o de Presidente da República e dos poderes legislativos (Senado Federal e Câmara dos Deputados), por exemplo.

Gramsci dá importância ímpar à educação como parte fundamental na criação da cidadania, e não apenas os ditames da lei ou do jurisdicismo burguês. Foi o autor italiano quem trouxe à discussão pedagógica a conquista da cidadania como um

³¹ A origem da palavra cidadania vem do latim *civitas*, que quer dizer cidade. Hoje é encarada como o conjunto de direitos e deveres exercidos pelos sujeitos que vivem em sociedade, no que se refere ao seu poder, grau de intervenção no usufruto de seus espaços e na sua posição em poder vir a nele transformar ou intervir (PARANÁ, 2023).

objetivo da escola. Ela deveria ser orientada para o que o pensador chamou de elevação cultural das massas, ou seja, livrá-las de uma visão de mundo que, por se assentar em preconceitos e tabus, predispõe à interiorização acrítica da ideologia das classes dominantes. É ele quem vai dizer que o cidadão deve ser educado para seguir o caminho que de “governado”, seja transformado em “governante” (BARATTA, 2010). É a partir dessa tomada de consciência enquanto cidadão, que a classe trabalhadora conseguirá tirar-se como ente ativo das transformações sociais do abstrato para o concreto, ou seja:

Ao contrapor cidadãos, como sujeitos de direitos ao Estado, obscurece o fato de que estes cidadãos, antes de serem cidadãos participam de uma esfera muito mais decisiva que, inclusive, determina a forma da sua cidadania. E que é nessa esfera que estão as raízes dos problemas sociais. Tomar, portanto, o momento político como lugar da solução desses problemas é fazer o jogo, por mais que não seja essa a intenção, das classes dominantes, a quem interessa resolver os problemas formalmente, abstratamente, para deixá-los subsistir ao nível do real para o concreto (TONET, 2007, p. 9-10).

O Estado está estruturalmente vinculado às classes sociais que constituem a sociedade civil, que é a conformação, para Gramsci, dos diversos atores sociais que vão além do poder coercitivo e punitivo. Se de um lado nós temos a sociedade política, composta pela burocracia estatal (poderes executivo, legislativo e judiciário) e seus aparatos de manutenção de poder, como as forças armadas e policiais, do outro lado temos a sociedade civil, composta pelas organizações como sindicatos, igrejas, entidades civis e entre outras (RODRIGUES, 2015). Bobbio³² (1982) exemplifica mais a fundo o conceito gramsciano para sociedade civil quando nos fala que:

Podem ser fixados, por enquanto, dois planos superestruturais: o que pode ser chamado de ‘sociedade civil’, ou seja, o conjunto de organismos habitualmente ditos privados, e o da sociedade política ou Estado. E eles correspondem à função de hegemonia que o grupo dominante exerce em toda sociedade; e à do domínio direto ou de comando, que se expressa no Estado e no governo jurídico. [...] Parafraseando a passagem supracitada de Marx, seríamos tentados a dizer que a sociedade civil compreende, para Gramsci, não mais ‘todo o conjunto das relações materiais’; mas sim todo o conjunto das relações ideológico-culturais; não mais ‘todo o conjunto da vida comercial e industrial’, mas todo o conjunto da vida espiritual e intelectual (BOBBIO, 1982, p. 32-33).

³² Norberto Bobbio (1909-2004): filósofo, jurista e historiador italiano. Defensor da democracia social-liberal, acreditava que as conquistas burguesas deveriam se estender à classe trabalhadora. (FRAZÃO, 2017, n.p.)

Dentro desta guerra de posições, assumiria a classe trabalhadora a organização de conselhos de gestão, que Gramsci chamará primeiramente por “conselhos de fábrica”, como forma de tentar tomar para si parte do controle sobre as ações do Estado. Para Carlos Nelson Coutinho³³ (1992):

Aos conselhos, contudo, está destinada a função ainda mais elevada. Partindo da ideia de que ‘o Estado socialista já existe potencialmente nos institutos de vida social característicos da classe trabalhadora explorada’, Gramsci conclui que ‘o Conselho de Fábrica é o modelo do Estado proletário. Todos os problemas inerentes à organização do Estado proletário são inerentes à organização do conselho.’ Por isso, ‘ditadura do proletariado só pode se encarnar num tipo de organização que seja específico da atividade própria dos produtores e não dos assalariados escravos do capital.’ Gramsci supõe ainda que o Estado socialista deverá resultar na articulação de vários conselhos de fábrica num conselho executivo central, ao qual deverão somar os conselhos de camponeses (COUTINHO, 1992, p. 32).

A revitalização da relação entre Estado e sociedade vem provocando a democratização incipiente de alguns espaços públicos, antes geridos exclusivamente em função dos interesses das classes dominantes. Abrem-se frestas para negociação das regras no uso dos recursos públicos, na tentativa de neutralizar os autonomismos do mercado e as práticas de corporativismo e clientelismo que sempre imperaram nas relações entre Estado e sociedade (CORREA, 2000). Para Gramsci:

Pode haver reforma cultural, ou seja, elevação civil das camadas mais baixas da sociedade, sem uma anterior reforma econômica e uma modificação na posição social e no mundo econômico? [Não.] É por isso que uma reforma intelectual e moral não pode deixar de estar ligada a um programa de reforma econômica; mais precisamente, o programa da reforma econômica é exatamente o modo concreto através do qual se apresenta toda reforma intelectual e moral (GRAMSCI, 1999, p. 18).

Em sua concepção de Estado Ampliado³⁴ Gramsci rompe parcialmente com a ideia que Marx e Lenin tinham do Estado enquanto apenas representante exclusivo

³³ Carlos Nelson Coutinho (1943-2012): professor e filósofo brasileiro, pesquisador de Gramsci. Abordava as categorias gramscianas dentro da realidade brasileira e sua inserção na sociedade formada no país (BOITEMPO, 2023a, n.p.).

³⁴ “Para Gramsci, Estado Ampliado seria a conformação entre a sociedade política mais a sociedade civil, em um só ente. A considerada nova teoria gramsciana da revolução trata da concepção ampliada de Estado nas chamadas “sociedades ocidentais”, onde há uma relação equilibrada entre a sociedade política e a sociedade civil, e a luta de classes têm como terreno decisivo os aparelhos privados de

da burguesia, baseado principalmente no poder das forças coercitivas. Para ele, quem tem a hegemonia do aparato estatal deve atentar-se para garantir a legitimidade do governo, uma vez que acredita que o poder não se sustenta só na sociedade política, ao passo que se faz necessária também a legitimidade da sociedade civil, utilizando de aparelhos com motivação para a dominação por meio dos organismos sociais, como finalidade de gerar uma esfera psicossocial e ontológica de legitimação.

Ao estudar os mecanismos de construção desta hegemonia, o autor chega ao conceito fundamental de sua teoria política, ou seja, o Estado que não é apenas instrumento de força a serviço da classe dominante (como muito se encarou na visão clássica do marxismo), mas uma força revestida de consenso, como forma de dominar a partir da aceitação monitorada das classes subalternas.

Nessa visão gramsciana, o controle social não é do Estado ou da sociedade civil, mas das classes sociais em busca da hegemonia ideológica para manutenção de seu domínio e interesses privados, utilizando o Estado como o órgão que legitimará essas ações. Uma vez que a sociedade civil não é um espaço homogêneo, mas um ambiente de lutas de interesses contraditórios, nela há a possibilidade de organização de movimentos sociais em busca do acirramento e da disputa de posições com a burguesia.

A partir da concepção de Estado além da sua função coercitiva, mas também com o papel de manter o consenso (quando incorpora as demandas das classes subalternas), é que se torna possível o controle das classes para com o Estado (ALESSIO, 2016).

É por isso que se deve chamar a atenção para o fato de que o desenvolvimento político do conceito de hegemonia representa, para além do progresso político-prático, um grande progresso filosófico, já que implica e supõe necessariamente uma unidade intelectual e uma ética adequada a uma concepção do real que superou o senso comum e tornou-se crítica, mesmo que dentro de limites ainda restritos (GRAMSCI, 1986, p. 253).

Em resumo, Gramsci não vê o Estado somente a partir do seu conteúdo coercitivo ou econômico, como balcão de negócios da burguesia no sentido estrito, mas como a entidade que vai se tornar a expressão dos interesses das classes

hegemonia, na medida em que visa à obtenção da direção político-ideológica e do consenso. Neste caso o Estado se ampliou, o centro da luta de classe está na 'guerra de posição', numa conquista progressiva ou processual de espaços no seio e por meio da sociedade civil, visando à conquista de posições" (VIOLIN, 2006, p. 4).

dominantes a partir do consenso hegemônico, sendo, portanto, força e consenso. A força seria o meio de garantir coercivamente a propriedade privada da burguesia, utilizando os aparatos estatais como a polícia e a máquina jurídica, enquanto o consenso seria o meio ideológico de manter a hegemonia burguesa sobre o Estado, a partir da tomada dos meios da sociedade civil e sua difusão diante do proletariado.

A organização da classe trabalhadora, por meio dos conselhos, seria a forma com que o orçamento público fosse disputado coletivamente e se tentasse quebrar o domínio da burguesia sobre as ações do Estado, desde que utilizado como meio de disputa e de acirramento dos interesses do proletariado organizado.

2 CONSELHOS, CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O escopo das denominadas “Políticas Sociais”, como a moradia, saúde, educação, seguridade social, segurança pública e salário-mínimo são encaradas hoje como formas de resolução da questão social dentro do sistema capitalista, que almejam promover a estabilidade necessária para evitar o conflito de classes em torno do modo de produção, o qual traz intrinsecamente uma perspectiva de desigualdade como forma de manter-se.

A experiência de mobilidade social avançada trazida a luz pelos países nórdicos (Dinamarca, Finlândia, Islândia, Noruega e Suécia) no período pós-Segunda Guerra colocou o Estado como participante ativo na formulação do Bem-Estar Social, uma nova formação estatal usada para frear o avanço da experiência socialista que vinha do Leste (MARQUES, 2015).

Com a Europa social e economicamente devastada, urgiu a necessidade de construção de um novo modelo oposto ao liberalismo clássico³⁵ e da autorregulamentação do mercado³⁶, modelo este que desembocou na chamada “Crise de 1929”, situando o Estado burguês agora como promotor e interventor na questão social.

Essas experiências do Estado de Bem-Estar Social resultaram diretamente das profundas transformações sociais do século XX e da luta dos trabalhadores organizados em busca de melhores condições de vida e dignidade no trabalho. A intervenção do Estado seguiu uma lógica keynesiana³⁷ de redistribuição do orçamento público, com a implementação de sistemas tributários “mais justos” e gastos com políticas sociais baseadas na seguridade social, articulando as políticas de

³⁵ “[...] Na acepção mais comum dos dois termos, por ‘liberalismo’ entende-se uma determinada concepção de Estado, na qual o Estado tem poderes e funções limitadas, e como tal se contrapõe tanto ao Estado absoluto quanto ao Estado que hoje chamamos de social; por “democracia” entende-se uma das várias formas de governo, em particular aquelas em que o poder não está nas mãos de um só ou de poucos, mas de todos, ou melhor, da maior parte, como tal se contrapondo às formas autocráticas, como a monarquia e a oligarquia. Um Estado liberal não é necessariamente democrático: ao contrário, realiza-se historicamente em sociedades nas quais a participação no governo é bastante restrita, limitada às classes possuidoras. Um governo democrático não dá vida necessariamente a um Estado liberal: ao contrário, o Estado liberal clássico foi posto em crise pelo progressivo processo de democratização produzido pela gradual ampliação do sufrágio até o sufrágio universal” (BOBBIO, 2005 apud SILVA, 2011, p. 121-22).

³⁶ Também conhecida por “mão invisível” do mercado.

³⁷ John Maynard Keynes (1883-1946): economista britânico, promotor da intervenção estatal sobre o Estado, garantindo o Bem-Estar-Social dentro de uma lógica do sistema capitalista (FRAZÃO, 2018).

previdência, saúde e assistência, entre outras. Com o passar do tempo, e com a maior apropriação pelos trabalhadores da direção das políticas, gerou-se um acirramento da disputa pelo fundo público entre as classes antagônicas, bloqueando o espaço de luta política onde as diferentes camadas da sociedade inserirão seus interesses (SALVADOR, 2010).

A partir da década de 1970, a queda do crescimento das nações centrais do capitalismo e dos investimentos no setor produtivo, a aceleração dos preços e, principalmente, o endividamento dos governos na manutenção das políticas sociais, provocaram a crise do modelo de Bem-Estar Social e trouxe à tona a urgência de desenvolver um novo padrão econômico.

Foi nesse contexto que o neoliberalismo³⁸ ganhou forma e força, surgindo e sendo colocado como a solução para o caos político, econômico e ideológico causado, na visão de seus teorizadores, pelo predomínio da intervenção estatal no modo de produção.

O novo postulado, teorizado principalmente por Hayek³⁹ e teóricos ligados à chamada Escola Austríaca, defendia o Estado mínimo, desvalorizando as intervenções estatais na economia, enfraquecendo os sindicatos, flexibilizando as relações trabalhistas e desfinanciando as políticas sociais em nome da austeridade fiscal.

O discurso neoliberal começa a ser orientado globalmente no início da década de 1980, com a adoção do modelo e a adaptação à realidade política nos governos de Margareth Thatcher no Reino Unido e Ronald Reagan nos EUA, e a partir de então, ocorre sua disseminação pelo mundo, como obrigação dos Estados nacionais em aderir ao novo *modus operandi* sob pena de não receberem recursos de organismos internacionais, como o Fundo Monetário Internacional ou o Banco Mundial (UGÁ, 2004).

Na realidade da América Latina, esta década é considerada "perdida" já que o modelo anterior que se esgotou não foi o de Bem Estar Social, mas sim o modelo de

³⁸ "O neoliberalismo consiste em uma reação teórica e política contra o Estado intervencionista, opondo-se fortemente a qualquer forma de planejamento da economia. Condena toda ação do Estado que limite os mecanismos de mercado, denunciando-as como ameaças à liberdade, não somente econômica, mas também política" (RIZZOTTO, 2023, n.p.).

³⁹ Friedrich August von Hayek (1899-1992): economista austríaco naturalizado britânico, um dos maiores postuladores do novo liberalismo (neoliberalismo) (CALDWELL, 2023, n.p.).

desenvolvimento (também conhecido por “desenvolvimentista”)⁴⁰, que provocou uma marcha forçada do Estado no superendividamento em torno da criação de oligarquias e dos poderes nacionais, provocando um aumento exponencial da dívida pública interna, da dívida externa, além da perda da confiança internacional (leia-se: dos países centrais do capitalismo, como os EUA e Europa ocidental) para investir nos países da região (a periferia do capital).

As boas médias de crescimento econômico do Brasil, em relação aos 50 anos anteriores, registraram uma queda atípica que obrigou à adoção de medidas neoliberais como forma de amenizar a perda de confiança externa na liberação, principalmente, de empréstimos (CASTILHO; LEMOS; GOMES, 2017).

As articulações entre Estado, capital privado local, capital privado internacional, setor público e setor privado se encontravam fraturadas, comprometendo as estruturas de agregação e intermediação entre interesses econômicos e sociais. Rachaduras na estrutura do antigo Estado, que já pressagiava uma ordem capitalista globalizada e a forte influência do capital estrangeiro nos rumos e destinos da região latino-americana (SALLUM, 1999).

Ao contrário do que se esperava, a adoção de medidas neoliberais pelos países latino-americanos promoveu crises sucessivas na década de 1990, que também arrastaram para baixo os demais países periféricos do capital, resultados diretos da liberalização e desregulamentação comercial, além da privatização dos sistemas produtivos desses países (SALVADOR, 2010).

O fenômeno da globalização do capital ganha forma e o campo se expande, fazendo surgir a ideia de que não há lugar no mundo atual que não seja objeto da ação do capital (MARQUES, 2015). Nesse período, deu-se uma mudança no enfoque das políticas sociais que, ao invés de buscar uma universalidade de acesso com ações integrais, passaram a atender cada vez mais apenas os setores mais vulneráveis da população, criando nos setores médios e altos da sociedade a sensação de

⁴⁰ “Entendemos por desenvolvimentismo, neste trabalho, a ideologia de transformação da sociedade brasileira definida pelo projeto econômico que se compõe dos seguintes pontos fundamentais: (a) a industrialização integral é a via de superação da pobreza e do subdesenvolvimento brasileiro; (b) não há meios de alcançar uma industrialização eficiente e racional através da espontaneidade das forças de mercado, e por isso, é necessário que o Estado a planeje; (c) o planejamento deve definir a expansão desejada dos setores econômicos e os instrumentos de promoção dessa expansão; e (d) o Estado deve ordenar também a execução da expansão, captando e orientando recursos financeiros e promovendo investimentos diretos naqueles setores em que a iniciativa privada for insuficiente” (BIELSCHOWSKY, 1988 apud FONSECA, 2015, p. 16).

“programas para os pobres”, baseado nas velhas ideias da filantropia e do voluntarismo burguês.

A própria conquista de direitos dentro dessa perspectiva neoliberal remonta aos níveis de intensificação de classes, onde os cidadãos não os conquistam espontaneamente (como se viu muitas vezes no período desenvolvimentista) dando ao Estado o controle do antagonismo de classes, mas através da luta e confronto políticos com o governo e o modelo econômico (SALLUM, 1999).

Apesar de parecerem antagônicos em determinado momento, tanto o modelo neoliberal quanto o modelo de Bem-Estar-Social não pretendiam atacar diretamente a raiz estrutural do problema chamado pobreza, bem como não substituir o modo de produção baseado na brutal exploração da classe trabalhadora e na acumulação de capital.

Tanto um modelo quanto o outro se relacionavam e cediam ao sistema capitalista, diferindo apenas no caráter mais ou menos permissivo com a exploração da classe trabalhadora, a concentração de renda, o financiamento público de políticas sociais, entre outros. De um lado, o neoliberalismo e sua fúria retrógrada em forçar a internacionalização da criação de um homem que se inspirou ele mesmo no suposto “*american way of life*”⁴¹, sem intervenção estatal, tal como vivia em sociedades onde imperava a lei do mais forte.

Por outro lado, o Estado de Bem-Estar Social, com seu lirismo romântico de que é possível “mudar para permanecer o igual”, inspirado nas palavras papais da *Rerum Novarum* e numa vaga ideia de não contradição entre capital e trabalho, em busca de uma pacificação da luta de classes com base no uso fervoroso de fundos públicos nas áreas de seguridade social dos cidadãos, ao mesmo tempo financiando a burguesia para a consolidação do sistema capitalista.

Embora não explique ou trate explicitamente da política social, a tradição marxista vem explicar que o fato de haver desigualdade social está intimamente relacionado ao surgimento e manutenção de um proletariado pobre e miserável sob a influência da exploração burguesa. Erroneamente, a ideia de superação da pobreza é

⁴¹ “Essa expressão se origina no século XX como forma designar especificidade do modo de vida norte-americano, o qual se vincularia sobremaneira à grande conforto material, a partir do consumo em massa de automóveis e eletrodomésticos a partir da década de 1920. Ademais, essa categoria foi utilizada extensivamente, no período da Guerra Fria, na propaganda do modelo de vida consumista da classe média norte-americana, o qual seria o desejável pelos depois países (SAUNDERS, 2008). A sua oposição seria o modo de vida soviético, supostamente desprovido de qualquer tipo de conforto e liberdade” (SILVA, 2015, p. 49).

colocada no colo do marxismo sob o viés do igualitarismo burguês e do socialismo utópico, algo criticado por Engels⁴² em carta a Augusto Babel:

Eliminação de toda desigualdade social e política' em vez de 'superação de todas as diferenças de classe' também é uma frase altamente questionável. De país para país, de província para província, de lugar para lugar, sempre permanecerá uma certa desigualdade nas condições de vida, que pode ser reduzida ao mínimo, mas nunca completamente eliminada. Os habitantes dos Alpes sempre terão condições de vida diferentes das pessoas das planícies. A representação da sociedade socialista como o reino da Igualdade é uma representação francesa unilateral, que se baseia na antiga "Liberdade, Igualdade, Fraternidade", representação que se justificava como uma etapa de desenvolvimento de seu tempo e lugar, mas que, como toda a unilateralidade das escolas socialistas anteriores, agora tinha que ser superada, pois só confunde cabeças e foram encontradas maneiras mais precisas de expor as coisas (ENGELS apud MARX, 2012, p. 56-57).

Assim, a posição marxista não indica a defesa da equalização total e universal dos seres humanos, em todos os âmbitos de suas necessidades pessoais, mas sim a defesa da superação das classes sociais como forma de oportunidade de igualdade no campo socioeconômico. Isso poderia ser alcançado, segundo Marx, com a socialização dos meios de produção, a eliminação da propriedade privada e da exploração do trabalho, e não com a uniformização dos direitos herdados das revoluções burguesas e do socialismo utópico (ENGELS, 1982).

Finalmente, com a supressão da propriedade privada dos meios de produção, nasceria um novo homem (no sentido universal), livre para preservar suas diferenças e manter seus hábitos e valores que mais correspondessem aos estímulos e rendimentos de uma sociedade nascente e uma comunidade que prioriza a satisfação das necessidades sociais, como forma de superação da pobreza estrutural (PEREIRA, 2013; MARX, 2012).

Voltando ao controle social, ficou visível após esse período pós-Guerras que seria função do Estado o provimento de serviços essenciais e públicos para a população nacional. A instituição desses serviços como direitos fundamentais da sociedade vai necessitar de demanda e disponibilidade de recursos financeiros, arrecadados por meio de impostos, taxas, contribuições, multas e fundos de

⁴² Friedrich Engels (1820-1895): empresário industrial e teórico prussiano (atual Alemanha), fundador e teorizador junto com Karl Marx do socialismo científico (FRAZÃO, 2019).

coparticipação social, aplicados em consonância com leis nacionais orçamentárias (CONCEIÇÃO, 2010).

Surgem então, vários mecanismos de participação popular com o intuito de “controlar” a aplicação, como forma de acentuar o caráter público desses serviços:

Na Administração Pública, o controle é imprescindível desde que os recursos em jogo não são particulares e sim públicos, assim devem estar comprometidos com os interesses e objetivos de toda uma Nação. Quando se junta à palavra controle o termo “social”, dá-se um sentido da origem do controle, portanto o controle social seria um controle de origem no social, ou melhor, na sociedade. Na verdade, qualquer controle tem origem na sociedade que é a quem se devem reportar todos os entes que a representam (SILVA, 2002, p. 117).

A participação direta da comunidade aparece também como uma forma de pressão aos órgãos públicos, em um primeiro momento, diante da crise de legitimidade das formas convencionais de representação de interesses, por pressão dos movimentos sociais, e embasada no que recomendava, na época, as agências internacionais, e expunha a ambiguidade do Estado em estar permeável a práticas autoritárias que afastavam a participação popular nas tomadas de decisões (ZAMBON, 2009). Essa afirmação vai ao encontro com a visão gramsciana em que, ao contrapor cidadãos de distintas classes como sujeitos de direitos frente ao Estado, torna o controle social como um campo teórico-prático do acirramento, e até mesmo da intervenção direta das classes dominantes (TONET, 2007).

O controle coletivo dos cidadãos e das cidadãs diante do Estado aparece como uma estratégia de democratização e intermediação entre as entidades estatais e a sociedade civil, mobilizando espaços de representação, negociação e interlocução entre as esferas, num contexto já citado anteriormente de acirramento de classes (ESCOBAR, 2004).

No caso específico da saúde, foi mais do que necessário superar a ideia mercadológica de encarar a saúde como um produto de preferências e estilos individualizados, para uma visão socializada e não patológica da mesma. A instituição da visão da saúde como um determinante social culminou na relativa tomada de consciência de lideranças dos usuários e a necessidade da coletividade em participar dos rumos e decisões do sistema.

Jaime Breihl (2013), vai colocar a determinação social da saúde como uma das três categorias centrais da proposta para uma epidemiologia crítica, como forma de

ruptura com o velho paradigma da saúde apenas como ausência de doenças e vinculada as determinações mercadológicas de grandes planos e serviços de saúde privados. Sobre esse velho paradigma, o autor ainda vai nos dizer que:

De feito, o paradigma da chamada epidemiologia social proposta pela Comissão Mundial da OMS sobre 'determinantes sociais de saúde' é outro causalismo que explica também a ordem abaixo da noção causal. Representa um paradigma de transição crítica porque se abre ao estrutural, rompendo o cerco da visão mais restritiva da epidemiologia convencional, sem que represente uma mudança de paradigma, ao tanto que converte as estruturas sociais em variáveis e não em categorias do movimento histórica da acumulação. Com isto não é possível oferecer uma crítica direta a organização social da sociedade de mercado e suas profundas consequências na saúde; nem analisar o processo radical de acumulação econômica/exclusão social, como eixo de uma reprodução ampliada da inequidade social, nem abordar o metabolismo social da natureza (BREIHL, 2013, p. 18).

O entendimento acadêmico de que a saúde e a doença na sociedade não podem ter suas explicações apenas pautadas diante das dimensões biológicas, ecológicas e patológicas, faz com que esses fenômenos sejam expostos a luz de suas determinações históricas e sociais, enquanto componentes participes dos processos de reprodução social e passíveis de análise e intervenção da realidade. Esse novo paradigma vai orientar as proposições dos movimentos de democratização na saúde, não apenas referente às políticas públicas, mas naquilo que diz respeito a uma totalidade de mudanças que passa o setor e suas implicações em alterações mais profundas em outros setores como Estado, sociedade e instituições.

A luta organizada pelo direito à saúde é a luta por serviços, programas, conquistas materiais e jurídicas que façam se tornar possível a construção de um verdadeiro bem-estar social (FLEURY, 1997; BREIHL, 2010).

Dentro dos serviços de saúde, porém, há muitas vezes um impasse de autoridade que trava a participação popular, pois implicaria em compartilhar saberes e poderes antes reservados apenas as mais altas instâncias do poder político, bem como emancipar a classe trabalhadora para uma maior consciência de seu papel e suas necessidades frente aos serviços organizados e gerenciados pelo Estado burguês (SPOSATI; LOBO, 1992; SORATTO; WITT; FARIA, 2010).

A necessidade desse Estado burguês em propiciar um espaço de participação popular cria um espaço de luta, mais precisamente como já dito, de acirramento entre os mais variados interesses de classes sociais distantes, que deve ser aproveitado

pelos movimentos progressistas, reconhecendo os limites desse espaço e a calcular a possibilidade de repressão, já que Gramsci não nega o poder repressivo do Estado como parte de sua ação, além dos aparatos controlados pela burguesia dentro da sociedade civil.

Como forma de contra-atacar as conquistas, mesmo que condicionadas, da classe trabalhadora na organização e controle dos serviços e políticas públicas, a burguesia constantemente vem realizar várias tentativas em busca de uma extrapolação das relações privadas para a esfera pública, transformando os seus interesses privados em interesses gerais, e na maioria das vezes, conflitantes com as conquistas da participação popular (CORREIA, 2000; EINBENSCHUTZ, 2019). Este fato entra para a dialética das determinações sociais da saúde, que vão e vem entre as dimensões geral, particular e singular: se reproduz do geral para o particular, e é gerada do particular para o geral, expondo as distinções classistas e acirrando o campo da luta de classes para dentro dos mecanismos de controle social (BREIHL, 2013).

2.1 PANORAMA HISTÓRICO DO CONTROLE SOCIAL: EXPERIÊNCIAS PIONEIRAS LATINO-AMERICANAS

Antes de adentrarmos sobre o histórico do sistema de saúde brasileiro, convém abordarmos um pouco algumas experiências pioneiras de controle social na América Latina e que foram importantes para que direitos sociais e políticas públicas fossem implementadas nesse período de substituição de um modelo desenvolvimentista de Estado para um modelo neoliberal influenciado por organismos internacionais a mando do capital financeiro.

O direito a saúde era presente na maioria das constituições nacionais da região durante o período dos anos de 1960 e 1970, que como veremos mais adiante, consagrou a saúde como dever do Estado e um direito importante a ser acessado pelos cidadãos e cidadãs. Embora a carta *magna* argentina não o colocasse diretamente em seu texto, utilizando apenas de noções genéricas de proteção social como “diminuição da pobreza”, outras já o citavam como direito universal e igualitário, com muitas disparidades e definições genéricas que não colocavam a saúde como um direito concreto e disposto na realidade dos cidadãos, o que conforme quadro

descrito por Neto (2003), ocasionaria a seguinte situação de redação em algumas constituições:

Quadro 1– Panorama latino no período anterior aos anos de 1980

País	Situação do “Direito à Saúde”
Argentina	Não presente
Chile	Presente, descrito como universal e igualitário, de dever preferencial do Estado com coparticipação de usuários;
Paraguai	Presente, com direito à saúde pública para todos, porém conforme o texto “assistência médica aos carentes” e estímulo ao setor privado;
Peru	Presente, universal e igualitário, com foco em um sistema nacional descentralizado;
Uruguai	Apesar de presente no texto constitucional, o direito era reservado apenas aos ditos “carentes”;
Venezuela	Presente, com direito universal à proteção e possibilidade de estatização total;
México	Direito universal à proteção, mas assistência apenas aos trabalhadores e dependentes;
Cuba	Direito universal e igualitário, com dever estatal através da organização de uma rede nacional e estatização progressiva;
Nicarágua	Presente, descrito como direito universal e igualitário, sendo dever do Estado.

Fonte: Neto (2003, p. 85-89).

Sobre o controle social, algumas nações da região estiveram na vanguarda da institucionalização da participação popular como mecanismo de poder e soberania da cidadania em alguns setores do Estado e seus vários significados, na realidade do período, estão estritamente ligados com o sentimento de renovação política e democratização que lhes foram embutidos, especialmente no contexto pós-ditatorial na América Latina (BRICEÑO-LEÓN, 1998), onde houve um acirramento em torno da efetivação de direitos sociais e organização da população ao exigir dos novos governos uma mudança de paradigma, não mais ocultando as distensões sociais presentes.

Esses países enfrentaram um forte aparato imperialista e neoliberal, visando em reduzir o tamanho do Estado, onde se tem encontrado vários núcleos de resistência dentro da sociedade, que quer acima de tudo, um Estado que aja como garantidor dos direitos dos cidadãos, entre eles a saúde. Um Estado para servir a coletividade, e não para ser instrumento dos opressores. Lenin (1984) já explicitava essa relação de forças entre os distintos interesses sociais face aos interesses do capitalismo monopolista e do imperialismo quando escreve:

Os monopólios, a oligarquia, a tendência para a dominação em vez da tendência para a liberdade, a exploração de um número cada vez maior de nações pequenas ou fracas por um punhado de nações riquíssimas ou muito fortes: tudo isto originou os traços distintivos do imperialismo, que obrigam a qualificá-lo de capitalismo parasitário, ou em estado de decomposição. Cada vez se manifesta com maior relevo, como urna das tendências do imperialismo, a formação de "Estados" *rentiers*, de Estados usurários, cuja burguesia vive cada vez mais à custa da exportação de capitais e do "corte de cupões" (LENIN, 1984, n. p.).

Na Argentina, a partir da vitória de Juan Domingo Perón, há um movimento de criação de políticas públicas nacionais com uma espécie de “projeto redentor de nação”, onde a harmonia coletiva deveria ser o foco das ações estatais em sua atuação diante da questão social. O forte centralismo personalista do governo peronista, nas figuras do presidente e de sua esposa Eva Perón, organizava os trabalhadores por meio dos sindicatos, mas sem uma função crítica ou de participação popular no controle das políticas públicas, mas reivindicatória diante da problemática em ser instrumento governista (SCHEMES, 2013; LEVITSKY, 2004).

Um projeto de lei do então governo radical de Arturo Umberto Illia, entre 1963-1966, foi pioneiro ao impulsionar o controle social por meio de mecanismos que estimulassem uma consciência coletiva e um sentimento de pertencimento das populações com seus *hospitales de la comunidad*, pequenas unidades de atendimento médico ambulatorial local, compartilhando, como citado no texto da lei, a responsabilidade da saúde do povo por todos os setores, criando os Conselhos de Administração com participação dos usuários (BELMARTINO; BLOCH, 1984).

Todos esses aparatos de controle, bem como o papel dos sindicatos organizados a partir da CGT⁴³, foram extintos ou desmobilizados a partir de 1976 com a tomada de poder pelos militares, dando início a substituição do modelo de Estado peronista voltado ao coletivo, para um modelo neoconservador que privilegiou o autoritarismo e o iniciativa privada na produção e nos serviços (BELMARTINO; BLOCH, 1984).

Com a vitória da revolução cubana em 1959, foi colocada a organização popular e a participação como fundamentais na solução de problemas enfrentados pela ilha no período como educação, saúde e moradia, dificultadas pelo embargo

⁴³ “*Confederación General del Trabajo de la República Argentina*, central sindical argentina criada em 1930 e muito utilizada pelo peronismo para organizar e controlar os trabalhadores” (RASLAN, 2023, n.p.)

econômico criminoso realizado pelo governo dos Estados Unidos (GARCÍA; DÍAZ; GARCÍA, 2019). Os mecanismos de participação popular incentivados pelas lideranças cubanas do período tinham como fundamentos e diretrizes:

Colaboración: cuando la comunidad coopera con las iniciativas planificadas por alguna institución u organización; Ej: en el caso del sector salud, las brigadistas sanitarias refuerzan el trabajo del equipo médico de un consultorio citando a las pacientes a vacunación a las pruebas citológicas, etc; Cogestión: cuando la comunidad participa en la toma de decisiones, pero la hegemonía es médica; Autogestión: cuando los integrantes de una comunidad realizan acciones encaminadas a la solución de sus propios problemas de manera espontánea, sin ser dirigidos por ningún órgano estatal. Ej: la realización del autofocal; Negociación: cuando los miembros de la comunidad están incluidos en el análisis de los problemas, en la toma de decisiones para solucionarlos, en la planificación de las acciones e incluso en su ejecución (deliberación y concertación) (HERNANDEZ; CABALLERO; MUÑOZ, 2019, p. 229).

Como forma de solidificar as propostas, o controle social se tornou garantia do Estado desde a Constituição de 1976, consagrando o direito popular de participar na elaboração, execução e controle do orçamento do Estado, bem como exigir audiências, vistorias, consultas, e formar conselhos e observatórios que estimulem a participação cidadã (GUANCHE, 2014).

Porém, apesar do romantismo acadêmico diante da questão em Cuba, várias dificuldades foram encontradas em criar, no primeiro momento, um ambiente que favorecesse a tomada de consciências das classes sociais envolvidas para que o controle social tivesse uma participação popular objetiva e concreta, e não abstrata ou apenas realizada de forma mecanicista devido a obrigatoriedade de organização da sociedade (HERNÁNDEZ, 2015).

Na Bolívia, a instituição da lei de participação popular posta em vigor no ano de 1994, outorgou uma relativa autonomia de gestão pública dos municípios, ampliando a participação política da população campesina e povos originários, incluindo estratos sociais outrora descuidados pelas estruturas estatais e que poderiam se utilizar, a partir da instituição de conselhos organizados, para colocar suas pautas e anseios em questionamento diante do governo central (STRÖBELE-GREGOR, 1999). A grande dificuldade encontrada para a estruturação deste controle social no país foi a obviedade da diferença de significados, em especial entre as populações mais ao

interior da “Bolívia profunda”⁴⁴, sobre o sentimento e a função da participação popular, partindo de um princípio organizativo de influência filosófica eurocêntrica e democrático-liberal, que tentava fazer um apagamento das experiências das comunidades locais originárias e camponesas, que já organizavam historicamente em suas localidades (OXHORN, 2001).

2.2 HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL

Assim como no restante da América Latina, falar da história dos sistemas de saúde no Brasil é falar basicamente de movimentos de conquistas e lutas, avanços e retrocessos. Dentro do histórico, há a divisão em quatro grandes períodos, com grandes distinções entre as coberturas dadas a população, especialmente as mais atingidas pelo “fenômeno” do pauperismo. Esses períodos podem ser divididos ainda em três grandes eixos quanto a forma de atuação: a etapa campanhista, onde se focou apenas em grandes campanhas focais nas epidemias dos grandes centros; a etapa previdenciária, com financiamento direto por meio de desconto dos salários, algo semelhante à forma de previdência utilizada após a Alemanha bismarckiana; e a etapa universalista com atuação privada suplementar, onde o financiamento seria solidário por meio do recolhimento de impostos. Independente do período, o modelo de saúde atua com características previdencialistas/assistencialistas, onde predomina a relação clientelista e velho paradigma da saúde como ausência de doenças; privatistas, voltada a aquisição de planos privados; e universalista, aprofundada no período atual (BRAVO, 2008).

No final do segundo império e começo da nascente república temos o primeiro modelo, chamado de Campanhista ou Higienista-Campanhista. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas, e por isso os nomes que definem o período: “campanhista” por estar vinculado apenas a ações episódicas sobre epidemias e “higienista” pois também era buscado sanear as cidades, ou seja, fazer sua “higienização”. O objetivo principal era o de prevenir doenças através de campanhas de vacinação e higiene nos

⁴⁴ “Profundo”, portanto, é, a um só tempo, o que se encontra muito antes (no tempo), abaixo (na sociedade) e dentro (na psique); ou seja, é, simultaneamente, o ancestral, popular e inconsciente” (SANTOS, 2020, p. 53).

grandes centros e cidades portuárias, bem como a intervenção pública sobre os espaços urbanos.

A mobilidade interna (migração) e a externa (imigração) propiciaram a introdução de doenças e hábitos novos trazidos por pessoas, animais, vetores e alimentos, os quais afetavam a saúde da população, em especial os trabalhadores, acarretando prejuízo para a produção e o consumo de bens e serviços. Por isso, se fazia necessário o controle das estradas de ferro e dos portos, onde ocorriam as trocas, para manter a saúde das pessoas e dos lugares, bem como sanear as cidades, colocando as populações consideradas “indesejáveis”⁴⁵ para fora dos centros urbanos e formando guetos populacionais, que logo virariam os subúrbios.

A vacinação obrigatória e, depois, as campanhas sanitárias podem ser entendidas como esboços dessas políticas públicas, por sua especial importância para a economia agroexportadora, pelo controle dos portos e das estradas de ferro. A obrigatoriedade de vacinas como a varíola, por sua imposição na população, dificultou o trabalho dos sanitaristas devido à falta de conhecimento ou por não concordarem com ações arbitrárias e obrigatórias do Estado, gerando episódios como a Revolta da Vacina⁴⁶. Nos últimos anos do século, a questão saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário, especialmente motivado por imigrantes italianos e espanhóis vinculados ao anarquismo, nos centros urbanos de São Paulo e Rio de Janeiro (BRAVO, 2008; PORTO, 2003).

A partir dos anos de 1920, as revoltas populares da época pressionavam o Estado por ações mais efetivas na saúde, especialmente devido movimentos grevistas e de reivindicações dos operários por mais direitos sociais. Foi assim que em 1923, na fase final da chamada “República Velha”⁴⁷, o chefe de polícia e deputado federal Eloy Chaves propôs uma lei que regulamentava a formação de Caixas de Pensão, as CAPs, para algumas organizações trabalhistas como os ferroviários e os trabalhadores de portos/navios mercantes, onde, porém, o atendimento médico e

⁴⁵ “Negros, japoneses e judeus, assim como idosos e deficientes, não estavam nos padrões estabelecidos e eram recusados como “indesejáveis” (HAAG, 2012, n.p.), podendo citar também os migrantes que viviam em condição de miséria e anos depois, os usuários de drogas.

⁴⁶ Ocorrida no Rio de Janeiro em 1904, insurreição da população contra a campanha de vacinação obrigatória da varíola, posta em prática de maneira policalesca e liderada pelo sanitarista Oswaldo Cruz (PORTO, 2003).

⁴⁷ Primeiro momento da república, de 1889 até 1930, caracterizado pela corrupção sistêmica, a desigualdade social e acirramento de classes nos centros urbanos, e uma política de transição do executivo marcada pelo domínio das oligarquias paulista e mineira.

hospitalar seria restrito aos que podiam pagar e aos assegurados por ela (PITTA, 2010).

As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las, devido ao alto custo operacional e de manutenção dos serviços de saúde e de pensão.

O presidente das CAPs era nomeado pelo Presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração, por meio de um conselho de gestão, o que demonstrava uma exacerbação das relações público-privadas já nesse período histórico. Os benefícios eram proporcionais às contribuições dos/as trabalhadores/as e foram previstos em seus planos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral (BRAVO, 2008).

A instituição dessa lei dará a gênese ao novo momento, chamado de Previdenciário/Assistencialista, que vigorará até a fase final da ditadura militar imposta em 1964 e início do processo de redemocratização nacional no começo dos anos de 1980, e que tem basicamente como grande característica a exclusividade de acesso ao sistema de saúde aos contribuintes da seguridade social, seja no momento inicial pela CAPs, seja após pelos Institutos de Previdência (GIOVANELLA, 2012).

A partir dos anos de 1930, com a emergência do capitalismo nacional e período de pânico com a assistência social na etapa posterior à crise de 1929, o governo Vargas⁴⁸ promoveu uma ampla reforma política e administrativa nas pastas do executivo e nas políticas públicas. Criou o Ministério do Trabalho, com os sindicatos vinculados, e efetuou uma ampla legislação trabalhista. Com isso, regulamentou a relação entre capital e trabalho, e o Estado sedimentou as bases necessárias para que as condições econômicas do país saltassem para uma esta nova etapa.

É dessa época, a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, que possibilitou a centralização das políticas públicas sob a coordenação do governo federal. Dentre as políticas sociais criadas no período, foi instituído o Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP) como o novo modelo de organização previdenciária substitutiva das antigas CAPs. Esse novo modelo era organizado por categoria profissional e administrado pelo Estado, ampliando o acesso dos trabalhadores

⁴⁸ Getúlio Dornelles Vargas (1882-1954): político brasileiro, tendo sido presidente entre 1930-1945 (ditadura do Estado Novo) e 1951-1954 (FRAZÃO, 2023d).

urbanos aos serviços médicos, desde que fossem regularizados pela Consolidação das Leis Trabalhistas⁴⁹, ou seja, fossem trabalhadores e trabalhadoras formais, o que excluía do modelo os indigentes, imigrantes recém-chegados, e a grande massa de trabalhadores/as informais e rurais (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008; PORTO, 2003).

A grande característica dos sistemas previdenciários, no que tange os serviços saúde, é assistir apenas a parcela contributória da população, relegando os demais as seguintes opções: pagar pelo serviço privado; depender da caridade e das Santas Casas de Misericórdia, na grande maioria das vezes restrito apenas aos centros urbanos; e utilizar os saberes populares, que boa parte das vezes não consegue ser efetivo nas relações doença-cura.

Em 1964, com apoio do imperialismo estadunidense e seus aliados, ocorre o golpe militar sobre a presidência de João Goulart e se dá início a um dos períodos tenebrosos da nossa história. Observou-se, a partir daí, um forte controle do Estado sobre o conjunto da sociedade e a escalada da dominação burguesa, com o intuito de exercer sua hegemonia de modo a consolidar o capitalismo monopolista em nosso país (BRAVO; CORREIA, 2012).

Em 1966, por força do regime ditatorial, os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), originando um novo sistema previdenciário para todos os brasileiros que estivessem inseridos no mercado de trabalho, aglutinando formas de assistência social relacionadas, com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) sendo responsável pelo serviço de saúde (BRAVO, 2008).

Nesse período, o sistema nacional de saúde brasileiro viveu uma crise que se agudizou por insuficiência de recursos humanos, má distribuição espacial da rede de serviços, falta de coordenação, inadequação do cuidado às necessidades da população e às demandas dos profissionais de saúde. Ineficiência e ineficácia⁵⁰ marcavam as ações que não atendiam ao perfil de adoecimento e morte que se

⁴⁹ Decreto-Lei nº 5.542, de 1º de Maio de 1943.

⁵⁰ “Em razão do desenvolvimento de Estados de bem-estar social a partir da segunda metade do século XX, as administrações públicas passaram a ser responsáveis por uma demanda cada vez maior de prestação de serviços públicos para a sociedade, ao mesmo tempo em que também lhes foram impostas restrições orçamentárias, o que elevou as pressões por aumento da eficiência dessas organizações. Nesse contexto, constituiu-se um movimento reformista do Estado para um modelo de gestão gerencial, que se tornou conhecido como Nova Gestão Pública (New Public Management – NPM), que prescreveu ao setor estatal inúmeros aspectos da administração de empresas privadas, consideradas um modelo de virtude e eficiência, como gestão orientada por resultados, redução de custos e programas de desestatização” (OLIVEIRA; AZEREDO, 2021, p. 36-37).

delineavam. Além disso, somente parte da população tinha acesso a esse sistema, pois seguia-se o padrão de apenas os contribuintes da seguridade social serem assistidos pelo sistema de saúde. Havia, portanto, muita insatisfação por parte da população, dos/as profissionais de saúde, pesquisadores/as, estudantes e outras instituições da sociedade civil, que propunham uma série de saídas para resolver os problemas identificados e buscar a redemocratização do país e a universalização do direito à saúde. Nasceu, assim, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que se colocava como a base para a instituição de um Sistema Único de Saúde (BRAVO, 2008).

Nesse contexto, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira apontou algumas direções que sustentavam a formulação de um novo sistema: a primeira delas tinha a saúde como direito de todo cidadão, independentemente de o indivíduo ter contribuído para esse fim, sendo trabalhador/a rural ou desempregado/a. Em outras palavras, não se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro/a do acesso à assistência pública de saúde.

A segunda direção que sustentou a formulação de um novo sistema de saúde, no Brasil, foi o reconhecimento de que as ações de saúde deveriam garantir o acesso universal da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo, até então separadas entre saúde e previdência, e que estas deveriam estar integradas em um único sistema.

A terceira direção, apontava para a descentralização da gestão, com o intuito de se tornar mais próxima da população sob sua responsabilidade (população adscrita); e a quarta criava os mecanismos de controle social, como forma de fiscalizar as ações de saúde, em todos os seus níveis, para melhor atender aos problemas e às necessidades de saúde da população.

No sentido de articular estes pontos fundamentais para o desenho de um novo modelo de saúde no país, há que se destacar a 8ª Conferência Nacional de Saúde, um marco decisivo no processo de democratização da saúde. Realizada em 1986, caracterizou-se como um dos momentos mais importantes de luta pela universalização da saúde no Brasil e contou com a participação de diferentes atores sociais implicados na transformação dos serviços de saúde. Teve a participação de professores, profissionais da área de saúde, movimentos populares de saúde, sindicatos, e até grupos de pessoas não diretamente vinculados à saúde. O conjunto dessas forças impulsionou o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira até a

promulgação da Constituição Federal de 1988, na qual a Reforma Sanitária Brasileira deixou forte marca no que se refere à saúde, cujos objetivos eram: universalidade do acesso, equidade nas ações, integralidade do cuidado, descentralização dos serviços de saúde e participação popular na tomada de rumos e gestão (PAIVA; TEIXEIRA 2014).

Porém, havia nesse período, tensionamentos em torno da criação de uma lei, mais além dos artigos constitucionais, que de fato criasse uma garantia universal de acesso à saúde, e que justamente no confronto de ideias, ficou evidenciada a falta de consenso no que tange a forma de financiamento do futuro sistema e como deveria ser a participação popular no controle do mesmo.

2.3 FORMAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE: DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE À LEI 8.142/1990

O chamado movimento sanitário brasileiro, também conhecido por Movimento da Reforma Sanitária, teve como características fundamentais, por um lado, a inserção da luta pela saúde no movimento mais global de democratização da sociedade brasileira, ainda sob a ditadura militar, e, por outro, uma estratégia de atuação diversificada, em várias frentes, decorrente tanto do conceito “ampliado” de saúde que lhe servia de base, inspirado pelo movimento das novas definições de saúde, como abordado anteriormente, da OMS nas décadas de 1960 e 1970, quanto da visão político-ideológica que predominava entre os seus militantes, a maioria vindo de partidos políticos e movimentos progressistas de esquerda⁵¹.

Neste período, além dessas ações correntes, que ora serviam para desestabilizar algumas propostas para reformar o sistema de saúde nacional, e, em outro momento, para incentivá-las, foram realizados os primeiros debates abertos e organizados oficialmente, sobre a saúde, no espaço conquistado pelo movimento junto as comissões de saúde nos poderes legislativos de entes federativos e em encontros que debatiam o direito a saúde e às políticas sociais. Um desses primeiros encontros, realizado em 1979, ocupa um papel real e simbólico pela precedência histórica no lançamento do projeto do Sistema Único de Saúde: um simpósio,

⁵¹ Destaque no período para os militantes do Partido Comunista Brasileiro (PCB); Partido Comunista do Brasil (PCdoB); alas de centro-esquerda e sociais democratas vinculadas ao Movimento Democrático Brasileiro (MDB); o movimento em torno do trabalhismo, liderado por Leonel Brizola e o recém fundado Partido dos Trabalhadores (PT) (MANEGUELLO; AMARAL, 2022).

organizado pelo CEBES⁵², mas realizado com uma ampla representação institucional que lhe conferia legitimidade, teve suas principais discussões e conclusões centradas nas pautas da reforma sanitária (FLEURY, 1997; BRAVO, 2008).

Esse simpósio, além de críticas ao modelo vigente de cunho previdencialista, assumia um caráter de propostas, ao apresentar o projeto de nova orientação do sistema de saúde brasileiro, com base na descentralização, na integração entre instituições, na regionalização e hierarquização da rede assistencial, e na participação popular por meio do controle social, com ênfase nas ações básicas de saúde e de atenção primária, categorias que se transformariam, depois, em princípios e diretrizes do SUS (FLEURY, 1997).

Foi nesse contexto que os movimentos relacionados à saúde, lugar onde se insere nosso objeto de estudo, tiveram uma mudança relativa de perspectiva no rumo da Nova República, que nascia após um período longo de violência institucional motivada pela ditadura militar.

Em 1988, ano em que foi aprovada a nova Constituição Federal, apareceria um artigo que definia a participação popular como membro necessário e formador de opiniões nas reuniões e conferências sobre saúde, educação, política etc. Como consta no artigo 198 da Constituição Federal (1988):

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 1988, n.p.).

Foi então aberta uma via para que o público acompanhasse as decisões do governo, que na sequência, seria refinada até a forma do controle social que conhecemos hoje. Essa iniciativa demonstrava o propósito de transparência e, assim, contrapor-se como política de Estado ao antigo governo autoritário do regime militar. Assim, o Movimento de Reforma Sanitária na década de 1980 foi um dos principais contribuintes para a então 8ª Conferência Nacional de Saúde, ter sido notabilizada como aquela cuja maior diferença seria a participação popular.

⁵² “Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, instituição civil sem fins lucrativos, de âmbito nacional, fundada em 24 de setembro de 1976 com a missão histórica de lutar pela democratização da sociedade e pela defesa dos direitos sociais, em particular o direito universal à saúde” (CEBES, 2023, n.p.).

A ação popular foi incisiva para lutar pela democracia e pelos direitos que foram obtidos durante a redemocratização Constitucional de 1988, período em que a população ganhou mais espaço. Pensando nisso, entende-se que é preciso aproveitar esses espaços para que os movimentos sociais e as pautas populares possam se tornar visíveis e que os movimentos sociais possam pressionar as esferas de poder, sabendo que é necessário que aproveitem as mobilizações, fóruns, conferências e outras formas de manifestação, utilizando essas ações para que tragam para a agenda pública as problemáticas sociais e acirramentos de classe (VICENTE, 2019).

A Conferência Nacional de Saúde, em sua oitava edição, que aconteceu em 1986, em Brasília, contou com a presença de mais de quatro mil pessoas, dentre as quais estavam vários atores sociais presentes, lideranças comunitárias e pessoas de todos os setores sociais. A população presente se empenhava em chegar mais próximo das decisões do governo e contribuir com a discussão sobre saúde e na possibilidade real de poder alterar o sistema vigente e suas distorções de forma e atuação. De acordo com o Relatório final da Conferência, o debate entre os ministros, delegados e, principalmente, a população presente, garantiu que as partes interessadas na questão fossem ouvidas, promovendo, assim, mesmo que de maneira de certa forma condicionada, a democracia na elaboração do que se seria a base constitucional do SUS. Dessa forma, podemos entender que a participação popular influenciou na tomada de decisões para a formação de um sistema nacional de saúde que estivesse em consonância com o novo paradigma de colocar a saúde além da ausência de doenças, mas sim, como um fato social que se relaciona com as determinações sociais.

A oitava conferência tinha como objetivo discutir a definição de saúde como um direito de todos e dever do Estado em fornecê-la, bem como uma reformulação ampla do sistema nacional de saúde, criando um ambiente que possa dar lugar a um sistema capaz de dar suporte a todo profissional de saúde e de atingir toda a população, assim como tratar de esclarecer o financiamento do setor, separando-o da previdência social.

Esses foram objetivos traçados pela comissão organizadora para pautar os debates, mas nem tudo aconteceu com facilidades. O engajamento da sociedade nas políticas públicas de saúde refletiu por mais alguns anos até ser legitimado por lei, através da democratização da saúde na Constituição Federal de 1988, por meio dos

artigos 196 ao 200, ou seja, a participação popular passou a ser reconhecida pelo governo, passando a fazer parte das discussões sobre saúde.

Mais tarde, os movimentos sociais de Reforma Sanitária e demais lutas pela democracia acabaram requerendo um dos principais temas discutidos na conferência, que foi a criação do SUS, em 1990, seguindo os moldes da universalidade, equidade e integralidade, através da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que diz em suas disposições gerais:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990, n.p.).

O SUS nasceu, então, a partir da luta coletiva por melhores condições de saúde, principalmente para melhorar as condições de desigualdades sociais e promover ações efetivas que alcançassem todas as classes sociais, independente de contrapartida de cofinanciamento ou não, como era no sistema de caráter previdenciário, transformando o sistema de saúde brasileiro de um caráter excludente, para um caráter universal. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, que deu a base teórica para a origem ao Sistema único, utilizou os princípios discutidos durante a intervenção popular e manifestação dos interesses sociais em criar um sistema que, de fato, fosse para todas e todos. Partindo da relação saúde-democracia, colocado por Arouca⁵³ (1986), começaria a surgir uma classe atuante nas políticas de saúde e que exercia seu papel dentro dos conselhos de saúde que seriam criados mais adiante. Em uma das chamadas para a Conferência, um apresentador diz o seguinte:

⁵³ Antônio Sérgio da Silva Arouca (1941-2003): médico sanitarista e militante político brasileiro, presidiu a 8ª Conferência Nacional de Saúde e foi a mais destacada liderança do Movimento pela Reforma Sanitária (VALVERDE, 2023).

Claro, saúde é dever do Estado, um direito do cidadão, não termina mesmo que você esteja desempregado. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde vamos definir esta e muitas outras questões para que todos os nossos direitos ligados à saúde sejam garantidos. Através dos nossos sindicatos e associações, vamos estudar a melhor maneira de organizar o setor de saúde. Não dá mais pra continuar empurrando a miséria com a barriga! (OITAVA CONFERÊNCIA, 2009, n.p.).

Na fala vinculada a propaganda da Conferência, é explícito o desejo que a participação popular não fosse meramente figurativa ou peso morto, mas sim ordinal e proativa, até mesmo como uma forma de pressão social sobre uma composição legislativa conservadora, e que se manteve da mesma forma durante a Assembleia Constituinte⁵⁴, onde a participação popular foi mais do que necessária para avançar pautas progressistas para o período, como o próprio sistema universal de saúde.

Para a composição de delegados da Conferência foram escolhidos/as e/ou indicados representantes de instituições, organizações e entidades segundo critérios definidos internamente por cada uma delas. Em um primeiro momento, a comissão organizadora havia previsto que durante a Conferência os trabalhos de grupo dos delegados aconteceriam separadamente dos participantes e que estes teriam direito à voz em plenário, mas apenas os delegados votariam. No entanto, em função da reivindicação dos/as participantes, esta decisão se modificou e determinou-se que os participantes também se reuniram em grupos, apresentariam seus relatórios e uma comissão constituída por relatores dos dois grandes grupos (delegados/as e participantes) compatibilizaria o relatório final a ser aprovado em plenário. No entanto, a questão da proporcionalidade das diferentes categorias representantes gerou diversos conflitos e houve a necessidade da convocação de uma plenária extraordinária para a discussão do assunto.

O setor privado prestador de serviço contratado e autônomo sentiu-se prejudicado e ausentou-se da Conferência alegando que sua participação era desproporcional em relação à participação da sociedade civil, porém, segundo Arouca, naquele momento o fundamental era escutar os/as trabalhadores/as e os/as usuários/as, historicamente a massa mais atingida pela falta de um sistema universal de saúde no Brasil. Portanto, dentro das quinhentas vagas destinadas à sociedade

⁵⁴ Composição da Assembleia Constituinte (1987-1988): Bancada Governista composta por PMDB – 303; PFL – 135; PDS – 38; PTB – 18; PL – 7; PDC – 6; PSC – 1; PMB – 1. Bancada Opositora composta por PDT – 26; PT – 16; PCB – 3; PCdoB – 3; PSB – 2 (CAMARA DEPUTADOS, 2023).

civil, foi dado um grande peso aos trabalhadores/as e as associações de bairro, distribuídas da seguinte forma, conforme descrito por Rosário (2015): 50 vagas a Confederação Nacional da Classe Trabalhadora; 50 vagas a Central Única dos Trabalhadores; 50 vagas a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura e 50 vagas para a Confederação Nacional das Associações de Moradores.

Já as outras trezentas vagas foram distribuídas entre instituições da sociedade civil que de alguma forma poderiam contribuir com propostas para a reformulação do Sistema de Saúde do Brasil, tais como representantes de instituições religiosas (como as Santas Casas e congregações religiosas de cunho assistencial), representantes dos direitos da mulher, entre outros. Os outros 50% das vagas foram atribuídas ao setor saúde, com peso nos trabalhadores e trabalhadores da saúde, seus sindicatos e conselhos de classe, além da participação de representantes de empresários e grandes conglomerados de assistência à saúde. Todos os ministérios foram representados, desde o ministério da saúde até o ministério das forças armadas, passando pelos ministérios econômicos e todas as instituições que a nível estadual, municipal ou da união tratavam da saúde, reforçando o caráter transversal das discussões. Esse movimento de busca de articulação com outros ministérios pode ser considerado como indício importante de tratar a saúde de uma forma ampliada e não mais de forma setorializada, como algo à parte dos demais movimentos socioeconômicos (ROSÁRIO, 2015).

Embora a 8ª Conferência não tenha feito propostas específicas de textos para a nova Constituição, definiu o quadro de referência que passaria a informar, a partir de então, o conjunto de sugestões e reivindicações que o movimento da reforma passaria a fazer junto ao processo constituinte, como fora de pressão para a redação do texto. É importante ainda recordar que as conclusões da Conferência, embora altamente representativas da sociedade brasileira no seu conjunto, não conseguiram consenso no interior do movimento social na área da saúde, por duas vias extremas: uma, pela não inclusão das teses do setor privado de prestação de serviços de saúde que mesmo convidado, negou-se a participar da conferência de forma efetiva, pois enxergava a realização da conferência como uma afronta aos seus interesses; outra pela derrota da tática da “estatização imediata” dos serviços, defendida pelos setores sindicais ligado à CUT e pelo PT e PDT. Ainda, segundo Fleury (1997), o relatório da conferência contemplaria as seguintes proposições:

De acordo com o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, as seguintes questões podem ser consideradas centrais à Reforma Sanitária e definidoras dos novos rumos da política nacional de saúde, e devendo estar asseguradas constitucionalmente: O conceito de saúde, referido não apenas à assistência médica, mas relacionado com todos os seus determinantes e condicionantes, como: trabalho, salário, alimentação, habitação, transporte, meio ambiente, entre outros; o direito universal e igualitário à saúde; o dever do Estado na promoção, proteção e recuperação da saúde; a natureza pública das ações e serviços de saúde; a organização das ações do Estado em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema Único de Saúde gratuito, descentralizado para Estados e Municípios, sob controle social; subordinação do setor privado às normas do Sistema Único e, quando necessário, contratado sob as normas do direito público; diretriz de estatização progressiva; desvinculação do Sistema de Previdência Social, com financiamento autônomo, preservada a gradualidade na substituição das fontes previdenciárias; estabelecimento de pisos de gastos (FLEURY, 1997, p. 70).

Se o contexto de crise econômica e democratização nos anos 1980 havia contribuído para o debate político da saúde no período de consolidação dos princípios do SUS, a ver como descrito na constituição: equidade, integralidade e universalidade, nos anos 1990 a concretização desses princípios gerou tensões contínuas em um momento em que a concepção de Estado mínimo, ditada pelo neoliberalismo em ascensão na Europa e nos EUA, propunha restringir a ação do Estado na regulação da vida social.

A onda conservadora de reformas no plano político, econômico e social dos vários países repercutiria fortemente no Brasil, reforçando as tendências de adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase, a partir de 1994, na estabilização da moeda; privatização de empresas estatais; adoção de reformas institucionais fortemente orientadas para a redução do tamanho e das capacidades do Estado.

O SUS encontraria, nesse contexto, seu primeiro estrutural cenário de crise: a luta entre a ampliação dos direitos sociais e os cortes de financiamento e privatizações dos setores públicos influenciados por Washington e seus organismos de pressão (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). A partir dos empréstimos realizados pelo governo brasileiro

nos anos de 1990 junto ao Banco Mundial⁵⁵, com maior aporte financeiro ao campo da saúde, as diretrizes da instituição ficaram evidentes na forma de encarar o financiamento público do SUS, entre elas podemos citar a limitação dos serviços públicos as consideradas “tarefas essenciais” (regulamentação, promoção e educação em saúde), com a defesa da participação da rede privada como complementar e prestadora, a partir das duras críticas à preferência dada pela Constituição de 1988 à instituições filantrópicas e sem fins lucrativos, partindo do princípio da ineficiência estatal diante da “eficiência” privada (RIZZOTTO, 2000).

Também coube ao Banco Mundial incentivar a criação dos mecanismos de controle social, como forma de fiscalizar os recursos obtidos, fomentar a descentralização do sistema, mas aquém do texto constitucional, transferir para a comunidade a responsabilidade pela atenção à saúde, transferindo competências exclusivas estatais, que na visão da instituição financeira seriam fruto de uma pretensa cultura de centralismo paternalista:

No Brasil, a cultura política de centralismo paternalista tem gerado, nas comunidades, a esperança de que venham a ser beneficiárias de instalações e serviços “gratuitos” pelo Estado. A atribuição de poder às comunidades também significa que elas devem aprender a distribuir e utilizar racionalmente os recursos. (...) A cobrança aos usuários, tanto direta como através de impostos locais, é um instrumento essencial para a fixação de prioridades. (...) O fim de um modelo político paternalista e centralizado abre caminho para respostas criativas em todos os níveis de governo, pelo setor privado, por organizações não governamentais e, individualmente, pelo cidadão (BANCO MUNDIAL, 1991 apud RIZZOTTO, 2000, p. 173).

Com base no exposto, podemos dizer que o arcabouço jurídico-legal que institui o direito à saúde em nosso país, composto da promulgação da nova Constituição e que depois seria inserido nas constituições estaduais e na Lei Orgânica de cada município, a Lei nº 8.080/1990 demonstra um avanço no sentido de uma nova concepção da saúde, compreendida como um produto social e histórico condicionado pelas circunstâncias de vida e de trabalho das pessoas, e como o nosso sistema deveria se pautar em princípios e diretrizes que consagraria a saúde como um fato

⁵⁵ “Com sede em Washington (DC, EUA), instituição financeira internacional com foco no empréstimo a países da periferia do capital, mais conhecidos por ‘em desenvolvimento’. Em 2010, os países com maior poder de voto na instituição eram: Estados Unidos (15,85%); Japão (6,84%); China (4,42%); Alemanha (4,00%); Reino Unido (3,75%); França (3,75%) e Índia (2,91%), o que demonstra uma hegemonia dos países centrais do capitalismo nas votações e na definição de metas e parâmetros a serem observados pelos devedores” (VESTERGARD, 2010. p.43).

social condicionado às variáveis determinações sociais impostas: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação popular, e entre outros.

Também, seria consagrada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece as instâncias colegiadas e participativas no campo da saúde, onde a participação se valeria como mecanismo de ação: A Conferência de Saúde⁵⁶, que deve se reunir a cada quatro anos, a nível nacional, estadual e municipal, para avaliar e propor as readequações na política de saúde, e cuja composição envolve diferentes representações sociais; o Conselho de Saúde, como órgão gestor de caráter permanente, com representação dos vários segmentos envolvidos na produção, gestão e usufruto da saúde; o Conass e o Conasems (FLEURY, 1997).

Os conselhos de saúde teriam como foco a organização municipal, devido a aproximação com os sujeitos e base direta com a aplicação do princípio da descentralização. Sua composição teria 50% dos membros provenientes dos usuários do sistema⁵⁷, e a outra metade dividida entre 25% para os trabalhadores da saúde⁵⁸ e 25% para representação da gestão do executivo e prestadores privados, como serviços credenciados e hospitais privados de referência.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990, n.p.).

Os anos de 1980 trouxeram para o cenário nacional uma nova forma de participação, que passa a ser praticada através de gestões colegiadas e

⁵⁶ “Desde a ruptura democrática de 2016, são evidentes os ataques que a institucionalidade democrático-participativa em nível federal vem sofrendo por parte do governo, primeiro com Temer, e mais intensamente ainda com Bolsonaro ao longo deste ano de 2019. Como vem sendo amplamente analisado pela Plataforma Democracia e Participação, diversas conferências nacionais deixaram de ser convocadas nos últimos anos, ao mesmo tempo que conselhos de políticas públicas estão sendo fechados ou então profundamente enfraquecidos, o que tem provocado enorme retrocesso no que se refere ao direito da sociedade organizada em participar ativamente dos debates e decisões sobre políticas públicas” (TRINDADE; GUARESCHI, 2023, n.p.).

⁵⁷ Representados coletivamente por entidades populares como associações de moradores, pastorais, e entre outras.

⁵⁸ Aqui cabe ressaltar um equívoco comum: são representações de todas e todos os trabalhadores da saúde e não apenas vinculados ao SUS como servidores ou prestadores diretos. Essa situação muitas vezes impede a participação de trabalhadores do mercado privado, tanto nos conselhos, quanto nas conferências.

representativas e a ser vista como direito de cidadania em participar da gestão estatal das políticas públicas. Essa participação institucionalizada produzia militantes que desenhavam um sistema único e descentralizado de saúde garantindo espaços institucionais de participação da sociedade na gestão da saúde, por meio dos conselhos de gestão, com foco na municipalização das discussões (ROSÁRIO, 2015).

Nesse período, foi de extrema importância que o modelo mudasse de uma abordagem curativa para ações preventivas e que se propusessem incentivar a promoção à saúde, tendo como ponto central o indivíduo e os determinantes sociais de saúde (DEMEU et al, 2019).

A participação popular em saúde ficou estabelecida no Art. 198 da Constituição, e foi regulamentada através Lei 8.080/90 e complementada pela Lei 8.142/90, que fixou a prática do controle social mediante um movimento que passa por Conferências e Conselhos de Saúde, configurando um novo padrão de representatividade na construção, operação e gestão das políticas sociais, especificamente as de saúde (WESTPHAL, 1992).

Os Conselhos de Saúde têm função ampla, com caráter permanente e deliberativo, devendo atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde da instância federativa correspondente. O papel fundamental dos Conselhos é exercido nas decisões quanto às prioridades sanitárias e à fixação de diretrizes para a atuação do Executivo na atenção à saúde da população (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009).

Na situação brasileira, estas condições são afetadas pelas escalas decisórias e recortes territoriais que compõem a estrutura federativa do país. Neste sentido, o município é um recorte espacial possível para a análise porque ele é um espaço político, uma escala de ação e um território onde se encontram organizadas as condições materiais e simbólicas do cotidiano social.

Cabe ainda destacar que, o espaço brasileiro é marcado por fortes disparidades: de povoamento, de atividades produtivas, de distribuição de renda, de educação, de equipamentos sociais, e entre outros, além de ser recortado em unidades federativas, estados e municípios, de tamanhos muito variados. Esta diferenciação existe também em relação à disponibilidade de equipamentos sociais à disposição da sociedade e em relação às características dos espaços políticos que reúnem as condições essenciais para que a cidadania seja exercida (CASTRO, 2003).

3 ATUALIDADES, AVANÇOS E RETROCESSOS NO CONTROLE SOCIAL DA SAÚDE

A evolução do controle social no Brasil, embora garantido como diretriz organizativa do SUS⁵⁹, ainda passa por processos, avanços e retrocessos quanto a sua forma de atuação e o desafio de inserir uma efetiva participação popular que não seja meramente figurativa ou institucionalista, dentro dos limites impostos pela democracia burguesa. Construir uma carta *magna* que, ao menos textualmente, priorizasse o ser humano diante das estruturas Estatais e disporia de direitos e garantias fundamentais que promovessem a proteção social dos sujeitos foi de extrema importância para o avanço republicano mais efetivo em temas antes negligenciados pelo poder público no que tange não só a saúde, mas também a educação, trabalho, direitos humanos, cidadania, previdência, e entre outros (SANTOS, 2018).

Após o movimento da Reforma Sanitária apresentar a necessidade do controle social como um conjunto de lutas para democratizar a gestão do sistema de saúde no Brasil, o projeto societário em disputa no período pós-constituente expôs as tentativas do ideário neoliberal, a partir das orientações do Banco Mundial, em conduzir um esvaziamento e despolitização do controle social como mecanismo de participação popular na organização de uma política de Estado, tirando a exclusiva atribuição Estatal em garantir o direito a saúde, mas exigindo uma corresponsabilidade da sociedade civil em seu fornecimento.

Há que se considerar que a participação social passa de um status de proibição, no período da ditadura, a um status de obrigatoriedade, impulsionado por um arcabouço legal assegurado na Constituição de 1988, fruto de lutas sociais. Esta mudança ocorre em um contexto bastante diferente. Enquanto existia uma conjuntura de mobilização e efervescência política crescente nos anos de 1980, em que a sociedade civil era hegemônica por forças progressistas, as décadas seguintes são marcadas por um progressivo refluxo dos movimentos sociais, no contexto de reestruturação capitalista, receituário neoliberal e de consequentes contrarreformas do Estado (BRAVO; CORREIA, 2012, p. 132).

Dentro da linha de redefinição do papel do Estado, a denominada contrarreforma, sob orientação do Banco Mundial, propôs a descentralização como

⁵⁹ Leis Federais nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990.

deslocamento de responsabilidade para a sociedade, e a mesma, passa a ser corresponsável pelos serviços e pela gestão pública por meio da “participação da comunidade”, não como gestora coparticipativa junto com os demais segmentos expostos na Lei 8.142/1990⁶⁰, mas como fornecedora direta dos serviços. A estratégia apresentada é a busca de parcerias com a sociedade civil para que esta assuma os custos da crise, repassando-se assim a responsabilidade pela prestação de serviços sociais de competência do Estado para Organizações Não Governamentais, instituições filantrópicas, comunitárias, entre outras. Desta forma, o Estado reduz o seu papel de prestador direto, reorientando sua intervenção como regulador e provedor financeiro da burguesia (BRAVO; CORREIA, 2012).

O ataque dos organismos financeiros internacionais vem diretamente ao princípio da universalidade, com uma visão filantrópica das políticas públicas importada do ideário neoliberal estadunidense que coloca a focalização das ações pautadas nas populações vulneráveis e na crescente privatização dos serviços públicos, como forma de voltar o velho paradigma estatal em expor sua função como mero balcão de negócios da burguesia, tirando da classe trabalhadora o seu papel de disputa do projeto societário. Conforme observa Matos (2021, p. 31):

O Sistema Único de Saúde é uma conquista da população brasileira, mas desde a sua criação vem enfrentando diversos boicotes. O Banco Mundial, em diversos documentos, critica a universalização do acesso do SUS, chegando a afirmar que em virtude da desigualdade social é um problema, que se deveria priorizar no SUS o atendimento à população, na linguagem desse órgão, mais vulnerável. Assim, indica a focalização, a quebra de universalidade e ampliação da privatização como alternativa. Naturalmente, sabemos que isso se trata de um engodo, pois na realidade, o Banco Mundial, articulado com as necessidades do capital, não pode conceber que a saúde, enquanto um nicho de mercado altamente lucrativo, seja um direito social para toda a população.

Entre um dos ditames impostos pelas organizações financeiras internacionais durante esse período de ataque do neoliberalismo às nações da periferia do capital⁶¹, governos como o de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) colocaram o controle

⁶⁰ Representações de usuários do sistema de saúde (50%), trabalhadores da saúde (25%), gestão pública e prestadores privados (25%).

⁶¹ “Para a periferia, a imposição de relações capitalistas vindas do centro pode combinar um alto grau de desenvolvimento das forças produtivas e, relações sociais e de produção ainda bastante atrasada. Ou seja, os países periféricos absorvem alguns avanços, se adequa a expansão da modernidade, mas também conservam traços arcaicos o que confere o caráter particular dessas formações sociais” (UNESP, [s. d.], p. 2.)

social como medida de aumentar a transparência pública e de fomentar o controle sistêmico da corrupção no orçamento público, porém, ainda assim de maneira acrítica e esvaziada de poder político, incentivando sucessivos cortes no financiamento das políticas públicas como forma de manter as finanças estatais⁶² e seus recursos de maneira exclusiva da burguesia, criando até mesmo novas formas de conselho, com novas atribuições e natureza, ficando então os órgãos consultivos como o local onde se reúnem pessoas reconhecidas por suas capacidades e conhecimento em determinada área de política e passam a ser considerados órgãos de assessoria e apoio à tomada de decisões pelos governantes.

Já os conselhos deliberativos seriam responsáveis por decisões vinculantes acerca de prioridades, estratégias, beneficiários, financiamento, assim como por exercer o controle público sobre a ação do Estado decorrente dessas deliberações. Merece destaque, também, a Lei de Responsabilidade Fiscal, que definiu de modo, dentro de uma perspectiva burguesa, os meios de interação entre a população e a gestão pública através do incentivo mediado, e muitas vezes esvaziado, à participação popular, por meio de realização de audiências públicas durante os processos de elaboração e discussão dos planos, lei de diretrizes orçamentárias e orçamentos; bem como da publicização das informações sobre a execução orçamentária e financeira em meios eletrônicos de acesso público (RAUSCH; SOARES, 2010; FIGUEIREDO; SANTOS, [s. d.]).

Deve se chamar a atenção para a complexidade e as ambiguidades existentes na sociedade civil, a qual abriga não só grupos e indivíduos interessados no enfrentamento da corrupção, mas também grupos corruptores ou que servem de canal para a corrupção, os quais, em geral, têm acesso a dinheiro e poder e apresentam incentivos a manter intercâmbios ocultos com o poder estatal. Em relação aos grupos participantes do combate à corrupção, embora se destaque a atuação de organizações especificamente dedicadas à temática, é preciso considerar que o universo é muito mais amplo. Dessa forma, não é necessário que os grupos da sociedade civil tenham por missão combater a corrupção para contribuírem no

⁶² “A responsabilidade na gestão fiscal pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas e a obediência a limites e condições no que tange a renúncia de receita, geração de despesas com pessoal, da seguridade social e outras, dívidas consolidada e mobiliária, operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, concessão de garantia e inscrição em Restos a Pagar” (BRASIL, 2000. n.p.).

enfrentamento do problema; o que se necessita é que a sociedade civil tenha um número suficiente de grupos que alcancem melhor seus objetivos por caminhos democráticos, o que implica maior necessidade de controle, por esses grupos, dos recursos e influências incidentes sobre bens públicos (AZEVEDO, 2018).

Com a “reforma” neoliberal do Estado, realizada principalmente durante o governo Fernando Henrique Cardoso, seguiu-se uma série de medidas adotadas também pelos governos do Partido dos Trabalhadores, que não romperam com essa lógica, apesar dos resultados positivos de algumas políticas sobre os indicadores sociais, cumprindo um papel essencial para o capitalismo brasileiro. Entre os anos de 2003 a 2016, período em que assumiu o poder os governos de Luiz Inácio “Lula” da Silva (2003-2010) e Dilma Rousseff (2011-2016), se percebeu uma resistência menor por parte do governo quanto à participação social nas entidades vinculadas a Administração Pública e, inclusive, houve incentivos para a criação e formalização de novos conselhos de gestão. Durante os governos petistas, surgiram reformas estruturais, cujo objetivo era ampliar a democracia e os direitos públicos, promovendo um novo período desenvolvimentista, baseado na premissa de ser sustentável e no crescimento econômico em um período de explosão do valor de *commodities*⁶³ e de crise financeira nos países centrais do capitalismo, distribuição de renda e luta contra as desigualdades sociais. Apesar disso, ficou claro que não houve o rompimento com o ideário neoliberal, mas os governos estimularam a criação e implantação de uma série de instâncias de controle social voltadas a garantia de direitos dos cidadãos, gestão de políticas públicas, transparência e entre outros (MEDEIROS, 2022).

As políticas sociais do período, apesar de algumas inovações, sofreram influência da agenda da estabilidade fiscal e, conseqüentemente, os investimentos também foram reduzidos conforme o Estado precisasse cortar gastos baseados na Lei de Responsabilidade Fiscal, não apontando na direção de outro projeto para o país. A análise que se faz hoje, após os governos petistas do período passado, é que a disputa entre esses projetos na saúde continuou, e que o acirramento de classes foi apenas ocultado em nome da conciliação de classes. Algumas propostas procuraram enfatizar a Reforma Sanitária, mas não houve vontade política e financiamento para

⁶³ “Mercadoria em estado bruto ou produto básico de grande importância no comércio internacional, como café, cereais, algodão etc., cujo preço é controlado por bolsas internacionais; qualquer produto em estado bruto relativo à agropecuária ou à extração mineral ou vegetal, de produção em larga escala, dirigido para o comércio internacional” (MICHAELIS, 2023, n.p.).

viabilizá-las. O que se percebe é uma continuidade das políticas focais, a falta de democratização do acesso, a não viabilização da Seguridade Social, a articulação com o mercado e a manutenção da política de ajuste fiscal. Com relação ao movimento sanitário, algumas entidades históricas, a partir de 2008, tem procurado debater alguns eixos temáticos que considera importantes para a atualização dos princípios destacados pela Reforma Sanitária e pela 8ª Conferência, entretanto flexibilizando seu referencial teórico que vai ser orientado pela socialdemocracia de inspiração europeia e conciliadora, não tendo como preocupação a superação do capitalismo, concepção anterior que tinha como horizonte a emancipação humana, mas embutida dentro da ótica e do *modus operandi* do modo capitalista de produção (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Entre alguns avanços conquistados no período, cabe destacar a criação do Plano Nacional de Atenção as Urgências e Emergências em 2003, onde nasceu o SAMU da Política Nacional de Saúde Bucal em 2004, mais conhecida como “Programa Brasil Sorridente”; da reorganização da Atenção Primária por meio da transformação do Programa Saúde da Família em Estratégia Saúde da Família no ano de 2006, como forma de transformá-lo em ordenação permanente do SUS, colocando muitas das diretrizes trazidas pela Reforma Sanitária e institucionalizadas no programa; a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que entra em vigor no ano de 2012 e organiza a forma de trabalho e equipes das unidades básicas de saúde, as referências especializadas, fluxos, a organização baseada na saúde da família e na visão biopsicossocial das situações em saúde e entre outros. Também cabe destacar a instituição da Política Nacional de Participação Social⁶⁴, com o objetivo de fortalecer e articular os mecanismos e instâncias democráticas, que atuem em conjunto com a administração pública e a sociedade civil⁶⁵. As diretrizes expostas na política tentam valorizar as tentativas da população em participar do controle das ações estatais, onde se diz:

Art. 3º São diretrizes gerais da PNPS:

- I - reconhecimento da participação social como direito do cidadão e expressão de sua autonomia;
- II - complementariedade, transversalidade e integração entre mecanismos e instâncias da democracia representativa, participativa e direta;

⁶⁴ Decreto Nº 8.243, de 23 de maio de 2014.

⁶⁵ O decreto irá considerar “sociedade civil” como “[...] o cidadão, os coletivos, os movimentos sociais institucionalizados ou não institucionalizados, suas redes e suas organizações” (BRASIL, 2014, n. p.).

- III - solidariedade, cooperação e respeito à diversidade de etnia, raça, cultura, geração, origem, sexo, orientação sexual, religião e condição social, econômica ou de deficiência, para a construção de valores de cidadania e de inclusão social;
- IV - direito à informação, à transparência e ao controle social nas ações públicas, com uso de linguagem simples e objetiva, consideradas as características e o idioma da população a que se dirige;
- V - valorização da educação para a cidadania ativa;
- VI - autonomia, livre funcionamento e independência das organizações da sociedade civil; e
- VII - ampliação dos mecanismos de controle social (BRASIL, 2014, n.p.).

A partir de 2013, com a queda abrupta do preço das *commodities*, consequente aumento do valor do Dólar estadunidense em comparação ao Real e reordenamento da ordem capitalista internacional, há uma reação burguesa dentro da sociedade brasileira e tomada pelos setores médios e pequeno-burgueses, inflamadas por um discurso antipolítico e anticorrupção influenciados pela mídia hegemônica, traduzidos na época como “antipetismo”. As chamadas “Jornadas de Junho de 2013”, escalada de manifestações nos centros urbanos brasileiros, negaram partidos, representantes oficiais e palanques, o que assustou a política tradicional, por exigir respostas contundentes como melhores serviços públicos, em uma época de escancarada corrupção sistêmica potencializada pelas grandes obras de eventos como a Copa do Mundo de Futebol (que aconteceu em 2014) e dos Jogos Olímpicos do Rio de Janeiro (que ocorreu em 2016). Às Jornadas, somaram-se os reflexos da crise financeira global que aportou, de vez no Brasil, em meados de 2014; as investigações promovidas pela Operação Lava-Jato; e as manifestações estudantis de 2016.

Longe de contemplar a insatisfação popular crescente, a resposta dos atores tradicionais e do conservadorismo nacional foi tirar a presidenta Dilma Rousseff do poder, por meio de um golpe conciliatório entre o congresso e o sistema judiciário, divulgado como *impeachment* e, um ano e meio depois, proceder à prisão do ex-presidente Lula⁶⁶, então em primeiro lugar nas pesquisas eleitorais. Tal conjuntura se

⁶⁶ “Há três anos e 580 dias de depois de ter sido encarcerado na Superintendência da Polícia Federal em Curitiba (PR), após uma condenação sem crime e sem provas, em um processo repleto de inconsistências, o agora presidente eleito Luiz Inácio Lula da Silva (PT), conquistou sua liberdade e voltou para os braços do povo e para o terceiro mandato como presidente da República e líderes de todo o mundo comemoram a vitória. Com atraso, o Supremo Tribunal Federal (STF) proibiu a prisão imediata de réus após condenação em 2ª instância. A prisão de Lula, decidida pelo ex-juiz Sérgio Moro, considerado suspeito pelo mesmo STF anos, que virou ministro de Jair Bolsonaro (PL) e hoje é senador eleito, foi confirmada, apesar da falta de provas e falhas no processo, pelos desembargadores do Tribunal Regional Federal da 4ª Região (TRF-4). Para os ministros do STF, Moro foi parcial na

traduziu em um antipetismo ferrenho, atingindo não apenas os políticos do partido, como também beneficiários de ações afirmativas, cidadãos e cidadãs favoráveis às políticas progressistas, ativistas sociais, dentre outros, que passaram a ser caracterizados como “petistas” ou “comunistas”. Este grupo heterogêneo acaba servindo como bode expiatório de todas as mazelas, ao mesmo tempo em que os avanços sociais dos anos passados eram subestimados, especialmente no tocante à igualdade de gênero e aos avanços sociais demonizados pelos setores conservadores e pelos aparatos midiáticos hegemônicos (KOUPAK; MIRANDA; SILVA JÚNIOR, 2021).

O golpe de 2016, com o impedimento da presidenta Dilma Rousseff, marcou ascensão à presidência de seu vice Michel Temer e a volta dos grandes aliados da burguesia nacional ao poder, trazendo como primeira mudança os retrocessos nos direitos sociais e no controle social, haja vista a aprovação do Projeto de Emenda Constitucional nº 95/2016, a chamada “PEC da morte”⁶⁷, e a redução do apoio estatal à manutenção de muitos conselhos de gestão das políticas públicas, justificado por um discurso neoliberal de austeridade da máquina estatal com o orçamento público. Ao mesmo tempo, houve uma seletividade ideológica na agenda política, com a priorização de determinadas pautas sociais em detrimento de outras, por exemplo, da primeira infância e não de crianças e adolescentes, do empreendedorismo rural e não mais de povos e comunidades tradicionais, ou da repressão ao tráfico de pessoas e não mais tratar, com o mesmo peso de consideração, dos aspectos preventivos e de atendimento às vítimas (OLIVEIRA, 2022).

A chamada “PEC da morte” atacou diretamente a população mais vulnerável, pois congelou os gastos estatais em políticas públicas por 20 anos. Assim, o governo

condução do processo do tríplex do Guarujá, cuja propriedade, ainda que não houvesse nenhuma evidência, fora atribuída a Lula como parte de um suposto esquema de propinas. Todos os processos contra Lula que tramitavam em Curitiba foram anulados” (ACCARINI, 2022, n.p.).

⁶⁷ “Em 15 de dezembro de 2016, foi publicada no Diário Oficial a Emenda Constitucional 95/16, chamada pelos movimentos sociais de “PEC da morte” desde sua tramitação na Câmara e no Senado. Ela institui um novo regime fiscal na Constituição Brasileira, definindo que os gastos federais – excluídos os juros da dívida pública – serão congelados por vinte anos, tendo como base o efetivo gasto em 2016. Os valores dos orçamentos dos anos seguintes serão somente atualizados pela inflação e seus valores reais poderão, a depender dos resultados obtidos em termos de equilíbrio fiscal, ser revisados somente depois de dez anos. A justificativa tinha/tem como base o diagnóstico de que todos os males da economia brasileira se devem à suposta escalada desenfreada do gasto público e que, portanto, essa deve ter fim, pois estaria elevando o nível da dívida pública a patamares incontáveis” (MARQUES, 2018, n.p.).

Temer deu continuidade e aprofundou a hegemonia contrária ao SUS, tornando-o ainda mais reduzido, com o risco de torná-lo inviável em um cenário estimado em que cerca de 80% da população se coloca como usuária dependente exclusiva ou em grande fatia pelos serviços do SUS. Diante da crise econômica instalada, da taxa de desemprego vigente (que tem se mantido acima de 11% da população economicamente ativa) e do comportamento recente do crescimento econômico, é de se esperar que os serviços privados estejam cada dia mais inacessíveis para a maioria da população, o que torna o papel das políticas públicas ainda mais importantes. Cabe ressaltar que o SUS é responsável por prover acesso das parcelas mais vulneráveis da população às ações e serviços de saúde, caracterizando-se como promotor de equidade. Ainda, o SUS atende a usuários e usuárias de planos de saúde e de serviços privados quando estes necessitam de atenção de alta complexidade, a exemplo dos transplantes, da hemodiálise, medicamentos de alto custo e urgência e emergência por meio do SAMU (DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018; PAIM, 2018).

O custo final desse processo de escalada conservadora ao poder, bem como exposição do típico autoritarismo moral e político que permeia a sociedade brasileira, culminou na eleição de Jair Bolsonaro à Presidência da República e a formação de um governo de extrema-direita com tendências protofascistas, unificado em torno de três eixos: o aprofundamento da escalada autocrática iniciada anteriormente e aprofundada após o golpe de 2016, a aplicação do programa neoliberal extremado e de uma pauta de costumes moralista, anticomunista, fundamentalista cristã, racista, machista, misógina e homofóbica, além de anticientífica e historicamente negacionista, exposta principalmente com o ataque às instituições de ensino⁶⁸ e o trato em minimizar a pandemia do vírus COVID-19⁶⁹, iniciada em março de 2020 (CASTILHO; LEMOS, 2021).

⁶⁸ Um exemplo claro é o projeto denominado Escola sem Partido. “Antes de tudo, é necessário saber o que é o projeto ‘Escola sem Partido’. O projeto visa estabelecer regras para o professor sobre o que ele pode ou não falar dentro da sala de aula, para se ‘evitar’ uma possível doutrinação ideológica e política. A ideia do programa existe desde 2004 e foi criado pela sociedade civil organizada, que tem como proposta colocar um cartaz na parede de toda sala de aula, deixando claro quais os deveres do professor. Para se ter uma ideia, alguns desses deveres incluem ‘instruir’ o professor a não demonstrar suas opiniões sobre qualquer que for o tema; não estimular os alunos a participarem de manifestações, atos públicos e passeatas e que a educação moral seja ensinada com base naquela que os pais dos alunos achem a mais correta. Contudo, tal projeto tem gerado críticas ao longo dos últimos tempos” (FACULDADE DE EDUCAÇÃO, 2016, n.p.).

⁶⁹ “O enfrentamento da pandemia pelo governo de Jair Bolsonaro (PL) está entre os piores do mundo e permitiu 75% das quase 690 mil mortes pela covid no Brasil. Ou seja, 517 mil, segundo especialistas. As conclusões estão no *Dossiê Abrasco Pandemia de Covid-19*, lançado nesta quinta-feira (24), no encerramento do 13º Congresso que a Associação Brasileiro de Saúde Coletiva (Abrasco) realizou em

No atual momento vigora no Brasil o que poderíamos descrever como uma “democracia restrita”, substituta da forma de democracia mais participativa pela população oriunda da transição pós-Ditadura e legitimada pela Constituição Federal de 1988, que recorria ao transformismo como procedimento fundamental no trato da questão social e do conflito político. No sincretismo que conforma a democracia burguesa na atualidade, o que restou do regime e do sistema de representação política é restringido pelo avanço dos elementos autoritários e protofascistas no interior da democracia burguesa. Os elementos autoritários se sustentam na eliminação progressiva dos controles políticos sobre a movimentação do capital e dos programas sociais minimamente voltados para as demandas populares, por meio da aplicação do programa neoliberal extremado, impondo o mercado como mediador exclusivo das relações sociais, favorecendo assim o despotismo do capital. Os elementos fascistas se apresentam no reforço material, institucional e ideológico da violência policial como principal mecanismo de repressão social, no reforço da tutela militar sobre o governo e na eliminação progressiva do espaço político da esquerda e das organizações progressistas, evidenciando uma perspectiva repressiva baseada no tratamento militarizado e autoritário do conflito político e social (MACIEL, 2022).

Em 2019 o governo Bolsonaro adotou algumas medidas por meio de decretos para reformular o desenho institucional em âmbito federal dos conselhos gestores de políticas públicas. O argumento utilizado pelo governo pautou-se na existência da discricionariedade do chefe do poder Executivo para reformular a estrutura organizacional estatal em busca de uma eficiência maior da gestão pública. Em reação, setores da sociedade civil contrários a essas medidas indicam que há um movimento que caminha no sentido de diminuir ou até mesmo extinguir a participação da sociedade civil no processo de tomada de decisões e na fiscalização da atuação governamental. O Decreto n. 9.759/2019 de maneira genérica extinguiu uma série de conselhos da administração pública federal. Além disso, nesse decreto o governo

Salvador. Com mais de 300 páginas, o documento com cópia enviada ao grupo de trabalho sobre Saúde da equipe de transição do governo eleito é um diagnóstico da condução da pandemia. E indica as alternativas a serem adotadas pelo novo governo no enfrentamento de uma pandemia ainda longe de acabar. A constatação de que graças a Bolsonaro o Brasil está entre os piores do mundo na condução da pandemia de covid vem do cruzamento de dados epidemiológicos, sob várias abordagens metodológicas. Cruzando números de população e mortes por covid-19 no contexto global, os autores identificaram, em 22 de março de 2022, que o Brasil concentrava 2,7% da população mundial. Mas respondia por 10,7% das mortes por covid no mundo. Um evidente descompasso entre as duas proporções” (OLIVEIRA, 2022, n.p.).

Bolsonaro buscou regulamentar a criação e o funcionamento dessas instituições. A justificativa dada na Exposição de Motivos do Decreto n. 9.759/2019 foi no sentido de racionalizar a administração em busca de eficiência e reduzir a atuação de grupos de pressão no âmbito do Estado e da administração pública. No mesmo dia da publicação do Decreto, o então ministro da Casa Civil, Onyx Lorenzoni, foi a público justificar o ato à sociedade indicando se tratar de uma conduta governamental para acabar com os, nas palavras do ministro, “resquícios de administrações petistas, com visões distorcidas e viés ideológicos, que não representam a totalidade da sociedade”. Tempos depois, foi o próprio presidente que expressou a intenção de querer “[...] enxugar os conselhos, extinguir a grande maioria deles para que o governo possa funcionar. Não podemos ficar reféns de conselhos, muitos deles formados por pessoas indicadas por outros governos” (QUADROS; MUSSOI, 2022).

O processo de crise democrática no Brasil caminhava a passos largos para o desmonte do Estado Social e Democrático de Direito consagrado na Constituição Federal de 1988. A conjuntura dos conselhos gestores de políticas públicas passaram a ser constantemente atacados pelos decretos editados no Governo Bolsonaro, especialmente a sociedade civil. A conservação dos conselhos nos moldes anteriores, com suas funções deliberativas e de controle era uma maneira de chamar a sociedade junto ao governo para decidir temas coletivos. De outro lado, a redução da sociedade civil representava um viés democrático limitado e de concentração de poderes em torno do Presidente de República, no mais uma discussão como uma questão de direitos e democracia, mas de privilégios, custos e ideologias. O direito à participação se transforma em um ódio à participação dos grupos de interesses que sejam contrários ao posicionamento político hegemônico, e nisto subsiste o ideário antidemocrático de opor a eficiência da gestão pública à institucionalidade democrática, recolocando, como aspecto positivo, a tradição autoritária da cultura política nacional (QUADROS; MUSSOI, 2022; OLIVEIRA, 2022).

O Decreto nº 9.759/2019 somente poupou aqueles colegiados criados por leis específicas que detalham suas atribuições e composição, como o Conselho Nacional de Saúde, garantido pela Lei nº 8.142/1990; o Conselho Nacional de Direitos Humanos, reformado com a Lei nº 12.986/2014; e o Conselho Nacional de Assistência Social, organizado pela Lei nº 8.742/1993. Ficou evidente a clara intenção deste governo em emudecer vozes dissonantes ao seu projeto de país voltado para a burguesia e a especulação financeira, e que façam crítica aos rumos que tanto a

política econômica como a social têm tomado. Tal situação denota um óbvio enfraquecimento da democracia e das instâncias de participação (KOUPAK et al, 2021).

Toda essa evolução histórico-contemporânea expõe que o controle social não é algo que possa ser garantido plenamente pela democracia burguesa, bem como as conquistas da classe trabalhadora podem ser atacadas e dissolvidas com um mero “canetaço” presidencial, com apoio ou consentimento velado dos demais poderes. Diante disso, foi até mesmo simbólico que uma das primeiras medidas do terceiro governo Lula, iniciado em 2023, tenha sido o Decreto nº 11.371/2023⁷⁰, que revogou o decreto do governo anterior que dissolvia mecanismos de participação popular e conselhos federais de gestão, importante ação para demonstrar o possível interesse da nova gestão em reaproximar o controle social às ações do Estado, uma das tentativas em recriar um ambiente democrático e de normalidade institucional, constantemente atacado pelas forças conservadoras e golpistas.

⁷⁰ “Entre os decretos divulgados em edição extra do DOU está o que revoga o ato que extinguiu vários colegiados que garantiam participação social nos órgãos do governo e limitava a atuação de outros. Assim, ele muda as regras para inclusão da sociedade na definição de políticas públicas e contrasta com o primeiro dia útil de Bolsonaro, quando foram gradualmente desmontados todos os mecanismos de participação da sociedade no aconselhamento do Executivo. No dia 8 de maio de 2019, Bolsonaro extinguiu 55 colegiados da administração pública federal, incluindo o Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (CDES), conhecido como “Conselhão”. Composto por mais de 90 representantes da sociedade civil, com grande número de empresários, o “Conselhão” foi criado em 2003 durante o primeiro mandato de Luiz Inácio Lula da Silva para atuar no aconselhamento direto ao presidente da República, com recomendações para criação ou aperfeiçoamento de políticas públicas em diversas áreas. O decreto publicado revoga disposições criadas por Bolsonaro para dificultar e barrar a participação da sociedade civil nos conselhos, especialmente representantes de entidades sociais. As instâncias mantidas eram praticamente dominadas por agentes do governo, parlamentares governistas e empresários selecionados. Mas a interlocução do governo Bolsonaro com a sociedade era direta e seletiva, baseada na cooptação de apoio para o governo por parte de lideranças sociais, empresariais, religiosas, por meio de oferta de benesses financeiras e fiscais. Com os decretos de Bolsonaro, extinguiu-se o pagamento de despesas da participação dos conselheiros, exigindo reuniões remotas que a maioria dos participantes não tinham estrutura adequada. Reduziu-se o número de participantes e extinguiu-se alguns colegiados. Estas dificuldades se espalharam por todos os conselhos municipais e estaduais, impedindo também o diálogo entre estas instâncias municipais, estaduais e nacionais” (XAVIER, 2023, n.p.).

4 A COMPREENSÃO DO CONTROLE SOCIAL A PARTIR DA PERSPECTIVA DE CONSELHEIROS E CONSELHEIRAS DOS MUNICÍPIOS PERTENCENTES A 9ª REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

Neste capítulo, descreve-se o percurso metodológico trilhado ao longo desta pesquisa, que possibilita uma aproximação com a realidade do universo de estudos – municípios da 9ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Esta pesquisa foi submetida, avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/UNIOESTE)⁷¹, viabilizando a coleta de dados para a investigação, por meio da aplicação de questionário de caracterização do local estudado e de entrevista semiestruturada com os segmentos de usuários e usuárias, profissionais da saúde e gestores/prestadores do sistema, todos consagrados de acordo com a divisão de membras e membros dos conselhos de saúde, conforme exposto na Lei 8.142/1990.

Após a apresentação de tal percurso, aborda-se o processo de análise e interpretação dos dados coletados, para o qual se utilizou como base as respostas das/os voluntárias/os dispostas no questionário, à luz das discussões de autoras e autores que estudam ou estudaram a temática, principalmente os consagrados nos capítulos 1, 2 e 3. Cada segmento foi analisado separadamente, e após as passagens de cada um, procedendo-se, assim, à síntese interpretativa dos resultados, a partir dos quais, para finalizar, foi elaborada a conclusão deste estudo (ECO, 1977).

A pesquisa pode ser definida como o processo formal e organizado de desenvolver o método científico para descobrir respostas acerca dos problemas postos pela realidade, com o uso de procedimentos científicos (GIL, 2008). Para isso, a pesquisa social permite a obtenção de conhecimentos novos da realidade social.

De acordo com Severino (2000), a ciência só se processa como resultado da articulação entre a extensão lógica com a realidade, da teoria a ser pesquisada com a realidade a ser encontrada. Sempre existiu, entre os seres humanos, essa preocupação com o conhecimento da realidade, que pode ser expresso na variedade de produções científicas que surgiram durante todo o despertar da humanidade. Por se tratar de uma pesquisa social, voltada ao entendimento da realidade local com seus atores e atrizes, é necessário ressaltar esse caminho de identidade entre sujeito e objeto, nas suas múltiplas distinções e diversidades presentes no contexto abordado,

⁷¹ Os pareceres consubstanciados do CEP estão dispostos nos anexos Fe G.

o que faz que o objeto seja histórico e determinado numa relação espaço-tempo, o que para Minayo (1994, p. 13):

O objeto das Ciências Sociais é histórico. Isto significa que as sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação social e configuração são específicas. Vivem o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro, num embate constante entre o que está dado e o que está sendo construído. Portanto, a provisoriedade, o dinamismo e a especificidade são características fundamentais de qualquer questão social. Por isso, também, as crises têm reflexo tanto no desenvolvimento como na decadência das teorias sociais.

Nas ciências sociais, o método científico, de acordo com Richardson (1999), tem falhado ao tentar explicar os movimentos da sociedade humana com base no aporte metodológico das ciências da natureza (biologia, física, química, matemática), o que demonstra uma hegemonia do pensamento científico da escola estadunidense, baseado no positivismo⁷² e no funcionalismo⁷³. As bases metodológicas no período de influência da citada escola eram baseadas na “ordem que leva ao progresso”, a pretensa neutralidade do pesquisador em relação, a generalização quantitativa, a estatística e os modelos matemáticos como único instrumental de análise de dados, por fim, uma alteração da fundamentação final da pesquisa nas ciências sociais: o desenvolvimento humano-societário.

Minayo (1994) traz uma interpretação divergente quanto ao objeto metodológico das ciências sociais, que para a autora é essencialmente qualitativo⁷⁴, pois é inserido na própria realidade social e seus dinamismos individuais e coletivos. Essas conformações se inserem numa riqueza de significados que vão além de teorias, pensamentos e discursos elaborados para sua explicação, sendo as análises

⁷² “O positivismo é, portanto, uma filosofia determinista que professa, de um lado, o experimentalismo sistemático e, de outro, considera anticientífico todo estudo das causas finais. Assim, admite que o espírito humano é capaz de atingir verdades positivas ou da ordem experimental, mas não resolve as questões metafísicas, não verificadas pela observação e pela experiência” (RIBEIRO, 1996, p. 9).

⁷³ “A origem da explicação funcionalista encontra-se provavelmente na teodicéia cristã, que alcança seu apogeu em Leibniz: tudo é para o melhor no mundo dos possíveis. Os males tem consequências positivas de um ponto de vista mais amplo, e devem ser explicados por essas consequências” (ELSTER, 1989, p. 165).

⁷⁴ “Flick, von Kardorff e Steinke (2000), apresentam quatro bases teóricas: a) a realidade social é vista como construção e atribuição social de significados; b) a ênfase no caráter processual e na reflexão; c) as condições “objetivas”⁵ de vida tornam-se relevantes por meio de significados subjetivos; d) o caráter comunicativo da realidade social permite que o refazer do processo de construção das realidades sociais torne-se ponto de partida da pesquisa. Subsequentemente, estes autores “traduzem” estas bases teóricas em 12 características da pesquisa qualitativa. Mayring (2002), por outro lado, apresenta 13 alicerces da pesquisa qualitativa. Agregando estes dois conjuntos, chegamos a cinco grupos de atributos da pesquisa qualitativa: a) características gerais; b) coleta de dados; c) objeto de estudo; d) interpretação dos resultados; e) generalização” (GÜNTHER, 2006, p. 202).

codificadas apenas uma entre as inúmeras expressões de entendimento, mas não a única possível, como escrevem os defensores do positivismo e da escola estadunidense.

4.1 PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia de pesquisa aqui utilizada é do tipo qualitativo, pois responde a questões muito particulares, como universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO; COSTA, 2019).

Complementa Richardson (1999) que o método qualitativo não emprega um instrumental estatístico como base do processo de análise, o que ele justifica por ser uma forma de entender a natureza do fenômeno social. Sobre os procedimentos metodológicos, para esse autor a pesquisa qualitativa explora as técnicas de observação e entrevista, pela maneira que penetram a complexidade do problema. É também exploratória e útil, quando o pesquisador não conhece as variáveis a examinar. Este tipo de técnica é necessário pelo fato de o tópico ser novo, ou porque nunca foi abordado com determinada amostragem, ou grupo de pessoas, ou porque as teorias não se aplicam a determinada amostra, ou grupo em estudo (MORSE, 1991 apud CRESWELL, 2007).

A presente pesquisa se trata de um estudo de caso, onde segundo Ventura (2007), visa investigar um caso específico, delimitado, contextualizado no tempo e espaço. As origens deste aparato metodológico estão nos estudos antropológicos da Escola de Chicago e do ensino jurídico dos Estados Unidos, podendo ser adotada nas investigações de fenômenos como casos clínicos, psicoterapia, didática ou modalidade de pesquisa. O autor ainda nos diz que:

Tendo em conta as posições dos autores apresentados, o estudo de caso como modalidade de pesquisa é entendido como uma metodologia ou como a escolha de um objeto de estudo definido pelo interesse em casos individuais. Visa à investigação de um caso específico, bem delimitado, contextualizado em tempo e lugar para que se possa realizar uma busca circunstanciada de informações (VENTURA, 2007, p. 384).

De caráter tanto qualitativo, quanto quantitativo, o que de acordo com Manzato e Santos (2012), teria como objetivos medir opiniões e entre outras variáveis de um público-alvo através de uma amostra que o represente, com a presença, neste estudo de base qualitativa de fonte e análise. Já o caráter de análise foi dialético, devido a percepção que os fenômenos apresentados não podem ser alienados dos fatos sociais presentes no universo da pesquisa, o que segundo Gil (1999, p. 14):

A dialética fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais etc. Por outro lado, como a dialética privilegia as mudanças qualitativas, opõe-se naturalmente a qualquer modo de pensar em que a ordem quantitativa se torne norma. Assim, as pesquisas fundamentadas no método dialético distinguem-se bastante das pesquisas desenvolvidas segundo a ótica positivista, que enfatiza os procedimentos quantitativos.

O referencial teórico da pesquisa se fundamenta no materialismo histórico-dialético, conforme as bases definidas por Marx e Engels, onde as causas das modificações sociais e das alterações político-ideológicas devem ser procuradas não apenas na teoria descrita, mas na transformação societária e de ambiente ocasionada pelas relações sociais de produção, com ênfase na dimensão histórica dos processos sociais e sua relação num contexto de acirramento entre a superestrutura e a infraestrutura da organização do Estado (GIL, 2008). As categorias principais utilizadas tem por base as definições de Estado Ampliado, sociedade civil, hegemonia, cidadania e participação popular descritas por Antonio Gramsci, nos Cadernos do Cárcere, e conforme investigado por fontes secundárias ao pensamento gramsciano, como fizeram, por exemplo, Mendonça (2014) e Buci-Glucksmann (1979), buscando verificar a estreita correlação entre as formas de organização coletivas e sua consciência como sociedade civil e as instituições específicas do Estado em sua acepção estrita (sociedade política); e suas implicações em um contexto de controle social da Saúde, organizado por meio de Conselhos numa relação social marcada entre forças desiguais, acirrada pós período de apropriação do Estado burguês pelo modelo neoliberal. As categorias marxistas e gramscianas levantadas no decorrer da pesquisa utilizou como conceituação, além das fontes primárias, o descrito nas obras: Dicionário do Pensamento Marxista (BOTTOMORE, 2001) e Dicionário Gramsciano (LIGUORI; VOZA, 2017).

Para além, trata-se de uma pesquisa exploratória, pois se buscou a elaboração de um instrumento que fosse adequado a realidade, como forma de buscar maior compreensão e precisão, utilizando técnica que permitisse não só a familiarização com o objeto, mas as sensações de pertencimento ou não entre os sujeitos e o objeto (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995). Também, qualifica-se como pesquisa empírica, abordando o ambiente próprio onde as relações de poder do controle social da saúde se relacionam, com base nas observações aos estímulos que o pesquisador analisa nas repostas dos sujeitos, o que de acordo com Lima (2016, p. 24):

[...] as técnicas qualitativas podem ser utilizadas para coletar dados tanto sobre interações cotidianas quanto sobre processos sociais de reconstrução histórica. O uso das entrevistas se dá nas diferentes técnicas de pesquisas qualitativas: observação participante, estudos etnográficos, trabalhos de campo, histórias de vida, biografias, análise de trajetórias, análise de redes.

Cabe salientar que houve, por parte do autor, o cuidado para inserção de linguagem inclusiva/não sexista em todo percurso teórico da dissertação, com a utilização dos marcadores “-os/-as” ou “-as/-os” como forma de respeitar a paridade de gênero, utilizando palavras e formas textuais que se relacionem a atual “norma” padrão da língua portuguesa, conforme destacado por Cerqueira e Magalhães (2018); e Vicente e colaboradores (2022).

Um ponto importante quando se fala de inclusão e dos movimentos sociais que trabalham para o fim da exclusão, é a Linguagem. A Linguagem Inclusiva também se refere à forma de comunicação isenta de discursos reveladores de preconceitos ou recursos exclusivos. A referida variante engloba os grupos marginalizados supramencionados, ou seja, trata-se de uma linguagem não sexista, antirracista, anticapacitista e antiLGBTIfóbica (VICENTE et al, 2022, p. 265).

4.2 LOCAL E AMBIENTE DE ESTUDO

Como forma de organizar a funcionalidade do sistema de saúde pública nacional, os princípios organizativos do SUS descritos na Lei 8.080/1990 evocam pela descentralização, onde os poderes são distribuídos de forma integrada e articulada entre as três esferas governamentais brasileiras (federal, estadual e municipal); regionalização e hierarquização, onde os serviços deverão se articular de forma a

hierarquizar os casos por complexidade e atender as demandas de determinada área geográfica (regiões de saúde) de forma integrada; e a própria participação da comunidade, como elemento de formulação e avaliação das políticas de saúde, por meio dos conselhos nacional, estaduais e municipais.

O Decreto 7.508/11 estabeleceu a organização do SUS em Regiões de Saúde, sendo estas instituídas pelo Estado em articulação com os seus municípios e que representam o espaço privilegiado da gestão compartilhada da rede de ações e serviços de saúde, tendo como objetivos: garantir o acesso resolutivo e de qualidade à rede de saúde, constituída por ações e serviços de atenção primária, vigilância à saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência e atenção ambulatorial especializada e hospitalar; efetivar o processo de descentralização, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os entes federados, e reduzir as desigualdades loco-regionais, por meio da conjugação interfederativa de recursos (BRASIL, 2014).

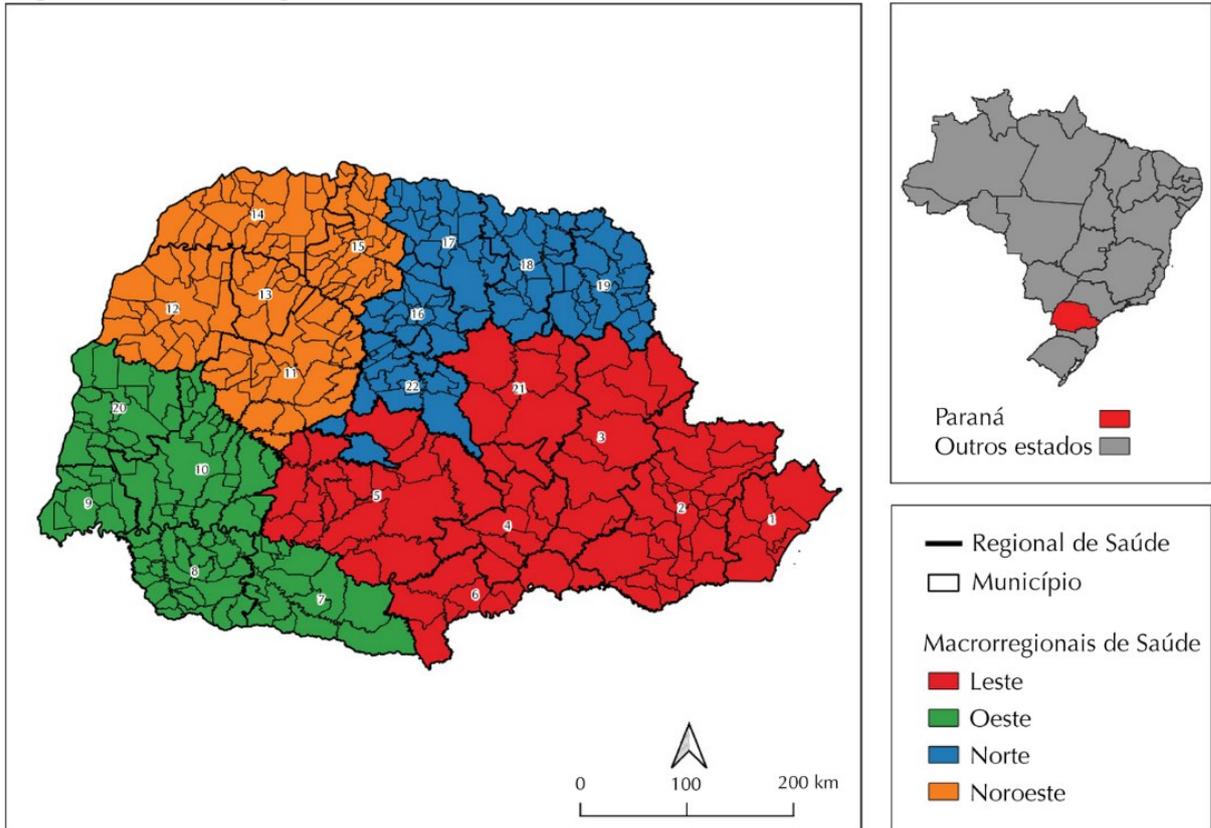
Para assegurar ao usuário o acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, nas Comissões Intergestores⁷⁵, garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde; orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde; monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde. Aqui cabe falar da importância impar que pode ser efetivada pelos conselhos: com institucionalização da descentralização do sistema, os mesmos podem se tornar protagonistas da gestão do SUS em sua realidade local.

A presente pesquisa se insere no universo da 9ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, subdivisão da Macrorregional Oeste, inserida na região de tríplice fronteira com Argentina e Paraguai, na “mesopotâmia” onde se encontram os rios Paraná e Iguçu. Com um total de 9 municípios, sete deles são considerados de pequeno porte, um de médio porte e apenas um de grande porte⁷⁶, com a agricultura dominando a atividade econômica regional e sendo o principal fator a ser considerado nas relações de distinção de classe.

⁷⁵ Comissão Intergestores Bipartite: Secretaria estadual da saúde + secretarias municipais; Comissão Intergestores Tripartite: Ministério da Saúde + secretarias estaduais e representações das secretarias municipais.

⁷⁶ Municípios de pequeno porte: até 50.000 habitantes; municípios de médio porte: de 50.001 até 100.000 habitantes; municípios de grande porte: 100.001 até 900.000 habitantes (SÃO PAULO, 2023).

Figura 1- Macrorregionais de Saúde do Paraná

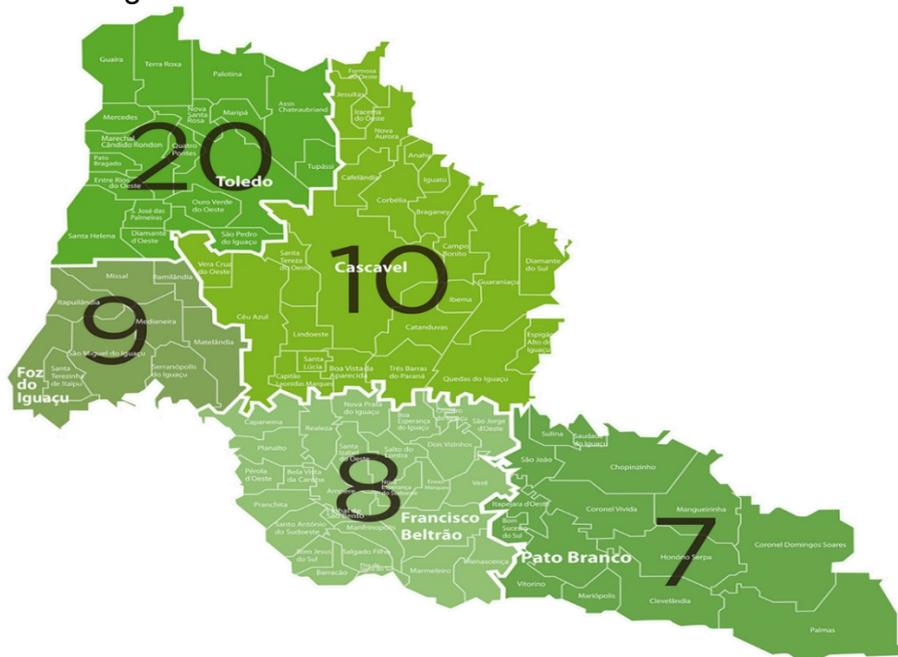


Fonte: COVRE, E. R. et al, 2022.

Como podemos observar na figura 1, a SESA dividiu o Estado do Paraná em seis macrorregionais, correspondendo, como trata o Decreto 7.508/11, em regiões histórico e socioeconomicamente afins. A própria nomenclatura segue a divisão conforme a espacialidade e posição geográfica das mesmas. Na figura 2, disposta abaixo, poderemos verificar a divisão da macrorregional Oeste, onde se situa o universo de pesquisa da presente dissertação. Com um total de 94 municípios em seu território⁷⁷, possui como sedes regionais de referência as cidades de: Pato Branco (7ª RS); Francisco Beltrão (8ª RS); Foz do Iguaçu (9ª RS); Cascavel (10ª RS) e Toledo (20ª RS).

⁷⁷ Macrorregional Oeste (PARANÁ, S.S. 2023)

Figura 2- Macrorregional Oeste



Fonte: Paraná, Secretaria de Saúde (2023).

A quase totalidade do território da região da 9ª RS era pertencente a antiga Colônia Militar do Iguazu, que se transformou em 1914 no município de Foz do Iguazu, desmembrado de Guarapuava, um território marcado pelas disputas fronteiriças com Argentina e, principalmente, Paraguai, e de terra. Como nos diz Roseira (2006, p. 38):

Assim, os propósitos de ocupação da faixa de fronteira procuravam consolidar a posse de uma área, cuja conquista envolveu no passado muito sangue e negociação. Essa herança histórica associada às condições da fronteira dá o caráter praticamente bélico da Colônia Militar do Iguassu, que foi coordenada pelo então Ministério da Guerra.

Essas disputas, que marcaram o território regional, evidenciavam o vazio demográfico enfrentado pela região, que para além de servir como colônia das forças armadas, e logo após, distrito de um município distante aproximadamente 386 quilômetros⁷⁸, precisava de uma ocupação efetiva que pudesse servir economicamente e criar novos núcleos populacionais. Para isso, foi necessária a criação de políticas públicas de colonização, com foco na migração interna e com fins de criar pequenas e médias propriedades rurais, distritos populacionais que seriam pertencentes ao município de Foz do Iguazu.

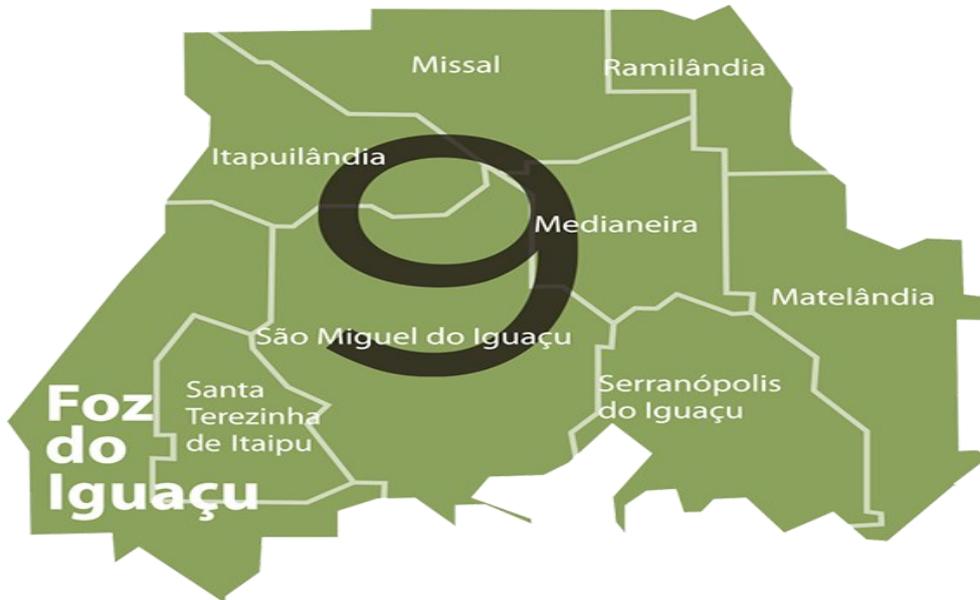
⁷⁸ Dado obtido por meio da plataforma *Google Maps*, com o seguinte descritor: Origem – Foz do Iguazu; Destino – Guarapuava.

A instituição da “Marcha para o Oeste”, implementada pelos governos federal e estadual para colonizar a faixa e consolidar o domínio territorial e econômico das elites paranaenses, com crescimento exponencial a partir dos anos de 1960, teve como resultado o desmembramento de Foz do Iguaçu, que formou a maioria dos atuais municípios pertencentes a 9ª Regional de Saúde, como Medianeira, Matelândia, Missal e São Miguel do Iguaçu. Já Itaipulândia, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu e Serranópolis do Iguaçu foram desmembrados de suas antigas sedes a partir do final dos anos 1980 e começo dos anos 1990, com o fim da construção da Usina Hidrelétrica Itaipu Binacional. Reolon (2007, p. 53) nos diz o seguinte sobre esse período:

As taxas de crescimento e urbanização da Mesorregião Oeste do Paraná evoluíram bastante entre 1960 e 2000, período em que a população total, de acordo com os respectivos Censos Demográficos, passou de 135.677 para 1.138.582 pessoas. Isso se deveu a alguns fatores peculiares a esse espaço regional e a outros, que também afetaram o interior do Brasil, principalmente, de um modo geral. Aos primeiros podem ser relacionadas à construção da Ponte da Amizade em Foz do Iguaçu, à reestruturação e pavimentação da BR-277 e, especialmente, à construção da Usina Hidrelétrica de Itaipu e, por conseguinte, o alagamento de seu reservatório. Aos fatores mais gerais, pode-se associar a modernização agrícola e, em corolário, a concentração da estrutura fundiária.

Como se pode observar, trata-se de uma região com um percurso histórico recente, e que somente conseguiu preencher com maior efetividade o vazio demográfico do passado a partir dos anos de 1980, onde trabalhadores e trabalhadoras de vários cantos do país se mudavam para o território atraídos pela construção da Itaipu Binacional, uma das “megaobras” da Ditadura Militar, e pelo crescente comércio com o Paraguai, a partir da construção da Ponte da Amizade, que abasteceria várias outras partes do Brasil com produtos importados. Também, há a consolidação do domínio de terra e formação de grandes cooperativas agroexportadoras e de um capital regional na mão de latifundiários, que hoje atrai anualmente uma leva de migrantes e imigrantes com propósito de formar um proletariado que sirva os interesses do agronegócio, em especial vindos das regiões Norte e Nordeste do Brasil, e de países como Venezuela, Haiti, Senegal e Paraguai.

Figura 3-Municípios da 9ª Regional de Saúde do Paraná



Fonte: Paraná, Secretaria de Saúde (2023).

Na realidade concreta atual, de acordo com base de dados acessada no portal de “Perfil dos Municípios” do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), podemos observar a seguinte realidade sobre o universo da pesquisa, que o qualifica, como já citado anteriormente, em uma região predominantemente agrícola, com a maior parte de seus municípios sendo de pequeno porte e uma forte distinção entre o município-sede (Foz do Iguaçu) e os demais:

Quadro 2- Perfil dos Municípios

Município	População (2022)	IDH-M (2010)	Estabelecimentos de Saúde (2022)	Principal atividade econômica
Foz do Iguaçu	285.415	0,751	420	Indústria/Serviços
Itaipulândia	11.485	0,738	25	Agricultura
Matelândia	18.450	0,725	41	Agricultura/Indústria
Medianeira	54.369	0,763	163	Agricultura/Indústria/Serviços
Missal	11.064	0,711	29	Agricultura
Ramilândia	4.221	0,630	5	Agricultura
Santa Terezinha de Itaipu	24.262	0,738	38	Agricultura/Serviços
São Miguel do Iguaçu	29.122	0,704	59	Agricultura
Serranópolis do Iguaçu	5.007	0,762	5	Agricultura/Indústria/Serviços
Total Populacional	443.395	-	-	-

Fonte: IPARDES, 2023.

Conforme observado na tabela anterior, há uma discrepância populacional entre o município-sede da 9ª RS, com os demais membros, tendo o município de Foz do Iguaçu a concentração de mais da metade da população regional. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) se manteve praticamente semelhante em todos os estratos, dentro da faixa considerada “alta”, que vai de 0,700 até 0,799; porém, todos os entes estiveram abaixo da média estadual para o Paraná no período, que foi de 0,790. A exceção foi o município de Ramilândia, que está na faixa “média”, destoando dos demais. Os estabelecimentos de saúde apresentam certas discrepâncias entre as cidades, pois, embora Foz do Iguaçu tenha o maior número, se considerarmos a proporção *per capita* teríamos algo em torno de 680 estabelecimentos/por habitante. Medianeira foi o município que apresentou menor proporção, com cerca de 334 estabelecimentos/por habitante, o que demonstra uma vocação local de canalização dos serviços especializados de saúde, como sede do Consócio Intermunicipal de Saúde Iguaçu (CISI)⁷⁹, entidade responsável por ser a referência de atenção secundária para algumas secretarias de saúde da região. Quanto a atividade econômica, há um claro predomínio da agricultura na participação do PIB como principal atividade econômica, novamente colocando Foz do Iguaçu como divergente dos demais, pois há um claro domínio do setor de serviços, em especial hoteleiro/turismo, e da indústria, que continua a atrair migrantes das mais variadas partes. Outra fonte importante de orçamento são os *royalties* pagos pela Itaipu Binacional desde a formação do lago de Itaipu no Rio Paraná, que alagou a área de boa parte dos municípios. No ano de 2022, segundo dados de transparência da Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL, 2023), foram destinados mais de 200 milhões de dólares (cerca de 1 bilhão de reais) para municípios lindeiros ao lago, além de outras obras de infraestrutura realizadas com capital da empresa jurídica de direito privado binacional em toda região Oeste do Paraná. Há também repasses para os municípios que possuem o Parque Nacional do Iguaçu dentro de sua área, como compensação financeira pela proibição de exploração econômica no território do parque, que cobre, por exemplo, 51% do município de Matelândia. Esse valor é inferior

⁷⁹ “Na cidade de Foz do Iguaçu está sediada a 09ª RS referência, também, para os 07 municípios da área de abrangência do CISI, em ações e serviços de saúde. É na microrregião oeste que se situa o Consócio Intermunicipal de Saúde Iguaçu – CISI. O município de Foz do Iguaçu situa-se na tríplice fronteira, Brasil, Paraguai e a Argentina, mas ainda não faz parte desse Consócio que tem sua sede em Medianeira. Os municípios atendidos pelo CISI são: Medianeira, São Miguel do Iguaçu, Matelândia, Missal, Itaipulândia, Serranópolis do Iguaçu e Ramilândia” (CISI, 2023, n.p.).

ao pago pela Itaipu, sendo um total de 500 milhões de reais em outorga fixa e cerca de 2 bilhões de reais em outorga variável, durante os 30 anos de concessão do parque, recentemente renovado em 2022 (GOMES, 2023).

4.3 INSTRUMENTAL DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Ao iniciar a pesquisa de campo, foi protocolado em cada ente municipal o termo de “Autorização de Instituição Coparticipante” (Apêndice A), juntamente com o resumo do projeto de pesquisa, conforme resolução da UNIOESTE, com vias encaminhadas para o/a Secretário/a Municipal da Saúde e o/a Presidente/a do Conselho Municipal de Saúde, autorizando ou não a coleta de informações com os/as conselheiros/as. Com a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE: 58844622.0.0000.0107) e de acordo com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas em ciências humanas, foi utilizado como fonte de dados um questionário semiestruturado com perguntas objetivas e abertas, que foram respondidas por conselheiros e conselheiras dos Conselhos Municipais de Saúde de cada um dos municípios integrantes da 9ª RS, tendo por base de formulação das perguntas em pesquisas sobre a dimensão social do controle, conforme descrito por Fleury e colaboradores (2010), onde as autoras e autores buscaram compreender questionamentos referentes a relação estabelecida entre a gestão municipal, os setores da sociedade envolvidos nos conselhos municipais; e as impressões dos sujeitos quanto ao controle social e a participação popular na gestão do SUS, assim como explorado por Zambon (2006) e Van Stralen e colaboradores (2006).

As perguntas dispostas no questionário foram organizadas em três grandes blocos, sendo o primeiro bloco destinado para a identificação do conselheiro/a, com dados pessoais como idade, gênero, tempo de residência no município, profissão, vinculação a entidades da sociedade civil, movimentos sociais e entre outros. A importância destes dados está no fato de quantificar os sujeitos com base no que ele ou ela é, como se identifica, para se buscar uma análise do perfil genérico dos escolhidos/as de representação dos segmentos.

O segundo bloco buscou investigar o perfil do conselheiro/a, com dados relativos ao tempo no conselho, forma de indicação e eleição, motivações e acesso público as reuniões. O objetivo do bloco foi de encontrar o que levou o voluntário/a a se colocar como representante de sua categoria, se foi uma escolha decidida,

orientada ou até mesmo pressionada por seu segmento. O terceiro bloco consistiu em questionamentos relativos aos conhecimentos e opiniões pessoais do conselheiro/a sobre o controle social, participação popular, relações de poder, efetividade das ações, envolvimento com a sociedade e percepções próprias sobre os rumos tomados. A importância das indagações aqui inseridas está em qualificar os sujeitos quanto as suas percepções diante das categorias usualmente utilizadas em pesquisas acerca do controle social e participação popular, discutidas nos primeiros capítulos da presente dissertação.

No último bloco, foi descrito um tópico livre voltado para as motivações do sujeito em ser conselheiro/a, opiniões estritamente pessoais sobre a função do conselho como entidade de poder, dúvidas e sugestões acerca da pesquisa, para que a voluntária/o se sentisse à vontade em expressar opiniões de maneira mais informal ou menos direta, como foi direcionado nos outros blocos. O questionário utilizou como bases metodológicas de elaboração os conceitos de pesquisa qualitativa e quantitativa aplicadas às Ciências Sociais conforme descrito por Boni e Quaresma (2005); Eco (1977) e Severino (2000), bem como os métodos e técnicas em pesquisa social de acordo com Gil (2008).

Os questionários semiestruturados são instrumentos válidos e utilizados comumente em investigações onde se busca conhecer o perfil, as impressões e opiniões de conselheiros e conselheiras de saúde, tanto em questões de cunho mais técnico e quantitativo, quanto em questões de vertente mais subjetiva e qualitativa. Podemos citar, por exemplo, o trabalho sobre a reflexão e experiência de controle social em município de pequeno porte com base nas respostas de conselheiros e conselheiras, investigado por Cotta e colaboradores (2011); e a pesquisa sobre o conhecimento dos segmentos acerca da legislação, espaços e mecanismos de participação popular, conforme pesquisado por Martins e colaboradores (2013).

Foi solicitado para as secretarias executivas dos conselhos uma lista com os nomes dos/as conselheiros/as e sua divisão de acordo com a entidade a qual representa. Após o recebimento da mesma, os/as voluntários/as foram escolhidos de maneira aleatória, respeitando a divisão entre representantes das esferas do conselho, e receberam um convite para participar da pesquisa de maneira presencial durante as reuniões dos conselhos. Não houve recusa de voluntários, mas caso o/a voluntário/a selecionado não desejasse participar da pesquisa, o mesmo seria

substituído por meio de um novo sorteio entre os/as conselheiros/as pertencentes ao mesmo núcleo divisional, presentes na reunião.

O questionário foi respondido de maneira presencial em oito municípios, sempre com presença de aplicador para sanar dúvidas relativas ao processo, durante as reuniões dos conselhos de saúde de cinco municípios (Foz do Iguaçu, Matelândia, Ramilândia, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu), em três municípios a coleta de dados foi realizada em uma capacitação sobre controle social da SESA (Itaipulândia, Medianeira e Missal), onde o pesquisador também coletou algumas informações observacionais. A média de tempo para preenchimento do questionário girou ao redor de 20 minutos. Em apenas um município (Santa Terezinha de Itaipu), o questionário foi enviado via plataforma *Google Forms* devido incompatibilidade de agenda entre sujeitos e pesquisador. Foram escolhidos representantes de cada esfera de composição do conselho de saúde, como descrito na lei 8.142/1990, sendo: um/a (01) conselheiro/a do segmento de usuários; um/a (01) conselheiro/a do segmento de trabalhadores/as da saúde; e um/a (01) conselheiro/ representante da gestão municipal e prestadores. Após o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cujo modelo está disposto no Apêndice B, os/as voluntários/as da amostra responderam as questões objetivas e abertas, sendo preservado totalmente o anonimato com a utilização de marcadores numéricos (exemplo: Voluntário 01 – São Miguel do Iguaçu; Voluntário 02 – Itaipulândia...), constando o número 01 para representantes de usuários/as, número 02 para representantes da gestão municipal e número 03 para representantes dos/as trabalhadores/as da saúde, junto com seus respectivos municípios, para identificação na folha de respostas. O pesquisador esteve disponível para eventuais dúvidas que pudessem surgir durante o processo, contactado preferencialmente de maneira remota ou durante a aplicação.

Para fins de calibração do instrumental, realizou-se um pré-teste com duas voluntárias não vinculadas ao conselho, mas que já foram membras em período anterior, tendo sido uma coleta presencial e outra remota, com a finalidade de avaliar a sua eficácia frente aos objetivos propostos pela pesquisa e sua compreensão pelos sujeitos. O resultado foi positivo, com as voluntárias entrando em diálogo com o pesquisador sobre as impressões e dificuldades encontradas diante das perguntas, bem como sobre a forma que as mesmas estão dispostas e redigidas. Após a retroalimentação, e em concordância com a orientadora, o questionário seguiu da forma final como foi cadastrado na Plataforma Brasil e utilizado neste pré-teste.

Os critérios definidos na seleção dos voluntários e voluntárias para a amostra foram:

- Critério de Inclusão: Ser conselheiro/a titular ou suplente de Conselho Municipal de Saúde de município integrante da 9ª Regional de Saúde.
- Critério de Exclusão: Não ser conselheiro/a há pelo menos 1 ano; estar o/a conselheiro/a selecionado suspenso, sob atestado médico ou impossibilitado fisicamente ou psicologicamente; não assinar o TCLE.

Os riscos e benefícios apresentados no decorrer da investigação de campo foram:

- Riscos: Translado do pesquisador aos municípios; cansaço ou aborrecimento ao responder os questionários; alterações de visões de mundo devido questionamentos; desconforto com perguntas relativas ao perfil pessoal do sujeito ou à gestão municipal.
- Benefícios: Traçar um perfil sobre a participação popular da saúde; interagir com conselheiros/as para saber suas críticas e autocríticas quanto a função e atuação do Conselho.

Conforme citado anteriormente, a análise dos dados utilizou como referencial teórico-metodológico o método do materialismo histórico-dialético, tendo como principal enfoque nas categorias marxianas conforme descritas por Antonio Gramsci. O intuito principal foi buscar a relação dialética entre sujeito e objeto, de acordo com suas impressões, sensações e opiniões sobre a temática envolvida no questionário, respeitando o espaço-tempo em que o mesmo foi aplicado e está sendo analisado. O procedimento para tal foi realizar, primeiramente, uma revisão bibliográfica do tema, com base em artigos dispostos nos repositórios acadêmicos, utilizando principalmente como descritor de pesquisa os termos “controle social”, “participação popular”, “conselho de saúde” e “regionalização”. Para qualificar as discussões, também foram utilizados livros e fontes primárias, indicadas tanto pela orientadora, quanto pelos artigos utilizados, com foco na caracterização de categorias marxistas como “hegemonia”, “sociedade civil”, “infraestrutura”, “superestrutura”, “consciência” e “Estado”. Como forma de preservar o anonimato dos sujeitos diante de suas respostas, a identificação de cada voluntário na descrição da análise utilizou o nome do município de cada um e cada uma como marcador.

Entre outras informações relevantes da presente pesquisa, que estão dispostas na Plataforma Brasil e foram levantadas pelo pesquisador, podemos citar:

- Tamanho da amostra no Brasil: 27 entrevistadas/os;
- Houve uso de fontes secundárias, através da utilização de dados históricos, geográficos e demográficos para detalhar a região onde foi aplicada a pesquisa, bem como para qualificar a dissertação teoricamente e metodologicamente;
- O estudo não foi multicêntrico no Brasil, com *locus* regional bem delimitado e restrito aos municípios pertencentes à 9ª RS;
- Não propôs dispensa do TCLE;
- Não houve retenção de amostra para armazenamento em banco de dados.

Diante do exposto, considerando a Constituição Federal, as leis, decretos e resoluções pertinentes ao Controle Social da Saúde, algumas notas foram escritas pelo pesquisador durante a observação e coleta dos questionários. Nos municípios de Matelândia, Ramilândia, São Miguel do Iguaçu, Serranópolis do Iguaçu e Foz do Iguaçu (na seguinte ordem), houve a possibilidade de participação da reunião ordinária do conselho e maior contato com os segmentos envolvidos, com base na troca de informações e percepções adicionais sobre o funcionamento, direcionamentos, discursos, formação e composição dos conselhos visitados.

O CMS de Matelândia foi o primeiro a ser visitado, com reuniões mensais às quintas-feiras, das 14:00 às 15:30. Foi percebida a participação de 15 pessoas, entre integrantes da comunidade e conselheiros titulares e suplentes, presidência masculina, nenhuma participante com menos de 30 anos e baixa representação, no dia, do segmento de usuários/as. A pauta do dia foram discussões para alterações regimentais e organização da conferência municipal de saúde, a ser realizada no primeiro trimestre de 2023. Houve momentos de acirramento de posição entre a presidência e gestores, com participação apenas pontual dos demais conselheiros/as.

No CMS de Ramilândia, com reuniões às sextas-feiras, uma vez ao mês, também das 14:00 às 15:30, foi observada a presença de 10 pessoas, com predominância feminina, apesar da presidência masculina. Como em Matelândia, a pauta do dia foram discussões regimentais e de organização da conferência municipal, com participação ativa e cordialidade por parte de todos os presentes.

O município de São Miguel do Iguaçu foi o único, entre os visitados pelo pesquisador durante as reuniões, que não houve quórum. Seguindo o padrão regional de reuniões mensais, às quartas-feiras, das 14:30 às 16:00 horas. Contou apenas

com a presença dos conselheiros e conselheiras, e não houve discussão devido a impossibilidade de votação dos elementos constantes na pauta do dia. Cabe salientar a paridade de gênero entre os presentes, com presidência, também, masculina.

Na reunião do CMS de Serranópolis do Iguaçu teve presença apenas das conselheiras/os, com predominância e presidência feminina. Mensalmente, se reúnem nas terças-feiras, às 9 horas, e observou-se uma participação ativa por parte dos presentes, com aprovação de pautas e discussão sobre as destinações orçamentárias de projetos da SMS.

Com preferência pela sigla “COMUS” para se referir ao conselho, o CMS de Foz do Iguaçu é o único da região com reuniões semanais, às terças-feiras, com início às 9 horas. Tendo o presidente participado da 8ª Conferência e vários atores sociais relevantes da comunidade iguaçuense, foi observada a presença de muitos jovens universitários/as, das representações de usuários/as e de não-conselheiros/as, com os presentes, principalmente os membros da mesa diretiva, demonstrando pertencimento à causa da participação popular. Apesar disso, foi esbarrada uma problemática, também observada nos demais conselhos: a falta de representatividade de jovens nos segmentos.

Para os municípios de Itaipulândia, Medianeira e Missal, o questionário foi aplicado em uma capacitação promovida no começo de 2023 pela 9ª RS e SESA para qualificar os conselheiros e conselheiras municipais da área do CISI. Realizada o dia todo, com predominância feminina, de idosos e servidores/as públicos, baixa representação de usuários e de jovens. O município de Santa Terezinha de Itaipu foi o único em que a aplicação ocorreu via plataforma *Google Forms*, sendo as voluntárias contactadas pelo *Whatsapp* após sorteio realizado com base na lista de conselheiros/as fornecida pela secretaria executiva, sendo a presidência do CMS também feminina.

Com a aprovação da dissertação após sua defesa pública, os resultados serão encaminhados por meio de quadros explicativos para os Conselhos Municipais, sendo elaborado um vídeo explicativo por parte do pesquisador, como forma de promover o debate com os sujeitos e aproximar a pesquisa da sua função social, bem como a possibilidade de o mesmo estar presente nas reuniões dos conselhos para contribuir presencialmente quanto os resultados e conclusões encontradas e descritas.

4.4 A ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS: SUJEITOS DA PESQUISA

Conforme já discutido⁸⁰, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, com a Lei 8.080/1990 colocando a participação popular como um dos princípios do SUS, sendo indispensável a formação de conselhos de gestão a nível local, municipal, estadual e federal, e de conferências regulares que debatam as metas atingidas e novas proposições diante de novas (ou velhas) realidades, consagrando o controle social como diretriz. A Lei 8.142/1990 organiza os mecanismos de participação popular e fornece o atributo legal para sua formação e seu papel na gestão do sistema, conforme nos diz o Conselho Nacional de Saúde:

A lei confere aos Conselhos de Saúde as atribuições de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, atribuições estas que são também do próprio Poder Executivo e do Poder Legislativo. Por isso, segundo a lei, os Conselhos de Saúde "atuam na", compartilhando suas atribuições com os Gestores propriamente ditos (Ministério e Secretarias de Saúde) e as Casas Legislativas (Congresso Nacional, Assembleias Estaduais e Câmaras de Vereadores). Ao integrarem o Poder Público e o Estado, os Conselhos de Saúde têm diante de si a definição do seu espaço privilegiado de atuação onde devem exercer as suas atribuições. Nesse aspecto, é importante destacar que a grande amplitude e diferenciação desse espaço, inclui os demais órgãos do Poder Executivo, os Tribunais de Contas vinculados ao Poder Legislativo, o Ministério Público e o Poder Judiciário (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2000, n. p.).

De caráter coordenativo e auxiliar ao proposto pelo texto constitucional e das leis mencionadas no parágrafo acima, temos o Decreto 7.508/2011, que regulamentou um desafio permanente a gestão do SUS, que é o fortalecimento dos vínculos interfederativos com a criação de comissão intergestores e regiões de saúde, como forma de ordenar o sistema regionalmente e fortalecer o princípio da descentralização; o Decreto 8.423/2014, cuja base instituiu a Política Nacional de Participação Social, aprimorando e diferenciando às várias instancias participativas de gestão pública, consolidando o controle social como método de governo; e mais recentemente, o Decreto 11.406/2023, que instituiu ao nível da Presidência da República o Conselho de Participação Social, como instância destinada ao assessoramento do Presidente ou Presidenta da República na interlocução com organizações da sociedade civil, e

⁸⁰ Vide capítulo 3.

promover o diálogo quanto a participação social na execução e controle das políticas públicas.

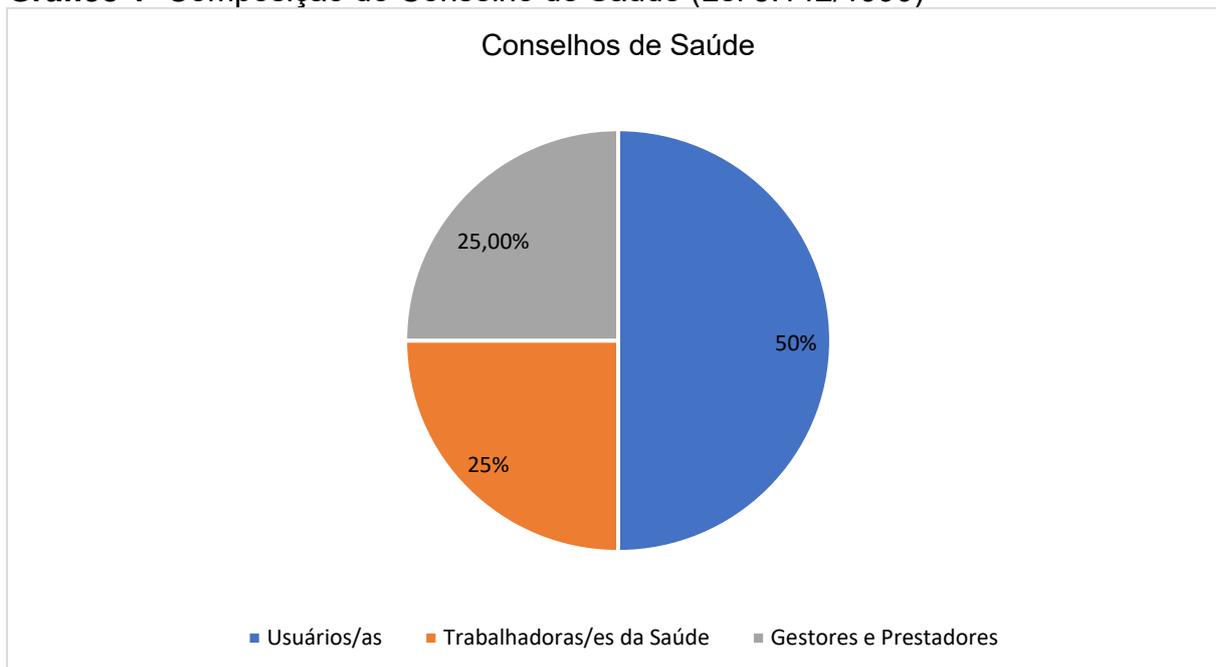
A Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde aprovou a reformulação e institucionalização dos conselhos, definindo como instância colegiada, deliberativa e permanente do SUS em cada esfera de Governo, integrante do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde dos demais entes federativos, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90. Com base nisso, houve um aprimoramento da descentralização da saúde a partir das várias instâncias de participação e colocou os Conselhos de Saúde como espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde. A composição e organização disposta na resolução e que deve ser observada pela legislação própria de cada conselho é que:

Terceira Diretriz: a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. Nos Municípios onde não existem entidades, instituições e movimentos organizados em número suficiente para compor o Conselho, a eleição da representação será realizada em plenária no Município, promovida pelo Conselho Municipal de maneira ampla e democrática.

I - O número de conselheiros será definido pelos Conselhos de Saúde e constituído em lei.

II - Mantendo o que propôs as Resoluções nos 33/92 e 333/03 do CNS e consoante com as Recomendações da 10a e 11a Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários;
- b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde;
- c) 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2012, n. p.).

Gráfico 1 -Composição do Conselho de Saúde (Lei 8.142/1990)

Fonte: elaborado pelo autor (2023).

A participação de órgãos, entidades e movimentos sociais dentro dos segmentos dispostos, além do dever de respeitar a paridade de assentos reservados, tem como critério a representatividade, abrangência e complementariedade diante do conjunto da sociedade, podendo fazer parte as associações de pessoas com patologias e deficiências; entidades indígenas; movimentos sociais e populares; entidades de aposentados e pensionistas; sindicatos; organizações de moradores e comunidades; pastorais e representações religiosas; representações de trabalhadores e trabalhadoras da saúde como associações, conselhos de classe e sindicatos; entidades patronais; representações de prestadores de serviços de saúde; e gestores vinculados ao governo. Esse universo de possibilidades para composição dos segmentos faz com que os conselhos possam ser espaços de acirramento de interesses e de disputas do projeto societário, conforme antagonismos de classe possam aparecer entre as representações. Como nos diz Bravo e Souza (2009):

Os conselhos são considerados, portanto, espaços tensos, em que os diferentes interesses estão em disputa. São baseados na concepção de participação social, que tem sua base na universalização dos direitos e na ampliação do conceito de cidadania, pautada por uma nova compreensão do caráter e papel do Estado (Carvalho, 1995). A sua novidade é a ideia do controle exercido pela sociedade através da presença e da ação organizada de diversos segmentos. Devem ser percebidos como *locus* do fazer político, como espaço contraditório, como uma nova modalidade de participação, ou seja, a construção de

uma cultura alicerçada nos pilares da democracia participativa e na possibilidade de construção da democracia de massas (BRAVO; SOUZA, 2009, p. 67).

Seguindo com a resolução⁸¹, é afirmada a autonomia administrativa dos conselhos, que deve ser garantida pelas três esferas governamentais do Estado brasileiro, com dotação orçamentaria, autonomia financeira e infraestrutura de apoio técnico. A formação da mesa diretora (presidente/a, vice-presidente/a, secretários/a) deve respeitar a paridade de constituição, com o plenário deliberando mediante quórum mínimo (metade mais um), ou maioria qualificada de dois terços conforme dispor no regimento interno. Existe a obrigação de reunião ordinária do plenário ao menos uma vez ao mês, podendo, quando necessário, reunir-se extraordinariamente, com a pauta e material de apoio encaminhadas aos conselheiros e conselheiros com no mínimo 10 dias de antecedência. Todas as reuniões devem ser abertas ao público em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade e não apenas dos atores sociais envolvidos em cada segmento. São ainda algumas competências privativas aos conselhos:

- I - fortalecer a participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS;
- II - elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento;
- III - discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde;
- IV - atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado;
- V - definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e deliberar sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;
- VI - anualmente deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão;
- VII - estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados, a exemplo dos de seguridade social, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;
- VIII - proceder à revisão periódica dos planos de saúde;
- IX - deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde;

⁸¹ Resolução 453/2012.

X - a cada quadrimestre deverá constar dos itens da pauta o pronunciamento do gestor, das respectivas esferas de governo, para que faça a prestação de contas, em relatório detalhado, sobre andamento do plano de saúde, agenda da saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, de acordo com a Lei Complementar no 141/2012 (BRASIL, 2012, n. p.).

A resolução segue com mais algumas ações privativas dos conselhos, principalmente de caráter que fortaleça sua atuação de maneira autônoma e ordenadora da situação do sistema, bem como consagrar sua função dentro de um contexto de “poder compartilhado” com o executivo:

XI - avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS;

XII - avaliar e deliberar sobre contratos, consórcios e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais;

XIII - acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde;

XIV - aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação vigente;

XV - propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destino dos recursos;

XVI - fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os recursos transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União, com base no que a lei disciplina;

XVII - analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, e garantia do devido assessoramento;

XVIII - fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar denúncias aos respectivos órgãos de controle interno e externo, conforme legislação vigente;

XIX - examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho nas suas respectivas instâncias (BRASIL, 2012, n. p.).

Por fim, são estabelecidos mais alguns artigos que visam discorrer sobre as conferências de saúde e a articulação com outros entes de poder e entidades públicas, como forma de fortalecer a relação dos conselhos com demais esferas de governo, como o Legislativo e Judiciário, Ministério Público, entidades da sociedade civil, além

de garantir o acesso à informação e transparência, para acesso da população as decisões tomadas:

XX - estabelecer a periodicidade de convocação e organizar as Conferências de Saúde, propor sua convocação ordinária ou extraordinária e estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e conferências de saúde;

XXI - estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde, entidades, movimentos populares, instituições públicas e privadas para a promoção da Saúde;

XXII - estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinente ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS);

XXIII - acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica, observados os padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do País;

XXIV - estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões nos meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões e dos eventos;

XXV - deliberar, elaborar, apoiar e promover a educação permanente para o controle social, de acordo com as Diretrizes e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS;

XXVI - incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Judiciário e Legislativo, meios de comunicação, bem como setores relevantes não representados nos conselhos;

XXVII - acompanhar a aplicação das normas sobre ética em pesquisas aprovadas pelo CNS;

XXVIII - deliberar, encaminhar e avaliar a Política de Gestão do Trabalho e Educação para a Saúde no SUS;

XXIX - acompanhar a implementação das propostas constantes do relatório das plenárias dos Conselhos de Saúde; e

XXX - atualizar periodicamente as informações sobre o Conselho de Saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2012, n. p.).

4.5 SEGMENTO 1: USUÁRIOS E USUÁRIAS DO SISTEMA DE SAÚDE

Dentro da paridade de segmentos consagrados na composição dos conselhos, cabe aos usuários e usuárias representar cinquenta por cento da membresia, sendo, portanto, personagens e atores-chave nas discussões, elaboração de metas, aprovação ou reprovação de contas das secretarias/ministério da saúde, bem como nas demais deliberações pertinentes aos conselhos.

No geral, a pressão que esse grupo pode gerar dentro do colegiado é extremamente importante, pois além de serem o segmento mais numeroso, também se caracterizam pelo papel de ser o canal concreto onde a população pode se fazer presente e levantar suas demandas, muitas vezes ocultas pelos interesses clientelistas ou falta de vontade político-administrativa por parte da gestão. Cortes (2002) traduz bem esse sentimento que deve rodear os representantes de usuários em utilizar seu poder de influências na tomada de decisões quando nos explica que:

O interesse de setores dos movimentos social ou sindical em reivindicar a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde não se traduz, automaticamente, na canalização de demandas para os conselhos e conferências de saúde. A elite de reformadores estimulou o envolvimento de lideranças populares e sindicais nos contatos que eles estabeleceram, enquanto profissionais de saúde pública em unidades ambulatoriais, localizadas em áreas urbanas pobres ou em regiões que concentravam trabalhadores rurais. Eles também favoreceram o envolvimento dos usuários nesses fóruns quando ocupavam cargos como gestores federais, estaduais e municipais de saúde. Em algumas áreas urbanas, como no Setor 4, em Porto Alegre (Cortes, 1995), na Zona Leste de São Paulo (Jacobi, 1993; Martes, 1990) ou em Ronda Alta no Rio Grande do Sul (Vargas e outros, 1985), a já existente intensa mobilização popular em torno das questões de saúde foi canalizada para esses fóruns. Em outras áreas onde também existia a predominância de populações pobres, mas a questão saúde não era tratada como prioridade pelos movimentos sociais locais, o encorajamento dos profissionais de saúde pública foi decisivo para o envolvimento de lideranças populares com as questões de saúde. Sem ele a mobilização para o encaminhamento de soluções para os problemas de saúde teria provavelmente sido menos intensa e a ação política desses segmentos da população não teria convergido, necessariamente, para os fóruns participatórios da área de saúde. A contrapartida para as lideranças dos movimentos sociais urbanos e do movimento sindical era o aumento de sua influência política sobre o processo de tomada de decisões no setor saúde. Através do acesso direto às autoridades de saúde nesses fóruns, eles exerciam pressão pela melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às populações pobres que eles representam. Ao mesmo tempo, eles reforçavam a sua posição de liderança dentro das suas organizações (CORTES, 2002, p. 40-41).

Na tabela abaixo, podemos observar alguns dados gerais relativos ao “1º Bloco” do questionário semiestruturado, que buscou traçar o perfil de identificação dos conselheiros e conselheiras, dentro do segmento de usuários e usuárias do sistema de saúde:

Quadro 3- Identificação do segmento de usuários/as

Voluntário/a	Idade	Gênero	Tempo de Residência (Anos)	Escolaridade	Profissão
Foz do Iguaçu	74	M	74	Ensino superior	Aposentado
Itaipulândia	53	M	25	Ensino médio	Operador de máquinas
Matelândia	70	F	64	Pós-graduação	Professora aposentada
Medianeira	55	F	55	Pós-graduação	Assistente Social
Missal	67	M	8	Ensino superior	Contador
Ramilândia	44	F	24	Ensino fundamental	Agricultora
S. T. I.¹	50	F	50	Ensino superior	Servidora pública
S. M. I.²	50	F	35	Ensino superior	Psicóloga
S. D. I.³	38	F	38	Ensino superior	Agricultora
Legenda: ¹ Santa Terezinha de Itaipu; ² São Miguel do Iguaçu; ³ Serranópolis do Iguaçu.					

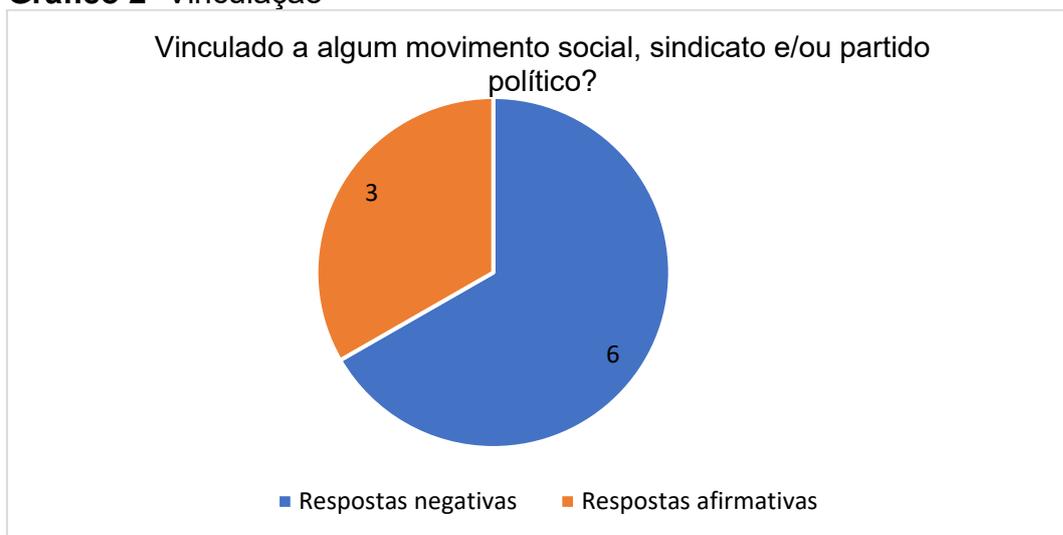
Fonte: elaborado pelo autor, com base nas respostas do questionário da pesquisa (2023).

Neste primeiro momento, podemos observar a clara predominância feminina no espaço de representação, o que foi discutido por Gohn (2007), onde explica essa maior participação de mulheres dentro do contexto dos movimentos sociais, devido a maior identificação das mesmas com as causas locais, já que estão presentes de maneira maior nas redes associativas, nas associações de bairros, nas organizações populares que atuam como mediadoras da gestão, e entre outras. O papel histórico das mulheres como “coordenadoras do cuidado”, induzido pelos sintomas do machismo estrutural, também pode ser apontada como causa dessa maior sensação de pertencimento do gênero com ambientes de trato coletivo, o que reflete o maior engajamento feminino nessas instituições. Ainda, cabe constatar que para a autora, “portanto, quer como grupos de mobilizações de causas femininas, quer como participação feminina em diferentes mobilizações, as mulheres têm constituído a maioria das ações coletivas públicas” (GOHN, 2007, p. 44), mas embora sejam essa “maioria” na representação, como levantado no percurso metodológico da pesquisa, os cargos de presidência nos conselhos da 9ª RS ainda são predominantemente ocupados pelo masculino, o que esfacela a discrepância de uma democracia com nítida marcação de gênero, raça e classe: embora seja maioria populacional, as mulheres ainda encontram dificuldades de inserção nas esferas de poder.

Outra faceta revelada, é a falta de representação da juventude, causa que pode ser explicada por uma apatia e inércia, sintomas de um estado de descrença política,

mas também falta de politização e a crítica as estruturas de poder que, no geral, excluem a juventude de expressar seus anseios (CASTRO, 2008). Ao excluir a parcela jovem das tomadas de decisões e não se criar um ambiente que favoreça a autonomia dos sujeitos, forma-se uma legião de novos cidadãos e cidadãs alheias aos processos políticos, alienada de sua posição enquanto indivíduo dotado de consciência democrática. Há também um predomínio de pessoas com ensino superior, o que demonstra uma discrepância quanto aos dados obtidos pelo IBGE na Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD) no segundo trimestre de 2022, onde foi constatado que 19,2% da população acima de 25 anos alcançou este nível de instrução. Podemos notar também a baixa prevalência de pessoas ligadas a agricultura como profissão na amostra, embora seja a categoria econômica dominante na região. Sabourin (2007) já apontava a dificuldade operacional do setor, especialmente agricultores familiares, em quase não ter poder de decisão em instâncias colegiadas ligadas ao desenvolvimento agrário, muito vinculado ao crescimento da tendência de baixa adesão dos mesmos a organismos representativos de classe, como os sindicatos. Apesar do recorte de inclusão dos voluntários/as não levar em consideração ao tipo de organização/associação que o/a mesmo/a representa, foi sintomático notar que nem mesmo os sindicatos de trabalhadores e trabalhadoras de grandes agroindústrias da região, responsável pelo emprego direto de boa parte da população local, não possuem representantes pelo menos nos conselhos de municípios-sede como Medianeira e Matelândia.

O último questionamento deste bloco, perguntava sobre a vinculação do sujeito a algum movimento social, sindicato e/ou partido político. A maioria entre todas e todos foram enfáticos em responder “não”, algo que entrou em conflito com a terceira questão do 2º Bloco quando foram questionados sobre como foi o processo de indicação, já que ali, demonstravam nominalmente o coletivo que representam.

Gráfico 2- Vinculação

Fonte: elaborado pelo autor (2023).

Como poderiam responder negativamente, se estavam representando o segmento a partir de alguma coletividade, já que dentro da esfera dos conselhos, não há representação nominal/individual? As únicas respostas afirmativas foram das voluntárias Medianeira e Ramilândia, e do voluntário Foz do Iguaçu, sendo a primeira vinculada à uma organização de educação popular e práticas integrativas, a segunda vinculada ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), que possui assentamento no município, e o terceiro como representante do Sindicato de Aposentados e Pensionistas. Segundo Netto (2006), essa recusa em marcar posições poderia ser explicada no ambiente psicossocial de alienação política engendrada pela burguesia, que tira o sentimento de “pertencimento” de sujeitos, além da repulsa que palavras como “movimento social”, “sindicato” e “partido político” poderiam causar diante de um crescente quadro de antipolítica que assola os aparatos de hegemonia.

Para o “2º Bloco”, destinado a traçar o perfil do/a conselheiro/a voluntário/a, obtivemos 5 respostas na opção “entre 2 e 5 anos”, duas na opção “mais de 10 anos”, e uma nas opções “até 1 anos” e “entre 5 e 10 anos”, quando questionados sobre o tempo que estão como membros/as do conselho.

Gráfico 3- Tempo enquanto conselheiro/a (usuários/as)

Fonte: elaborado pelo autor (2023).

Como o tempo de duração de cada gestão é de 4 anos, é demonstrado que os voluntários/as, no geral, estão em sua primeira experiência dentro do controle social da saúde, o que poderia supor um processo de renovação dos quadros a cada Conferência Municipal entre o referido segmento. A maioria também demonstrou que teve contato com a função e mecanismo de ação dos conselhos de saúde por meio de conhecimento próprio, algo que pode ser explicado com o choque de autoridade causado pela transferência de conhecimento, por preconceito ou receio, que instâncias maiores teriam de compartilhar esses conhecimentos, bem como qualificar os representantes do segmento que representa diretamente a população e possui maioria na divisão (SPOSATI; LOBO, 1992; SORATTO; WITT; FARIA, 2010).

Embora já seja consagrada nos segmentos de trabalhadores/as da saúde e gestores, a educação permanente precisa também ser direcionada aos cidadãos e cidadãs, até mesmo para que possam conhecer e saber o que ambicionar dentro do reconhecimento de seus direitos e deveres no sistema. Essa falha, especificamente demonstrada nas respostas do segmento, vai contra os objetivos da educação permanente, pois como nos diz Ceccim (2005), é um investimento extremamente essencial para que os usuários desenvolvam autonomia diante do cuidado e da capacidade de gestão social nas políticas públicas de saúde:

A introdução da Educação Permanente em Saúde seria estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, estabelecendo ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação, submetendo os processos de mudança na graduação, nas

residências, na pós-graduação e na educação técnica à ampla permeabilidade das necessidades/direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e dos serviços de saúde. Uma ação organizada na direção de uma política da formação pode marcar estas concepções na gestão do sistema de saúde, mas também demarca uma relação com a população, entendida como cidadãos de direitos. Tal iniciativa pode fazer com que os cidadãos reconheçam tanto a preocupação com a macropolítica de proteção à saúde, como com o desenvolvimento de práticas para a organização do cotidiano de cuidados às pessoas, registrando uma política da valorização do trabalho e do acolhimento oferecido aos usuários das ações e dos serviços de saúde, tendo em vista a construção da acessibilidade e resolutividade da atenção e do sistema de saúde como um todo e o desenvolvimento da autonomia dos usuários diante do cuidado e da capacidade de gestão social das políticas públicas de saúde (CECCIM, 2005, p. 163-164).

Sobre as dificuldades encontradas, o “não” ou até a ausência de resposta prevaleceu. Uma das voluntárias foi afirmativa, e disse sentir:

“[...] necessidade de passarmos por formação pertinente ao ofício, pois do contrário, as inseguranças e sentimentos de inadequação ainda existem” (S. M. I.).

Aqui, podemos colocar a importância que Gramsci dá a elevação cultural das massas, que seria a única forma de transformar o cidadão de governado para governante (BARATTA, 2007), já que, em grande parte, as pessoas são escolhidas por suas entidades de acordo com a disponibilidade de tempo em participar das reuniões e eventos diversos, e não de acordo com uma suposta pré-disposição ou conhecimento sobre o mecanismo de ação do controle social. Concomitante a isso, o voluntário Itaipulândia descreve que:

“Às vezes a gente se sente pressionado” [...].

A fala do voluntário demonstra a constante tentativa do poder hegemônico em dominar a maioria, por meio da pressão política exercida dentro dos espaços de participação popular. Esse movimento de pressão sobre o conselho encontra eco na leitura coercitiva do controle social, pois pode ser encarado com o fato de a transferência de poderes às instâncias participativas obrigar a gestão a agir dessa maneira como forma de prevalecer sua vontade (MAGALHÃES; SOUZA, 2015).

Entre as motivações demonstradas para a candidatura ao posto, a resposta do voluntário Foz do Iguaçu sintetiza o que os e as demais puderam colocar, ao dizer que sua motivação foi de “entender mais sobre o conselho municipal e suas funções, e

assim ajudar outras pessoas a ter seus direitos garantidos.” Essa noção em se colocarem como intermediários e intermediárias entre a população e a gestão do sistema, o que as autoras Sposati e Lobo (1992) vão denominar “canal de interlocução”, manifesta o desejo de conselheiros e conselheiras em transmitirem as demandas populares, e principalmente daquelas e daqueles representados por suas organizações, na tônica das discussões levantadas pelo conselho.

No “3º Bloco”, onde temos o diálogo de categorias e impressões pessoais mais presente, o entendimento de “controle social” para os voluntários/as está muito relacionado as noções de participação da comunidade, de deliberação e de fiscalização de ações conforme a lei, o que nos manifesta um acordo com o descrito por Correia (2000) quanto ao controle social dentro dos conselhos ser do tipo “controle-participação”, onde a autora rompe parcialmente com a ideia até então consagrada nas ciências sociais em colocar a categoria apenas como sinônimo de coerção. Uma voluntária nos responde, acerca da questão, que seria:

“Participação da comunidade geral na construção das políticas públicas para monitoramento e construção das ações da secretaria de saúde” (S. D. I.).

Essa repostagem dialoga com a conceituação exposta e de uma noção, mesmo que tímida, que controle social e participação popular andam juntas no imaginário popular, embora nem sempre seja encarada assim por parte de gestores que tendem a “domar” os conselhos para prevalecer os interesses da administração municipal.

A questão sobre o entendimento por cidadania foi a que gerou maior número de rejeição ao responder, com o espaço deixado em branco, ou simplesmente escrito “prefiro não comentar.” Quem respondeu, veio ao encontro de relacionar a categoria com direitos e deveres, como nos mostra a voluntária Matelândia ao escrever que:

“Cidadania são o acesso aos direitos e deveres, como membros de uma sociedade, participando e cobrando os seus direitos e cumprindo seus deveres para uma sociedade justa e fraterna [...]”.

Como nos fala Tonet (2007), a noção gramsciana acerca da categoria seria justamente essa, de que cidadãos são sujeitos de direitos ao Estado, mas com a contrapartida de observarem um regramento de deveres, que tem como missão o ordenamento social entre todas e todos.

Mas o que explicaria a rejeição, por parte das voluntárias/os do segmento em responder o questionamento? Benevides (1994) evoca que a educação política,

voltada para uma cidadania ativa, é o ponto nevrálgico da participação popular e, principalmente, implicaria em rejeitar a argumentação de que os/as cidadãos são incapazes; submissos e “ineducáveis”. Essas noções e preconceitos enraizados na memória coletiva, faz com que com a maior parte da população não se sinta preparada ou disposta em emitir opiniões quando são confrontadas diante de categorias relacionadas ao ordenamento político.

Quanto a função do Estado, diante da formulação e execução de políticas públicas, há uma noção de geral e confluência entre os/as voluntários/as em colocar o mesmo como o grande organizador e executor da questão. O próprio texto constitucional de 1988, ao nos dizer que “saúde é um direito de todos e dever do Estado”, ratificaria o papel dos entes federativos em fornecer o serviço para os seus e suas cidadãos e cidadãs, e, repetido como um “mantra”, cria-se uma noção coletiva de que é responsabilização estatal fornecer o serviço e encarada pelos conselheiros/as de igual maneira. O que falha para qualificar esse entendimento advém justamente da falta ou ausência da educação permanente, pois para além da constituição, há um repertório de legislações e conceitos que complementam o porquê de ser um direito de todos e como o dever do Estado se relaciona no fornecimento e gestão do sistema, qual contrapartida e papel dos cidadãos para cobrar, acessar e utilizar os serviços (BENEVIDES, 1994; CECCIM, 2005).

A maioria dos conselheiros do segmento demonstrou que teve acesso apenas parcial as legislações que regulamentam o SUS e a participação popular, com destaque para as leis 8.080/1990 e 8.142/1990, voltamos aqui novamente ao já explicado anteriormente sobre a cidadania ativa e educação para a cidadania. Também, consideram que apenas parcialmente os CMS conseguem transformar as ações e serviços oferecidos pelo sistema de saúde no município, algo que o voluntário Itaipulândia nos responde que:

“De certa forma sim, entretanto ele [o conselho] não consegue formar novos programas, pois não tem estrutura jurídica e técnica para isso [...]”.

É notório, por exemplo, que desde a escalada golpista de 2016, que levou Michel Temer à presidência, e o governo de extrema-direita de Jair Bolsonaro a partir de 2019, há uma clara tentativa em esvaziar a função deliberativa dos conselhos, principalmente com o aumento das ações autoritárias com finalidade de extinguir ou tirar ações privativas dos mesmos, como nos descreve os autores Quadros e Mussoi

(2022). O objetivo dessa escalada autoritária é um claro ataque não só a participação popular, mas a transparência pública. O “povo” é visto como um entrave para a sanha extremista, ao mesmo tempo que os defensores do neoliberalismo vão considerar essa correlação de forças como uma burocracia desnecessária que trava as “reformas” (que nada mais são do que os ataques ao financiamento e prestação de políticas públicas).

Sobre a atuação do CMS, como representante da população local, todos consideravam o mesmo ser “atuante, porém com falhas”. Isso esbarraria numa pretensa romantização da participação popular, como é descrita em muitos artigos, diante das dificuldades de um poder que, embora legítimo, tenha que ser freado pelo capital? Rizzotto (2000) nos trouxe bem a noção de controle social que pregava o Banco Mundial durante os anos de 1990, período em que o modelo neoliberal avançava sobre os países periféricos do capitalismo: transferir competências privativas do executivo para a sociedade, como por exemplo, o dever em manter um sistema de saúde. Como em partes esse ditame não encontrou eco em nosso país, uma das soluções foi progressivamente esvaziar a função dos conselhos, em especial desqualificando a presença do segmento de usuários/as, que podem ser o grande contraponto para frear interesses do executivo, muitas vezes vinculados aos desejos da burguesia.

Corroborando com o exposto no parágrafo anterior, a percepção de pertencimento dos voluntários/as enquanto se sentir parte do processo de gestão do SUS foi, de maneira geral, afirmativa. Apenas as/os voluntárias/os S. M. I. e Foz do Iguaçu assinalaram que não se sentem. Mas o que é o pertencimento? Para Moriconi (2014), seria:

Pertencimento é quando uma pessoa se sente pertencente a um local ou comunidade, sente que faz parte daquilo e conseqüentemente se identifica com aquele local, assim vai querer o bem, vai cuidar, pois aquele ambiente faz parte da vida dela, é como se fosse uma continuação dela própria (MORICONI, 2014, p. 14).

Essa noção é extremamente fundamental para a efetivação da participação popular nos CMS. A escolha do representante do segmento parte do pressuposto que o mesmo é vinculado a um coletivo, seja uma associação de moradores, entidade de

apoio a portadores de condições de saúde, pastorais, clubes de serviço⁸², e entre outros. Antes de se sentir parte da gestão do SUS, ele ou ela precisa se sentir parte da sua própria coletividade, se colocando na posição de ator/a social importante em sua particularidade.

As relações de interlocução entre CMS e poder executivo são de extrema importância, visto que, notadamente a partir da chamada “Lei da Transparência”, Lei de nº 12.527/2011, cada vez mais o controle social é considerado num contexto de corresponsabilização e divisão de tomada de decisão entre o CMS e as SMS, como forma de dividir responsabilidades ou até mesmo “envernizar” decisões num cenário de transparência pública. Os/as voluntárias/os consideram que há parceria, respeito, interlocução, diálogo e consenso entre os órgãos. Cabe salientar que em nenhum momento, neste ou nos demais questionamentos, os/as representantes do segmento apresentaram opiniões e sensações que exprimissem o espaço dos conselhos como um local de acirramento da luta de classes, ou da contraposição de interesses entre as distintas classes sociais representadas. Isto se opõe ao investigado por Tonet (2007), Salvador (2010) e Zambon (2006), que colocam nesses espaços uma possibilidade visível, para dentro das democracias burguesas e suas esferas de poder, o local para atribuir decisões com base classista e de conter avanços dos interesses da burguesia.

Em relação a participação da comunidade nas reuniões do conselho, bem como o envolvimento dos cidadãos e cidadãs nas conferências de saúde, todas e todos foram taxativos quanto o baixo interesse e até mesmo a falta de conhecimento da existência do conselho pelas pessoas. A falta de divulgação é um problema apontado pelas voluntárias Ramilândia e Matelândia, ao dizerem que:

“Falta mais divulgação e compromisso da sociedade em participar do conselho e tentar entender para quais fins ele se destina” (Ramilândia).

“Há ausência da população, parece que não é dever de participar, mas reclamam de certas coisas” (Matelândia).

Um entrave elencado pela voluntária S. M. I. é:

⁸² Cabe destacar aqui a presença de representantes de Rotary Clubs e Lions Clubs no segmento, entidades filantrópicas do terceiro setor.

“[...] falta de subsídios para que as pessoas possam se deslocar de suas localidades até a cidade para frequentar as reuniões e capacitações [...]”.

Questão importante ao ser levantada pois, como visto anteriormente, trata-se de uma região que possui a agricultura como principal fonte de renda e territórios extensos, apesar do tamanho médio das populações locais. Em nenhum momento, o segmento colocou como entrave os dias da semana e horário das reuniões, sempre realizadas em dias úteis e horário comercial.

Para finalizar, foi perguntado aos conselheiros e conselheiras se consideram o controle social da saúde como algo efetivo, e o que falta para torná-lo mais envolvente com a sociedade. Na visão do voluntário Missal, é necessária uma maior:

“Conscientização e diálogo do conselho com a população [...]”

O que o voluntário Foz do Iguaçu descreve como:

“Falta de conhecimento e vontade do próprio usuário em se comprometer e participar, para juntos buscar soluções [...]”.

A voluntária Medianeira foi mais taxativa ao dizer sobre as ações e ainda pede por reuniões descentralizadas, nos bairros, com envolvimento da população local:

“Falta planejamento das ações do conselho. As reuniões se restringem a discutir e aprovar as demandas da Secretaria Municipal de Saúde. O CMS pode fazer muito mais! [...]”.

Podemos explicar o exposto acima a partir dos sintomas de esvaziamento da participação pública direta nas decisões e rumos do Estado, motivados pelo desejo dos poderes centrais em atacar a legitimidade das instâncias de controle social no período recente, como na deficiência de formação política dos sujeitos, para além de uma posição no conselho, no contexto geral da população. Só se cobra, decide, faz parte, luta e defende o que se conhece. Se não há conhecimento e consciência por parte dos indivíduos e de seus representantes de segmento, como esperar que a participação popular vá ser um mecanismo efetivo? (RAUSCH; SOARES, 2010; FIGUEIREDO; SANTOS, [s. d.]).

4.6 SEGMENTO 2: REPRESENTANTES DA GESTÃO E PRESTADORES DE SERVIÇOS DO SISTEMA DE SAÚDE

Os gestores e prestadores do sistema de saúde representam 25% da composição dos conselhos de saúde. Normalmente, como estão dentro do mesmo segmento, a divisão feita pelos CMS é de 12,5% para cada subgrupo, mas não há na legislação uma exigência para tal número, tanto que a Resolução 453/2012 apenas coloca “25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos” (BRASIL, 2012), não havendo percentual mínimo para cada, dependendo do interesse de cada subgrupo quanto a participação nos CMS ou quantidade de prestadores contratados pelo sistema local.

Os representantes da gestão são caracterizados genericamente como o grupo com maior grau de conhecimento sobre o SUS, o que lhes poderia conferir maior poder de influência e direcionamento nas discussões. Como funcionários da sociedade política, dentro da visão marxista da superestrutura e gramsciana de Estado Ampliado, utilizam muitas vezes de sua influência para gerar o consentimento espontâneo as suas decisões e projetos, mediando os processos participatórios em que há corresponsabilização com outros núcleos sociais (MARTINS et al., 2013). Comumente, são escolhidos para compor o quadro de conselheiros/as o próprio ou própria Secretária/o de Saúde do município, cargos comissionados ou servidores/as com função gratificada, bem como pessoas vinculadas a outras secretarias que possam ter interesse direto a assuntos relacionados à saúde, como meio ambiente, obras, assistência social etc.

Por outro lado, os prestadores de serviço seriam o grupo caracterizado pela maior passividade nos debates, além do baixo engajamento na participação das reuniões, o que para Fuks (2005) evidencia a dinâmica dos conselhos: os gestores iniciam os debates, logo após os usuários e trabalhadores entram na discussão, enquanto os prestadores ficam alheios ou demonstram certa apatia, prevalecendo entre o grupo o entendimento que seus interesses são melhores ouvidos em outras arenas, e como possuem uma atuação direta com a gestão, acabam por direcionar suas questões diretamente aos mesmos. Neste subgrupo, podemos encontrar representantes de hospitais privados e filantrópicos, clínicas terceirizadas, universidades, entidades do terceiro setor que prestam serviços de saúde e entre outros.

No quadro abaixo, relacionado ao bloco de identificação, podemos observar algumas características demonstradas pelo segmento:

Quadro 4- Identificação do segmento de gestores e prestadores

Voluntário/a	Idade	Gênero	Tempo de Residência (anos)	Escolaridade	Profissão
Foz do Iguaçu	48	F	-	Ensino médio	Assessora de comunicação
Itaipulândia	28	F	25	Ensino superior	Diretora de Escola
Matelândia	37	F	7	Pós-graduação	Médica e Secretária da Saúde
Medianeira	35	F	35	Pós-graduação	Assistente Social
Missal	33	F	33	Pós-graduação	Fisioterapeuta
Ramilândia	48	M	40	Ensino médio	Técnico
S. T. I.¹	31	F	31	Pós-graduação	Farmacêutica e Diretora Assistência Farmacêutica
S. M. I.²	41	M	41	Ensino superior	Sistemas de Informação
S. D. I.³	48	F	48	Ensino médio	Diretora de Vigilância em Saúde
Legenda: ¹ Santa Terezinha de Itaipu; ² São Miguel do Iguaçu; ³ Serranópolis do Iguaçu.					

Fonte: elaborado pelo autor, com base nas respostas do questionário da pesquisa (2023).

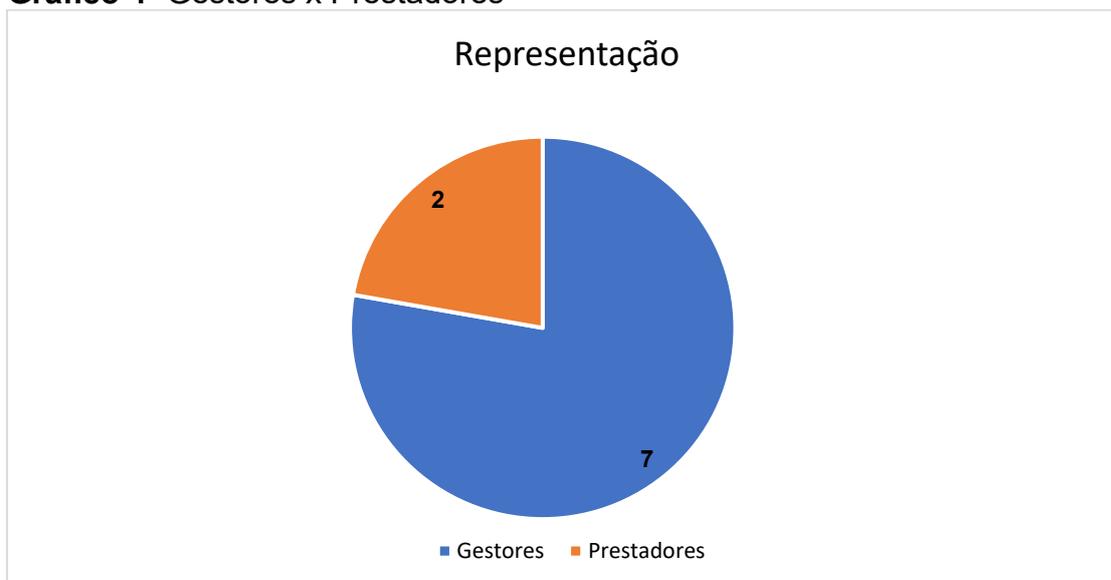
A presença feminina foi majoritária, algo observado desde o início dos anos 1970, onde houve um crescimento consistente das mulheres na força de trabalho. Pesquisas como a de Gomes (2005), tem demonstrado que não só acontece o aumento da inserção feminina, mas também na ocupação de cargos de gestão tanto do setor público, onde são maioria, quanto do setor privado. Esse crescimento decorre principalmente do jeito de administrar, que é considerado mais aberto e sensível, algo essencial nos tempos atuais e na situação atual do modo de produção, como nos relata o autor:

Esses dados são apenas reflexo de uma mudança que pode estar ocorrendo a passos pequenos, mas o que talvez essas pesquisas estejam querendo dizer é que o modelo masculino de gestão está sendo questionado, não só pelas mulheres, que não se adaptam a ele, mas pelas organizações mais modernas e proativas. Na verdade, o jeito feminino de administrar não é superior ou substituto do modelo masculino, mas complementar. Assim, ambos podem contribuir com suas habilidades naturais

para o sucesso de uma organização. No entanto, também não se pode negar que o novo modelo de gestão das organizações modernas parece exigir um perfil de profissional mais flexível, sensível e cooperativo (GOMES, 2005, p. 7).

Das/os nove voluntárias/os do segmento, houve uma minoria de membros vinculados a prestadores, corroborando com Fuks (2005), que há um baixo interesse geral deste subgrupo em participar de instâncias de controle social, muitas vezes mediado por uma postura de passividade ou até de receio a ataques diretos a suas organizações. Essa relação é sintoma crônico da fratura entre as articulações do Estado, capital privado local, capital privado internacional, setor público, setor privado e sociedade civil, algo que desde a gênese do controle social compromete as estruturas de agregação e intermediação entre interesses econômicos e sociais (SALUM, 1999).

Gráfico 4- Gestores x Prestadores



Fonte: elaborado pelo autor (2023).

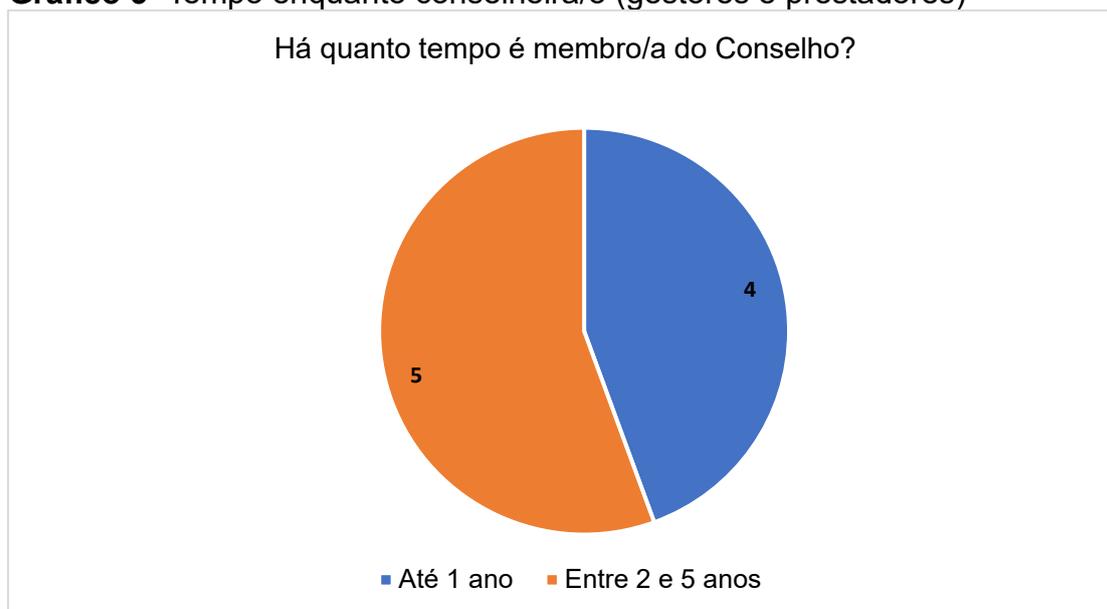
Quando perguntadas e perguntados sobre a vinculação em movimento social, sindicato e/ou partido político, há uma situação de equilíbrio entre quem respondeu positivamente (4 respostas) e quem respondeu negativamente ou não respondeu (5 respostas). Por estarem em condição de comando, direção e chefia, bem como sua vinculação direta à gestão do executivo municipal, seja como agente político ou prestador de serviço, é consuetudinária essa relação por, além de representarem a sociedade política, participarem como agentes da hegemonia no interior do controle

social e serem a força que constantemente pauta as discussões, como forma de prevalecer os interesses tanto do poder público, quanto da burguesia local (VIOLIN, 2006).

Uma situação apresentada pelo grupo foi acerca do tempo em que são membros/as dos CMS, com nenhum/a voluntário/a indicando estar há mais de 5 anos, indicando estarem em sua primeira experiência enquanto conselheiros e conselheiras da saúde. A justificativa advém, pelo lado dos prestadores, da histórica falta de interesse dos mesmos em participar, e por parte de gestores, da temporalidade de suas funções dentro do executivo, pois por serem cargos comissionados ou funções gratificadas de livre nomeação e livre exoneração, não há uma fixidez que os mantenha.

Devemos nos lembrar que, para Marx e Engels (2010), o Estado é um balcão de negócios, e mediante a isso, interesses diversos se contrapõe a cada processo eleitoral e troca de gestão dos poderes municipais. O reflexo disso é visto na escolha desses cargos de indicação direta, bem como os serviços contratados de maneira complementar ao sistema de saúde, já que nem sempre a “supremacia do interesse público” é levada em consideração, mas sim os interesses pessoais e clientelistas da esfera de poder.

Gráfico 5- Tempo enquanto conselheira/o (gestores e prestadores)



Fonte: elaborado pelo autor (2023).

O conhecimento próprio, por meio de pesquisa e leitura, foi enunciado por 8 das voluntárias/os como a forma com que tivera conhecimento sobre a função e mecanismo de ação do CMS, apenas um/a voluntário relatou ter conhecido por meio do sindicato/secretaria da saúde. A maioria também relatou alguma dificuldade em exercer seu papel de conselheiro/a, com uma diversidade de respostas que convergiam para a mesma problemática: a falta de formação.

Mesmo em um segmento com alto número de graduados no ensino superior, e com certo nível de politização, as escolhas de membros para o conselho ainda não são totalmente voluntárias e espontâneas, o que reflete na indicação muitas vezes pressionada pelo executivo e superiores imediatos. Entramos aqui novamente diante da problemática da Educação Permanente que, embora seja ofertada com mais facilidade neste segmento, não consegue ser efetiva ou não conquista adesão principalmente por parte dos prestadores (CECCIM, 2005).

Corroborando com o exposto no parágrafo anterior, a “indicação” foi uma das motivações mais relatadas por parte dos voluntários/as, junto com “contribuir com o município” e, nas palavras da voluntária Matelândia:

“Vontade de melhorar a qualidade do serviço de saúde prestado [...]”

Esse desejo, ao menos simbólico, por parte de conselheiros/as em atuar para garantir o direito à saúde tem como norte todo o processo de redemocratização do país a partir dos anos 1980, que buscou consagrar essa forma de participação coletiva nas ações do Estado como a maior possibilidade garantir as políticas públicas e tentar engendrar um ambiente de cidadania ativa (ROSÁRIO, 2015; WESTPHAL, 1992).

A noção de Controle Social descrita pelos voluntários/as parte do princípio do controle-participação, o que evidencia a consonância com a visão de atuação da sociedade civil organizada na gestão das políticas públicas no sentido de atender as demandas e interesses coletivos. Essa perspectiva é importante para traduzir a definição de participação popular buscada desde a Reforma Sanitária, de que a gestão do Estado teria inserção direta da população, através de seus representantes mais próximos e lideranças locais (CORREIA, 2000). Quando tratamos da categoria diante de um segmento que é diretamente ligada ao poder político, e a definição descrita pelos mesmos segue essa tendência, percebemos um distanciamento dos arroubos autoritários de, ao menos em tese, usar da coerção para pautar as discussões dos CMS. Vejamos o que disseram três voluntárias:

Pergunta: em suas palavras, o que o senhor/a entende por controle social?

- a) “Participação do cidadão na construção de mecanismos voltados a políticas públicas” (Medianeira – prestadora).
- b) “Entender das necessidades de uma população para melhor atender” (S. D. I. – gestora).
- c) “Entendo como a participação da população/sociedade diretamente na administração ou gestão pública, podendo acompanhar de perto quais são as ações realizadas pela gestão em prol dos munícipes” (S. T. I. – gestora).

O acesso as leis que regem o SUS e a participação da comunidade foi acessado de forma parcial para cinco voluntários, dois marcaram que tiveram contato antes de assumir como conselheiro/a, um relatou ter tido acesso após entrar no conselho e um marcou não ter tido acesso. A pesquisa de Cotta, Cazal e Rodrigues (2009) já havia deduzido que as legislações específicas do SUS e dos CMS são acedidas parcialmente inclusive pelo segmento de gestores/prestadores, situação contraditória já que lidam diretamente com a ação dessas leis por meio de suas atividades de chefia/direção/assessoramento ou através da formulação e fiscalização do cumprimento dos contratos por parte dos prestadores, e, portanto, seria esperado um conhecimento maior.

A categoria cidadania novamente vem vinculada aos termos “direitos” e “deveres”, algo já embasado no imaginário popular e visto muitas vezes como sinônimos. Na visão da democracia burguesa, cujos aparatos de hegemonia dominam nossa vivência, a cidadania é encarada como o horizonte final da humanidade e não como uma passagem intermediária para a emancipação final dos sujeitos, o que contrapõe a visão em Marx:

Para a acepção marxiana de cidadania, a emancipação política é limitada e não pode ser contemplada como objetivo final da humanidade que é uma sociedade em que concretamente a igualdade se manifesta, bem como a liberdade, superando a exploração econômica e a alienação social (SILVA, 2017, p. 110).

O papel do Estado é visto pela maioria como norteador da formulação de políticas públicas, pois, como nos relata a voluntária Missal:

“Teoricamente o Estado sabe quais as áreas de necessidade das políticas públicas, então deve propor as ações a partir desse conhecimento [...]”.

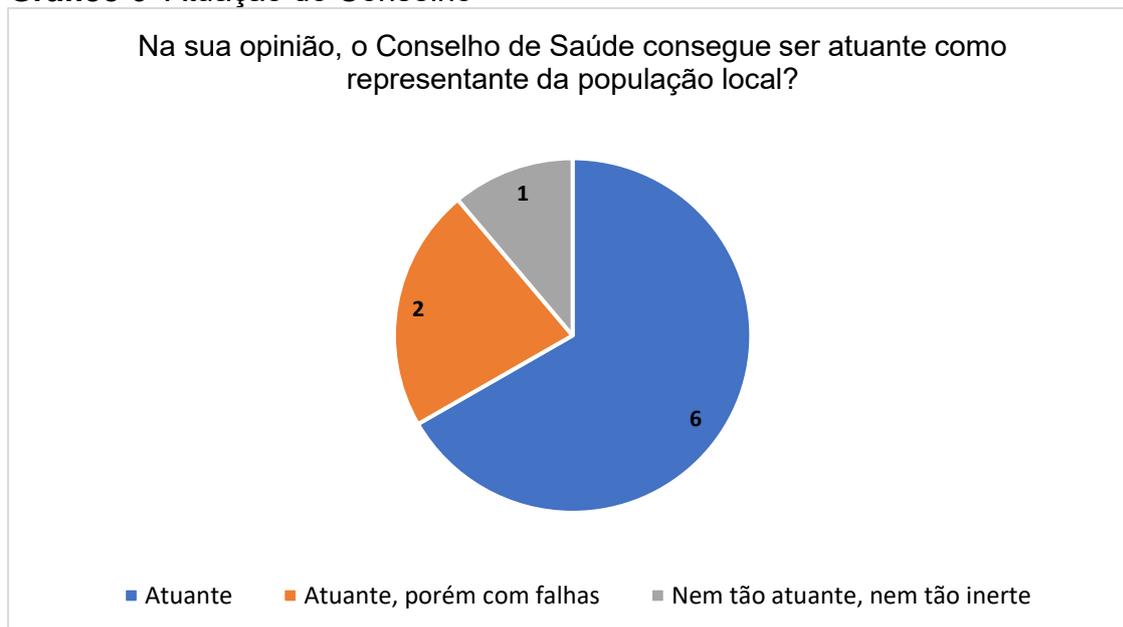
Algo confirmado pela voluntária Itaipulândia ao dizer que o Estado:

“Tem a responsabilidade de criar mecanismos para prover as políticas públicas [...]”.

A marcação em colocar o ente estatal como grande responsável pelas políticas pública é uma ruptura com os ditames do Banco Mundial nos anos de 1990, na sua tentativa de implantar um processo de transferência de funções para a sociedade civil, na ânsia neoliberal em diminuir o tamanho dos Estados nacional como forma de reduzi-los a mero instrumentos organização econômica que sirvam ao capital financeiro e especulador (RIZZOTTO, 2000).

Quanto a atuação do CMS enquanto representante da população local, a maioria das/os voluntárias/os do segmento opinou afirmativamente, indicando que reconhecem positivamente que o conselho representa a participação popular diante das políticas públicas estatais.

Gráfico 6- Atuação do Conselho



Fonte: elaborado pelo autor (2023).

No questionamento sobre a sensação de pertencimento enquanto parte do processo de gestão do SUS, não houve um consenso entre os/as voluntários/os do segmento, o que demonstra uma variedade de sensações despertadas, mesmo estando esse segmento diretamente ligado a gestão do sistema. O papel conciliador que os conselhos tem tomado desde os governos petistas do início dos anos 2000,

como reflexo dos ataques neoliberais dos anos 1990, tem colocado como efeito a tônica do trabalho de gestores a sempre buscar a mediação entre os anseios da burguesia e da classe trabalhadora, e não obstante, ter a interferência de instâncias superiores em suas ações, notadamente para garantir a hegemonia do capital (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Gráfico 7- Pertencimento a gestão do SUS



Fonte: elaborado pelo autor (2023).

A noção de corresponsabilização entre o órgão (CMS) e o poder executivo é um fenômeno existente desde os anos 1990, com os ditames do Banco Mundial para criação de conselhos de gestão que pudessem até mesmo substituir o papel do Estado na execução de políticas públicas. Embora essa substituição tenha encontrado resistência em nosso país, houve a substituição pela ideia de transformar esses espaços em locais onde o executivo possa compartilhar competências, e muitas vezes, resguardar seus projetos com base na transparência pública (RAUSCH; SOARES, 2010; FIGUEIREDO; SANTOS, [s. d.]).

Para que isso possa acontecer, é necessária uma boa convivência entre gestores e os demais segmentos no conselho. O relato demonstrado pelas/os voluntárias/os foi positivo de maneira geral, como escrito pela voluntária S. T. I. ao dizer que:

“Existe total harmonia entre as duas entidades [...]”.

O ponto discordante do que tange o questionamento veio da voluntária Matelândia, que relatou uma situação de conflito entre a presidência do CMS e gestores, algo não observado nas demais repostas de voluntários/as:

“Acontece muitas vezes durante as reuniões, com temas colocados em pauta. Mas atualmente temos muitos problemas com o presidente, que insiste em comunicar de forma truculenta, sem respeito à gestão [...]”.

Essa truculência entre grupos advém de um fenômeno denominado por Gramsci como “dinâmica expansiva da cidadania”, onde acontece o nó das formas de hegemonia, da construção do consenso, e por sintoma, da relação entre dirigentes e dirigidos. Esses sintomas são decorridos da passagem sócio-histórica, dentro das democracias burguesas, à partir do momento em que o desenvolvimento da economia e das legislações nacionais favorecem a passagem molecular dos grupos dirigidos para o grupo dirigente, sem que se leve em conta o grau de vivência democrática ou de reconhecimento de um sentido mais amplo de participação popular, como um sistema de correlação de forças e não o ambiente de disputas no sentido passivo-agressivo (LIGUORI; VOZA, 2017).

Todos os voluntários e voluntárias foram uníssonos ao relatar que as conferências são propositivas, acontecem de maneira regular, de acordo com a legislação, a cada 4 anos, e que há participação de diversos estratos da sociedade. Porém, duas voluntárias destoaram com considerações sobre a condução das mesmas:

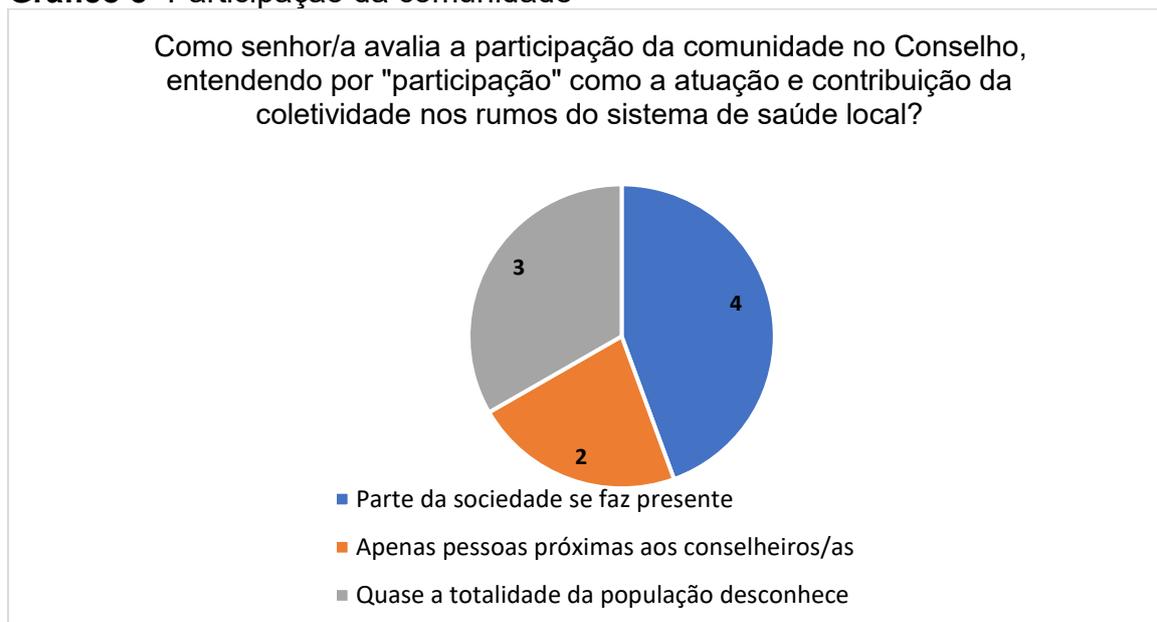
Pergunta: Em sua avaliação, as conferências são propositivas? Como ocorrem em seu município?

- a) “Particpei da minha primeira conferência, foi confuso” (Medianeira).
- b) “São muito propositivas. A última conferência aconteceu em 2018, porém houveram [sic] muitos erros na condução, sem seguir orientações do regimento interno. Isto ocasionou muitos problemas durante os 4 anos seguintes, e estamos trabalhando para que a próxima seja mais coerente e siga à risca a legislação” (Matelândia).

Como podemos observar com base nessas duas respostas, novamente a situação da efetivação da educação permanente se mostra falha. Mesmo no segmento considerado mais “consciente” quanto sua ação no conselho, se observa de igual maneira que, ou a formação dos/as conselheiros/as está ausente, ou não está sendo efetiva. Essa crítica não deve ser estendida apenas a situação das atividades

formativas para membros e membras de CMS, mas também para a formação da sociedade de maneira geral. Como veremos no gráfico a seguir, um dos obstáculos citados pelos voluntários/as é o baixo conhecimento da população sobre a existência de mecanismos de participação popular, no caso específico da presente pesquisa, dos conselhos de saúde:

Gráfico 8- Participação da comunidade



Fonte: elaborado pelo autor (2023).

Nenhum dos/as voluntários/as respondeu que a população se faz presente e conhece o conselho. Seria isto a grande dificuldade para a efetivação da participação popular? A educação para a cidadania é o grande momento de empoderar a população ao ponto de a parcela dirigida conseguir se tornar parte da parcela dirigente do Estado. Gramsci criticar constantemente em muitos de seus textos que somente a inserção de leis que, textualmente, evoquem a autonomia dos sujeitos, não será o bastante se não forem criados mecanismos para a cidadania ativa. Fora disso, cai-se no dilema do jurisdicismo burguês, onde se reduz a participação social apenas ao texto constitucional e de leis, esvaziando de uma atuação concreta para a realidade (BARATTA, 2010; LIGUORI; VOZA, 2017).

Na finalização do questionário, os voluntários e voluntárias consideraram que sim, o controle social da saúde é efetivo, porém, foi unânime entre todas e todos que falta para os CMS serem mais envolventes e terem uma participação maior da sociedade, para além dos conselheiros e conselheiras: interesse; descentralização

das reuniões; divulgação; informação e conscientização sobre a existência e importância da participação popular nos rumos dos serviços públicos.

Esse problema da falta de envolvimento social no controle de políticas públicas, mais especificamente estudada a relação com o SUS na presente dissertação, ocorre desde a falta de uma cultura democrática-participativa que não se reduza ao período eleitoral, até a resistência de gestores e profissionais da saúde em inserir e compartilhar poderes decisórios com estratos sociais vistos como subalternos. Para se conseguir uma efetividade dentro das instâncias de participação popular que não seja apenas nominal, antecedem-se várias mudanças estruturais que, na maioria das vezes, não é de interesse das classes superiores por justamente engendrar um ambiente ativo de participação e cidadania (AROUCA, 1986; SPOSATI; LOBO, 1992; VICENTE, 2019).

4.7 SEGMENTO 3: TRABALHADORES E TRABALHADORAS DA SAÚDE

Dentro dinâmica de composição dos conselhos de saúde, cabe ao segmento de trabalhadoras e trabalhadores da saúde corresponder a 25% da membresia, de acordo com a Resolução 453/2012 do CNS, e terem seus conselheiros e conselheiras vinculados a associações, confederações, conselhos de profissões regulamentadas (como os sistemas CFO/CRO; CFESS/CRESS; COFEN/COREN; CFM/CRM; e entre outros)⁸³, federações e sindicatos, obedecendo as instâncias federativas de cada entidade e de conselho (BRASIL, 2012).

Atores e atrizes sociais chave por estarem relacionados/as diretamente ao contato e atuação com a população, tanto os/as profissionais do setor público quanto do setor privado são convidados e convidadas a fazerem parte como membras/os do segmento, embora se encontre dificuldade em trazer os últimos para os espaços de controle social. O conhecimento técnico-científico frente as discussões a serem tomadas pelos/as integrantes é considerado valoroso, mas observa-se que muitas vezes são tidos como um fim em si mesmo. A visão geral, na interlocução com demais segmentos, é de que não há por parte dos trabalhadores/as uma tomada política das discussões, o que é demonstrado por algumas pesquisas qualitativas que evidenciam a dificuldade em romper a barreira com o tecnicismo por parte da categoria:

⁸³ Utilizadas como exemplos as entidades: Conselho Federal/Regional de Odontologia; Conselho Federal/Regional de Serviço Social; Conselho Federal/Regional de Enfermagem e Conselho Federal/Regional de Medicina, respectivamente.

Os conselheiros atribuíram diferentes papéis ao segmento dos trabalhadores no conselho municipal de saúde, mas ambos consideraram apenas o papel técnico: alguns destacaram a colaboração com a gestão, enquanto outros apontaram o apoio técnico para as discussões apresentadas no conselho. Este fato evidencia que há uma acomodação frente à redução do papel do representante dos trabalhadores a uma atividade de apoio técnico no conselho, assim, o trabalhador não assume uma postura de disputa por maior espaço político no CMS estudado (KEZH; BÓRGUS; MARTINS, 2016, p. 958).

A grande problemática do rumo da atuação de trabalhadores e trabalhadoras da saúde enquanto conselheiras/os é o zelo excessivo pelo “saber técnico” acabar por produzir um discurso de “competência” que propicia a manutenção do poderio hegemônico sobre o saber popular, reduzindo a participação dos usuários/as a espectadores da relação, e transformando o embate final nos conselhos entre o segmento de trabalhadores contra o segmento de gestores, impedindo uma vivência mais democrática que seja instaurada entre todos os eixos de composição é possa permitir o poder popular circular entre as diversas representações (ZAMBON; OGATA, 2013).

Na tabela abaixo, podemos observar os dados relativos ao primeiro bloco do questionário, com a respectiva análise no parágrafo seguinte:

Quadro 5- Identificação do segmento de trabalhadores e trabalhadoras da saúde

Voluntário/a	Idade	Gênero	Tempo de Residência (anos)	Escolaridade	Profissão
Foz do Iguaçu	58	F	58	Pós-graduação	Aposentada
Itaipulândia	48	M	48	Pós-graduação	Servidor público
Matelândia	39	F	38	Ensino superior	Técnica em Saúde Bucal
Medianeira	59	F	36	Mestrado	Assistente Social
Missal	49	F	41	Ensino médio	Agente Comunitária de Saúde
Ramilândia	30	F	30	Pós-graduação	Assistente Social
S. T. I. ¹	44	F	44	Pós-graduação	Enfermeira
S. M. I. ²	38	F	38	Pós-graduação	Nutricionista
S. D. I. ³	28	F	4	Ensino superior	Técnica em Segurança do Trabalho
Legenda: ¹ Santa Terezinha de Itaipu; ² São Miguel do Iguaçu; ³ Serranópolis do Iguaçu					

Fonte: elaborado pelo autor, com base nas respostas do questionário da pesquisa (2023).

O setor da saúde emprega por volta de 5% da população economicamente ativa do país e cresce em número de formandas e formandos todos os anos, chegando ao patamar de formação feminina a 90% das/os graduandas/os em alguns cursos como Serviço Social, Fonoaudiologia e Nutrição, e cerca de 60% em cursos como Odontologia, Medicina e Farmácia. Uma característica observada no perfil da área, desde os anos 1990, é a chamada “feminilização da força de trabalho” que tem como resultado a presença 70% das vagas laborais sendo ocupadas por pessoas identificadas com o gênero feminino (MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013).

O termo feminização no mercado de trabalho se refere, normalmente, a um franco crescimento da população feminina em algumas profissões que historicamente eram desempenhadas pelos homens, como exemplo medicina e odontologia. A profissionalização feminina, iniciada no final do século XIX aconteceu relacionada aos papéis femininos tradicionais, ou seja, a mulher vinculada ao cuidar, ao educar e ao servir, entendidos como dom ou vocação (MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013, p. 241).

Como visto na Tabela 5, a presença feminina entre conselheiras/os do segmento é maciça, sendo a amostra um retrato do que se pode observar na constituição dos conselhos: mesmo que boa parte das vezes não ocupem postos de liderança nos espaços de participação popular, como a presidência, são elas que compõe o maior volume entre membras e membros. Com a expansão de instâncias deliberativas de controle social, em consonância com a feminilização do mercado de trabalho (com evidente representação no setor da saúde), há a abertura desses ambientes como possibilidade de superar os sintomas sócio-históricos de subalternização e opressão das mulheres, a partir da tomada de decisões e levantamento de demandas específicas do gênero, como também pode ser um local de disputa diante da consolidação machista do padrão “homem branco, adulto, urbano, burguês e heterossexual”, que insta em dominar os espaços de poder mesmo como grupo minoritário (DIAS, 2018).

Embora os cargos de nível médio/técnico sejam de extrema relevância numérica no total de empregados da área da saúde, como, por exemplo, as funções de Agente Comunitária/o e Auxiliar/Técnica/o de Enfermagem, há na representação da amostra um domínio de profissionais com nível superior, destacados os que relataram possuir pós-graduação *lato sensu*. Uma das explicações está justamente no fato anteriormente citado de que é uma tendência crescente não só o aumento de

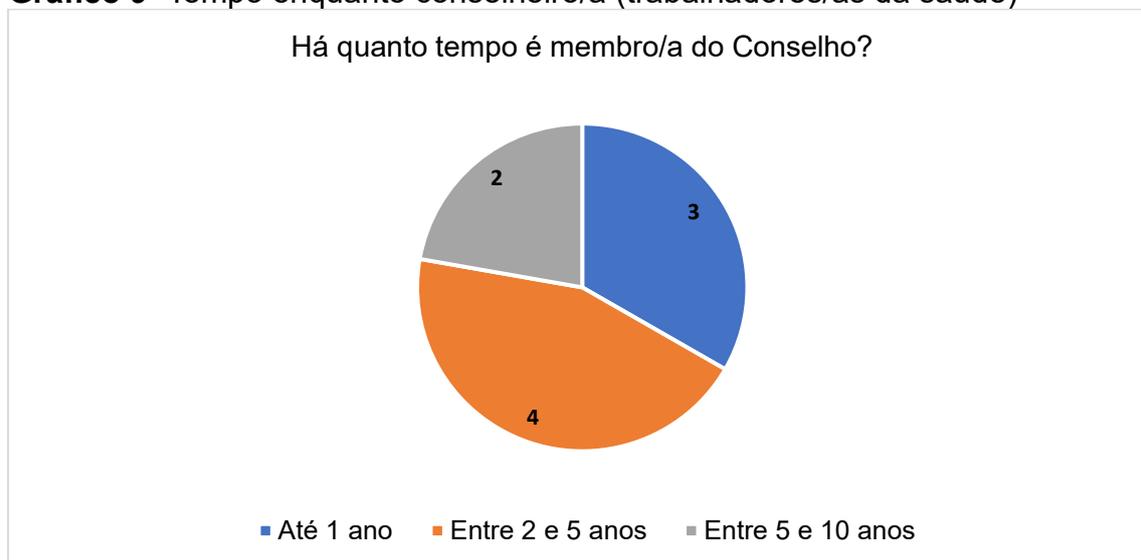
mulheres graduadas no ensino universitário, como também daquelas que buscam a especialização profissional/acadêmica, mesmo que as relações estruturais com o machismo e a função social do cuidado faça com que as mulheres tenham jornadas triplas, desempenhando seu papel enquanto força trabalho remunerado (sua profissão) e não remunerado, como os afazeres domésticos, incumbência do cuidado, elo afetivo entre os integrantes da família, e entre outros, que poderiam (e muitas vezes, podem) ser impeditivos para tal avanço de instrução (NETO; COSTA, 2020; PEREIRA; SANTOS; BORGES, 2005).

Seguindo a tendência já demonstrada nos demais segmentos, apenas três voluntárias se colocaram como vinculadas a movimento social/sindicato/partido político, neste caso, sindicatos de trabalhadores/as da saúde e municipais. Como as categorias profissionais, nesta situação em específico, são majoritariamente representadas pelos conselhos de classe, que não se vinculam a nenhuma das divisões dispostas na questão, há uma certa justificativa nas repostas negativas. O que caberia questionar aqui é como a influência da educação notadamente tecnicista nos cursos da saúde, e após, na educação permanente, pode influenciar na visão de pertencimento ou não dos trabalhadores e trabalhadoras enquanto membros representativos de organizações sociais, ou até mesmo uma postura crítica e criadora dos sujeitos em se perceber como atores/atrizes sociais para além de suas funções laborativas (KEZH; BÓRGUS; MARTINS, 2016; SILVA; SODER; PETRY; OLIVEIRA, 2017; SILVA et al., 2011).

Em relação ao tempo como membro/a do conselho, há uma clara divisão entre três opções, constando a maioria entre 2 e 5 anos enquanto conselheiras/os. Este fato denota estarem na primeira experiência e que há uma possível substituição na escolha dos integrantes ao final de cada período de gestão. A rotatividade em si não é vista como um problema e inclusive é dispositivo legal em muitos regimentos internos de CMS, como forma de aumentar o poder de participação de outras categorias, como também tem se tornado uma constante na administração pública. A problemática sugerida é que, a alternância de membros pode dificultar a capacitação integral dos componentes, bem como exigir que a mesma seja profunda (apesar de suas limitações temporais) na formação e qualificação dos conselheiros e conselheiras. É visto também a sintomática da evasão de talentos na administração pública ocasionada pela rotatividade, o que pode não diminuir o paradigma tecnicista entre os representantes de trabalhadores e trabalhadoras da saúde no CMS, já que é

ressaltado em muitas pesquisas relacionadas ao tema o fator “experiência” como uma importante condição no aprimoramento de discussões dentro do controle social (DUARTE; MACHADO, 2012; MOTA; LEVY; COELHO, 2016).

Gráfico 9- Tempo enquanto conselheiro/a (trabalhadores/as da saúde)



Fonte: elaborado pelo autor (2023).

Quanto ao conhecimento da função e ação do CMS, cinco voluntárias/os assinalaram que acessaram por meio do sindicato ou secretaria da saúde, duas que o mesmo veio por recursos próprios (pesquisa e leitura) e apenas uma citou que obteve por meio da graduação de nível superior). Se nota, com base nas respostas, que o segmento possui entendimento do *modus operandi* que paira o controle social, tanto que, a maioria relatou não sentir dificuldades em exercer seu papel. Das voluntárias que demonstraram alguma dificuldade, uma apontou para o comprometimento dos conselheiros, outra para a aderência da população e duas evidenciaram as falhas na transmissão de informação e formação sobre o funcionamento dos conselhos:

“Sim, pois falta informação do que é o Conselho, como funciona” (Medianeira).

“Sim, mais formações” (Missal).

As motivações relatadas para a candidatura evocaram as palavras “contribuir” e “melhorar”, constantes nas respostas percebidas, o que demonstra a percepção do controle social enquanto “controle-participação”, um conceito enraizado pelo

Movimento da Reforma Sanitária como forma de contrapor o modelo sociopolítico de “controle-coerção” que era hegemônico durante o regime ditatorial brasileiro, como nos revela as seguintes voluntárias:

“Estar por dentro das situações relacionadas a saúde e entender como os assuntos estão sendo conduzidos e contribuir para uma melhoria da fiscalização e atendimento” (S. M. I.).

“Anseio em cooperar para melhoria dos serviços aos usuários do SUS” (Foz do Iguaçu).

É de suma importância a tomada de consciência por parte de conselheiros e conselheiras que a participação popular é a tônica do controle social, e que sem ela, os órgãos da administração pública que contam com parte direta dos cidadãos e cidadãs se tornam apenas mecanismos cumpridores de tarefas, com a função final de envernizar a transparência dos recursos exigida pelos tribunais de contas e pela legislação. Para os/as profissionais da saúde, assume ainda o entendimento da mudança de paradigma para um modelo biopsicossocial que leve em conta as determinações sociais e as interações entre sujeitos diversos e a sua comunidade, que terá relação direta não só na participação, mas no envolvimento dos atores/atrizes sociais locais (CORREIA, 2000; OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013; WESTPHAL, 1992).

A compreensão de cidadania por parte dos voluntários e voluntárias, ao contrário dos segmentos anteriores, não evocou apenas a respostas que levassem ao local comum de relacionar a “direitos e deveres”. Embora tenha presença em algumas opiniões, foi a palavra “participação” que teve protagonismo, aparecendo em 6 respostas, como, por exemplo, o que escreveram as seguintes voluntárias:

“Compreendo como a participação da sociedade nas ações do SUS/gestão.” (Ramilândia)

“Na minha opinião, na lei todos temos o direito, mas existem deveres e por isso tem que ter participação.” (Matelândia)

“Participação da sociedade na vida ativa do governo.” (Medianeira)

“Participação ativa do usuário” (S. T. I.).

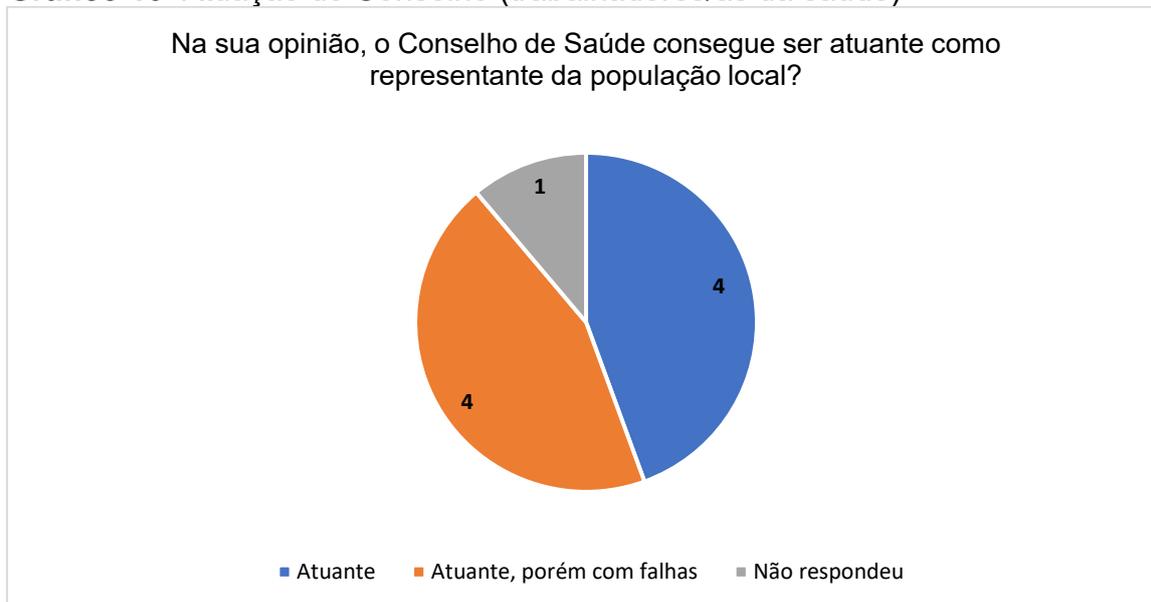
Isso manifesta, mesmo que talvez de maneira despretensiosa, o entendimento de cidadania ativa como um qualificador de empoderamento direto da população diante das ações governamentais por parte dos sujeitos, para além do reducionismo

em deduzir o conceito apenas sob um viés jurídico e legal, como um ordenamento de leis/políticas públicas que podem ser acessadas e seguidas, ao contrário da construção coletiva da cidadania como um momento de participação social. Corroborando com essa argumentação, há por parte dos voluntários/as a demarcação que tiveram acesso a Lei 8.080/1990 e 8.142/1990 mesmo que de maneira parcial, o que demonstra o conhecimento de causa por parte dos sujeitos, que contribui para a formação do ambiente de cidadania ativa (BENEVIDES, 1994; CECCIM, 2005).

Em consonância com a questão anterior, quando questionados/as acerca da função do Estado diante da formulação e execução de políticas públicas, as conselheiras e conselheiros denotaram as responsabilidades do ente como padronização do serviço, execução de ações, controlar recursos e garantir acesso. Com a instituição do Estado Social, várias reformas foram realizadas dentro dos aparatos da burguesia para mantê-lo como uma entidade de conciliação que ao mesmo tempo executasse políticas públicas e protegesse a ordem capitalista. As respostas das voluntárias/os se fundamentaram basicamente na visão gerencial, legitimada como tentativa de reformar o modelo neoliberal assim que se foi percebido que o ambiente do final dos 1990 e começo dos anos 2000 poderia favorecer ao acirramento de classes, devido os ataques de organismos financeiros internacionais as tentativas de formações de Estados Sociais na periferia do capital, em especial na América Latina.

A reforma gerencial foi uma resposta a essa crítica e uma maneira de tornar os serviços sociais universais mais eficientes do que já são por natureza — porque o consumo coletivo é mais eficiente do que o consumo privado, não obstante as ineficiências que sempre existem no fornecimento do consumo público. Ela é, historicamente, a segunda reforma administrativa do Estado moderno. A primeira reforma foi a reforma burocrática, a reforma que Max Weber analisou de maneira definitiva. Foi a reforma que rejeitou a administração patrimonialista e a tornou profissional. Ela foi inevitável, porque o Estado liberal era incompatível com a administração patrimonialista. A reforma gerencial é igualmente inevitável; é uma decorrência necessária do estado social, como este foi uma decorrência lógica da transição dos países ricos para a democracia e o aumento de poder para o povo que isso significou (BRESSER-PEREIRA, 2017, p. 152).

Todos consideraram positivamente que o CMS consegue transformar as ações e serviços oferecidos pelo sistema local, bem como consideraram seus conselhos como atuantes, embora tenha havido uma divisão com metade dos questionados/as alegarem que o mesmo possui falhas.

Gráfico 10- Atuação do Conselho (trabalhadores/as da saúde)

Fonte: elaborado pelo autor (2023).

Com exceção de duas voluntárias, os demais consideraram que houve avanço no levantamento de pautas do último ano. A voluntária Foz do Iguaçu redigiu uma crítica ao andar das reuniões, relatando dificuldades de relação entre os conselheiros e conselheiras:

“Conseguiu avançar nas pautas, porém algumas reuniões fugiram totalmente do assunto, as vezes usando expressões não condizentes com o local e nem o assunto, levando às vezes para um caminho antipático, autoritário e que não respeita outras opiniões [...]”.

Já a voluntária Ramilândia teve uma opinião diferente ao citar o porquê seu CMS não avançou, apontando que:

“Teve retrocessos, devido a não efetivação da participação [...]”.

Dificuldades na relação entre distintos estratos sociais são observados como um fator que possa gerar impasses na participação popular e no convívio entre conselheiros e conselheiras. É evidente a divisão de funções entre os segmentos, ficando trabalhadores/as com o viés técnico das ações e legislações, os gestores pautando de acordo com os interesses do executivo, e os usuários/as, muitas vezes relegados a um papel coadjuvante e passivo nas discussões. É até mesmo natural que, categorias com maior nível de conhecimento (seja por via do ensino regular, ou da educação permanente), se coloquem em uma posição de maior tomada de

consciência dos fatos e se perceba dentro de uma relação de poder direto em que há possibilidade de avanços estruturais e de disputa com os interesses hegemônicos do modo de produção capitalista (SORATTO; WITT; FARIA, 2010; TONET, 2007; ZAMBON, 2006).

Entre totalmente e parcialmente, todas e todos os voluntários/as indicaram se sentirem parte do processo de gestão do SUS e da administração do sistema, o que concordo com as visões já elencadas do grupo sobre como encaram a participação popular, a cidadania, e como se enxergam enquanto sujeitos que atuam diretamente na prestação de serviço público aos usuários/as.

A situação da correlação de forças com entre CMS e poder executivo foi vista de maneira diversa pelo segmento. Embora muito se tenha relatado que há “parceria” e “harmonia” entre ambos, alguns “poréns” foram colocados como importantes para análise real dessa provável sintonia:

“Através de questionamentos repassados pelos membros do CMS à gestão” (Medianeira).

“Na maioria das vezes, as ações são discutidas previamente com a secretaria de saúde. Eles apresentam as pautas e vai para plenária” (Foz do Iguaçu).

“Ocorre de forma dividida entre as entidades” (Ramilândia).

“Vejo que o executivo quer tomar decisões” (Missal).

O teor das respostas expressa a relação pautada no executivo, apesar da alegada parceria entre os segmentos. O que talvez os demais grupo não tenham observado em grande número como os membros/as representativos de trabalhadoras/es devido a relação direta entre ambos os segmentos por estarem, na maioria das vezes, em uma vinculação entre chefes e comandados, já que há uma dificuldade observada em trazer para os espaços de controle social aqueles e aquelas vinculados ao mercado de trabalho privado, tanto que na presente amostra, não há nenhum/a voluntário/a que não seja servidor/a público/a de seu município.

As conferências de saúde, espaço direto e periódico de interlocução entre municípios, gestores e o CMS, foi considerado de variadas formas e não houve consenso entre as/os voluntárias/os sobre o caráter propositivo e de envolvimento da sociedade nesse ambiente, como podemos observar na variedade de respostas de alguns sujeitos:

“Propositivas e divulgadas por mídias digitais abertas a toda população” (Itaipulândia).

“Existe envolvimento e ampla divulgação, o que falta muitas vezes é o real interesse da população em participar” (S. T. I.).

“Não houve muita adesão, houve falta de informação e comprometimento” (S. M. I.).

“Há muito tumulto, mas na última conferência foi representado todos os segmentos e entidades” (Missal).

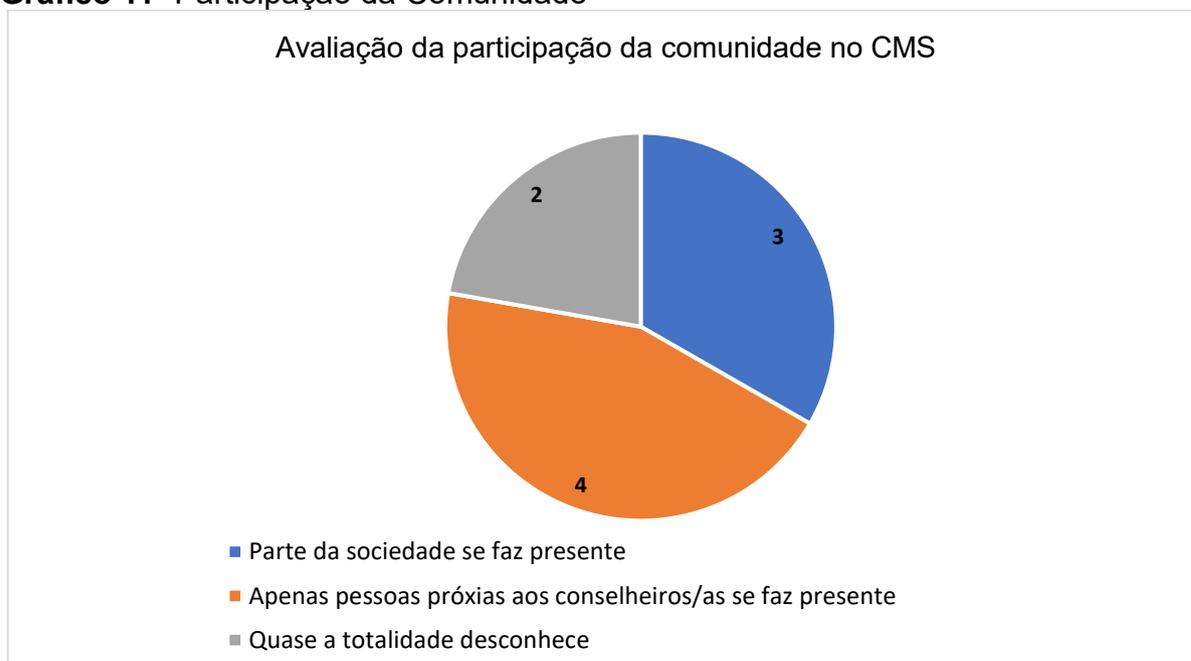
Estimado como o local onde se antecipa a formulação das políticas públicas de saúde para o período seguinte, além de guiar as diretrizes que conduziram o sistema, as conferências apresentam essa falha em não se demonstrarem atrativas para a população, como observado pelo segmento, motivada pela compreensão geral por parte da coletividade em identificar a saúde por meio de uma orientação de consumo e serviços, e não como um direito social. Fica evidente a necessidade, novamente, de uma educação permanente que tenha eco na construção da consciência pautada na luta pelos direitos sociais e nas mudanças de paradigma em substituir uma tendência mercantilista de se pensar a saúde, para conceito mais amplo e biopsicossocial (GUIZARDI et al, 2004; VIANNA; CAVALCANTI; CABRAL, 2009).

As conferências locais foram citadas por boa parte dos voluntários/as como o local onde se melhor aproxima o controle social com os cidadãos, algo observado por Faria e Lins (2013), mas que ainda encontra entraves por ser uma etapa prévia e, no final, apenas nas conferências municipais é onde as decisões são tomadas, além da dificuldade na constituição de conselhos de saúde locais, já que não há previsão de sua obrigatoriedade na legislação, caracterizando sua formação através do “espontaneísmo” da sociedade em que se insere, necessitando da qualificação de atores/atrizes sociais que possam liderar a formação desses grupos (FARIA; LINS, 2013; SOUZA; KRÜGER, 2010).

A avaliação da participação da comunidade nos CMS seguiu a tendência elencada pelos demais segmentos de que apenas uma parcela da população conhece e participa do controle social para além de seus integrantes, o que denota a dificuldade crônica na formação da cidadania ativa e da tomada de consciência para além de pessoas diretamente ligadas com parcelas vinculadas a movimentos sociais, associações, instituições, classes profissionais e entre outros.

Para Gurza Lavalle e Isunza o exercício participativo teria o potencial de desenvolver o sentimento de pertencimento do cidadão à sua sociedade, não apenas fortalecendo a formação de identidades políticas amplas, mas colaborando para a legitimação das instituições políticas. Cabe ressaltar, que os conselhos de saúde estão inseridos no contexto dos conselhos gestores de políticas públicas, de caráter obrigatório pela Constituição de 1988, e organizados em setores de políticas definidos pela própria Carta Magna. Por isso, esses conselhos são instituições cuja criação obedece a mandato e garantias legais. Moreira observa os conselhos de saúde como instâncias políticas inovadoras, muito diferentes daquelas tradicionais, ainda que em processo de construção. São instituições que estão sendo problematizadas, no debate nacional e internacional, como de participação política não eleitoral ou partidária, ou seja, de representação política extraparlamentar apontando também para o processo de pluralização da representação. Vêm sendo conceituadas como experiências de inovação democrática. [...] Contudo, essa participação social decorrente dos processos de descentralização e redemocratização política, passa a ter seu desempenho associado a fatores socioculturais históricos, quais sejam: a falta de tradição participativa e de cultura cívica no país, a tradição autoritária do Estado brasileiro e a cultura política dominante. Esses fatores são percebidos no cotidiano dos conselhos como dificuldades relacionadas à fragilidade da vida associativa, a impermeabilidade à participação e a defesa de interesses corporativos e clientelistas, respectivamente (OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013, p. 2330).

Gráfico 11- Participação da Comunidade



Fonte: elaborado pelo autor (2023).

Por fim, a falta de interesse e participação da sociedade foi apontado como a grande falha em não tornar o controle social como um mecanismo eficaz de

participação popular na gestão da saúde, segundo a categoria. Mas pode haver esse envolvimento sem a elevação civil das massas? Relembrando Gramsci (1999, p. 18), uma anterior reforma econômica e uma modificação na posição social e no mundo econômico é necessária para que a tomada de consciência da população se desenvolva e a democratização do Estado possa ocorrer de maneira estrutural e permanente, favorecendo a cidadania ativa e a autonomia da população em buscar seus reais interesses.

No estágio atual das relações capitalistas internacionais, os ditames de instituições como o Banco Mundial podem até evocar e incentivar a criação de mecanismos participativos, mas não com o intuito de realizar um contraponto à hegemonia burguesa ou engendrar um ambiente que favoreça a luta de classes, mas mediar de maneira mecânica a situação da prestação de políticas públicas por parte dos Estados nacionais, como forma de apenas remediar as contradições sistêmicas e evitar o acirramento entre os interesses da burguesia e do proletário, que podem levar a desordem social (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018; PAIVA; TEIXEIRA, 2014; RIZZOTTO, 2000).

CONCLUSÕES

A presente dissertação teve como objetivo analisar a efetividade da participação popular como mecanismo de controle social da política de saúde, a partir das vivências e opiniões relatadas, tanto objetivamente, quanto subjetivamente, pelos atores e atrizes sociais envolvidos no processo de gestão cidadã da administração pública: as conselheiras e os conselheiros de saúde.

A América Latina, *nuestra America*, é um campo de batalhas entre os interesses da hegemonia burguesa, pautados atualmente pelos ditames neoliberais e voltados ao capital financeiro especulativo, e das classes populares, que buscam melhores condições de vida e sua própria sobrevivência dentro do modo de produção.

Com a instituição dos espaços de controle social, incentivada em nossa região a partir do processo redemocratização, após um período tenebroso e violento de regimes ditatoriais mantidos pelo Plano Condor estadunidense, houve a possibilidade real de democratização do fundo público e maior poder de decisão direta dos segmentos sociais no controle das políticas públicas, notadamente a prestação de serviços de saúde.

Mas, como dito anteriormente sobre o caráter de disputa e acirramento de interesses na América Latina, o Banco Mundial e organismos internacionais que pautam o ambiente econômico internacional aproveitaram destes acontecimentos para organizar movimentos de contrarreforma durante os anos de 1990: a criação dos conselhos de administração pública seria incentivada nos países da periferia do capital, mas com um intuito oposto a participação popular na gestão do Estado, utilizando-os como espaços de transferência de responsabilidades pelo fornecimento de serviços públicos essenciais, sob a ótica neoliberal de diminuição do tamanho do Estado.

Os efeitos destes ditames no Brasil, de maneira genérica conforme observada nas referências utilizadas nesta dissertação, não foi a transferência de competências, mas a corresponsabilização entre poder executivo e conselhos, como forma de utilizá-los para cumprir obrigações perante a transparência pública. Além do mais, com a obrigatoriedade de instalação destes organismos, conforme evocam as leis 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), que possui a participação popular como diretriz de funcionamento, e 8.142/1990, que regula e exige a formação de instâncias colegiadas de controle social do SUS, há claras tentativas de gestores em subjugar

os conselhos com bases nos seus próprios interesses, aproveitando-se das dificuldades crônicas em engendrar uma cultura democrática e de cidadania ativa entre o coletivo de cidadãos e cidadãs brasileiras/os.

O ambiente de pesquisa, os municípios pertencentes à 9ª Regional de Saúde do Paraná, possui algumas realidades qualificadoras e que denotam sua particularidade, pois trata-se de uma região transfronteiriça entre Argentina, Brasil e Paraguai; que teve um passado de disputas territoriais, agrárias e econômicas; de colonização e urbanização historicamente recentes; domínio do capital agroexportador; dinâmicas migratórias e imigratórias; e fortes disparidades socioeconômicas entre seus entes municipais.

A criação de quase todos os conselhos de saúde na região não surgiu, como ocorreu em Foz do Iguaçu e nos grandes centros do estado, de maneira espontânea e de organização coletiva, mas a partir da obrigatoriedade legal de sua instituição para que o fundo público e os repasses intergovernamentais de recursos pudessem ser acessados. Encaro este fato como importante na problemática referente as dificuldades que a população tem em entender o controle social e como a sua participação pode ser efetiva. Se há obrigação, pode não ocorrer a tomada de consciência sobre a importância do espaço, ao mesmo tempo que ocorre a pressão de gestores para escolha de integrantes, já que sem um conselho constituído, não há acesso ao financiamento público do sistema.

Partindo do processo de feminilização da força de trabalho, e o histórico envolvimento de mulheres como lideranças em associações e movimentos sociais, a formação universitária da saúde tendo o percentual feminino superior a sessenta por cento, há uma presença massiva do gênero na composição dos conselhos, sendo a maioria das/os integrantes em todos os organismos da 9ª RS. Porém, as relações estruturais do machismo também impactam a relação de poder nestas instâncias: apenas três, de nove CMS, possuem uma mulher na presidência. É a visualização do quadro social vigente em nosso país onde, apesar do gênero feminino ser a maioria do contingente populacional, os espaços de poder e comando ainda são predominantemente ocupados por homens, seguindo o padrão cis-heteronormativo, branco e cristão.

A média de idade dos conselheiros/as voluntários/as também foi alta, com poucos abaixo dos trinta anos. Apesar da demonstrada renovação dos quadros de membras/os, com a maioria dos sujeitos estando em sua primeira experiência de

controle social, os jovens ainda estão apartados dos CMS, e, assim como nos outros níveis nacionais, a juventude tem enfrentado dificuldade em acessar instâncias decisórias. Seria falta de conhecimento? As respostas demonstraram que as populações, no geral, pouco conhecem seus conselhos de saúde. Mas só isso não explica. O papel de jovens lideranças é constantemente questionado, relegado ao ostracismo ou a papéis meramente figurativos. A consequência direta disso é a falta de interesse por parte do grupo em participar (ou tentar) ativamente de instâncias políticas, sociais, comunitárias e de gestão.

A falta de interesse geral por parte da população, aliás, foi evidenciada como a grande dificuldade apontada em tornar o controle social eficaz. Mas qual o por quê disso não ocorrer? Respondo com outro questionamento: qual pode ser o interesse das populações em participar de um organismo onde suas demandas são constantemente diluídas, em nome dos interesses da gestão? O maior sintoma da mecanização e tecnicismo do controle social é a transformação do local em um grupo cumpridor de tarefas do executivo. Como dito anteriormente e elencado no decorrer da dissertação, foi aproveitado por parte dos poderes estatais que há uma cultura democrático-cidadã extremamente falha em nosso país. Cidadania se reduz ao mero jurisdicimento de “são direitos e deveres” e ao período eleitoral, e não como a forma de atuarmos para controlar, zelar e exigir o cumprimento da constituição e das políticas públicas e sociais.

O geógrafo Milton Santos (1998), em uma entrevista encontrada por mim na plataforma *youtube*, nos diz que cidadania e democracia são limitadas em nosso país e questiona: será que temos uma democracia no Brasil? Ou há um sistema eleitoral? Um eleitoralismo que cria a ilusão em participar e ser parte do processo democrático apenas na temporalidade que vai da campanha ao voto, quando na realidade, essa redução faz com que a discussão pública dos grandes problemas não consiga progredir de maneira permanente na sociedade.

Não há garantias no capitalismo, a qualquer momento o aparato legal pode ser mudado, os direitos podem ser revistos, os deveres podem se tornar coercitivos e políticas públicas podem ser extintas. Só a organização e a luta da classe trabalhadora têm o real poder de evitar essas ocorrências. Mas para isso, é necessário romper com ideologia hegemônica burguesa e engendrar um ambiente que permita a tomada de consciência de classe e a disputa pelos espaços de poder.

Antonio Gramsci (1986), nos Cadernos do Cárcere, coloca que a superação dessa posição passiva diante da hegemonia e do Estado burguês só é possível com a elevação cultural das massas, partindo do ponto que a educação seja pautada criação da cidadania ativa, protagonizando o papel do proletariado nas ações transformadoras da sociedade. Foi visto, particularmente no segmento de usuários e usuárias, que existe uma falha na formação e no repasse de informações aos conselheiros/as. A indicação para uma melhor qualificação das/os integrantes foi uma constante em respostas dos três segmentos. Essa perspectiva aponta para a falha na educação permanente, e se torna um problema quando temos uma rotatividade pronunciada entre membros/as dos CMS.

Mas, para além da formação de conselheiras/os, por que não se visualiza que a raiz dessa falha é na própria formação cidadã? Conhecer as instâncias representativas, as suas funções, como se organiza o Estado, e entre outros, não pode ser apenas uma questão pontual e episódica, restrita a segmentos populacionais. Ela deve ser apontada e elevada para todos os núcleos coletivos, para que o movimento em torno da busca pela cidadania ativa se torne a consciência coletiva, nos vários estratos sociais. Ela deve ser permanente porque o capital sempre se reorganiza após momentos de crise, e é nesse momento que, quando há uma consciência cidadão passiva, as populações assistem a escalada autoritária e supressão de direitos antes “garantidos”.

Na lógica da política de saúde, a educação permanente nasceu para ser utilizada como um mecanismo político de trabalho para qualificação crítica dos trabalhadores/as, e no caso dos conselhos, também dos demais segmentos. O fato é que, conforme a instrumentalização das instâncias se avançava, a função se inverte e a transforma em operativo técnico. Não mais para trabalhar a dimensão político-analítica, sua concepção original, mas um instrumental onde os gestores trabalham com servidores/as apenas as realidades operacionais de trabalho, como atualizações destinadas a qualificação enquanto profissional e não como ambiente de efetivação da cidadania ativa.

Enquanto isso, para os demais segmentos do controle social, a educação permanente (quando existente), é vista sob uma perspectiva de apenas dar uma noção de como os conselhos funcionam e as leis que os regem. Pude presenciar isso na prática, na formação de conselheiros/as citada no capítulo 4, onde a todo momento era repetido que os CMS são espaços apolíticos e de tomada meramente

procedimentais de decisão. Isto deve ser encarado como um retrocesso, passadas décadas de luta na reconceituação da saúde como um fato social, que interage com as determinações sociais, e não um mero estado de ter ou não uma patologia. A falta de recurso não é só número, é política. O problema do pouco rigor com os reais interesses coletivos não são só números, é político. A pressão de gestores em cima de conselheiras/os para que seus interesses sejam respeitados não é só instrumentalização em nome da transparência e do acesso ao fundo público, é política.

Hoje, após os ataques ao fundo público destinado às políticas sociais, até mesmo a dimensão operacional e técnica é perdida devido à falta de financiamento, de caracterizar sua importância, reduzindo a momentos episódicos como forma de afastar certas cobranças do Ministério Público, já que a educação permanente de servidores/as está disposta em Regimes Jurídicos Únicos como forma de preservar o princípio da “eficiência” no serviço público, ou quando há uma pressão inversa, dessa vez por parte dos CMS, de que se qualifique seus membros.

Esta dissertação pretendeu, a partir do estudo de caso da realidade descritas por conselheiros e conselheiras de saúde da 9ª RS, evidenciar que o controle social ainda encontra dificuldades em ser um mecanismo eficaz de participação popular na gestão do SUS, baseado na visão dos/as voluntários/as, devido as fragilidades na qualificação dos conselheiros/as, a falta de pertencimento por parte dos segmentos com o conselhos, a criação do paradigma do controle social enquanto entidade promotora das tarefas do executivo em um “jogo” de corresponsabilização e, principalmente, da dificuldade de interação entre os organismos de participação e a sociedade.

Também foi evidenciada a falha da educação permanente em saúde na atualidade, como algo restrito aos procedimentos técnicos, que não consegue avançar em engendrar uma postura de cidadania ativa na consciência coletiva dos atores/atrizes ligados e ligadas ao sistema de saúde, posta num papel secundário de importância na qualificação dos sujeitos após os ataques a institucionalidade do controle social e ao financiamento das políticas públicas, promovidas pela “PEC do fim do mundo” e pelos governos conservadores após o golpe de 2016.

Passados mais de 30 anos de criação do SUS, vivemos sob o regime democrático variados modelos de governo, ora neoliberal, popular, socioliberal, golpista, extremista, conciliatório. Em todos eles, a visão do papel do controle social

teve distinções, inclusive com ataques diretos a institucionalidade dos conselhos. Neste sentido, sugere-se a constante atualização de estudos que denotem a situação em cada tempo e espaço, como forma de apontar avanços, retrocessos e imobilidades no controle social, especialmente baseado nas impressões diretamente coletadas nos indivíduos que constroem a participação popular.

REFERÊNCIAS

- ACCARINI, A. Há 3 anos, após 580 dias de uma prisão injusta e sem provas, Lula foi libertado. In: **CUT- Central Única dos Trabalhadores Brasil**, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://shre.ink/2UBY>. Acesso em: 25 ago. 2023
- ALESSIO, M. A. G. Estado, Sociedade Civil e o Controle Social: uma análise desta relação sob a perspectiva do conceito gramsciano de estado ampliado. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS, 4., 2016, Salvador. **ANAIS...** Porto Alegre: SBEO, 2016.
- ALVAREZ, M. C. Controle Social: notas em torna de uma noção polêmica. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 1, p. 168-176, 2004.
- ANEEL, Agência Nacional de Energia Elétrica.** Compensação financeira pela utilização de recursos hídricos. Disponível em: <https://www2.aneel.gov.br/aplicacoes/cmpf/gerencial/>. Acesso em: 13 out. 2023. Acesso em: 13 out. 2023.
- ARENAL, C. **El Pauperismo**. Madrid: eBookClassic, 2016.
- AROUCA, S. 1986. **Democracia é saúde**. VídeoSaúde Distribuidora da FIOCRUZ, 2013. 1 vídeo (42:33 min). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ. Acesso em: 30 set. 2023.
- AZEVEDO, A. C. O. Lei anticorrupção brasileira e interfaces com o controle social. **Revista da CGU**, v. 10, n. 17, p. 932-947, 2018.
- AZEVEDO, D. M. **O desafio da participação e controle social na gestão da saúde pública**. 2017. 28 f. Relatório Técnico (Bacharelado em Administração Pública) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017.
- BARATTA, G. Escola, filosofia e cidadania no pensamento de Gramsci: exercícios de leitura. **Pro-Posições**, v. 21, n. 1, p. 31-49, jan./abr. 2010.
- BATISTA, A. A. A "questão social" no período da decadência científica. **Revista Praia Vermelha**. N° 10, p. 112-125, 2004.
- BATISTA, A. A. O debate restaurador de Pierre Rosanvallon sobre a "questão social". In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 11., 2004a. **ANAIS...** Fortaleza: ABEPSS; CFESS; ENESSO, out. 2004.
- BELMARTINO, S.; BLOCH, C. Reflexiones sobre participación popular em Salud en Argentina. **Cuadernos Médico Sociales**, n. 27, 1984.
- BENEVIDES, M. V. M. Cidadania e Democracia. **Lua Nova**, n. 33, 1994.
- BERTOLDO, E. Marxismo, luta de classes e opressões: a educação em questão. **Germinal: Marxismo e Educação em Debate**. Conjuntura, luta de classes e educação v. 8, n. . UFAL. 2016.

BOBBIO, N. **O conceito de sociedade civil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982. 73 p.

BODART, C. N. **Infraestrutura e Superestrutura em Marx**. Blog Café com Sociologia.com. Disponível em: <https://cafecomsociologia.com/infraestrutura-e-superestrutura-em-marx/>. Acesso em: 29 jul. 2023.

BOITEMPO. Editorial. Antonio Gramsci. Disponível em: <https://www.boitempoeditorial.com.br/autor/antonio-gramsci-696>. Acesso em: 23 nov. 2023.

BOITEMPO. Editorial. Carlos Nelson Coutinho. Disponível em: <https://www.boitempoeditorial.com.br/autor/carlos-nelson-coutinho-219>. Acesso em: 23 nov. 2023a.

BOITEMPO. Editorial. István Mészáros. Disponível em: <https://www.boitempoeditorial.com.br/autor/istvan-meszaros-48>. Acesso em: 23 nov. 2023b.

BOITEMPO. Editorial. Silvia Federici. Disponível em: <https://www.boitempoeditorial.com.br/autor/silvia-federici-1647>. Acesso em 23 nov. 2023c.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **EM TESE**, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan./jul., 2005.

BOTTOMORE, T. (Org.). **Dicionário do Pensamento Marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001. 454 p.

BOUDOUN, R.; BOURRICARD, F. **Dicionário crítico de sociologia**. São Paulo: Ática, 1993. 654 p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição de República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 5 ago. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014**. Brasília, 2014. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8243.htm. Acesso em: 15 ago. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019**. Brasília, 2019. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9759.htm. Acesso em: 15 ago. 2023.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 04 jun. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências., Brasília, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101. Acesso em: 24 ago. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012.**, Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: 24 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A regionalização da saúde: o decreto nº 7.508/11 e os desafios da gestão do SUS**. Brasília: Editora MS, 2014. 2 f.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social e Sociedade.**, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum.**, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

BRAVO, M. I. S.; SOUZA, R. O. Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. **SER Social**, n. 10, p. 57-90, 2009.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Reforma gerencial e legitimação do estado social. **Revista de Administração Pública**, v. 51, n. 1, p. 147-156, jan./fev. 2017.

BREIHL, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, v. 31, p. 15-27, 2013.

BREIHL, J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. **Salud Colectiva**, v. 6, n. 1, p. 83-101, jan./abr. 2010.

BRICEÑO-LEÓN, R. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, sup. 2, p. 141-147, 1998.

BUCI-GLUCKSMANN, C. **Gramsci y el Estado**. Cidade do México: Siglo Veintiuno Editores, 1979, 484 p.

CALDWELL, Bruce J. Friedrich August von Hayek. **Britannica**. História e Sociedade. Disponível em: <https://www.britannica.com/biography/F-A-Hayek>. Acesso em 23 nov. 2023.

CAMARA DE DEPUTADOS/ SENADO FEDERAL. **Composição da Assembleia Constituinte**. Disponível em: <https://shre.ink/2jZF>. Acesso em: 30 jul. 2023.

CARMO, J. C. Algumas considerações históricas sobre o Estado e a sociedade civil em Antonio Gramsci depois dos cadernos do cárcere. **Revista Ágora**, n. 5, p. 1-15, 2007.

CASTILHO, D. R.; LEMOS, E. L. S.; GOMES, V. L. B. Crise do Capital e desmonte da Seguridade Social: desafios (im)postos ao Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, n. 130, p. 447-466, set./dez. 2017.

CASTILHO, D. R.; LEMOS, E. L. S. Necropolítica e governo Jair Bolsonaro: repercussões na seguridade social brasileira. **Katalysis**, v. 24, n. 2, p. 269-279, maio/ago. 2021.

CASTRO, I. E. Instituições e território. Possibilidade e limites ao exercício da cidadania. **Geosul**, v. 18, n. 36, p. 7-28, jul./dez. 2003.

CASTRO, L. R. Participação política e juventude: do mal-estar à responsabilização frente ao destino comum. **Rev. Sociologia e Política**, v. 16, n. 30, p. 253-268, 2008.

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. Disponível em: <https://cebes.org.br/o-cebes/quem-somos/>. Acesso em: 23 nov. 2023.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.

CERQUEIRA, C.; MAGALHÃES, S. I. (Des)Fazer gênero, (des)construir futuros: diálogos sobre linguagem inclusiva e literacia crítica mediática. **Faces de Eva**, v. 39, p. 121-128, 2018.

CISI- Consorcio Intermunicipal de Saúde Iguaçu. **Municípios conveniados**. Disponível em: <https://www.consorcociasi.com.br/sobre.php>. Acesso em: 26 set. 2023.

CONCEIÇÃO, A. C. L. **Controle Social da Administração Pública**: informação & conhecimento – interação necessária para a efetiva participação popular nos orçamentos públicos. 2010. 36 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Orçamentos Públicos) – Instituto Serzedello Corrêa (TCU), Brasília, 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 mai. 2016. Seção 1, p. 44-46.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **A prática do controle social e os conselhos de saúde em 14 reflexões**. Conselho Nacional de Saúde, 2000. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/pratica/pratica.htm>. Acesso em: 30 set. 2023.

CORDEIRO, J. N. G. **O papel do capital financeiro na emergência do modo de produção capitalista no Brasil (1988-1913)**. 1986. 117 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 1986.

CORREIA, M. V. C. **Que Controle Social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. 164 p.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; RODRIGUES, J. F. C. Participação, controle social e exercício da cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physys Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 419-438, 2009.

COTTA, R. M. M. et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physys Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 1121-1137, 2011.

CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferência no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, v. 4, n. 7, p. 18-49, jan./jun, 2002.

COUTINHO, C. N. **Gramsci**: um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: Campus, 1992. 328 p.

COUTINHO, C. N. Por que Gramsci? **Teoria & Debate**, v. 43, mar. 2000

COVRE, E. R. *et al.* Correlação espacial da covid-19 com leitos de unidades de terapia intensiva no Paraná. **Rev Saúde Pública**, n. 56, v. 14, 2022.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2007. 248 p.

DAHL, R. **Poliarquia**: participação e oposição. São Paulo: Edusp, 2005.

DEMEU, A. J. M.; VIUDES, L. P.; NASCIMENTO, V. R.; BARBOSA, L. C. Prevalência de cárie em crianças do ensino fundamental de Umuarama, Paraná. **Arch Health Invest**, v. 8, n. 10, p. 592-596, 2019.

DIAS, J. M. Feminilização e (des)valorização do trabalho das mulheres: papéis de gênero e neoliberalismo. **Cadernos de Relações Internacionais/PUC** – Rio, v. 2, set. 2018.

DUARTE, E.; EBLE, L. J.; GARCIA, L. P. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 1, p. 1-2, 2018.

DUARTE, E. B.; MACHADO, M. F. A. S. O exercício do controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 126-137, 2012.

ECO, U. **Como se fa una tesi di laurea**. Milão: Valentino Bompiani, 1977. 170 p.

EINBENSCHUTZ, C. Participación popular en salud. **Revista Cubana de Salud Pública**, v. 45, n. 1, 2019.

ELSTER, J. Marxismo, funcionalismo e teoria dos jogos. **Lua Nova**, São Paulo, n. 17, jun. 1989.

ENGELS, F. **Carta a August Babel**. Moscou: Edições Progresso Lisboa, 1982.

ESCOBAR, A. Participación ciudadana y políticas públicas. Una problematización acerca de la relación Estado y Sociedad Civil en América Latina en la última década. **Revista Austral de Ciencias Sociales**, v. 8, p. 97-108, 2004.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2008, p. 333-384.

Faculdade de Educação. Escola sem Partido. In: **Universidade de São Paulo**. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www4.fe.usp.br/escola-sem-partido>. Acesso em: 27 ago. 2023.

FARIA, C. F.; LINS, I. L. Participação e deliberação nas conferências de saúde: do local ao nacional. IN: AVRITZER, L.; SOUZA, C. H. L. (Org.). **Conferências Nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividade**. Brasília: IPEA, p. 73-94. 2013,

FIGUEIREDO, V. S.; SANTOS, W. J. L. Transparência e controle social na administração pública. **UNESP**, [s. d.].

FILHO, U. R. B. A Teoria Marxista do Estado: reflexões sobre o surgimento e complexificação do Estado ampliado. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA, 25., 2020, Salvador. **Anais...** Niterói: Sociedade Brasileira de Economia Política, 2020.

FLEURY, S. **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. 326 p.

FONSECA, P. C. D. **Desenvolvimentismo: a construção do conceito**. Rio de Janeiro: IPEA, 2015.

FRANCO; ARIAS. Plínio de Arruda Sampaio. **Folha de São Paulo**. UOL. 2014. Disponível em: <https://shre.ink/TGHP>. Acesso em: 12 out. 2023.

FRAZÃO, Dilva. Friedrich Engels. **eBiografia**: biografias de famosos, resumo da vida, obras, carreira e legado. 2019. Disponível em: https://www.ebiografia.com/friedrich_engels/. Acesso em: 23 nov. 2023.

FRAZÃO, Dilva. Georg Wilhelm Friedrich Hegel. **eBiografia**: biografias de famosos, resumo da vida, obras, carreira e legado. 2023a. Disponível em: <https://www.ebiografia.com/hegel/>. Acesso em: 23 nov. 2023.

FRAZÃO, Dilva. Getúlio Vargas. **eBiografia**: biografias de famosos, resumo da vida, obras, carreira e legado. 2023d. Disponível em: https://www.ebiografia.com/getulio_vargas/. Acesso em: 23 nov. 2023.

FRAZÃO, Dilva. Jean-Jacques Rousseau. **eBiografia**: biografias de famosos, resumo da vida, obras, carreira e legado. 2023c. Disponível em: https://www.ebiografia.com/jean_jacques_rousseau/. Acesso em : 23 nov. 2023.

FRAZÃO, Dilva. John Locke. **eBiografia**: biografias de famosos, resumo da vida, obras, carreira e legado. 2023b. Disponível em: https://www.ebiografia.com/john_locke/. Acesso em: 23 nov. 2023b.

FRAZÃO, Dilva. John Maynard Keynes. **eBiografia**: biografias de famosos, resumo da vida, obras, carreira e legado. 2018. Disponível em: https://www.ebiografia.com/john_maynard_keynes/. Acesso em: 23 nov. 2023.

FRAZÃO, Dilva. Leão XIII. **eBiografia**: biografias de famosos, resumo da vida, obras, carreira e legado. 2020a. Disponível em: https://www.ebiografia.com/leao_xiii/. Acesso em: 24 nov. 2023.

FRAZÃO, Dilva. Michel Foucault. **eBiografia**: biografias de famosos, resumo da vida, obras, carreira e legado. 2023d. Disponível em: https://www.ebiografia.com/michel_foucault/. Acesso em: 23 nov. 2023.

FRAZÃO, Dilva. Norberto Bobbio. **eBiografia**: biografias de famosos, resumo da vida, obras, carreira e legado. 2017. Disponível em: https://www.ebiografia.com/norberto_bobbio/. Acesso em: 23 nov. 2023e.

FRAZÃO, Dilva. Rosa Luxemburgo. **eBiografia**: biografias de famosos, resumo da vida, obras, carreira e legado. 2020. Disponível em: https://www.ebiografia.com/rosa_luxemburgo/. Acesso em: 23 nov. 2023.

FRAZÃO, Dilva. Thomas Hobbes. **eBiografia**: biografias de famosos, resumo da vida, obras, carreira e legado. 2021. Disponível em: https://www.ebiografia.com/thomas_hobbes/. Acesso em 23 nov. 2023c.

FRAZÃO, Dilva. Vladimir Ilych Ulianov. (Lenin) **eBiografia**: biografias de famosos, resumo da vida, obras, carreira e legado. 2019b. Disponível em: <https://www.ebiografia.com/lenin/>. Acesso em: 23 nov. 2023.

FROMM, E. **O Conceito Marxista de Homem**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

FUKS, M. Participação e influência política no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba. **Rev. de Sociologia e Política**, n. 25, p. 47-61, nov. 2005.

GARCÍA, C. P.; DÍAZ, R. P.; GARCÍA, J. J. P. Organización y participación popular en Cuba: aportes desde el grupo comunitario de educación ambiental. **Trabalho Necessário**, v. 17, n. 34, p. 16-41, set./dez. 2019.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008. 220 p.

GIOVANELLA, L. et al (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. 1100 p.

GOHN, M. G. Mulheres – atrizes dos movimentos sociais: relações político-culturais e debate teórico no processo democrático. **Política & Sociedade**, n. 11, p. 41-70, out. 2007.

GOHN, M. G. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

GOMES, A. F. O outro no trabalho: mulher e gestão. **Revista de Gestão USP**, v. 12, n. 3, p. 1-9, jul./set. 2005.

GOMES, J. E. C. Royalties aos lindeiros do Parque Nacional do Iguaçu. **Portal Alerta Paraná**. Disponível em: <https://abre.ai/gZnT>. Acesso em: 11 out. 2023.

GOULART, M. S. B. **Participação e accountability no controle social do orçamento público**: o caso do conselho de desenvolvimento regional de Itajaí. 2011. 226 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

GRAMSCI, A. **Cuadernos de la cárcel (Tomo 4)**. Cidade do México: Ediciones Era, 1986. 480 p.

GRAMSCI, A. **Cuadernos de la cárcel (Tomo 5)**. Cidade do México: Ediciones Era, 1999. 557 p.

GRAMSCI, A. **Odeio os indiferentes: escritos de 1917**. São Paulo: Boitempo, 2020. 120 p.

GUANCHE, J. C. La participación ciudadana en el Estado Cubano. IN: SEMINARIO EN LATINOAMÉRICA DE TEORÍA CONSTITUCIONAL Y POLÍTICA, 2014, New Haven. **Anais...** New Haven: Yale Law School, 2014.

GUIZARDI, F. L. *et al.* Participação da comunidade em espaços públicas de saúde: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. **PHYSIS**, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004.

GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa *versus* pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 2, 2006.

HAAG, C. Os Indesejáveis. **Pesquisa FAPESP**, v. 201, nov. 2012.

HERNANDÉZ, L. R.; CABALLERO, B. A. C.; MUÑOZ, C. O. La participación comunitaria como eje de la atención primaria de la salud. **EDUMECENTRO**, v. 11, n. 1, p. 218-233, jan./mar. 2019.

HERNANDÉZ, T. Y. G. El procedimiento de reforma, la participación popular y las reformas de la constitución en Cuba (1959-2002). **Estudios Constitucionales**, v. 13, n. 2, p. 237-272, 2015.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez, 2006. 195 p.

IBGE, Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD). **Educa. Jovens**. segundo trimestre de 2022. Disponível em: <https://abre.ai/gZ8B>. Acesso em: 13 out. 2023.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Perfil dos municípios**. Disponível em: <https://www.ipardes.pr.gov.br/Pagina/Perfil-dos-municipios-0>. Acesso em: 23 nov. 2023.

KEZH, N. H.; BÓGUS, C. M.; MARTINS, C. L. Entraves à participação social dos representantes dos trabalhadores no conselho municipal de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 4, p. 950-963, 2016.

KOUPAK, K.; LUIZ, D. E. C.; MIRANDA, P. F. M.; JÚNIOR, A. G. S. Democracia e participação em xeque no governo Bolsonaro. **Caderno Eletrônico de Ciências Sociais**, v. 9, n. 1, p. 45-67, 2021.

LEÃO XIII, P. **Rerum Novarum** – Carta encíclica sobre a condição dos operários. Campinas: Edições Livre, 2019. 50 p.

LENIN, V. I. **O Estado e a revolução**: a doutrina do marxismo sobre o Estado e as tarefas do proletariado na revolução. São Paulo: Boitempo, 2017. 215 p.

LENIN: V. I. **O Imperialismo, Fase Superior do Capitalismo**. Lisboa: Edições Progresso, 1984.

LEVITSKY, S. Del sindicalismo al clientelismo: la transformación de los vínculos partido-sindicatos en el Peronismo, 1983-1999. **Desarrollo Económico**, v. 44, n. 173, abr./jun. 2004.

LIGUORI, G.; VOZA, P. (Org.). **Dicionário Gramsciano**. São Paulo: Boitempo, 2017. 831 p.

LIMA, M. O uso da entrevista na pesquisa empírica. In: ABDAL, A.; OLIVEIRA, M. C. V.; GHEZZI, D. R. **Método de pesquisa em Ciências Sociais: bloco qualitativo**. São Paulo: SESC São Paulo/CEBRAP, 2016. 72 p.

LOLIS, D.; SILVA, L. M. O Estado burguês e a prisão: algumas considerações sobre a funcionalidade do aprisionamento no sistema capitalista. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 20, n. 1, 2017, p. 197-214,

LUXEMBURO, R. **Reforma ou revolução?** São Paulo: Expressão Popular, 2019. 144 p.

MACIEL, D. Governo Bolsonaro, ameaça fascista e luta socialista. **Marxismo 21**, 2022.

MAGALHÃES, T. G.; SOUZA, V. B. O controle social no conselho municipal do idoso de Florianópolis: uma análise a partir dos modelos de administração pública, dos modelos de coprodução dos serviços públicos e dos modos de gestão estratégica e social. **RCA**, v. 17, p. 149-164, 2015.

MANEGUELLO, R.; AMARAL, O. E. Para onde foram os partidos na opinião pública? As percepções sobre os partidos políticos na redemocratização do Brasil. **Estudos Avançados**, v. 36, n. 106, p. 55-67, set./out. 2022.

MANZATO, A. J.; SANTOS A. B. **A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa**. São Jose do Rio Preto: IBILCE/UNESP, 2012.

MARQUES, R. M. A PEC da morte, a democracia escancarada e a privatização da coisa pública. In: **Fundação Lauro Campos e Marielle Franco**, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://shre.ink/2Uuk>. Acesso em: 25 ago. 2023

MARQUES, R. M. O lugar das políticas sociais no capitalismo contemporâneo. **Argumentum**, v. 7, n. 2, p. 7-21, jul./dez. 2015.

MARTINS, C. S. *et al.* Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 437-445, jul./set. 2013.

MARX, K. **Crítica ao Programa de Gotha**. São Paulo: Boitempo, 2012. 141 p.

MARX, K. **O 18 de brumário de Luís Bonaparte**. São Paulo: Edipro, 2017. 112 p.

MARX, K.; ENGELS, F. **A Ideologia Alemã: Feuerbach – a contraposição entre as cosmovisões materialista e idealista**. São Paulo: Martin Claret, 2010. 150 p.

MARX, K.; ENGELS, F. **Manifesto Comunista**. São Paulo: Boitempo, 2010. 271 p.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminilização: tendências e implicações. **Athenea Digital**, v. 13, n. 2, p. 239-244, jul. 2013.

MATOS, M. C. O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da Covid-19. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 8, n. 35, p. 26-35, 2021.

MEDEIROS, A. H. A. Controle Social: recorrentes ataques a institucionalidade democrático-participativa brasileira. In: SEMINÁRIO NACIONAL: SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL, 4., 2022, Florianópolis. **ANAIS...** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2022.

MENDONÇA, S. R. O Estado Ampliado como Ferramenta Metodológica. **Marx e o Marxismo**, v. 2, n. 2, jan./jul., 2014.

MÉSZÁROS, I. **A necessidade do controle social**. São Paulo: Ensaio, 1987. 68 p.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria e método**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 9-30.

MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. **Técnicas que fazem uso da Palavra, do Olhar e da Empatia**: Pesquisa Qualitativa em Ação. Aveiro: Ludomedia, 2019. 64 p

MICHAELIS. Dicionário da Língua Portuguesa. *Commodoties*. Disponível em: <https://l1nk.dev/EbmgS>. Acesso em: 11 jun. 2023

MICHAELIS. Dicionário da Língua Portuguesa. Controle. Disponível em: <https://l1nk.dev/EbmgS>. Acesso em: 23 nov. 2023

MORICONI, L. V. **Pertencimento e Identidade**. 2014. 52 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Pedagogia) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

MOTA, M. M.; LEVY, E.; COELHO, F. Fatores que afetam a rotatividade e vasão de talentos na administração pública brasileira – o caso dos gestores públicos. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 9., 2016, Brasília. **ANAIS...** Brasília: CONSAD, 2016.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Ver. Saúde Pública**, v. 40, p. 141-147, 2006.

NETO, A. A. L.; COSTA, M. C. X. “Triste, louca ou má”: reflexões em torno de mulheres transgressoras na pós-graduação. **GÊNERO**, v. 21, n. 1, p. 219-243, 2020.

NETO, E. R. **Saúde**: promessas e limites da constituição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. 260 p.

NETTO, J. P. **O Que é Marxismo**. São Paulo: Brasiliense, 2006. 84 p.

OITAVA CONFERÊNCIA PARTE 1. In: **redetecnologicaunb**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=0w4vnghg1Fo>. Acesso em: 06 jul. 2023.

OLIVEIRA, A. C. Participação social nos conselhos de políticas públicas na “era Bolsonaro”: o caso do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Interseções**, v. 24, n. 1, p. 172-195, jun. 2022.

OLIVEIRA, M. L.; ALMEIDA, E. S. de. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 141-153, mar. 2009.

OLIVEIRA, A. M.; IANNI, A. M. Z.; DALLARI, S. G. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2329-2338, 2013.

OLIVEIRA, C. Os setes erros de Bolsonaro que permitiram 75% das 690 mil mortes por covid no Brasil. In: **Rede Brasil Atual**, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/sete-erros-bolsonaro-covid-brasil/>. Acesso em: 27 ago. 2023

OLIVEIRA, M. J.; OSMAN, E. M. R. O. Pluralismo bioético: contribuições latino-americanas para uma bioética em perspectiva decolonial. **Rev. Bioética (Impr.)**, v. 25, n. 1, p. 52-60, 2017.

OLIVEIRA, P. A.; AZEREDO, A. D. O pináculo da virtude: o mito da ineficiência pública e a virtude do setor privado. **Rev. Sítio Novo**, v.5, n. 2, p. 36-37, 2021

OXHORN, P. **La Ley de Participación Popular de Bolivia y el desafío de la democracia local**. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, 2001. 53 p.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1724-1728, 2018.

PADAVINI, R. L. et al. Conselho Municipal de Saúde: análise de uma trajetória histórica. **Saúde em Debate**, v. 29, n. 69, p. 55-63, jan./abr. 2005.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014.

PARANÁ. Governo do Estado. Secretaria de Justiça e Cidadania. **O que é cidadania?** Disponível em: <https://www.justica.pr.gov.br/Pagina/O-que-e-Cidadania>. Acesso em: 23 nov. 2023.

PARANÁ. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. **Macrorregional Oeste**. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Macrorregional-Oeste>. Acesso em: 09 out. 2023a.

PEREIRA, C. P.; AMORIM, A. A. S. Pobreza no Brasil e na América Latina: concepções restritas sobre realidades complexas. **Argumentum**, v. 2, n. 2, p. 132-148, 2010.

PEREIRA, C. P. O sentido de igualdade e bem-estar em Marx. **Katalysis.**, v. 16, n. 1, p. 37-46, jan./jun. 2013.

PEREIRA, R. S.; SANTOS, D. A.; BORGES, W. A mulher no mercado de trabalho. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2., 2005, São Luís. **Anais...** São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2005.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 318-325, 1995.

PITTA, A. M. R. O balanço de um século da saúde pública no Brasil. **RECIIS**, v. 4, n. 4, p. 127-130, nov. 2010.

PORTO, M. Y. Uma revolta popular contra a vacinação. **Ciência e Cultura.**, v. 55, n. 1, p. 53-54, jan./mar. 2003.

QUADROS, D. G.; MUSSOI, H. G. Erosão democrática e legalismo autocrático: o caso dos conselhos gestores no governo Bolsonaro. **Revista Estudos Institucionais**, v. 8, n. 3, p. 582-606, set./dez. 2022.

RASLAN, Filipe . **Confederação Geral do Trabalho**, Argentina Disponível em: <https://latinoamericana.wiki.br/verbetes/c/cgt>. Acesso em: 23 nov. 2023.

RAUSCH, R. B.; SOARES, M. Controle Social na administração pública: a importância da transparência das contas públicas para inibir a corrupção. **REPEC**, v. 4, n. 3, p. 23-43, set./dez. 2010.

REOLON, C. A. Colonização e urbanização da mesorregião oeste do Paraná (1940-2000). **R. RA'E GA**, n. 13, p. 49-57, 2007.

RIBEIRO, J. **O que é Positivismo?** São Paulo: Editora Brasiliense, 1996.(Coleção Primeiros Passos).

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999. 336 p.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. 2000. 267 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

RIZZOTTO, M. L. F. Neoliberalismo e Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html>. Acesso em: 08 ago. 2023.

RODRIGUES, L. A. R. Política, Estado e sociedade civil em Antonio Gramsci: uma questão central para a filosofia política. **Revista de Administração Educacional**, v. 1, n. 1, p. 4-18, jan./jun. 2015.

ROSÁRIO, C. A. **Os sentidos da universalidade no debate da saúde no Brasil: uma análise da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 2015. 127 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

ROSEIRA, A. M. **Foz do Iguaçu: cidade rede sul-americana**. 2006. 171 f. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Cortez, 2000. 279 p.

SABOURIN, E. Que política pública para a agricultura familiar no segundo governo Lula? **Sociedade e Estado**, v. 22, n. 3, p. 715-751, set./dez. 2007.

SALLUM JR, B. O Brasil sob Cardoso: neoliberalismo e desenvolvimentismo. **Tempo Social**, v. 11, n. 2, p. 23-47, out. 1999.

SALVADOR, E. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. **Serviço Social e Sociedade**., n. 104, p. 605-631, out./dez. 2010.

SANTOS, L. C. Da consciência nacional a América profunda: um cotejo entre Diego Pró e Rodolfo Kusch à luz do pensamento de E. Dussel. **Revista Ideação**, n. 41, jan./jun. 2020.

SANTOS, L. SUS – 30 anos: um balanço incômodo? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2043-2050, 2018.

SANTOS, M. A. 1998. **Entrevista com Milton Santos – 4/5**. PORTAL FÓRUM EJA, 2008. 1 vídeo (5:07 min). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=xO6y_jaKEFE. Acesso em: 12 nov. 2023.

SÃO PAULO. Governo do estado. Vigilância Socioassistencial. Informações socioterritoriais. Disponíveis em: <https://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/vigilancia-socioassistencial/informacoes-socioterritoriais/>. Acesso em: 23 nov. 2023.

SCHEMES, C. O controle social e as festas cívicas no Brasil de Getúlio Vargas (1937/1945) e na Argentina de Juan Domingo Perón (1946/1955). **Dimensões**, v. 30, p. 335-361, 2013.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Cortez, 2000. 279 p.

SILVA, F. C. C. Controle Social: reformando a administração para a sociedade. **Organizações & Sociedade**, v. 9, n. 24, maio/ago. 2002.

SILVA, D. R. **Violência no trânsito envolvendo jovens em municípios da região oeste do Paraná: comprometeros da força de trabalho para projetos de desenvolvimento**. 2017. 247 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Regional e Agronegócio) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Toledo, 2017.

SILVA, J. C. Utopia Positivista e instrução pública no Brasil: alguns apontamentos. **Varia Scientia**, v. 5, n. 9, p. 78-88, 2007.

SILVA, F. H. M.; PINHEIRO, V.; CARVALHO, L. L. A emergência do capitalismo e a invenção do pobre perigoso. **Muiraquitã: Revista de Letras e Humanidades**, v. 9, n. 2, 2021.

SILVA, L. A. A. et al. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. **Texto Contexto - Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 340-348, abr./jun. 2011.

SILVA, L. A.; SODER, R. M.; PETRY, L.; OLIVEIRA, I. C. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção de gestores municipais de saúde. **Ver. Gaúcha Enfermagem**, v. 38, n. 1, p. 1-8, 2017.

SILVA, M. L. Os fundamentos do liberalismo clássico: a relação entre estado, direito e democracia. **Aurora**, v. 5, n. 9, p. 121-147, dez. 2011.

SILVA, R. P. O sentido da emancipação humano a partir da definição marxiana de cidadania: um diálogo com Ivo Tonet. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 189, p. 99-110, fev. 2017.

SILVA, V. M. C. A decadência moral do american way of life vista por Hollywood: uma análise crítica dos filmes “Beleza Americana” e “Clube da Luta”. **Sociedade e Conhecimento**, v. 2, n.1, 2015

SORATTO, J.; WITT, R. R.; FARIA, E. M. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia de Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1227-1243, 2010.

SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle Social e Políticas de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 8, n. 4, p. 366-378, out./dez. 1992.

STRÖBELE-GREGOR, J. Ley de Participación Popular y movimiento popular en Bolivia. IN: HENGSTENBERG, P.; KOHUT, K.; MAIHOLD, G. (Org.). **Sociedad Civil en América Latina: Representaciones de intereses y gobernabilidad**. Caracas: Nueva Sociedad, 1999, p. 133-146.

TONET, I. Do conceito de sociedade civil. In: **Democracia ou Liberdade?** Maceió: EDUFAL, 2007.

TRINDADE, T.; GUARESCHI, C. A agenda política autoritária de controle social do Governo Bolsonaro e as ameaças à democracia. In: **Democracia & Participação**. Disponível em: <https://shre.ink/aiRz>. Acesso em: 2 ago. 2023.

UGÁ, V. D. A categoria “pobreza” nas formulações de política social do Banco Mundial. **Rev. Sociologia e Política**, v. 23, p. 55-62, nov. 2004.

UNESP. **Brasil: a periferia do sistema capitalista**. São Paulo: UNESP, [s. d.], p. 2

VALA, J.; MONTEIRO, M. B. **Psicologia Social**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbekian, 2013. p. 570

VALVERDE, Ricardo. Antônio Sérgio da Silva Arouca. In: **Agência FioCruz Notícias**. FIOCRUZ. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-recordar-os-20-anos-do-falecimento-de-sergio-arouca>. Acesso em 23 nov. 2023.

VAN STRALEN, C. J. *et al.* Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 621-32, 2006.

VENTURA, M. M. O Estudo de Caso como modalidade de pesquisa. **Rev SOCERJ**, v. 20, n. 5, p. 383-386, 2007.

VERA, E. I.; LAVALLE, A. G. Arquitetura da participação e controles democráticos no Brasil e no México. **Novos Estudos**. CEBRAP, n. 92, mar. 2012.

VESTERGARD, J. **Voice Reform in the World Bank**. Kobenhavn: Danish Institute of International Studies, 2010. 43 p.

VIANNA, M. L. T. W.; CAVALCANTI, M. L.; CABRAL, M. P. Participação em saúde: do que estamos falando? **Sociologias**, v. 11, n. 21, p. 218-251, jan./jun. 2009.

VICENTE, A. I. D. **História da saúde pública no Brasil: a participação popular na "8ª Conferência Nacional de Saúde"**. 2019. 59 f. Monografia (Licenciatura em História) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2019.

VICENTE, A. L. C.; XAVIER, L. G. A.; FIDELIS, A. C. N.; YORK, S. W. Linguagem inclusiva de gênero na educação. **Revista Diversidade e Educação**, v. 10, n. 1, p. 251-276, 2022.

VIOLIN, T. C. A Sociedade Civil e o Estado Ampliado, por Antonio Gramsci. **Revista Eletrônica do CEJUR**, v. 1, n. 1, ago./dez., 2006.

WESTPHAL, M. F. **Participação popular e políticas municipais de saúde: o caso de Cotia e Vargem Grande Paulista, 1992**. Tese (Livre Docência) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

XAVIER, C. Decreto de Lula revoga desmonte de colegiados de participação social. In: **Vermelho - a esquerda bem informada**. Brasília, 2023. Disponível em: <https://shre.ink/2UI7>. Acesso em: 27 ago. 2023.

ZAMBON, V. D. **Controle Social: contexto e tendências dos conselhos municipais de saúde em uma região do Estado de São Paulo**. 2009. 150 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2006.

ZAMBON, V. D.; OGATA, M. N. Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. **Ver. Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 6, p. 921-924, nov./dez. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário	165
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	162

APÊNDICE A – Questionário

QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO

Nome: _____

Identificação do Conselheiro/a: _____

Data e Local: _____

Horário de início e término: _____

1º Bloco: Identificação

Idade: _____

Gênero: _____

Município de residência e tempo de moradia: _____

Escolaridade: _____

Formação e possíveis pós graduações: _____

Profissão atual: _____

Vinculado a algum movimento social, sindicato e/ou partido político? Se sim, qual?

2º Bloco: Perfil do/a Conselheiro/a

1. Qual segmento o/a senhor/a representa?

- A) Usuários/as
- B) Trabalhadores/as da saúde
- C) Gestão municipal e prestadores
- D) Não sei/não posso informar

2. Há quanto tempo é membro/a do Conselho (seja como titular ou suplente)?

- A) Até 1 ano
- B) Entre 2 e 5 anos
- C) Entre 5 e 10 anos
- D) Mais de 10 anos

3. O/a senhor/a foi indicado para o conselho por quem? Como se deu o processo de eleição?

R: _____

4. Sobre a função e mecanismo de ação do Conselho de Saúde, como o senhor/a teve conhecimento?

- A) Não tive conhecimento prévio
- B) Na graduação (nível superior)
- C) Pelo sindicato/secretaria da saúde
- D) Conhecimento próprio, por meio de pesquisa e leitura

5. Sente alguma dificuldade para exercer o papel de conselheiro/a? Se sim, quais dificuldades poderia apontar?

R: _____

6. Sobre as reuniões, com qual frequência o Conselho que o/a senhor/a faz parte se reuniu no último ano?

- A) Semanalmente
- B) Quinzenalmente
- C) Mensalmente

D) Não houve reunião no período

7. Os cidadãos tem acesso aos horários e datas das reuniões? Se sim, como é divulgada? Se não, porque não acontece?

R: _____

8. Qual a motivação que fez o/a senhor/a se candidatar a um posto como conselheiro/a de saúde?

R: _____

3º Bloco: Controle Social como mecanismo de ação

1. Em suas palavras, o que o senhor/a entende por controle social?

R: _____

2. O/a senhor/a já leu a lei 8.080/1990, que regulamenta ações e os serviços de saúde; e a lei 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS?

A) Sim, depois de assumir como conselheiro/a

B) Sim, antes de assumir como conselheiro/a

C) De forma parcial

D) Não tive acesso

3. O que o/a senhor/a entende por cidadania?

R: _____

4. Em sua opinião pessoal, para que serve e qual o papel do Estado na formulação e execução de políticas públicas como a saúde?

R: _____

5. Você acha que, baseado na função e no papel constitucional do conselho de saúde, ele consegue transformar as ações e serviços oferecidos pelo sistema de saúde de seu município?

R: _____

6. Na sua opinião, o Conselho de Saúde consegue ser atuante como representante da população local?

A) Atuante

B) Atuante, porém com falhas

C) Nem tão atuante, nem tão imóvel

D) Não atuante

7. Na sua opinião, o Conselho de Saúde de seu município conseguiu avançar nas pautas levantadas no último ano? Teve retrocesso ou deixou a desejar em alguma questão?

R: _____

8. O/a senhor/a se sente parte do processo de gestão do SUS, entendendo gestão como a coordenação e administração do sistema?

A) Sim, me sinto totalmente

B) Sim, mas me sinto parcialmente

C) Já me senti parte em período anterior

D) Não me sinto

9. Muito se encara as relações entre o Conselho e o Poder Executivo com uma visão de corresponsabilização, isto é, as decisões tomadas sobre o sistema local tem sua competência dividida entre as duas entidades. Como acontece a

interlocução entre conselho e o poder executivo (principalmente a Secretaria da Saúde) em seu município?

R: _____

10. As Conferências Municipais de Saúde são encontros periódicos que tem a finalidade de ser um canal de interlocução direto entre munícipes e gestores para avaliar a situação atual do sistema de saúde local. Em sua avaliação, as conferências são propositivas? Como ocorrem em seu município?

R: _____

11. Existe envolvimento da sociedade nas conferências? Como é a divulgação? Ela é restrita a alguns segmentos ou são bem representativas dos extratos sociais presentes e visíveis no município? R:

12. Como senhor/a avalia a participação da comunidade no Conselho, entendendo por “participação” como a atuação e contribuição da coletividade nos rumos do sistema de saúde local?

- A) São presentes e conhecem o conselho de saúde
- B) Parte da sociedade se faz presente e conhece o conselho de saúde
- C) Apenas pessoas próximas aos conselheiros/as se fazem presente
- D) Quase a totalidade da população desconhece a existência do conselho de saúde

13. Em sua opinião, o controle social da Saúde é efetivo (eficaz, adequado, bem-sucedido...) no que se propõe em ser mecanismo de participação popular? Se afirmativo, como o conselho de seu município se envolve com a sociedade e com a gestão; se negativo, quais as falhas do conselho no envolvimento com a sociedade e com a gestão?

R: _____

14. Na sua visão, o que falta para o Conselho ter mais participação de pessoas, além dos conselheiros, e ser mais envolvente com a sociedade?

R: _____

Tópico livre: de maneira pessoal, o que motivou ou desmotivou o/a senhor/a em ser conselheiro/a da saúde? O/a senhor/a percebe o poder de atuação do conselho ou acha que o mesmo é apenas cumpridor de tarefas do poder executivo municipal?

R: _____

Dúvidas, sugestões, críticas e demais manifestações:

R: _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título do Projeto: “CONTROLE SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: realidade a partir da 9ª Regional de Saúde do Paraná”
Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – “CAAE” N° 58844622.0.0000.0107

Pesquisador para contato: Leonardo Carlini Barbosa

Telefone: (44) 988526542

Endereço de contato (Institucional):

leocarlinibarbosa@gmail.com

leonardo.barbosa7@unioeste.br

Convidamos vossa senhoria para participar de uma pesquisa sobre controle social da saúde e participação popular nos conselhos da nossa regional de saúde. Os objetivos estabelecidos são de investigar se os conselhos de saúde são efetivos como forma de mecanismo onde a participação popular no controle do SUS acontece e têm o propósito de averiguar como os diferentes conselhos da nossa região se comportam, agem, funcionam e seu envolvimento com a sociedade. Para que isso ocorra você será submetido a um questionário com 25 questões, tanto abertas quanto objetivas, com o intuito de coletar informações sobre suas percepções e conhecer melhor o conselho de saúde de seu município que poderão ser feitas de maneira presencial ou virtual, como achar mais acessível ou conveniente. Não se espera com essa pesquisa que riscos ou danos sejam causados a você ou terceiros.

Se ocorrer algum transtorno, decorrente de sua participação em qualquer etapa desta pesquisa, nós pesquisadores, providenciaremos acompanhamento e a assistência imediata, integral e gratuita. Havendo a ocorrência de danos, previstos ou não, mas decorrentes de sua participação nesta pesquisa, caberá a você, na forma da Lei, o direito de solicitar a respectiva indenização.

Também você poderá a qualquer momento desistir de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo. Para que isso ocorra, basta informar, por qualquer modo que lhe seja possível, que deseja deixar de participar da pesquisa e qualquer informação que tenha prestado será retirada do conjunto dos dados que serão utilizados na avaliação dos resultados.

Você não receberá e não pagará nenhum valor para participar deste estudo, no entanto, terá direito ao ressarcimento de despesas decorrentes de sua participação.

Nós pesquisadores garantimos a privacidade e o sigilo de sua participação em todas as etapas da pesquisa e de futura publicação dos resultados. O seu nome, endereço, voz e imagem nunca serão associados aos resultados desta pesquisa, sendo utilizados nomes fictícios apenas para marcar o nome do município ao qual você é residente e se é conselheiro representante de usuários, da gestão ou dos trabalhadores da saúde.

As informações que você fornecer serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa. Caso as informações fornecidas e obtidas com este consentimento sejam consideradas úteis para outros estudos, você será procurado para autorizar novamente o uso.

Este documento que você vai assinar, caso deseje responder o questionário de maneira presencial, contém 03 páginas. Você deve vistar (rubricar) todas as páginas, exceto a última, onde você assinará com a mesma assinatura registrada no cartório (caso tenha). Este documento está sendo apresentado a você em duas vias, sendo que uma via é sua. Sugerimos que guarde a sua via de modo seguro.

Com a opção de responder o questionário de maneira virtual, para ter uma cópia deste TCLE você deverá imprimi-lo, ou deverá gerar uma cópia em pdf para guarda-lo em seu computador. Você também poderá solicitar aos pesquisadores do estudo uma versão deste documento a qualquer momento por um dos e-mails registrados no início desde termo.

A pesquisa realizada por meio de um questionário virtual será absolutamente igual ao questionário respondido de maneira presencial. Estima-se que você precisará de aproximadamente 15 minutos a 20 minutos para responder as questões propostas. A precisão de suas respostas é determinante para a qualidade da pesquisa.

Caso você precise informar algum fato ou decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar pessoalmente o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), de segunda a sexta-feira, no horário de 08h00 as 15h30min, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na rua Universitária, 1619 – Bairro Universitário, Cascavel – PR. Caso prefira, você pode entrar em contato via Internet pelo e-mail: cep.prppg@unioeste.br ou pelo telefone do CEP que é (45) 3220-3092.

Eu, concordo em participar voluntariamente do presente estudo como participante. O pesquisador me informou sobre tudo o que vai acontecer na pesquisa,

o que terei que fazer, inclusive sobre os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. O pesquisador me garantiu que eu poderei sair da pesquisa a qualquer momento, sem dar nenhuma explicação, e que esta decisão não me trará nenhum tipo de penalidade ou interrupção de meu tratamento.

Recebi uma cópia deste TCLE (em caso de coleta presencial) ou fui informado também que devo imprimir ou gerar um pdf do TCLE para ter a minha cópia do TCLE e que posso solicitar uma versão dele via e-mail para os pesquisadores (em caso de coleta virtual).

Nome do sujeito de pesquisa: _____

Assinatura: _____

Eu, Leonardo Carlini Barbosa, declaro que forneci todas as informações sobre este projeto de pesquisa ao participante.

Assinatura do pesquisador

Toledo, _____ de _____ de 20____.

ANEXOS

ANEXO A – Formulário de Pesquisa.....	169
ANEXO B - Autorização da Instituição Coparticipante (UNIOESTE).....	169
ANEXO C – Declaração de Uso de Dados	170
ANEXO D – Declaração de Pesquisa não iniciada	170
ANEXO E – Autorização da Instituição Coparticipante (Secretarias de Saúde).....	171
ANEXO F – Parecer Consubstanciado (CEP)	175
ANEXO G – Parecer Consubstanciado Pós-Emenda (CEP).....	177

ANEXO A – Formulário de Pesquisa

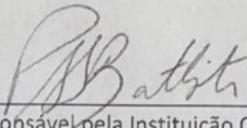
 <p>unioeste Universidade Estadual do Oeste do Paraná</p>							
<p>Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Comitê de Ética em Pesquisa – CEP</p>	<p>Aprovado na CONEP em 04/08/2000</p>						
<p>Anexo I Formulário de pesquisa</p>							
<p>Título da pesquisa: “CONTROLE SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: realidade a partir da 9ª Regional de Saúde do Paraná” Pesquisador responsável: Leonardo Carlini Barbosa Pesquisador(es) Assistente(s): Diuslene Rodrigues da Silva</p>							
<p>Tipo de Pesquisa</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Iniciação científica</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Dissertação/Mestrado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> TCC - Graduação</td> <td><input type="checkbox"/> Tese/Doutorado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> TCC - Especialização</td> <td><input type="checkbox"/> Projeto Institucional</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Iniciação científica	<input checked="" type="checkbox"/> Dissertação/Mestrado	<input type="checkbox"/> TCC - Graduação	<input type="checkbox"/> Tese/Doutorado	<input type="checkbox"/> TCC - Especialização	<input type="checkbox"/> Projeto Institucional
<input type="checkbox"/> Iniciação científica	<input checked="" type="checkbox"/> Dissertação/Mestrado						
<input type="checkbox"/> TCC - Graduação	<input type="checkbox"/> Tese/Doutorado						
<input type="checkbox"/> TCC - Especialização	<input type="checkbox"/> Projeto Institucional						

ANEXO B - Autorização da Instituição Coparticipante (UNIOESTE)

Anexo II
Autorização da Instituição Coparticipante

O(s) pesquisador(es) **Leonardo Carlini Barbosa e Diuslene Rodrigues da Silva** está(ão) autorizado(s) por esta instituição **Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)** a realizar(em) a pesquisa intitulada “**CONTROLE SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: realidade a partir da 9ª Regional de Saúde do Paraná**” assegurando as normas da Resolução 466/12 e/ou 510/16 – CNS/MS e suas complementares.

Declaramos que a coleta de dados nessa Instituição Coparticipante será iniciada somente após a aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste (CEP – UNIOESTE).



 (Assinatura do Responsável pela Instituição Coparticipante)

Observação: Caso haja mais de uma Instituição Coparticipante, as autorizações podem ser apensadas separadamente.

PATRICIA SALA BATTISTI
 Diretora do Centro de Ciências e Tecnologias Aplicadas
 Unioeste/ Campus de Toledo
 Portaria 0026/2020 - GRE

Toledo, 23/03/2022.

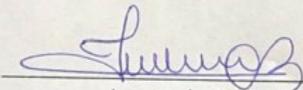
ANEXO C – Declaração de Uso de Dados

Anexo III
Declaração de uso de Dados

[X] SIM

O(s) pesquisador(es) abaixo assinado se comprometem a:

1. Garantir a privacidade dos participantes da pesquisa, a guarda segura e o anonimato das informações coletadas;
2. Usar os dados coletados unicamente para esta pesquisa;
3. Detalhar as informações que serão retiradas dos documentos que envolvam as fontes secundárias (quando o método de pesquisa permitir);
4. Respeitar as Resoluções 466/12 e/ou 510/16 CNS/MS e suas complementares


Leonardo Carlini Barbosa
Pesquisador Responsável

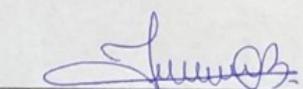
ANEXO D – Declaração de Pesquisa não iniciada

Anexo IV
Declaração de Pesquisa não iniciada

Declaramos que essa pesquisa não foi iniciada e aguarda a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Unioeste. Ao término desse estudo, nos comprometemos a tornar público os resultados, promover a devolutiva aos participantes (quando possível) e apresentar o Relatório Final ao CEP Unioeste (apensado na Plataforma Brasil), até 30 dias após o término da pesquisa.

Declaramos a ciência das implicações legais decorrentes do descumprimentos dos Anexos I a IV.

Toledo, 23/03/2022

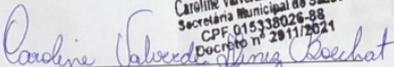

Leonardo Carlini Barbosa
Pesquisador Responsável

ANEXO E - Autorização da Instituição Coparticipante (Secretarias de Saúde)

Anexo II
Autorização da Instituição Coparticipante

O(s) pesquisador(es) **Leonardo Carlini Barbosa e Diulene Rodrigues da Silva** estão autorizado(s) por esta instituição **Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)** a realizar(em) a pesquisa intitulada **"CONTROLE SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: realidade a partir da 9ª Regional de Saúde do Paraná"** assegurando as normas da Resolução 466/12 e/ou 510/16 – CNS/MS e suas complementares.

Declaramos que a coleta de dados nessa Instituição Coparticipante será iniciada somente após a aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste (CEP – UNIOESTE).


Caroline Valverde Diniz Boschert
Secretaria Municipal de Saúde
CPF: 015338026-98
Decreto nº 2911/2021
Secretaria Municipal da Saúde - Matelândia

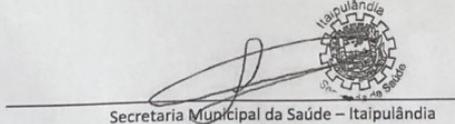
Observação: Caso haja mais de uma Instituição Coparticipante, as autorizações podem ser apensadas separadamente.

Matelândia, 24/03/2022

Anexo II
Autorização da Instituição Coparticipante

O(s) pesquisador(es) **Leonardo Carlini Barbosa e Diulene Rodrigues da Silva** estão autorizado(s) por esta instituição **Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)** a realizar(em) a pesquisa intitulada **"CONTROLE SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: realidade a partir da 9ª Regional de Saúde do Paraná"** assegurando as normas da Resolução 466/12 e/ou 510/16 – CNS/MS e suas complementares.

Declaramos que a coleta de dados nessa Instituição Coparticipante será iniciada somente após a aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste (CEP – UNIOESTE).


Secretaria Municipal da Saúde – Itaipulândia

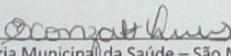
Observação: Caso haja mais de uma Instituição Coparticipante, as autorizações podem ser apensadas separadamente.

Itaipulândia, 01/04/2022

Anexo II
Autorização da Instituição Coparticipante

O(s) pesquisador(es) **Leonardo Carlini Barbosa e Diulene Rodrigues da Silva** estão autorizado(s) por esta instituição **Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)** a realizar(em) a pesquisa intitulada **"CONTROLE SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: realidade a partir da 9ª Regional de Saúde do Paraná"** assegurando as normas da Resolução 466/12 e/ou 510/16 – CNS/MS e suas complementares.

Declaramos que a coleta de dados nessa Instituição Coparticipante será iniciada somente após a aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste (CEP – UNIOESTE).


Eloni Teresinha Konzatti de Queiroz
Secretária Municipal de Saúde
Decreto nº 621/2021
Secretaria Municipal da Saúde – São Miguel do Iguçu

Observação: Caso haja mais de uma Instituição Coparticipante, as autorizações podem ser apensadas separadamente.

São Miguel do Iguçu, 22/03/2022

Anexo II
Autorização da Instituição Coparticipante

O(s) pesquisador(es) **Leonardo Carlini Barbosa e Diulene Rodrigues da Silva** está(ão) autorizado(s) por esta instituição **Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)** a realizar(em) a pesquisa intitulada **"CONTROLE SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: realidade a partir da 9ª Regional de Saúde do Paraná"** assegurando as normas da Resolução 466/12 e/ou 510/16 – CNS/MS e suas complementares.

Declaramos que a coleta de dados nessa Instituição Coparticipante será iniciada somente após a aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste (CEP – UNIOESTE).


Rosângela Fiametti Zamboni
Secretaria Municipal de Saúde
Decreto 05/2021

Secretaria Municipal da Saúde – Medianeira

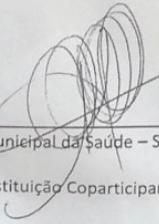
Observação: Caso haja mais de uma Instituição Coparticipante, as autorizações podem ser apensadas separadamente.

Mediano, 23/03/2022

Anexo II
Autorização da Instituição Coparticipante

O(s) pesquisador(es) **Leonardo Carlini Barbosa e Diulene Rodrigues da Silva** está(ão) autorizado(s) por esta instituição **Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)** a realizar(em) a pesquisa intitulada **"CONTROLE SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: realidade a partir da 9ª Regional de Saúde do Paraná"** assegurando as normas da Resolução 466/12 e/ou 510/16 – CNS/MS e suas complementares.

Declaramos que a coleta de dados nessa Instituição Coparticipante será iniciada somente após a aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste (CEP – UNIOESTE).


Fábio de Mello
Secretário Municipal de Saúde
Decreto nº 147/2021

Secretaria Municipal da Saúde – São Terezinha de Itaipu

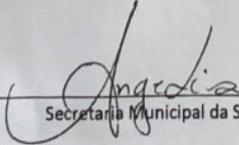
Observação: Caso haja mais de uma Instituição Coparticipante, as autorizações podem ser apensadas separadamente.

SM, 23/03/2022

Anexo II
Autorização da Instituição Coparticipante

O(s) pesquisador(es) **Leonardo Carlini Barbosa e Diulene Rodrigues da Silva** está(ão) autorizado(s) por esta instituição **Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)** a realizar(em) a pesquisa intitulada **"CONTROLE SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: realidade a partir da 9ª Regional de Saúde do Paraná"** assegurando as normas da Resolução 466/12 e/ou 510/16 – CNS/MS e suas complementares.

Declaramos que a coleta de dados nessa Instituição Coparticipante será iniciada somente após a aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste (CEP – UNIOESTE).


Angelica Aline Corso
Secretária Municipal
de Saúde

Secretaria Municipal da Saúde – Ramlândia

Observação: Caso haja mais de uma Instituição Coparticipante, as autorizações podem ser apensadas separadamente.

Ramlândia, 11/03/2022

Anexo II
Autorização da Instituição Coparticipante

O(s) pesquisador(es) **Leonardo Carlini Barbosa e Diuslene Rodrigues da Silva** está(ão) autorizado(s) por esta instituição **Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)** a realizar(em) a pesquisa intitulada **"CONTROLE SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: realidade a partir da 9ª Regional de Saúde do Paraná"** assegurando as normas da Resolução 466/12 e/ou 510/16 – CNS/MS e suas complementares.

Declaramos que a coleta de dados nessa Instituição Coparticipante será iniciada somente após a aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste (CEP – UNIOESTE).

 Secretaria Municipal da Saúde – Foz do Iguaçu

Observação: Caso haja mais de uma Instituição Coparticipante, as autorizações podem ser apensadas separadamente.

Foz do Iguaçu 18/03/2022

Ofício Nº 070/2022 – Secretaria Municipal de Saúde

Missal/PR, 28 de março de 2022.

Ao Senhor
LEONARDO CARLINI BARBOSA
 Requerente
Assunto: Resposta ao Requerimento nº 1184/2022,

Prezado Senhor,

Com nossos cordiais cumprimentos, venho por meio do presente, em atenção aos termos do **Requerimento nº 1184/2022**, informar o que segue:

Autorizamos a realização do Projeto de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do requerente em questão.

Solicitamos o envio do questionário antes da aplicação do mesmo, para aprovação desta secretaria de saúde.

Ao ensejo, aproveitamos a oportunidade para renovar nossos protestos de estima e consideração, nos colocando à disposição para demais esclarecimentos.

Atenciosamente,

Silvia Maccari Petricoski
 Silvia Maccari Petricoski
 Secretária Municipal de Saúde

Anexo II
Autorização da Instituição Coparticipante

O(s) pesquisador(es) **Leonardo Carlini Barbosa e Diuslene Rodrigues da Silva** está(ão) autorizado(s) por esta instituição **Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE)** a realizar(em) a pesquisa intitulada **“CONTROLE SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: realidade a partir da 9ª Regional de Saúde do Paraná”** assegurando as normas da Resolução 466/12 e/ou 510/16 – CNS/MS e suas complementares.

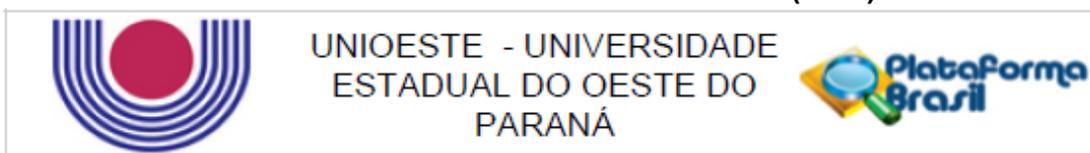
Declaramos que a coleta de dados nessa Instituição Coparticipante será iniciada somente após a aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste (CEP – UNIOESTE).



Secretaria Municipal da Saúde – Serranópolis do Iguaçu

Observação: Caso haja mais de uma Instituição Coparticipante, as autorizações podem ser apensadas separadamente.

Serranópolis do Iguaçu, 30/03/2022.

ANEXO F – Parecer Consubstanciado (CEP)**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: CONTROLE SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: REALIDADE A PARTIR DA 9ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Pesquisador: LEONARDO CARLINI BARBOSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58844622.0.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.432.808

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de mestrado, com coleta de dados e aplicação de questionário, com o objetivo de compreender o funcionamento do controle social da saúde nos municípios do oeste do Paraná.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo é investigar a funcionalidade do controle social como efetivo mecanismo de participação popular.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A avaliação é adequada e envolve riscos baixos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante para a área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos são adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Apresentar o Relatório Final na Plataforma Brasil até 30 dias após o encerramento desta pesquisa.

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

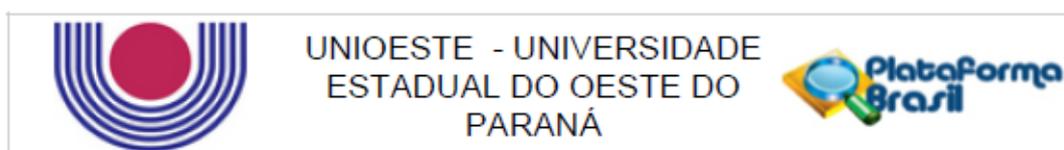
UF: PR

Telefone: (45)3220-3092

CEP: 85.819-110

Município: CASCAVEL

E-mail: cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 5.432.808

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1949475.pdf	18/05/2022 17:32:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	AAAPROJETOLeonardo.pdf	18/05/2022 17:32:02	LEONARDO CARLINI BARBOSA	Aceito
Declaração de concordância	AAATermosCEP.pdf	18/05/2022 17:31:26	LEONARDO CARLINI BARBOSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AAATCLE.pdf	18/05/2022 17:27:38	LEONARDO CARLINI BARBOSA	Aceito
Folha de Rosto	AAAFolhaDeRosto.pdf	18/05/2022 17:26:17	LEONARDO CARLINI BARBOSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

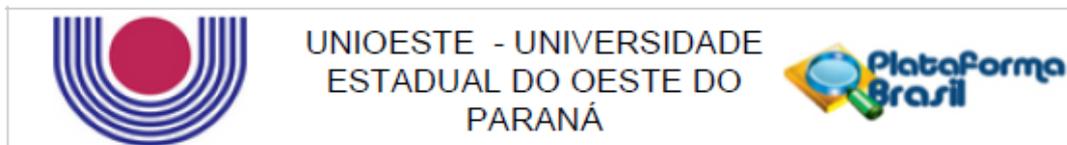
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCAVEL, 26 de Maio de 2022

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

ANEXO G – Parecer Consubstanciado Pós-Emenda (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CONTROLE SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: REALIDADE A PARTIR DA 9ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Pesquisador: LEONARDO CARLINI BARBOSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58844622.0.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.652.716

Apresentação do Projeto:

Emenda da pesquisa:

Título da Pesquisa: CONTROLE SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE: REALIDADE A PARTIR DA 9ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

Pesquisador Responsável: LEONARDO CARLINI BARBOSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58844622.0.0000.0107

Submetido em: 19/09/2022

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Situação da Versão do Projeto: Em relatoria

Localização atual da Versão do Projeto: UNIOESTE - Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Justificativa da Emenda:

O termo de Serranópolis do Iguaçu foi enviado em 19/07/2022, após cadastro das demais no sistema. Pelo fato do município ser integrante da 9ª Regional de Saúde do Paraná, será extremamente importante a inclusão do mesmo na amostra.

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2089

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Vide descrição anteriormente apresentada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide descrição anteriormente apresentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide descrição anteriormente apresentada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2020215_E1.pdf	19/09/2022 15:10:53		Aceito
Outros	AAATermoSerranopolis.pdf	19/09/2022 15:06:41	LEONARDO CARLINI BARBOSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	AAAPROJETOLEonardo.pdf	18/05/2022 17:32:02	LEONARDO CARLINI BARBOSA	Aceito
Declaração de concordância	AAATermosCEP.pdf	18/05/2022 17:31:26	LEONARDO CARLINI BARBOSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	AAATCLE.pdf	18/05/2022 17:27:38	LEONARDO CARLINI BARBOSA	Aceito
Folha de Rosto	AAAFolhaDeRosto.pdf	18/05/2022 17:26:17	LEONARDO CARLINI BARBOSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCAVEL, 19 de Setembro de 2022

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))