



Série Participação Social & Políticas Públicas

Vozes, olhares e sentidos da Participação Social no SUS

Henrique Aniceto Kujawa

ORGANIZADOR



FORMAÇÃO
para o controle social no SUS - 2ª edição



editora



redeunida



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



Henrique Aniceto Kujawa

ORGANIZADOR

Série Participação Social e Políticas Públicas

Vozes, olhares e sentidos da Participação Social no SUS

1ª Edição

Porto Alegre

2022



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrave.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;
Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Ángel MartínezHernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha;
Angelo Stefanini – Università di Bologna, Itália;
Ardigó Martino – Università di Bologna, Itália;
Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha;
Celia Beatriz Iriart – University of New Mexico, Estados Unidos da América;
Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil;
Érica Rosalba Mallmann Duarte – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil;
Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;
Hêider Aurélio Pinto – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil;
João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil;
Júlio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;
Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil;
Leonardo Federico – Universidad Nacional de Lanús, Argentina;
Lisiane Böer Possa – Universidade Federal de Santa Maria, Brasil;
Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil;
Luciano Bezerra Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil;
Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;
Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil;
Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil;
Maria Augusta Nicoli – Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália;
Maria das Graças Alves Pereira – Instituto Federal do Acre, Brasil;
Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil;
Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil;
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Brasil;
Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;
Rossana Staeve Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil;
Sara Donetto – King's College London, Inglaterra;
Sueli Terezinha Goi Barrios – Associação Rede Unida, Brasil;
Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil;
Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;
Vera Lucia Kodjaoglanian – Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil;
Vera Maria Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil;
Vincenza Pellegrini – Università di Parma, Itália.

Comissão Executiva Editorial

Jaqueline Miotto Guarnieri

Alana Santos de Souza

Márcia Regina Cardoso Torres

Renata Riffel Bitencourt

Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Revisão

Simone do Vale

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

K96v Kujawa, Henrique Aniceto (org.).
Vozes, olhares e sentidos da Participação Social no SUS / Organizador: Henrique Aniceto
Kujawa. – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida; Washington, D.C.: OPAS, 2021.

212 p. (Série Participação Social & Políticas Públicas, v. 4).

E-book: 4.30 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-87180-78-6

DOI: 10.18310/9786587180786

1. Conselhos de Saúde. 2. Democracia. 3. Participação Social. 4. Política de Saúde.
5. Saúde Pública. I. Título. II. Assunto. III. Organizador.

21-3018071

CDD 610.6

CDU 614

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Saúde Pública.

2. Serviços de Saúde Pública.

Catalogação elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br





Sumário

PREFÁCIO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE, DEMOCRACIA, CIDADANIA E LUTAS POLÍTICAS E SOCIAIS	7
<i>Fernando Pigatto</i>	
APRESENTAÇÃO.....	10
INTRODUÇÃO	12
<i>Henrique Kujawa</i>	
EDUCAÇÃO POPULAR: REFLEXÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO	17
<i>Jorge Peralta, Henrique Kujawa, Valdevir Both</i>	
A CRISE DEMOCRÁTICA E OS DESAFIOS PARA A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE.....	40
<i>Márcio Florentino Pereira, Jussara Conny, Leandro Araújo da Costa</i>	
OCUPAÇÃO SOCIAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: OLHARES SOBRE ESTRATÉGIAS E AGENDAS DOS MOVIMENTOS SOCIAIS COMO DESAFIOS PARA A SUA CONSOLIDAÇÃO	54
<i>Alcindo Antônio Ferla, Astrid Sarmiento Cosac, Vanderleia Laodete Pulga, Gabriel Calazans Baptista, Tatiane da Rosa Vasconcelos, Ronald Ferreira dos Santos</i>	
EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O CONTROLE SOCIAL NO SUS.....	101
<i>Manuelle Maria Marques Matias, Sueli Goi Barrios, Maria da Conceição Silva</i>	
PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL: EM DEFESA DO DIREITO HUMANO À SAÚDE E DO SUS	131
<i>Clarete Teresinha Nespola de David, Eliane Aparecida da Cruz</i>	
RETRATOS POSSÍVEIS DO PERFIL DO CONTROLE SOCIAL NOS ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO	169
<i>Henrique Kujawa, Astrid Sarmiento Cosac, Elaine Maria Silva das Neves, Antônio Lacerda Souto, Camila Guimarães Guedes</i>	



PREFÁCIO

CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE, DEMOCRACIA, CIDADANIA E LUTAS POLÍTICAS E SOCIAIS

Por Fernando Pigatto
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

SOBRE O CEAP

O Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) é uma organização da sociedade civil, não-governamental, sem fins lucrativos, autônoma, comprometida com a construção de um projeto de sociedade democrático e popular para o Brasil, tendo a Educação Popular como elemento central da sua atuação. Fundado em 1987 e sediado em Passo Fundo, no Rio Grande do Sul, tem como missão a “Defesa e promoção da democracia e dos direitos humanos, fortalecendo os sujeitos sociais populares e seus processos a partir da Educação Popular”. Sua ação estratégica centra-se na formação político-pedagógica, na produção e sistematização de conhecimentos para e com sujeitos sociais populares, principalmente no tema do direito humano à saúde.

A saúde pública no país, nos moldes que se apresenta na atualidade, não surgiu por decisão de gestão, mas por herança e esforço coletivo do movimento sanitário e dos movimentos sociais na luta pela redemocratização.

A participação da sociedade no setor saúde passou, ao longo dos anos, por processos de mudanças que resultaram em um sistema de Controle Social cada vez mais qualificado, deliberativo, independente e representativo. A democratização das políticas de saúde é um dos avanços viabilizados pela existência do Controle Social.

O processo foi iniciado na década de 70 a partir de um grupo composto por profissionais de saúde, acadêmicos e outras organizações que estiveram engajados na luta contra a privatização do setor. O chamado movimento da Reforma Sanitária chamou a atenção para a necessidade da integralidade, descentralização e universalização dos serviços de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi o grande evento fundador do Sistema Único de Saúde, o SUS, dando as bases para o capítulo “Da Saúde (artigo 196)” na Constituição Federal de 1988, que garantiu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Uma resposta das pressões oriundas da sociedade.

Pela primeira vez na história do país, a sociedade civil participou de forma ampla de um debate sobre políticas e programas de governo. Também pela primeira vez, surgiram propostas respaldadas social e politicamente, que se tornaram base para o estabelecimento de um novo modelo de saúde.

A regulamentação das políticas de saúde veio com a Lei nº 8.080/90, que definiu a participação da sociedade como diretriz do Sistema Único de Saúde, e a Lei nº 8.142/90, que instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde como instrumentos de fiscalização de caráter permanente e deliberativo.

Por se revelar um importante espaço de participação e de controle social sobre as políticas e ações de saúde praticadas no país, desde 1990, a Lei Orgânica da Saúde garantiu que as Conferências de Saúde acontecessem de quatro em quatro anos. Antecedem a Conferência Nacional de Saúde, Conferências municipais e estaduais, denominadas de etapas prévias.

A população, por meio dos conselhos de saúde, exerce o controle social, participando do planejamento das políticas públicas, fiscalizando as ações do governo, verificando o cumprimento das leis relacionadas ao SUS e analisando as execuções financeiras realizadas pelo município, pelo estado ou pela união no gerenciamento da saúde.

Por isso, os conselhos de saúde e as conferências são espaços para o exercício da participação e do controle social, atuando como mecanismos democráticos. Através desses espaços a sociedade se organiza para a efetiva proteção da saúde como direito de todas as pessoas e dever do Estado. Os conselheiros e as conselheiras de Saúde são importantes agentes no fortalecimento da democratização da saúde.

O CNS, órgão garantido e regulamentado pela Lei nº 8.142/1990 e instância máxima de controle social na saúde, tem a missão de fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde nas suas mais diferentes áreas, além de aprovar o orçamento da saúde e acompanhar sua execução, avaliando a cada quatro anos o Plano Nacional de Saúde.

Composto por conselheiros e conselheiras representantes de segmentos, tem distribuição paritária dos assentos, sendo 50% usuários, 25% trabalhadores em saúde e 25% gestores e prestadores da área. O CNS está organizado em Plenário, Mesa Diretora, Presidência, Comissões, Câmaras Técnicas e Secretaria-Executiva. É um espaço crítico e fundamental para evidenciar a voz do povo, sendo capaz de subsidiar as tomadas de decisões.

Estamos vivenciando uma das maiores crises sanitárias que o mundo enfrentou. A pandemia de Covid-19, que já matou mais de 540 mil pessoas no Brasil até 16 de julho de 2021, vem sendo negligenciada pelo governo federal. Seja pela ausência de um plano nacional de enfrentamento que unifique as ações para municípios, estados e distrito federal, seja pelas decisões equivocadas que desrespeitam as autoridades sanitárias e científicas no nosso país e no mundo.

O contexto sanitário impôs inúmeras dificuldades para o funcionamento habitual do controle social na saúde, particularmente para a realização das reuniões ordinárias mensais do Pleno, além de reuniões das comissões e câmaras técnicas. Apesar disso, o CNS seguiu enfrentando os desafios e cumprindo o seu papel, com estratégias e ações para amenizar o caos instaurado pela crise sanitária atual.

Nesse período, o CNS criou um comitê de enfrentamento à covid-19 e, junto a entidades acadêmicas, científicas e sociais, viabilizou a Frente pela Vida, que apresentou o Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia Covid-19, entre outras ações.

Ainda, precisamos lutar contra o desfinanciamento constante do SUS e das políticas sociais. Se apresenta como luta prioritária sob nossa responsabilidade, além da pressão diante das “contrarreformas” recentes, a derrubada imediata da Emenda Constitucional 95/2016, que congela recursos na Saúde e de outras políticas sociais até 2036. Uma perda estimada em cerca de R\$ 400 bilhões para o SUS, de acordo com a Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento do CNS.

Este é mais um período histórico para a saúde pública brasileira, marcado não pela ausência de marcos legais, mas pela afronta constitucional e retirada de direitos da população, com pouca escuta da gestão federal, numa tentativa evidente de minimizar o papel do controle social para a tomada de decisões.

Por mais árduo que seja o cenário atual, há no controle social na Saúde, junto às vozes dos movimentos sociais, um grande poder de mobilização para que seja possível uma reinvenção nossa diante das lutas atuais. O valor da participação social e do CNS, em atuação suprapartidária, está na promoção de direitos e melhoria das condições de vida das pessoas, seja em tempos de pandemia, seja em qualquer outro tempo.

O CNS vai seguir caminhando de mãos dadas com quem vive esperando para reconquistarmos os direitos perdidos e seguirmos sempre de cabeça erguida. A união dos setores populares é a principal força para conquistarmos um Brasil com desenvolvimento social, sustentável, solidário e com direito pleno à saúde para todas as pessoas, conforme rege a Constituição de 1988.

APRESENTAÇÃO

Em 2017, o CEAP – Centro de Educação e Assessoramento Popular desenvolveu uma experiência formativa para o controle social no SUS, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde – CNS, articulada pela Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o controle social no SUS (CIEPCSS) e financiada pela Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil. A experiência constituiu-se, principalmente, na realização de 70 oficinas formativas, fundamentada na e a partir da educação permanente para o controle social no SUS. Reuniu conselheiros/as e lideranças sociais populares de todos os estados brasileiros. Desafiou-se a mobilizar e articular uma grande representatividade da diversidade que integra o controle social no SUS no Brasil. Participaram desse processo formativo quase cinco mil conselheiros/as e lideranças sociais populares. O objetivo que conduziu todo o processo foi desenvolver ações que buscavam promover a atuação em processos de democratização do Estado, na garantia dos direitos sociais e na participação da população na política de saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos conselhos de saúde, tendo em vista o fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL/MS/CNS, 2006, p. 11).

Ao final do processo formativo, durante os encontros de avaliação do mesmo, sentiu-se a necessidade de olhar reflexivamente para o processo construído: Quais vozes, olhares e sentidos da participação social no SUS emergiam e imergiam? E quais silenciaram? A quem ecoa às vozes do controle social no SUS? Enfim, sentiu-se a necessidade de “teorizar” sobre a prática desenvolvida, não para criar “a teoria do controle social no SUS”, mas contribuir para que a prática não virasse um mero “ativismo”. Afinal, como dizia Paulo Freire, na pedagogia da Autonomia: “a reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação Teoria/Prática sem a qual a teoria pode ir virando blábláblá e a prática, ativismo”. E dessa relação se cria e recria o ato de fazer/ser controle social no SUS.

Neste sentido, em 2019, ao renovarmos a parceria com o Conselho Nacional de Saúde e OPAS, para a execução da 2ª edição do Projeto Formação para o Controle Social no SUS, propomos conjuntamente com a execução de oficinas de formação,

o desenvolvimento de uma ação de pesquisa, na qual reuniria movimentos sociais populares, entidades e pesquisadores para construir e socializar conhecimentos sobre a participação e controle social no SUS e de educação permanente para o controle social no SUS, com base nas informações coletadas na primeira edição da parceria.

A referida pesquisa, que tem por resultado o livro que apresentamos, contou com um tripé metodológico: fundamentação teórica, a reflexão e a experiência dos movimentos sociais populares e entidades, fundamentados na educação popular e na ecologia de saberes de Boaventura Souza Santos. Isto é a construção e a socialização de conhecimentos requer diálogo entre os diferentes e diversos saberes, rompendo inclusive, com as estruturas dominantes do conhecer e do poder.

Para o CEAP, a importância dessa pesquisa está em refletir sobre a participação e o controle social, com e para as vozes que denunciam e anunciam cotidianamente a luta pelos direitos humanos, pelo SUS e pela democracia e não apenas em práticas convencionais dos cânones acadêmicos. Acreditamos que a luta em defesa do SUS e da saúde como direito humano, exige uma permanente sistematização de informações e uma constante produção de conhecimento que contribua para o fortalecimento da participação popular, da diversidade de sujeitos de direitos, do reconhecimento de territórios e da visibilidade de sujeitos que historicamente são invisibilizados pela opressão e pela cultura necrófila. Para isso, a construção e socialização de conhecimento resultante desse processo, implica, como já mencionamos, um caminho metodológico participativo, que respeita, o lugar de fala, saberes e práticas daquelas vozes e olhares que sentem em seus corpos o sentido de fazer/ser controle social no SUS cotidianamente, buscando uma práxis transformadora da realidade.

Mesmo, em um contexto pandêmico, a execução da 2ª edição do Projeto de Formação para o controle Social, em suas diferentes linhas de atuação, mostrou que existem caminhos, mas que precisamos aprender e reaprender criativamente a trilhar esse caminho e que somos capazes disso.

Nas páginas que segue, há vida! Há vozes que ousam gritar, olhares sonhadores e reafirmação do sentido de lutar pela vida de todos e todas. Viva o controle Social no SUS! Viva o SUS! Viva a Democracia!

Direção do CEAP

INTRODUÇÃO

A democracia é um compromisso ético e uma construção histórica. Na perspectiva teórica de Amartya Sen, não é possível almejarmos o desenvolvimento se abdicarmos da democracia e ela deve atingir o cotidiano das pessoas. No Brasil, podemos indicar diversos marcos na construção da democracia, enquanto estrutura governamental: a Proclamação da República, embora tenha sido sucedida pela denominada República Velha e só poderiam votar homens alfabetizados, não militares nem mendigos e, ainda assim, permeada por mecanismos de controle do poder pela elite por meio do voto de cabresto e pela política do café com leite.

O segundo marco foi a Constituição de 1934 que garantiu o direito do voto feminino e alguns direitos trabalhistas (Carteira de trabalho, jornada de 8 horas diárias, descanso semanal remunerado, salário mínimo), embora tenha sido construída num momento de grande centralização do poder por Getúlio Vargas que chega à presidência em 1930, através de um golpe de estado, governa por quatro anos sem constituição e com controle dos governos estaduais. Além disso, garante por assembleia constituinte sua eleição indireta (nomeação) para mais um mandato, no final do qual promove mais um golpe (Estado Novo, 1937-55), outorga uma nova constituição e inaugura um dos períodos mais ditatoriais da nossa história.

Outro marco foi o fim do Estado Novo, a eleição direta do Presidente Eurico Gaspar Dutra e a constituição de 1946, inaugurando o período histórico, conhecido como Redemocratização (1946-1964), de vinte anos de eleições diretas. Contudo, além da proibição do funcionamento do Partido Comunista, todo este período foi muito turbulento, teve o suicídio de Getúlio Vargas, uma tentativa de Golpe para impedir a posse de Juscelino Kubitschek, a renúncia de Jânio Quadros, a implantação do parlamentarismo para diminuir os poderes de João Goulart e, por fim o Golpe Militar em 1964, que depõe o presidente João Goulart e inaugura o período mais longo de ditadura civil militar que durou até 1985.

Por fim, a Constituição de 1988 como resultado de uma ampla organização social e política, oriundas ainda do final da década de 1970, que unificou diferentes setores da sociedade na luta pela democratização e ampliação da condição de cidadania

dos brasileiros. A referida Carta Magna, conhecida como cidadã, reconheceu e positivou um conjunto de direitos individuais, sociais, econômicos, políticos e culturais.

Um destes direitos que se destaca, objeto deste livro, é o direito a saúde, estipulando que saúde é um “Direito de todos e dever do Estado” (Brasil, Constituição Federal, art.196) estabelecendo a garantia constitucional de um sistema de saúde, universal, integral, equitativo e com participação social. Esta garantia constitucional, como está bem explícita no capítulo 3, foi resultado de uma longa história de luta que ganhou força com o movimento pela Reforma Sanitária, materializou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), com a elaboração e aprovação da proposta de organização de um sistema nacional de saúde que foi garantido na Carta Magna como Sistema Único de Saúde - SUS.

Em 1990 teve a regulamentação do Sistema Único de Saúde através da Lei 8080/90, contudo foi vetado, pelo Presidente Fernando Collor de Mello, de tal forma que, toda a regulamentação sobre a participação social, necessitou, novamente, de uma grande mobilização social para que este direito fosse garantido na lei 8142/90. A referida lei prevê a organização e as funções das Conferências e Conselhos de Saúde nas três esferas de governo.

Olhando para a trajetória histórica compreende-se melhor a relação entre “Democracia e Saúde” estabelecida para 16ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2019, pois a luta pelo direito à saúde e a implementação do SUS está vinculada a busca pela redemocratização e a ampliação dos direitos sociais no Brasil. As instâncias do controle social se consolidaram no decorrer das três décadas de sua existência, os movimentos sociais, bem como, as mais diversas organizações da sociedade civil, ocuparam estes espaços e buscaram transformá-los numa arena democrática de defesa da sua concepção de saúde, de política pública, de Estado, de desenvolvimento e de direitos humanos.

Ao mesmo tempo a academia, através de grupos de pesquisas e Programas de Pós-Graduações da área da saúde coletiva, Ciências Sociais, Ciências Políticas e Serviço Social se ocuparam com os temas vinculados ao SUS, com as instâncias e mecanismos de controle social. A produção aponta para avanços, limites, dificuldades e desafios que não cabe aqui mencionar, apenas ressaltar que há um consenso geral, reforçado pelo contexto da pandemia da COVID 19, de que o SUS cumpriu e cumpre, apesar do seu desfinanciamento e transferência dos serviços

para a iniciativa privada, um papel determinante para as condições sociais e de saúde da população, principalmente a de baixa renda. Da mesma forma, o controle social contribui para o fortalecimento da democracia e para que o SUS se mantenha como uma política pública universal, gratuita e equitativa.

A presente obra nasce no âmbito do projeto de “Formação para o Controle Social no SUS – 2ª edição” do Conselho Nacional de Saúde-, executado pelo Centro de Educação e Assessoramento Popular – CEAP, financiado pelo Organização Pan Americana de Saúde - OPAS. Na primeira edição deste curso desenvolvido entre 2016/2018, foram realizadas oficinas de formação de conselheiros de saúde e lideranças sociais em todos os estados do Brasil. A segunda edição que iniciou em 2019 previa novamente a realização de oficinas de formação, inovava ao propor um grupo de pesquisa que reunisse movimentos e organizações sociais que atuam no CNS mas com capilaridade nos estados e municípios para refletir o sentido, o papel e os desafios do controle social no SUS.

O grupo constitui-se no segundo semestre de 2019 e elegeu cinco eixos para reflexão: I Conceito e concepção de saúde, democracia e desenvolvimento; II Funcionamento e desafios do sistema de saúde; III Educação permanente e controle social; IV Participação e controle social; V Perfil do controle social no Brasil. A pandemia que eclodiu em 2020, paralisou as ações das oficinas de formação nos estados, mas o grupo de pesquisa conseguiu manter uma dinâmica de reuniões e seminários virtuais, produzindo os seis textos apresentados nesta obra.

O projeto de Formação para o Controle Social no SUS - 2ª edição foi readequado em 2021, realizando oficinas, seminários virtuais, sistematização de experiências de educação popular em ambientes virtuais e ampliando as ações de pesquisa que serão divulgadas no decorrer de 2022. Entendemos de fundamental importância a publicação destes textos que compõe “Vozes, Olhares e Sentidos da Participação Social no SUS”.

O Primeiro texto **Educação Popular: Reflexões a Partir da Experiência de Formação**, tem como ponto de partida que os princípios da Educação Popular são fundamentais para olharmos os espaços do controle social. Faz um resgate dos fundamentos filosóficos e metodológicos da educação popular, analisa a experiência formativa do projeto “formação para o Controle Social no SUS - 1ª edição e conclui apontando alguns desafios para a educação popular no contexto atual.

O Segundo texto **A Crise Democrática e os Desafios para a Participação e o Controle Social na Saúde**, traz uma reflexão sobre a relação entre o conceito de saúde que está na origem do SUS, a democracia e a concepção de desenvolvimento. Da mesma forma, a participação e o controle social na saúde representam uma concepção de política pública de Estado e de cidadania. Neste sentido, o atual contexto político brasileiro que demonstra o enfraquecimento e, em determinados momentos, o abandono dos princípios democráticos, trazem novos desafios e reforçam a importância destes espaços institucionalizados de luta social.

O terceiro texto **Ocupação Social do Sistema Único De Saúde: Olhares Sobre Estratégias e Agendas dos Movimentos Sociais como Desafios para a Sua Consolidação**, desenvolve uma análise da participação e da luta social em defesa do SUS a partir de diferentes estratégias desenvolvidas por movimentos sociais do campo e da cidade que expressam uma concepção de saúde, de política pública e de Estado. Num ensaio empírico visibiliza diferentes estratégias de luta dos movimentos sociais vinculadas a seguridade social, ao SUS, originárias do Movimento da reforma Sanitária. Inicia com um resgate da origem e proposta da Reforma Sanitária Brasileira e, posteriormente traz a experiência de luta por direitos da Mulheres Rurais, da luta pela reforma agrária e dos movimentos e práticas populares de saúde. Na sequência aponta e fundamenta um conjunto de desafios, a luz do atual contexto, na luta pelo Direito Humano à Saúde e em defesa do SUS.

O quarto texto **Educação Permanente para o Controle Social no SUS**, parte da premissa que a participação social é um princípio constituinte e constituidor do SUS, dentro dos aspectos importantes na construção e fortalecimento do controle social estão os processos informativos e formativos que dão origem a Política Nacional de Educação Permanente. O texto faz um resgate histórico da construção e das premissas da referida Política, para após, analisar a atuação do CNS na implementação da mesma. Na sequência resgata o projeto do CNS de “Formação para o Controle Social no SUS – 1ª edição” enquanto uma experiência de efetivação da Política Nacional de Educação Permanente e de fortalecimento do Controle Social.

O quinto texto **Participação e Controle Social: em Defesa do Direito Humano à Saúde e do SUS**, demonstra que o controle social, bem como o SUS é resultado das lutas dos movimentos sociais que reivindicavam uma sociedade mais

justa, democrática, equitativa, assistida por políticas sociais universais garantidas por um Estado Democrático de Direito. Resta, claro, a partir deste texto, que a participação social é anterior ao controle social. Resgata diferentes experiências dos movimentos sociais vinculadas ao movimento da reforma sanitária, a luta no campo, das mulheres, do movimento sindical, etc., que contribuíram para a construção do SUS e do controle social. O texto ainda demonstra a importância das diferentes instâncias e espaços de exercício do controle social e sustenta a percepção de que, em que pese os enormes desafios, eles cumpriram e permanecem com um papel determinante na luta pela efetivação do SUS, como pensado na sua origem, um sistema universal, público, equitativo e democrático.

Por fim, o sexto texto **Retratos Possíveis do Perfil do Controle Social nos Espaços de Participação**, busca traçar aspectos do perfil dos participantes em instâncias e espaços do controle social. Utiliza-se de três bancos de dados, considerados fotografias, para constituir diferentes traços de perfil deste público. O primeiro banco de dados utilizado foi o do Projeto *Escuta Itinerante: acesso das populações do campo e da floresta ao SUS*, desenvolvido pelo Ministério da Saúde através do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS – DOGES, em parceria com a Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG). O segundo foi a pesquisa realizada durante a 16ª Conferência Nacional de Saúde. Por fim, o terceiro trata do banco de dados dos participantes das oficinas da primeira edição do Projeto *Formação para o controle social do SUS* do Conselho Nacional da Saúde (CNS), desenvolvido pelo Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) e apoiado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O texto faz uma análise de cada banco individualmente e, posteriormente, faz um esforço para identificar possíveis pontos comuns.

Certamente este conjunto de texto cumpre com papel significativo nas reflexões e produções sobre participação e controle social no SUS, não só pelas informações e análises que realiza, mas, também, pela metodologia utilizada para a sua construção.

Aproveito para agradecer ao conjunto de autores e, principalmente aos movimentos sociais que aceitaram o desafio proposto pelo grupo de pesquisa.

Desejo uma boa leitura a todos!

Henrique Kujawa
Organizador



EDUCAÇÃO POPULAR: REFLEXÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO

Jorge Peralta¹
Henrique Kujawa²
Valdevir Both³

INTRODUÇÃO

A Educação Popular é uma experiência latino-americana que nasceu a partir da periferia e como contraponto à educação formal. Caracteriza-se, entre outras coisas, pela sua proposta metodológica da relação horizontal entre educador e educando, com a ideia freiriana do saber construído de forma dialógica. Ou, nas palavras de Freire: “ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si mediatizados pelo mundo” (FREIRE, p 39, 1970). Nasceu como crítica à ideia da educação que apenas transfere conhecimento do educador para o educando, numa relação passiva e verticalizada entre quem educa e quem aprende. Paulo Freire a denomina de educação bancária, aquela que apenas transmite conhecimento, reproduzindo e perpetuando uma situação de opressão, negação da realidade, de desumanização. A Educação Popular é o contraponto de tudo isso e tem, acima de tudo, uma intencionalidade política clara de superação da realidade concreta dos sujeitos envolvidos na educação. Metodologicamente, é um processo de construção coletiva do saber em que a realidade do sujeito educando torna-se objeto de reflexão e se produz, com isso, o conhecimento, a conscientização. É o saber mediatizado pelo mundo, como afirma Freire.

1 Possui graduação em Filosofia pelo Instituto Superior de Filosofia Berthier - IFIBE (2007), especialização em Direitos Humanos (2008) pelo IFIBE. Tem experiência na área de Filosofia Direitos Humanos, Movimentos Sociais, Saúde Pública, Direito à Alimentação, Cultura Política e Democracia.

2 Doutor em Ciências Sociais pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINO em 2014, mestre e bacharel em História pela Universidade de Passo Fundo (2000, 1994). Atualmente é Professor Convidado da Universidade de Perugia na Itália e Educador Popular no Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP). Tem experiência nas áreas: direito humano à saúde, movimentos sociais, território e territorialidade, políticas habitacionais, patrimônio cultural e desenvolvimento, temas sociais e constituição de espaços urbanos.

3 Mestre em Filosofia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos-UNISINOS (2008). Graduado em Filosofia pelo Instituto Superior de Filosofia Berthier-IFIBE (1997) e licenciado em Filosofia pela Universidade de Passo Fundo-UPF (1998). Atualmente é Coordenador Executivo do Centro de Educação e Assessoramento Popular-CEAP. Tem atuação e pesquisa em Direitos Humanos, Políticas Públicas, SUS, Participação e Controle Social, Saúde, Filosofia e Educação Popular.

Pensar a Educação Popular como ferramenta epistemológica e metodológica na formação de conselheiro/as de saúde e lideranças sociais é o que nos propomos nos parágrafos seguintes. Para isso, o texto será dividido em três partes. Na primeira parte, retomamos o pensamento de Paulo Freire usando como base uma das suas principais obras, a *Pedagogia do Oprimido*, sem deixar de dialogar com outras obras do autor e outros pensadores. Discutimos os fundamentos da educação popular, enfatizando a sua proposta político-pedagógica como elemento central da formação em Paulo Freire. Na segunda parte do texto, refletimos sobre o papel da educação popular a partir de duas experiências formativas do CEAP ao longo da sua trajetória institucional. A primeira experiência foi o Fórum Sul da Saúde, uma experiência de articulação e formação que por quase uma década formou lideranças e conselheiro/as da saúde. A segunda experiência foi o processo formativo realizado pelo CEAP em parceria com a Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS - CIEPCSS do Conselho Nacional de Saúde - CNS e que resultou na formação de 4 mil conselheiros(as) e lideranças sociais no Brasil inteiro. Na terceira e última parte, apresentamos, como conclusão, alguns desafios da educação popular considerando a necessidade de formação permanente para o Controle Social no SUS.

EDUCAÇÃO POPULAR: ELEMENTOS PARA UMA REFLEXÃO NECESSÁRIA

A Educação Popular se desenvolve no marco da educação não formal, especialmente a partir da alfabetização de adultos aos quais foram negados o direito à educação. Por isso, constitui-se a partir de uma crítica ao que conhecemos como educação formal. Nasce na experiência da educação de adultos, especialmente camponeses e das periferias que, ausentes do processo de alfabetização formal, constituem os sujeitos da educação popular. A origem da educação popular, portanto, tem a ver com o povo, o popular, com a periferia, identificando-se com aqueles e aquelas que não passaram pela alfabetização formal, tornando-se ferramenta de alfabetização, de leitura do mundo, da realidade, do cotidiano dessas populações.

A origem identificada com a periferia, com os excluídos, com os ausentes da alfabetização formal não impediu, no entanto, que a educação popular se tornasse igualmente presente na educação formal. A educação popular rompeu barreiras e está presente hoje na formulação de políticas públicas, no conteúdo programático das escolas, sejam públicas ou privadas. Exerce influência na aprendizagem, na alfabetização, na construção coletiva de saberes.

Além disso, a proposta político-pedagógica da educação popular inspirou também a criação de centros de educação popular, de universidades populares, de coletivos populares, movimentos sociais, processos organizativos, propostas de políticas de participação social, entre outros. O Centro de Educação e Assessoramento Popular - CEAP, é fruto desse processo histórico de construção de uma metodologia inovadora que parte da realidade dos sujeitos e constitui um processo de superação do que Paulo Freire, seu principal expoente, chama de opressão. A educação popular tem um propósito, um horizonte e o seu horizonte é a emancipação.

Os pressupostos da educação popular e sua fundamentação teórico-metodológica é o que propomos abordar nos próximos parágrafos. Para isso, tomamos como base a obra *Pedagogia do Oprimido* de Paulo Freire, tendo o cuidado de reconhecer que Freire é fruto de um tempo histórico, portanto, de pessoas e coletivos pensantes e atuantes. Sem estes, Freire não teria produzido a sua vasta e importante obra, o que sempre fazia questão de lembrar.

Foi em 1968 que Paulo Freire escreveu uma das suas principais obras, a *Pedagogia do Oprimido*. A obra nasce num período em que outras correntes de pensamento em áreas distintas também começaram a aparecer, especialmente na América Latina, como a da Filosofia da Libertação, Teologia da Libertação, a comunicação alternativa, a investigação ação participativa (CARRILLO, 2009), que iniciaram na região um outro olhar sobre a realidade, uma alternativa na produção de conhecimento e especialmente com um claro horizonte político de superação da base da qual partiam: a existência de uma opressão.

Paulo Freire, na pedagogia do oprimido, parte de uma concepção antropológica fundamental que é a noção de inconclusão do ser humano. Diz ele:

Na verdade, diferentemente dos outros animais, que são apenas inacabados, mas não são históricos, os homens se sabem inacabados.

Têm a consciência de sua inconclusão. Aí se encontram as raízes da educação mesma, como manifestação exclusivamente humana. Isto é, na inconclusão dos homens e na consciência que dela têm. Daí que seja a educação um que- fazer permanente. Permanente, na razão da inconclusão dos homens e do devenir darealidade (FREIRE, 1970, p. 42).

Esta perspectiva antropológica do homem inconcluso e, portanto, em permanente movimento, permite, por um lado, compreender o homem como sendo um sujeito histórico e como tal capaz de mudar sua própria realidade. A mudança, como fruto da característica inconclusa do ser humano, permite, por outro lado, a superação da realidade do sujeito consciente. Os dois movimentos que aparecem de forma transversal em várias obras de Paulo Freire é o que permite a defesa da superação da realidade concreta dos sujeitos históricos conscientes. É o que Paulo Freire denomina a superação da opressão e como horizonte concreto, e não utópico, o homem livre, não oprimido. Na obra *Pedagogia da Autonomia*, publicada em 1996, Paulo Freire retoma o conceito de ser humano inconcluso afirmando que:

A consciência do mundo e a consciência de si como ser inacabado necessariamente inscrevem o ser consciente de sua inconclusão num permanente movimento de busca. Na verdade, seria uma contradição se, inacabado e consciente do inacabamento, o ser humano não se inserisse em tal movimento. É neste sentido que, para mulheres e homens, estar no mundo necessariamente significa estar com o mundo e com os outros (FREIRE, 1996, p. 30).

O horizonte freireano da superação da opressão, da construção do homem livre, do homem novo tem por base o elemento histórico da dominação, da opressão, da realidade concreta que exclui boa parte das pessoas dos seus direitos, das suas realizações como indivíduos e como seres coletivos. Há, como ponto de partida da reflexão freireana, a realidade excludente, a opressão histórica e estrutural das sociedades. Essa realidade é o que provoca a reflexão e a construção da pedagogia que pressupõe a superação da realidade opressora. O autor, na primeira parte da obra *Pedagogia do Oprimido*, vai denominar a realidade objetiva a os sujeitos

envolvidos como sendo de homens desumanizados e oprimidos construídos historicamente, portanto fruto de uma estrutura social e política (FREIRE, 1970).

A estrutura social excludente e de opressão que, segundo Paulo Freire, desumaniza e torna inviável o que ele chama de homem mais, exige como proposta de superação um processo pedagógico diferente daquele que, até então, inviabiliza qualquer alternativa de superação da opressão e, além disso, serviu inclusive para a manutenção da ordem social excludente e opressora. Essa realidade fez com que o oprimido, segundo o autor, se reconheça como na dialética hegeliana, como sendo alguém apenas na relação opressor-oprimido. O ser do oprimido, diz Freire, é um ser em função do opressor. A identidade do oprimido, que se realiza numa cultura e realidade de opressão permanente, só é no opressor. Por isso, este, o opressor, exerce uma força de identidade no oprimido cuja superação torna a tarefa mais difícil ainda. Segundo Freire, o oprimido tem medo da liberdade por essa possibilidade de ser alguém fora do ser do opressor e por isso quando libertos ou colocados no mesmo nível, exercem nos outros os mesmos vícios do opressor. Diz ele na *Pedagogia do Oprimido*:

Os oprimidos, contudo, acomodados e adaptados, “imersos” na própria engrenagem da estrutura dominante, temem a liberdade, enquanto não se sentem capazes de correr o risco de assumi-la. E a temem, também, na medida em que, lutar por ela, significa uma ameaça, não só aos que a usam para oprimir, como seus “proprietários” exclusivos, mas aos companheiros oprimidos, que se assustam com maiores repressões (FREIRE, 1970, p. 19).

O desafio da superação da opressão e da desumanização nas palavras do autor, exigem, como pode ser concluído a partir dos elementos colocados até aqui, um árduo exercício pedagógico de construção coletiva dos sujeitos empoderados para a superação da realidade concreta, sendo os mesmos sujeitos do próprio processo de construção da sua consciência sobre a realidade e por isso capazes de produzir a transformação necessária.

Do exposto até aqui, pode-se concluir que a pedagogia do oprimido parte do princípio de que há uma realidade a ser superada, uma opressão histórica que não é fatalista, natural, mas fruto de uma construção histórica que pode ser

mudada, ou sobre a qual há uma necessidade de mudança. Por isso, a pedagogia do oprimido é uma proposta revolucionária de superação da opressão pela metodologia pedagógica de construção coletiva do saber, partindo da realidade concreta dos sujeitos em situação de opressão. É esta, igualmente, a base política e metodológica da Educação Popular, uma educação libertadora, uma educação cujo horizonte claro é a superação da desigualdade, da injustiça, da exploração, da opressão. É, portanto, nas palavras do próprio autor, propósito da nova pedagogia a construção de um homem novo (FREIRE, 1970).

Partindo dos elementos abordados, na sequência, queremos discorrer sobre alguns aspectos da educação popular propriamente dita.

Se a realidade social em que homens e mulheres estão inseridas exige o advento de uma pedagogia capaz de construir o homem novo, o homem mais, capaz de viabilizar a superação de uma realidade opressora, política e economicamente construída para a manutenção da exploração, o que significa falar em Educação Popular?

No início do texto argumentamos que a Educação Popular superou barreiras e hoje está presente nas universidades, escolas, programas governamentais, nos movimentos sociais, nas organizações não governamentais, nos centros de educação popular etc. A amplitude dos espaços em que a educação popular está presente hoje faz com que seja necessário recuperar alguns aspectos centrais da sua proposta pedagógica à luz de Paulo Freire, seu principal teórico, especialmente na obra *Pedagogia do Oprimido*.

O primeiro aspecto importante da educação popular diz respeito ao horizonte político da proposta. Nos parágrafos anteriores enfatizamos muito a ideia freireana da existência de uma realidade opressora, cuja superação se torna um imperativo categórico. É papel fundamental da educação popular a superação dessa realidade. Em última instância, esta é a tarefa profícua da educação popular. Nunca este horizonte pode ser colocado em segundo plano pois sua razão de ser só tem sentido e identidade se o seu horizonte político for a superação da exploração, da injustiça, da negação do ser humano. Há uma proposta política clara e contundente. Por isso, Carrillo vai dizer que:

[...] cuando desde la EP se habla de paradigmas emancipadores, simultáneamente estamos haciendo mención a una dimensión

gnoseológica (interpretaciones de la realidad), a una dimensión política y ética (posicionamiento frente a dicha realidad) y a una dimensión práctica: dicha concepción orienta las acciones individuales y colectivas. Desde la ya clásica consigna “ver-juzgar-actuar” hasta las elaboraciones actuales, la preocupación de la educación popular por el conocimiento ha estado y está en función de las prácticas transformadoras de realidad, es una pedagogía de la praxis (CARILLO, 2009, p. 21).

Educação popular, portanto, é ou deve ser sempre uma pedagogia transformadora, deve sempre dialogar com um horizonte transformador da realidade. Uma educação popular sem intencionalidade política transformadora clara não é outra coisa senão uma educação bancária que perpetua a opressão.

Embora pareça redundante dizer que a educação popular é, acima de tudo, uma proposta revolucionária de intencionalidade política, é importante reafirmar tal aspecto em tempos de superficialidade teórico-metodológica do que seja propriamente educação popular. Isso porque não é algo tão incomum nos dias de hoje se deparar com propostas que advogam a educação popular como metodologia, sem a necessária clareza da sua proposta política. Não é suficiente incorporar elementos da educação popular para dizer que estamos fazendo educação popular. Isso porque, segundo Carrillo:

[...] en la medida en que afirmamos que la EP no es una disciplina, ni sólo un campo intelectual, sino una acción cultural y pedagógica comprometida, la preocupación no es exclusivamente epistemológica o teórica, sino eminentemente política y práctica (CARRILLO, 2009, p. 21).

O outro aspecto da educação popular, além da intencionalidade política, diz respeito à metodologia da mesma. Se, por um lado, a educação popular tem como pressuposto político a superação da realidade opressora, está se produz a partir dos oprimidos. Estes, os sujeitos da educação popular, devem ser os desumanizados, na palavra de Freire, os excluídos, os coisificados na relação atual de opressor-oprimido. Freire faz uma longa explanação sobre como a exploração ou a opressão opera entre oprimidos e opressores. Diz ele:

em certo momento de sua experiência existencial, os oprimidos assumem uma postura que chamamos de aderência ao opressor” ...” o seu conhecimento de si mesmos, como oprimidos, se encontra, contudo, prejudicado pela “imersão” em que se acham na realidade opressora (FREIRE, 1970, p. 18).

Como operar a educação popular diante da profundidade do desafio de superar a dicotomia opressor-oprimido? Como operar a educação popular na perspectiva da superação total da opressão, da exploração? Como operar metodologicamente a educação popular na construção do homem novo? Diz Freire, quando aborda o processo de construção da consciência crítica do sujeito oprimido:

Somente quando os oprimidos descobrem, nitidamente, o opressor, e se engajam na luta organizada por sua libertação, começam a crer em si mesmos, superando, assim, sua “conivência” com o regime opressor. Se esta descoberta não pode ser feita em nível puramente intelectual, mas da ação, o que nos parece fundamental, é que esta não se cinja a mero ativismo, mas esteja associada a sério empenho de reflexão, para que se japraxis (FREIRE, 1970, p. 29).

Da citação acima, conclui-se três aspectos importantes que Freire incorpora quando se trata de fazer educação popular. O primeiro diz respeito ao SUJEITO do processo. Não se faz educação popular, transformadora, libertadora sem o sujeito estar presente. É com ele que se faz educação popular. O sujeito da libertação não pode ser outro senão o próprio oprimido, o próprio sujeito a ser libertado. Esta concepção se contrapõe à educação bancária de Freire em que o sujeito é apenas depositário do saber transmitido. Embora seja sujeito, ele não participa da ação, da construção do saber, do conhecimento e com isso ausente da própria consciência.

Além disso, o sujeito em para Paulo Freire é sempre histórico. Daí decorre sua compreensão antropológica do ser inconcluso que se faz permanentemente na história com o propósito de ser mais. Com isso, a educação em Paulo Freire se faz nesse caráter histórico, processual e, portanto, em permanente construção do sujeito (BRUTSCHER, 2005).

O segundo aspecto é a ideia do SUJEITO COMO AÇÃO. Ora, educação libertadora pressupõe consciência de si. Diz Freire: “A ação política junto aos oprimidos tem de ser, no fundo, “ação cultural” para a liberdade, por isto mesmo, ação com eles” (FREIRE, 197, p. 30) Ação com eles é mais do que mera presença do sujeito como objeto da educação popular. É sujeito partícipe, sujeito-ação, sujeito com o qual se faz a educação popular. Ainda segundo Freire: “ Precisamos estar convencidos de que o convencimento dos oprimidos de que devem lutar por sua libertação não é doação que lhes faça a liderança revolucionária, mas resultado de sua conscientização” (FREIRE, 1970, p.30). A consciência do oprimido sobre a sua opressão e sua consequente ação pela superação é fruto da educação participante do próprio sujeito oprimido.

Na obra *A educação como prática da liberdade*, Freire desenvolve o conceito de consciência transitiva crítica (FREIRE, 1967). Este diz respeito à ideia da consciência articulada à práxis (GADOTTI, 2004) Nessa tarefa de conscientização do seu jeito, o exercício do diálogo é elemento substancial para Paulo Freire. Segundo Gadotti: “ essa primeira virtude do diálogo consiste no respeito aos educandos, não somente enquanto indivíduos, mas também enquanto expressões de uma prática social” (GADOTTI, 2004, p. 67). Note-se que na proposta da educação freireana e que fundamenta epistemologicamente a educação popular, o sujeito ocupa a centralidade da ação pedagógica. Por isso , quando falamos de educação popular, falamos da realidade do sujeito e da necessidade de construir saberes numa relação verticalizada e dialógica de modo que o horizonte político da educação seja alcançada de forma consciente por todos os que são partícipes daquela educação.

Por fim, o terceiro aspecto diz respeito à AÇÃO-REFLEXÃO, ou da práxis no sentido marxista. É preciso fazer uma permanente reflexão sobre a própria ação. De novo recorrendo a Paulo Freire, o autor dirá que “se o momento já é o da ação, esta se fará autêntica práxis se o saber dela resultante se faz objeto da reflexão crítica. Neste sentido, é que a práxis constituiarazão nova da consciência oprimida”. Freire diz ainda: “A não ser assim, a ação é puroativismo (FREIRE, 1970, p. 29-30).

A ação-reflexão é indispensável para o processo de conscientização e especialmente para olhar o horizonte político de superação da opressão. Ou seja, é na reflexão sobre a ação que se reafirma e se conscientiza constantemente

a intencionalidade política da educação popular. Portanto, falar em educação popular, dizer que se faz educação popular sem a ação pensante, reflexiva e crítica do processo de formação, não produz transformação social nem consciência crítica. Por isso, Freire fala de ativismo que não é outra coisa do que uma ação inpensada, in-refletida.

Sobre isso, não é demais afirmar que várias iniciativas que se dizem hoje inspiradas na educação popular não são senão ativismos, que não produzem transformação social e, conseqüentemente, uma total ausência de intencionalidade política. Pode-se dizer igualmente que fazer educação popular deslocada do horizonte político de transformação, pode ser qualquer coisa menos educação popular no sentido freireano.

Nessa perspectiva, podemos afirmar também que fazer educação popular exige rigorosidade e clareza metodológica, exige pesquisa, exige criticidade e exige sistematização da experiência realizada. Essas exigências se contrapõem ao que as vezes defende-se como sendo educação popular qualquer processo educativo que envolva o povo, o popular. Neste caso, como afirma Carrillo, popular não se refere à categoria antropológica do conceito povo e sim, “*el propósito de potenciar lo popular como sujeto histórico emancipador*” (CARRILLO, 2019, p. 68). Daí que fazer educação popular não é apenas reunir o povo ou trabalhar com a periferia, com os excluídos, com a educação de adultos ou uma simples roda de conversa que parte do princípio do saber construído coletivamente. Educação popular sem rigorosidade metodológica corre o risco de se apropriar da realidade sem a criticidade necessária. Paulo Freire, ao se referir à necessidade da clareza metodológica do educador em “*Pedagogia da Autonomia*”, dirá que:

Uma de suas tarefas primordiais é trabalhar com os educandos a rigorosidade metódica com que devem se “aproximar” dos objetos cognoscíveis...” É exatamente neste sentido que ensinar não se esgota no “tratamento” do objeto ou do conteúdo, superficialmente feito, mas se alonga à produção das condições em que aprender criticamente é possível (FREIRE, 1996, p. 14).

A apreensão crítica da realidade é exigência prática do educador popular e isso só é possível com clareza metodológica.

Na mesma obra Freire fala sobre a necessidade da pesquisa. Diz ele: “*não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino*” (FREIRE, 1996, p. 16) Isso significa dizer que educação popular exige um permanente esforço de aprofundamento, de leitura, de acúmulo de saber que vem da pesquisa.

Freire também fala sobre a exigência da criticidade do saber. Educação Popular é fundamentalmente uma educação crítica e, por isso, transformadora. Se não for crítica, assemelha-se às pedagogias opressoras sem a intencionalidade política da transformação social.

Por fim, o saber acumulado, a experiência realizada tem que ser submetida sempre à reflexão. Por isso Freire fala da ação-reflexão ou da práxis. Um saber que não se pensa sobre si mesma torna-se um saber acrítico e como tal a-histórico. Daí a importância da sistematização das experiências realizadas na educação popular. Sistematização que permite, segundo Oscar Jara: “*obter aprendizagens da experiência vivida que nos permitam ter critérios para melhorá-las, enfatizando os elementos mais dinâmicos e positivos e deixando de lado os aspectos mais retardatários e deficientes*” (JARA, 2013, p. 117).

Sistematização também pressupõe a construção do saber coletivo e a memória do realizado, de modo que seja possível pensá-las e, principalmente, refletir sobre elas, seja para melhorá-las, como afirma Carrillo, seja para se tornar saber produzido coletivamente.

EDUCAÇÃO POPULAR E A EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO

Já mencionamos que a educação popular exerceu e exerce influência em vários segmentos e grupos sociais. Um deles foram os Centros de Educação Popular inspirados na educação de Paulo Freire e que espalharam-se não apenas no Brasil como também na América Latina. O Centro de Educação e Assessoramento Popular - CEAP, fundado em 1987, é um desses tantos Centros que nasceram na década de 1970 e 1980. Inspirado pela proposta freireana, desenvolveu seu trabalho de formação, produção de conhecimento e acompanhamento a processos organizativos.

Nos próximos parágrafos, vamos abordar alguns aspectos da atuação institucional do CEAP em perspectiva reflexiva sobre sua ação.

O CEAP nasceu em 1985, logo depois da visita de Paulo Freire a Passo Fundo. Como Centro de Educação Popular e dialogando com o momento histórico de redemocratização do país, teve como objetivo assessorar movimentos sociais e sindicais bem como prefeituras governadas por partidos progressistas. Teve como eixo de atuação, entre outros, o desenvolvimento sustentável e políticas públicas. Neste último estava o tema do direito humano à saúde que, após alguns anos, se tornaria sua principal ação como organização não-governamental.

Atualmente o CEAP tem uma atuação institucional na formação de lideranças sociais na área da saúde, especialmente formação de conselheiros e conselheiras, usuário/as e trabalhadore/as em particular. Também articula-se com movimentos e organizações sociais, populares e sindicais e com estes tem desenvolvido, ao longo dos anos, processos formativos e organizativos em torno do direito humano à saúde como política pública. Tem como base metodológica da sua atuação a educação popular, desenvolvendo processos formativos ao longo dos anos que implicaram em experiências importantes de acúmulo tanto metodológico quanto teórico.

FÓRUM SUL DA SAÚDE

O CEAP apoiou e animou, por nove anos, o Fórum Sul da Saúde. Este espaço organizativo reuniu movimentos sociais, populares e sindicais que tinham como pauta a saúde pública dos estados de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraná. Por esse período realizou, com estes sujeitos, a formação de lideranças e conselheiros de saúde, mobilizações e encontros temáticos que contribuíram para a defesa e fortalecimento do SUS. Interessa-nos aqui abordar com maior ênfase a experiência de formação realizada durante esse período junto e a partir do Fórum Sul da Saúde.

A experiência de formação reunia anualmente 30 lideranças, conselheiros de saúde ou lideranças de movimentos sociais e entidades que tinham como pauta de luta o SUS, dez de cada um dos Estados participantes do Fórum. Estes participavam de um processo formativo coordenado pelo CEAP e que se realizava à luz da educação popular. A formação era dividida em três etapas, cada etapa tinha duração de cinco dias. Entre uma etapa e outra, os participantes realizavam atividades em seus locais e espaços de atuação, que era socializados e refletido

nas etapas posteriores. Ao finalizar o processo formativo, os participantes eram desafiados a realizarem atividades de multiplicação junto à sua base de atuação. A multiplicação, aliás, era o centro do processo formativo e por isso as etapas de formação eram perpassadas pela proposta de multiplicação.

O exercício formativo à luz da educação popular possibilitou que o CEAP abordasse com os participantes alguns aspectos que queremos destacar na sequência.

O primeiro deles é a abordagem da educação popular a partir de sujeitos do processo. Todos eram lideranças ligadas a organizações sociais, pastorais, sindicais e populares e a formação dialogava com a experiência concreta desses sujeitos. Não apenas no desenvolvimento do conteúdo da formação, mas fundamentalmente na estruturação do conteúdo a ser trabalhado. Isso era possível quando, entre uma etapa e outra, os participantes traziam para a reflexão elementos da sua experiência e das suas representações. A realidade e as vivências eram socializadas e problematizadas a partir de temas geradores definidos pela Coordenação do Fórum Sul e pelos próprios participantes.

Isso fez com que tivéssemos experiências marcantes como a que o próprio Freire cita na *Pedagogia do Oprimido* ao se referir à descoberta do mundo de quem participou da experiência formativa na metodologia da educação popular. Freire relata que:

No meio da discussão, disse este homem: Talvez seja eu, entre os senhores, o único de origem operária. Não posso dizer que haja entendido todas as palavras que foram ditas aqui, mas uma coisa posso afirmar: cheguei a esse curso, ingênuo e, ao descobrir-me ingênuo, comecei a tornar-me crítico (FREIRE, 1970, p. 12).

Nos deparávamos, no processo formativo realizado, com experiências parecidas como a que relata Paulo Freire na *Pedagogia do Oprimido*. Muitos chegavam politicamente tímidas, com dificuldades ou medo de se expressar em público, trazendo as marcas de uma cultura política forjada pelo medo de dizer a palavra, vítimas de reiterados regimes autoritários no Brasil. Ao abordar o cotidiano do seu conselho de saúde, ao procurar informações sobre a sua organização, ao dialogar com o coordenador da sua pastoral, ao conversar com o secretário de saúde para se inteirar sobre o plano de saúde, este participante

trabalhava, no curso, sua própria realidade transformada em objeto de estudo, de problematização, de reflexão crítica coletiva. Com essa construção intersubjetiva, os participantes faziam suas sínteses, sempre provisórias, e que buscavam a transformação da realidade.

A experiência formativa teve grande contribuição na afirmação de diversas lideranças importantes na Região Sul devido à importância dada ao processo de multiplicação. Ela era realizada pelos participantes dos cursos após a finalização das três etapas de formação junto às suas entidades, pastorais, sindicatos, conselhos, movimentos, organizações, etc. A multiplicação era uma experiência não de “repassar” ou “replicar” o conteúdo trabalhado durante as etapas formativas e sim desafiar-se a realizar uma atividade formativa com a sua própria base a partir do aprendizado gerado. Não se tratava de reproduzir a experiência presencial, o que significaria uma relação hierárquica entre o educando e o educador. Buscava-se, sobretudo, o compromisso de cada participante com ações concretas a serem construídas junto a seus espaços de atuação e que fortaleciam as lutas e frentes por eles propostas.

Como resultado desse processo, muitos tornaram-se coordenadores de conselhos de saúde, presidentes de sindicatos, coordenadores de fóruns de saúde na sua cidade bem como lideranças de vários outros processos organizativos.

Para o CEAP, a experiência do Fórum Sul foi uma iniciativa que fortaleceu a compreensão de que não se faz a transformação social sem aliar processos formativos aos processos organizativos e vice-versa. A formação, por si só, não produz transformação social como dizia Paulo Freire. Por isso, fazer educação popular apenas enchendo a sala de pessoas sem necessariamente vincular ela com processos de organização, não realiza a intencionalidade política inerente à educação popular. É necessário que o sujeito esteja vinculado socialmente com organizações, movimentos, redes, coletivos, pastorais. É esse vínculo que potencializa a ação do sujeito, é ali que se exerce a liderança, a pressão social, a busca pela transformação. Para Paulo Freire a emancipação e a superação da opressão não acontecem isoladamente em cada sujeito. Não se trata de cada um, cada indivíduo, cada sujeito ter consciência da sua desumanização para assim tornar-se alguém isoladamente. Cada indivíduo é a partir dos outros, a partir da coletividade, da sociabilidade e especialmente da ação coletiva. A consciência de classe se produz na classe, com os outros.

O inverso igualmente é necessário. Ou seja, organização também exige formação. Se a formação sem vínculo com processos organizativos torna-se vazia, a organização sem formação crítica permanente pode se tornar ativismo, como Paulo Freire já salientava. Processos organizativos portanto exigem formação, reflexão, pesquisa e estudo de forma permanente de modo a qualificar a atuação dos sujeitos sociais organizados. Aliar formação com organização e organização com formação foi a experiência que o CEAP realizou junto a dezenas de entidades no Sul do país.

FORMAÇÃO PARA O CONTROLE SOCIAL NO SUS

A política pública de saúde no Brasil prevê, entre suas diretrizes, a participação da comunidade. Isso se dá especialmente a partir das Conferências e Conselhos de Saúde. As conferências devem ser realizadas de forma periódica conforme mandato dos gestores e os conselhos de saúde têm caráter permanente e obrigatório.

A participação da comunidade, no entanto, exige daqueles que fazem parte dela conhecimento sobre os fundamentos e as razões da participação popular na saúde e qualificação para o exercício da mesma. O trabalho do CEAP enquanto Centro de Educação Popular tem sido o de contribuir na formação e na qualificação daqueles e daquelas que participam dos espaços participativos do SUS.

Como parte da sua ação institucional de formação de conselheiro/as e lideranças da saúde, o CEAP executou, em 2018, um processo formativo para conselheiro/as e lideranças sociais de todo o país. No total, o CEAP realizou 72 oficinas de formação alcançando 4.200 pessoas entre conselheiro/as e lideranças sociais. Coube ao CEAP, enquanto entidade executora do projeto, a construção da proposta pedagógica da formação. A mesma foi elaborada e executada com base nos princípios da educação popular, que orienta a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006.

Com base nos resultados do processo formativo, queremos, na sequência, fazer algumas análises dos dados relativos à participação na formação, além de elementos de reflexão sobre a experiência como um todo à luz da educação popular.

O processo formativo realizado tinha como objetivo qualificar os conselheiros de saúde e ao mesmo tempo contribuir com a formação de novas lideranças dos movimentos e organizações sociais, populares e sindicais de modo que estes qualifiquem seus quadros para estarem nos espaços de controle social.

A formação previa dois públicos diferentes. Dos 80 participantes por oficina, a proposta previa a participação de 70% oriundos de conselheiros de saúde e 30% de movimentos e organizações sociais, populares e sindicais.

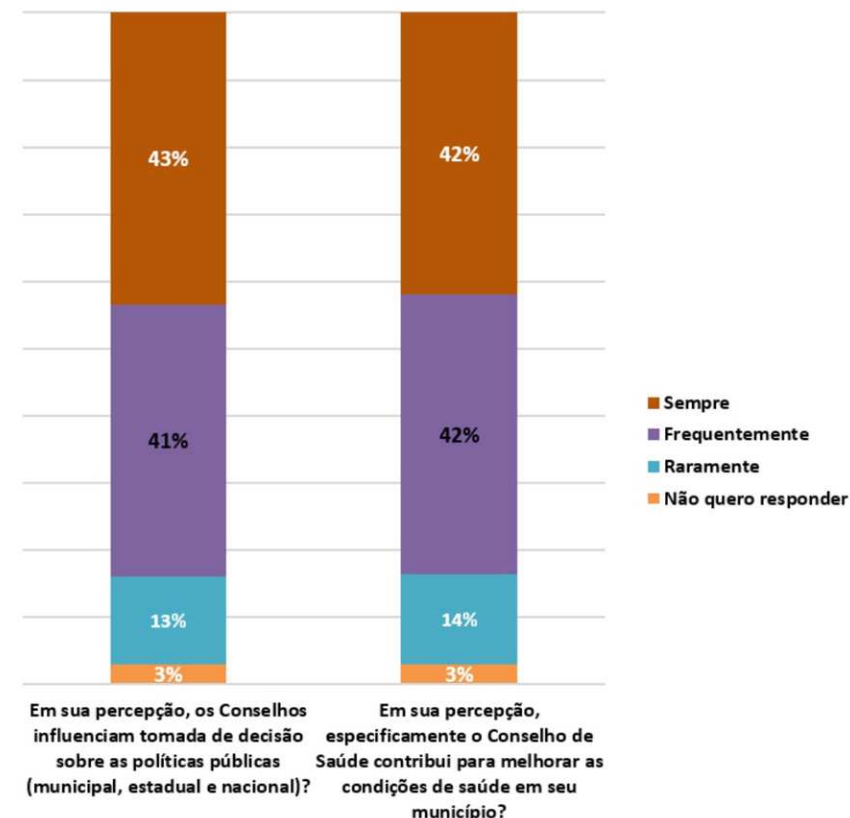
O processo formativo mostrou algumas potencialidades e outros limites, os quais queremos abordar na sequência.

A experiência participativa brasileira é inovadora em termos de mecanismos legais de participação, especialmente na área da saúde. Na quase totalidade dos municípios do país existem conselhos de saúde. Independentemente da qualidade das reuniões do ponto de vista do cumprimento da normativa que os rege, em média uma vez por mês o/as conselheiro/as se reúnem para discutir sobre a saúde do Município, Estado ou União. Não há outra política pública que tenha essa amplitude nacional na participação popular. Hoje, segundo dados do SIACS, em torno de cem mil conselheiros entre titulares e suplentes existem no país.

Qual é a real incidência desses conselhos na política de saúde? Como a educação popular contribui nesse universo de lideranças que atuam hoje na saúde?

Dados obtidos a partir dos participantes das 72 oficinas de formação realizadas indicam que há uma significativa influência dos conselhos de saúde sobre a política de saúde local. Os participantes consideram que sua ação no conselho de saúde influencia a formulação da política de saúde. Da mesma forma, os participantes indicam que os conselhos de saúde contribuem para melhorar a situação da saúde do seu município.

Tabela 1. Percepção dos participantes sobre a influência dos conselhos de saúde influenciaram na tomada de decisão sobre as políticas públicas municipal, estadual e federal, 2020.



Fonte: Dados elaborados com base no Projeto de Formação – 1ª Edição, organizados pelo CEAP.

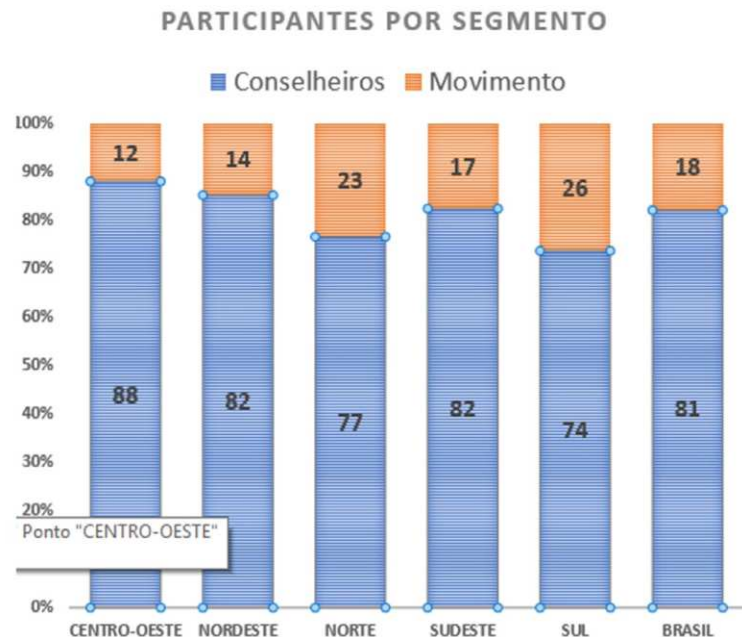
O gráfico mostra que aquele/as que fazem parte delas consideram que os conselhos influenciam a política de saúde, melhorando inclusive as condições de saúde no seu município. Qualificá-lo/as, portanto, apresenta-se como desafio permanente e por isso experiências de formação como a que o CEAP desenvolveu em todos os estados junto com a Comissão Intersectorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS - CIEPCSS do Conselho Nacional de Saúde - CNS são estratégicos e fundamentais.

Por outro lado, é importante ressaltar que, além da incidência dos conselhos na política de saúde, esta experiência é substancial para a democracia

brasileira. A participação social para além da mera representação formal eleitoral, é condição essencial para a qualidade e consolidação da democracia brasileira. Por isso, apesar dos limites apontados hoje no exercício do controle social, e apesar dos críticos que consideram a participação formal e institucional como sendo por natureza limitadas na incidência da política de saúde, elas são importantíssimas na realização de um dos direitos fundamentais, o direito à saúde. Daí a aposta do CEAP em consolidar cada vez mais os espaços participativos, em qualificar os conselheiros e conselheiras a partir da educação popular formando novas lideranças sociais, contribuindo com novos sujeitos para que estes qualifiquem o espaço do controle social.

Outro aspecto que precisa ser abordado, a partir da formação realizada, diz respeito à representação dos movimentos sociais, populares e sindicais. Dizíamos, no início deste item, que a proposta previa a participação de 30% lideranças oriundas dos movimentos sociais e populares. O gráfico na sequência mostra a participação destes nas 72 duas oficinas realizadas. Os percentuais são apresentados por regiões.

Tabela 2. Participantes por segmento, 2020.



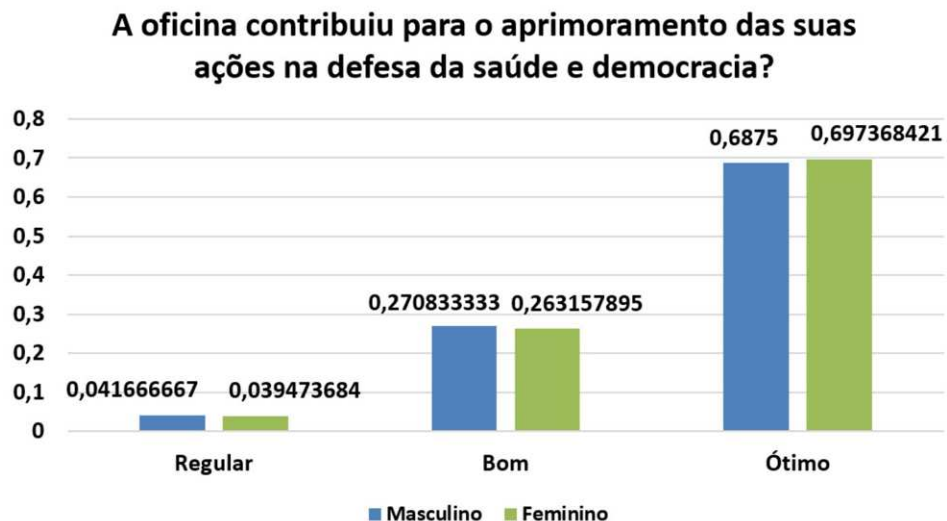
Fonte: Dados elaborados com base no Projeto de Formação – 1ª Edição, organizados pelo CEAP.

Note-se que em nenhuma região do país atingiu-se o percentual previsto de 30%. O gráfico indica um desafio importante para o processo formativo na área da saúde e um desafio igualmente grande para a consolidação da experiência participativa no SUS. Por lei, participam como usuário/as nos conselhos de saúde o/as representantes de movimentos, sindicatos, ONGs, coletivos, redes, etc. Estes precisam produzir uma espécie de renovação permanente dos seus representantes nos conselhos de saúde. Os 30% de vagas para os movimentos por oficina tinha a intencionalidade de formar novas lideranças que ao mesmo tempo estejam qualificadas para estarem nos conselhos de saúde quando necessário, mas que ao mesmo tempo qualifiquem o debate sobre o SUS para dentro das suas próprias entidades.

Os dados indicam algumas dificuldades dos movimentos sociais e populares na formação e qualificação dos seus quadros no tema da saúde. Isso coloca desafios importantes pois destes dependem em boa parte o exercício qualificado do controle social nos conselhos de saúde, sejam eles municipais, estaduais ou federal. Como, diante do cenário de dificuldades na presença destes nos espaços formativos, ampliamos a participação dos mesmos qualificando-os? Que ferramentas ou metodologias devemos pensar para que o objetivo da presença maior das lideranças na formação permanente seja uma realidade? Estas e outras questões devemos refletir para compreender o desafio da formação, qualificação e participação permanente dos sujeitos sociais no espaço do controle social no SUS. Por outro lado, nota-se uma dificuldade de vários movimentos sociais com capilaridade nacional em colocar a saúde como sua pauta central. O direito à saúde nem sempre é objeto da sua ação central, nem sempre faz parte da sua pauta e, portanto, não participam dos conselhos, não participam das conferências. Isso não ocorre necessariamente porque não querem deliberadamente fazer parte da luta pelo SUS, ocorre, muitas vezes, por falta de entendimento da relevância do sistema de saúde pública para o país. Por isso, para o CEAP um dos desafios importantes como consequência do processo formativo é ampliar o debate com movimentos, sindicatos, organizações sociais e populares sobre o tema da saúde como direito humano fundamental. A defesa do SUS, a participação nos conselhos, nas conferências deve ser pauta de luta de mais movimentos, mais organizações do campo democrático popular.

Por fim, perguntou-se aos participantes se a oficina contribuiu para o aprimoramento das suas ações na defesa da Saúde e da Democracia. Observa-se, no gráfico abaixo, que a grande maioria dos participantes responderam positivamente nos dois segmentos apresentados: homens e mulheres.

Tabela 3. Avaliação dos participantes sobre como a oficina contribuiu para o aprimoramento das suas ações na defesa da saúde e democracia, 2020.



Fonte: Dados elaborados com base no Projeto de Formação – 1ª Edição, organizados pelo CEAP.

Fazer formação à luz da educação popular é imprescindível para a defesa do SUS e da Democracia. No caso da saúde, ela contribui para qualificar o/as conselheiro/as e lideranças assim como para o entendimento da relevância do controle social seja para a saúde, seja para a democracia. As oficinas foram desenvolvidas sob essa metodologia, do saber coletivo, da formação/reflexão que parte da realidade dos sujeitos, da intencionalidade política da formação e os participantes, conforme o gráfico, entenderam que esta abordagem contribuiu para aprimorar a defesa do SUS e da Democracia.

Por fim, a experiência de formação realizada no país inteiro à luz da educação popular e com a proposta de multiplicação como elemento disparador de novas experiências formativas dos participantes mostrou-se de fundamental importância diante dos desafios colocados hoje, seja do ponto de vista da defesa

do direito à saúde, seja do ponto de vista da relevância da participação social no SUS. Os tempos atuais de resistência frente aos desmontes das políticas públicas exigem de todos os atores sociais clareza política e defesa intransigente da saúde como política pública e da democracia como sistema de governo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Revisitamos a principal referência da educação popular, Paulo Freire, e uma das suas principais obras, *Pedagogia do Oprimido*, para falar sobre educação popular e os seus pressupostos. Enfatizamos a ideia de que fazer educação popular pressupõe um compromisso com os sujeitos historicamente oprimidos, desumanizados e contribuir para que eles próprios fortaleçam a sua luta pela libertação.

Apresentamos também duas experiências formativas realizadas pelo CEAP, o Fórum Sul de Saúde que reunia várias entidades dos estados de Santa Catarina, Paraná e Rio Grande do Sul com a experiência de formação de lideranças com a metodologia de multiplicação e também a Formação para o Controle Social no SUS realizada no Brasil inteiro em parceria com a CIEPCSS, CNS e OPAS.

Os elementos abordados e as experiências apresentadas tiveram o intuito de contribuir no debate sobre a educação popular e a formação permanente para o controle social no SUS, especialmente a partir do olhar da experiência realizada à luz da fundamentação teórica da educação popular. Com isso, a modo de conclusão queremos indicar alguns desafios que nos parecem importantes e necessários, inclusive no propósito de continuarmos pensando e refletindo sobre eles.

O primeiro deles é a necessidade da formação permanente para o exercício do controle social à luz da Educação Popular. Isso significa recolocar permanentemente o debate acerca da imperiosa necessidade de qualificar conselheiro/as e lideranças no seu papel de propositores e fiscalizadores da política pública de saúde no âmbito dos seus conselhos. Para o CEAP, como descrevemos nas duas experiências de formação realizada, a educação popular deve ser a ferramenta metodológica fundamentadora desse desafio permanente da qualificação, pois ela contribui seja para dialogar com os sujeitos a partir da sua realidade e experiência e, ao mesmo tempo, pressupõe o que na primeira parte deste texto abordamos, a intencionalidade política de superação da realidade que nega direitos e oprime os sujeitos.

Outro desafio importante tem a ver com a necessidade de repensarmos os nossos processos de mobilização e diálogo em torno da defesa do SUS. Embora seja comum afirmar que há uma crise da participação social e de que os movimentos estão de refluxo, o CEAP considera que isso exige uma releitura da conjuntura dos movimentos e a partir disso encontrar mecanismos e alternativas que convençam seja os movimentos e suas lideranças sobre pautas sociais importantes como o tema da saúde. A experiência institucional de formação nacional e articulação dos movimentos sociais para participarem dessa experiência demonstram isso.

Por fim, um último desafio diz respeito à necessidade de recolocarmos a educação popular e sua proposta epistemológica e metodológica no centro das nossas experiências de formação e articulação. Dizíamos no decorrer do texto de que uma retomada da leitura clássica de Paulo Freire era fundamental para não cairmos em superficialidades teóricas tornando toda e qualquer experiência como sendo práticas da educação popular. Nem tudo que é encontro e roda de conversa é educação popular. Por isso, em tempos de superficialidades teóricas ou receitas prontas, retomar leituras clássicas fundamentadoras da educação popular torna-se exigência seja para compreender o momento atual que vivemos, seja para propor alternativas e encontrar saídas.

REFERÊNCIAS

- BRUTSCHER, V. **Educação e conhecimento em Paulo Freire**. Passo Fundo: Diálogos, 2005
- BRANDÃO, C. R. **A Educação Popular na Escola Cidadã**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- CARRILLO, A. T. **Edución Popular e paradigmas emancipadores**. Pedagogia e saberes, n. 30. Colombia, 2009.
- CARRILLO, A. T. **Pensar epistémico, educación popular y investigación participativa**. México: Nómada, 2019.
- CARBONARI, P. C. Educação popular e metodologia de Trabalho Popular. *In: Educação Popular e Agricultura Familiar*. Passo Fundo: CEAP, 2002.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1970.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. São Paulo: Paz e Terra, 1967.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GADOTTI, M. **Convite à leitura de Paulo Freire**. São Paulo: Scipione, 2004.

GADOTTI, M.; TORRES, C. A. (orgs). **Educação Popular: utopia latino-americana**. São Paulo: Cortez, 1994.

HOLLIDAY, O. J. **A sistematização de experiências, prática e teoria para outros mundos possíveis**. Distrito Federal: CONTAG, 2012.

KUJAWA, H.; CARBONARI, P. (orgs). **Luta pelo direito humano à saúde: experiência de Passo Fundo**. Passo Fundo: Méritos, 2004.

A CRISE DEMOCRÁTICA E OS DESAFIOS PARA A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

Márcio Florentino Pereira⁴

Jussara Conny

Leandro Araújo da Costa⁵

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o Brasil tem vivido um cenário de ameaças ao Estado Democrático de Direito, com retrocessos e rupturas relativos à cidadania e ao constitucionalismo democrático inaugurados em 1988. Estão em curso processos que refletem um avanço de forças econômicas e políticas conservadoras, com expressões neofascistas, que estão promovendo profundas e importantes mudanças no contexto nacional. Esta situação tem ganhado potência na medida em que a crise vivida pelos estados nacionais parece sofrer um agravamento e fragilização diante de um novo tipo de colonialismo que opera segundo a lógica do neoliberalismo global.

⁴ Em 1981 quando em sua formação superior em Odontologia pela UFG, Márcio Florentino Pereira iniciou uma trajetória de trabalho pela Reforma da Saúde no Brasil, participou dos movimentos estudantis junto ao Centro Acadêmico de Odontologia na UFG e do movimento Sindical dos Profissionais de Saúde - como Presidente do Sindicato dos Odontologistas do Estado de Goiás - SOEGO. Em 1994 se tornou professor auxiliar da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, presidiu a Associação de Docentes da UFG durante dois anos, atuou como tesoureiro da Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior -ANDES. Em 2003 ingressou na Universidade de Brasília UNB. Onde atuou como professor adjunto do Departamento de Saúde Coletiva e pesquisador associado do Núcleo de Estudos em Saúde Pública - NESP da UNB, com especialização em Políticas de Saúde Pública e em Odontologia Social e Preventiva. Em 2010 se formou Doutor em Ciências da Saúde com estágio no Centro de Estudos Sociais em Coimbra, tendo como Orientadores os professores Boaventura Sousa Santos e João Arriscado Nunes, sendo suas principais áreas de atuação nos temas da Democracia Participativa e Controle Social em Saúde, Saúde no Campo, Educação Permanente e Formação Profissional e Saúde Bucal Coletiva. Participou como Chefe do Departamento de Saúde Coletiva da UnB, na implantação dos Cursos de Graduação e de Pós Graduação em Saúde Coletiva, assim como na coordenação do PRÓ SAÚDE e do Sistema Saúde Escola do Paranoá, na Faculdade de Saúde da UnB. No início de 2012, Dr. Márcio Florentino Pereira, assume como Conselheiro Titular do Conselho de Desenvolvimento do Distrito Federal, e inicia uma nova etapa de seu trabalho pela Saúde no Brasil, assumindo o Conselho Nacional de Saúde - CNS como Secretário Executivo, a convite da Secretaria de Gestão Participativa e Estratégica do MS. Em 2014 é convidado a compor a equipe de implantação da Nova Universidade Federal do Sul da Bahia - UFSB, onde ocupa o cargo de Decano de Saúde em 2015 e inicia o processo de implantação do Curso de Medicina e das Residências Médicas em Teixeira de Freitas BA. Em 2016 assume o cargo de Pro Reitor de Gestão Acadêmica da UFSB. Atualmente é o Diretor Técnico de Extensão da UnB, a convite da Reitoria desta universidade.

⁵ Médico de Família e Comunidade. Preceptor e membro da coordenação da Residência de Medicina de Família e Comunidade. Mestre em Saúde da Família. Professor substituto do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC); Supervisor do Programa Mais Médicos pelo Brasil e do Programa Médico da Família Ceará pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Integrante da Rede Nacional de Médicos e Médicos Populares e do Setor de Saúde do MST

Em escala global, podemos estar diante de uma crise sistêmica e estrutural, capitaneada pelo capitalismo financeiro global, atingindo, principalmente, os centros do neoliberalismo e reconfigurando as cartografias mundiais com base em um pensamento abissal. Para Boaventura de Sousa Santos (2007), “diferentemente do paradigma que regulou a modernidade centrado numa relação entre Regulação/Emancipação, a tensão atual se dá entre uma outra dicotomia de Apropriação/Violência”. O autor denomina este espaço-tempo como o retorno do colonial e do colonizador, num avanço do mercado mundial sobre os espaços da cidadania e da comunidade.

Considerando os cenários de uma crise democrática, neste artigo procuro refletir acerca dos desafios das experiências de luta pelo direito coletivo à saúde. Uma reflexão que parte do reconhecimento de experiências importantes no campo democrático, com estímulo à criação de alternativas de participação social, num movimento em curso há pelo menos três décadas na América Latina e no Brasil. Um dos projetos com maior expressão deste campo tem sido o da Reforma Sanitária no Brasil e a constituição do Sistema Único de Saúde, o SUS.

DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE

No Brasil, a emergência dos movimentos sociais e populares, nos anos 1970 e 80, associada à mobilização por direitos civis e políticos nas universidades e nas organizações de usuários, gestores e trabalhadores da saúde, de modo pluralista e suprapartidário, geraram as condições sociais e políticas das quais emergiu, em meio à luta social, a noção da saúde como direito coletivo e universal, os princípios do projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a criação do Sistema Único de Saúde (FALEIROS *et al.*, 2006).

Uma luta social com matizes de participação popular, fortemente ligada à sociedade civil e suas demandas no campo da saúde, como um processo de descolonização das relações sociais de saber e poder. Segundo Santos (2006) devemos:

[...] aprofundar o interconhecimento no interior da globalização contra-hegemônica mediante a criação de uma rede de interações orientadas para promover o conhecimento e a valorização crítica da enorme diversidade dos saberes e práticas protagonizados pelos diferentes movimentos e organizações.

São movimentos em prol da saúde como direito e conquista popular, numa condição de projeto democrático que privilegia uma estratégia de fortalecimento da participação cidadã (controle social cidadão) como forma de poder e cidadania, com redução das desigualdades e ampliação do reconhecimento das diferenças (equidade). Segundo Almeida Filho e Paim (2000),

A área de saúde, inevitavelmente referida ao âmbito coletivo-público-social, tem passado historicamente por sucessivos movimentos de recomposição das práticas sanitárias decorrentes das distintas articulações entre sociedade e Estado [...]

Estes movimentos apresentam implicações na cidadania e nas formas de participação social e política, buscando promover, em nossas sociedades, a igualdade não somente jurídica entre os cidadãos, mas, também, social e econômica. No entanto, os debates e discussões sobre as experiências de participação não têm resultado em avanços dos fins democráticos. Esta tem sido a aspiração dos movimentos que vem mudando os princípios e as formas de poder ao longo do tempo, em busca de uma democracia de alta intensidade com participação popular efetiva na conquista de direitos. A democratização e a redistribuição aparecem conectadas em um modelo que adquiriu dimensões quase canônicas e indiscutíveis (SUBIRATS, 2007).

Os ritos formais e institucionais são mantidos, mas é cada vez menor a capacidade para que os cidadãos possam interferir nas decisões dos governos, prejudicando a legitimidade democrática. Neste cenário, a mundialização econômica do mercado tem aumentado as formas de exclusão social e política, além da sensação de inutilidade do exercício democrático institucional com base numa democracia cada vez mais de baixa intensidade (GURRUTXAGA; GÜELL, 2007). Através dos Estados mais desenvolvidos e das agências multilaterais, a globalização neoliberal passou a impor aos países periféricos formas de democracia de baixa ou baixíssima intensidade.

No campo da Saúde, o espaço do mercado vem ganhando mais autonomia, com processos de privatização crescentes dos serviços e políticas públicas. Neste contexto, a capacidade redistributiva das democracias é reduzida pela condição global de apropriação/violência e o espaço mundial do mercado concentra

poder, alargando as margens de desigualdades nacionais, regionais e locais. Um cenário onde os espaços de participação popular e controle democrático estão subordinados e regulados pela lógica do mercado e da governabilidade e o direito territorial estatal perderam força para formas de direito sistêmico flexível e ganhou força formas de poder estatais indiretas e de exceção. A prática social na lógica de apropriação/violência ampliou formas de exclusão, xenofobias e preconceitos de toda natureza.

Assim, para a conquista do direito social à saúde diante da expansão global da lógica de apropriação/violência sobre a regulação/emancipação, torna-se necessário ampliar a intensidade democrática com participação efetiva. Quanto mais partilhada é a autoridade, mais participativa é a democracia. Quanto mais rica é a reciprocidade e mais rico o reconhecimento, mais direta é a democracia, pois “As democracias devem ser hierarquizadas segundo a intensidade dos processos de autoridade partilhada e da reciprocidade do reconhecimento” (SANTOS, 2008).

A intensidade democrática é dada pela capacidade de redistribuição e partilha do poder com base em uma agenda que articule e amplie as lutas locais, regionais e nacionais numa agenda antineoliberal. A democracia representativa tende a ser uma democracia de baixa intensidade. A baixa intensidade desta democracia resulta em que se as exigências do capitalismo forem tais que exijam a restrição do jogo democrático, esta forma de democracia tem poucas condições de resistir. Ao definir de modo restritivo o espaço público, a democracia representativa deixa intactas muitas relações de poder que ela não transforma em autoridade partilhada; por se fundamentar em ideias de igualdade formal e não real, ela não garante a realização das condições que a tornam possível.

A rendição da democracia de baixa intensidade aparece de várias formas: a banalização das diferenças políticas e a personalização das lideranças; a privatização dos processos eleitorais pelo financiamento das campanhas; a mediação da política; a distância entre representantes e representados, assim como o aumento do abstencionismo e da corrupção política (SANTOS, 2008). Podemos observar em escala mundial um processo de corrupção da política como formas de poder e dominação, que podem favorecer um indivíduo (o ditador), de uma classe (a burguesa), de um sexo (o machismo), de uma etnia (o racismo) ou do mercado (o capitalismo).

A corrupção do político ou da representação e da participação popular nos espaços democráticos de controle social, nos seus diversos níveis e esferas, dá-se quando a sua função essencial é distorcida, ou destruída na sua origem. Este desvio pode definir o rumo de toda ação ou instituição política. Neste sentido, a corrupção pode se tornar dupla na medida em que o poder da comunidade se transforma em servilismo e submissão, legitimando formas de poder parasitário e debilitador do poder popular. São as sociedades onde as desigualdades e a hierarquização das diferenças atingem níveis tão elevados que os grupos sociais dominantes (econômicos, étnicos, religiosos, etc.) se constituem em poderes fáticos, que assumem direito de veto sobre as aspirações democráticas mínimas das maiorias ou das minorias (SANTOS, 2008).

Nestes casos, tem ocorrido uma absolutização da vontade do representante que deixa de responder e fundar e articular a sua ação com a vontade geral da comunidade política que diz representar. Dussel (2005) chama esse fenômeno de fetichismo da política, isto é, quando, indevidamente, a ação do representante ou do governante é uma ação dominadora e não um exercício de poder delegado pela comunidade. Trata-se, portanto, de um exercício despótico de autoridade e a representação é desvirtuada e toda a política fica invertido, como exercício de dominação. O fetiche como uma vontade de poder, como domínio sobre o povo, especialmente os mais fracos, os pobres.

O poder assume um tipo de fetiche em que o ator político, o representante, o funcionário ou o cidadão, acredita poder afirmar a sua própria subjetividade para a ação ou instituição como a fonte do poder político. Numa postura auto-referente da autoridade, o poder é corrompido, como no caso do estado, onde aqueles que o exercem o poder podem gozar de soberania, distanciando-se de sua fonte originária- o povo. Neste sentido, a política e a participação popular se descaracterizam como ações fundantes da condição humana e da sua realização social primordial a comunidade política (DUSSEL, 2007).

Quando há a corrupção e uma crise de representação, a democracia de fato se torna de baixíssima intensidade. A democracia é de baixíssima intensidade quando não promove nenhuma redistribuição social. Isto ocorre com o desmantelamento das políticas públicas, a conversão das políticas sociais em medidas compensatórias, residuais e estigmatizantes e com o regresso da filantropia enquanto forma de solidariedade não fundada em direitos (SANTOS, 2008).

O CONTROLE SOCIAL E A PARTICIPAÇÃO NA SAÚDE

A imposição de formas democráticas de baixa intensidade não ocorre sem resistências. As classes populares, os grupos sociais oprimidos, fragilizados ou marginalizados estão em muitas partes do mundo a promover formas de lutas e resistências em defesa da democracia participativa. Trata-se de formas de democracia de alta intensidade fundamentadas na participação ativa e constantemente renovada das populações, através das quais procura-se resistir contra as desigualdades sociais, o colonialismo, o sexismo, o racismo e a destruição ambiental (SANTOS, 2009).

No Brasil, os movimentos e partidos, que fizeram parte dos governos democráticos e populares, propuseram e testaram novas formas de relações entre o estado e a sociedade, denunciando as formas de exclusão e discriminação. Da resistência aos modelos de baixa intensidade, surgiram novas arenas políticas e administrativas para os processos decisórios, favorecendo a capacidade de controle da sociedade em relação à utilização dos recursos públicos e, ainda, à tomada de decisões mais democráticas para a distribuição do bem-estar social (SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2004).

Nestes novos espaços políticos, a própria esfera do estado se transmuta, exigindo outra composição nos aspectos de representatividade, legitimidade, participação e mobilização. Formas que se dão para além dos mecanismos técnicos e burocráticos e refletem um novo pluralismo de representações e interesses da sociedade civil, até então excluída do jogo democrático e do estado.

O controle social democrático e a participação popular representam uma das inovações no campo democrático da luta pela saúde coletiva, sobretudo no processo de gestão, ou seja, não apenas na fiscalização, mas também na formulação das políticas públicas de saúde. Das expectativas às experiências, temos um conjunto desta nova dinâmica democrática que precisa ser conhecido e analisado, como a proposta de construção política democrática e participativa da saúde.

A participação popular em Conselhos de Saúde integra um processo social que, desde a década de 1970, vem convergindo para transformar e reconfigurar democraticamente o espaço público e a relação da Sociedade Civil com o Estado. São conselhos que surgiram por meio de iniciativas dos movimentos populares, ou outros que envolveram a realização de projetos de articulação povo/governo e, por último,

dos conselhos temáticos institucionalizados pelo processo de redemocratização da sociedade da nova constituição brasileira de 1988 (OLIVEIRA, 2004).

Neste período, sem dúvida, o processo de descentralização das políticas públicas e sociais permitiu avanços na liberdade de organização dos serviços locais (municípios) e na elaboração de políticas próprias, conformando um momento favorável à democratização do espaço territorial com maior possibilidade de intervenção aos grupos de interesse local (SILVA, 2001).

A década de 1990 consolidou, no estado brasileiro, as Conferências e os Conselhos de Saúde como mecanismos fundamentais de participação social e popular, que são formas de exercício da democracia participativa que objetivam garantir os direitos de cidadania e saúde. O setor saúde se destacou não só no país, mas também na América Latina, pela criação de Conselhos de Saúde na quase totalidade dos municípios do Brasil.

Os Conselhos de Saúde se consolidaram como espaços formalmente deliberativos e com participação paritária na sua composição entre sociedade civil e representantes do governo e prestadores de serviços, e permanecem presentes na área da saúde em mais de 5.537 municípios brasileiros, implicando na existência de uma rede potencial de 86.414 conselheiros municipais que, supostamente, atuam na elaboração e fiscalização das ações e serviços de saúde (CORREIA, 2005).

Os conselhos não substituem, mas interagem com os poderes instituídos, ou seja, com o Executivo, Legislativo e Judiciário. São compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, trabalhadores da saúde e usuários. Para ser paritária, essa composição requer que 50% das vagas do Conselho de Saúde sejam ocupadas por representantes dos usuários; 25% pelo gestor e prestadores de serviços ao SUS; e 25% por trabalhadores da área da saúde (BRASIL, 2005).

É atribuição legal dos conselhos e conselheiros elaborar e deliberar sobre os planos de saúde, constituindo, portanto, o planejamento como estratégia fundamental de participação no controle social cidadão. Segundo Oliveira (2004), também podemos entender os conselhos de saúde no contexto do fenômeno do *accountability*, que pode ser explicado como parte constitutiva do espaço político, onde um ou vários atores sociais podem cobrar publicamente de outros, comportamentos geradores de transparência e adequação de seus atos às expectativas de interesse individual, público e/ ou coletivo.

De acordo com Romzeck e Dubnick (1987), o *accountability* na administração pública envolve os meios pelos quais as agências públicas e seus servidores atendem às diversas expectativas geradas dentro e fora da organização. Assim, podemos entender a expressão *accountability* como um processo que invoca responsabilidades objetivas e subjetivas das instituições e dos responsáveis pelo seu funcionamento, através da organização da sociedade e da constituição de espaços públicos democráticos.

Em função do seu papel, os conselhos de saúde estariam à altura, de induzir responsabilidades governamentais, aproximando as decisões públicas das expectativas dos cidadãos (OLIVEIRA, 2004). Para tanto, a sua ação política deve ser ampliada e qualificada com mais visibilidade e vocalização, envolvendo, de forma mais estratégica, as questões da informação e comunicação, bem como os processos de educação permanente para a cidadania.

Os espaços institucionalizados de participação social no SUS constituem-se em importantes canais para fomentar a efetiva participação da sociedade civil na construção de formas inovadoras de gestão pública, incorporando forças vivas de uma comunidade à gestão de seus problemas e suas necessidades (GERSHMAN, 2004; GOHN, 2004).

A organização da representação popular em conselhos é um avanço face ao autoritarismo do passado, no entanto, torna-se necessário estender o poder da representação popular à construção e gestão da política de saúde. O controle social pela população é fundamental para a reorientação do modelo de atenção com enfoque nas necessidades de saúde das pessoas. Portanto, é importante compreender e analisar o espaço do controle social, ainda que institucionalizado, como espaço político que põe em cena interesses, imaginários, representações e práticas. É uma situação de partida para a participação cidadã e o controle público e não de chegada. É o exercício de criação de uma nova cultura política de representação democrática.

Todavia, diante da cultura autoritária e centralizadora de nossas instituições, são constatadas dificuldades na viabilização de uma efetiva e democrática participação nessas instâncias decisórias do sistema de saúde. Precisam ser verificadas questões como a representatividade, legitimidade, autonomia, organicidade, permeabilidade, visibilidade e articulação, que

compõem os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde (Lei 8.142). Para Vianna *et al.* (2005):

A participação “social” é, indubitavelmente, uma prática de cidadania. Para o cientista social, porém, não basta brandir bandeiras. Cabe conhecer a natureza e os limites dessa prática.

Os Conselhos de Saúde apresentam diversas dificuldades, atribuídas, em boa medida, à falta de tradição de participação e de cultura cívica no país. Cabe lembrar que o movimento popular em saúde e os movimentos sociais em geral perderam visibilidade na sociedade e na política brasileira (GERSHMAN, 2004). Estratégias de superação das dificuldades têm levado a estudos e diagnósticos de experiências locais, regionais e nacionais (MACEDO, 2005), bem como à formulação de propostas que indicam ações de ampliação e qualificação dos espaços de controle social e participação popular. A educação para a participação dos conselheiros tem sido uma das ações sugeridas e priorizadas na política de gestão participativa no SUS (BRASIL, 2007).

São formas democráticas a nível local cujo potencial é enorme, mas não devemos deixar de reconhecer os seus limites. O limite mais evidente das democracias locais de alta intensidade é precisamente o fato de terem um âmbito local e, portanto, não poderem, por si mesmas, contribuir para confrontar o caráter antidemocrático do poder político, social e cultural exercido em nível nacional ou nível global.

Estes limites não são inelutáveis e devem ser enfrentados. Não se trata de aceitar acriticamente qualquer destas formas de democracia, mas antes de tornar possível a sua inclusão nos debates sobre o aprofundamento e a radicalização da democracia. Assim, “a luta pela democracia deve ser uma luta pela demodiversidade e que há graus diferentes de democraticidade. Em verdade, não há democracia, há democratização” (SANTOS, 2008).

Assumimos, portanto, nesta experiência da saúde coletiva no Brasil, a centralidade da questão democrática com participação popular como pressupostos de outra qualidade na relação entre estado e sociedade, onde alcançaremos os sentidos do formal ao teórico, do tecnoburocrático ao político e do representativo ao

participativo. Esta qualidade estará presente na discussão do controle social e popular nos conselhos de saúde como um poder participativo e cidadão, que venha a ganhar um sentido crítico, transformador das formas atuais de poder representativo e do marco regulatório democrático elitista, considerando as necessidades e demandas dos povos explorados e oprimidos pela modernidade capitalista.

CONCLUSÃO

Em meio à luta social, as condições sociais e políticas que deram origem à noção de saúde como direito coletivo e universal, aos princípios do projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e à criação do Sistema Único de Saúde foi fruto de mobilizações e articulações que envolveram amplos setores da sociedade brasileira nos anos 1970 e 80, de modo pluralista e suprapartidário e associado à luta de resistência contra a ditadura militar e à mobilização das universidades e organizações de usuários, gestores e trabalhadores da saúde.

Nos últimos trinta anos, estas lutas e conquistas, mantiveram um esforço coletivo, democrático e participativo importante para a sociedade brasileira e suas diversas formas de organização e que, na conjuntura contemporânea, encontram-se profundamente ameaçadas no Brasil e na América Latina. Estão em andamento projetos que comprometem a garantia do direito à saúde prevista na constituição cidadã de 1988, pois há previsão de emendas na constituição que propõem a redução drástica do papel do estado, redução drástica no financiamento, a privatização e o desmonte do sistema universal de serviços de saúde.

Neste contexto, surge a necessidade de ampliar os nossos olhares, as nossas articulações e aprofundar as dimensões que colocam o debate político global como central, para repensar o direito ao desenvolvimento, o papel do estado, da cidadania e outras formas de emancipação e libertação. Este processo deve ser acompanhado de um esforço teórico e político coletivo para articular a participação popular efetiva, e construir alternativas de conhecimento e saberes que democratizem a saúde como um direito humano fundamental capaz de garantir formas de poder popular e participativo sob a forma de controle social cidadão em saúde.

Manter as conquistas oriundas desta frente de luta é um desafio permanente para os movimentos protagonistas históricos e contemporâneos, que

defendem a democracia e a participação popular em Saúde. São outras condições, necessidades e atores que podem recompor o movimento da reforma sanitária no Brasil, como uma nova frente de resistência e manutenção destas conquistas sociais no campo da saúde coletiva. Uma conjuntura em disputa de projetos e posições, na qual a defesa das democracias de alta intensidade assume um caráter estratégico e aglutinador para os que vêm lutando por outro mundo possível.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. Participação social na saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. (Orgs). **Construção social da demanda, direitos à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ; Abrasco, 2005. p. 293-303.

ARENDT, H. **Entre o passado e o futuro**. Coleção debates. São Paulo: Perspectiva, 2006.

AROUCA, A. S. O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. **Tese de Doutorado apresentada na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**. 1975.

BRASIL. Assembléia Nacional Constituinte. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988**, 1988.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, v. 78, n. 249, p. 25694, 31 dez. 1990b. Seção 1.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005. **ParticipaSUS, Política Nacional de Gestão Participativa no SUS**. Secretaria de Gestão Participativa/MS. Brasília, 2005.

BRASIL. Resolução n.º 353. Diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Imprensa Nacional, dez.2003, n.236, seção 1, p. 57.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil**. 2007. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao//area.cfm?id_area=1103. Acesso em: 02 nov. 2007.

BREILH, J. **Epidemiologia Social**. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1986.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Editora Pensamento-Cultrix Ltda, 1982.

CORREIA, M. V. C. **Que Controle Social: os Conselhos de Saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DIAZ, E. Marxismo e Salud em América Latina. *In*: Pereira, Márcio Florentino; Silva, Maria Delzuita Fontoura (Orgs.). **Recortes do Pensamento Marxista em Saúde: seminário 2006**. Brasília, 2006.

DYTZ, J. L. G.; SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G.; PEREIRA, M. F. Perfil da Organização e Funcionamento dos Conselhos de Saúde da RIDE-DF. **O Controle Social em Saúde na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno RIDE-DF: uma experiência de construção de participação democrática**. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2008.

DUSSEL, E. **Filosofia da Libertação**. Crítica à ideologia da exclusão. Paulus. 3ª edição, 2005.

DUSSEL, E. **20 teses de política**. Coleção pensamento social latino-americano. CLACSO livros. 2007.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 20, n. 6, p.1670-1681, nov./dec. 2004, ISSN 0102-311X.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: v. 13, n. 2, p. 20-31, 2004a.

GOHN, M. G. Os Conselhos municipais e a gestão urbana. *In*: SANTOS JUNIOR, O. A.; RIBEIRO, L. C. de Q.; AZEVEDO, S. (Orgs.). **Governança democrática e poder local: a experiência dos Conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, Fase, p. 57-93, 2004b.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v.

11, n. 3, p. 797-805, 2006.

GUIZARDI, L. B. *et al.* Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. Physis. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004.

HALLIDAY, T. L. Retórica e política: a questão da responsabilidade. *In*: MATOS, H.(Org.). *Mídia, eleições e democracia*. São Paulo: Scritta, 1994.

MACEDO, L. C. **Participação e Controle Social na área da saúde**: uma revisão bibliográfica. 2005. 118p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto, 2005.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

NUNES, J. A. A pesquisa em saúde nas ciências sociais e humanas: tendências contemporâneas, **Oficinas do CES** 253. 2006.

NUNES, J. A. **A Retomada Político Emanicipatória em Tempos de Globalização: A Saúde como laboratório?** TEMPUS Actas de Saúde Coletiva: SUS 20 anos. Ano II N. 01. 2008.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo: v. 13, n. 2, p.56-69, maio/ago. 2004.

PAIM, J. S. Contribuições do Marxismo para a Reforma Sanitária Brasileira. *In*: Pereira, Márcio Florentino; Silva, Maria Delzuita Fontoura (Orgs). **Recortes do Pensamento Marxista em Saúde**: seminário 2006. Brasília, 2006a.

PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador:EDUFBA, 2006b, 154 p.

PEREIRA, P. A. A. Política Social no Contexto da Política Pública, da Cidadania e da relação entre Estado e Sociedade. **Curso de Especialização à Distância: Política Social e Desenvolvimento Urbano**. Brasília, 2006.

ROMZEK, B.; DUBNICK, M. Accountability in the Public Sector: lessons from the Challenger Tragedy. **Public Administration Review**. v. 47, n. 3, p.227-238, 1987.

RODRIGUES, N. S. A Prática do Controle Social através dos Conselhos de Saúde. *Rev. Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 22, p.71-91, dez. 2000.

SANTOS JUNIOR, O. A.; AZEVEDO, S.; RIBEIRO, L. C. de Q. Democracia e gestão local: a experiência dos Conselhos. *In*: SANTOS JUNIOR, O. A.; RIBEIRO, L. C. de Q.; AZEVEDO, S. (orgs.). **Governança democrática e poder local**: a experiência dos Conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, Fase, p.11-56, 2004.

SANTOS, B. S. **A crítica da razão indolente, contra o desperdício da experiência**. v. 1. São Paulo: Cortez, 2000. 415p.

SANTOS, B. S. Democratizar a Democracia: os caminhos da democracia participativa. *In*: SANTOS, Boaventura de Sousa (Org.). **Reinventar a Emancipação Social**. Para Novos Manifestos. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SANTOS, B. S. Para ampliar o cânone democrático. *In*: SANTOS, B. (Org.). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, B. S. **A Gramática do Tempo, para uma nova cultura política**. Porto: Edições Afrontamento, 2006.

SANTOS, B. S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 78, n. 3, p. 46, 2007.

SANTOS, B. S. A filosofia à venda, a douda ignorância e a aposta de Pascal. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 80, p. 11- 43, mar. 2008.

SILVA, S. F. da. **Municipalização da saúde e poder local**: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.

OCUPAÇÃO SOCIAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: OLHARES SOBRE ESTRATÉGIAS E AGENDAS DOS MOVIMENTOS SOCIAIS COMO DESAFIOS PARA A SUA CONSOLIDAÇÃO

Alcindo Antônio Ferla⁶
 Astrid Sarmento Cosac⁷
 Vanderleia Laodete Pulga⁸
 Gabriel Calazans Baptista⁹
 Tatiane da Rosa Vasconcelos¹⁰
 Ronald Ferreira dos Santos¹¹

INTRODUÇÃO

O tema da participação social em saúde e políticas públicas acompanha

⁶ Médico, professor e pesquisador em saúde coletiva. Professor dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), Psicologia (UFPA) e Saúde da Família (UFMS). Membro da Associação Rede Unida. Membro titular da Comissão de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT) e da Câmara Técnica de Estudos Integrados do Controle e Participação Social na Saúde (CTEICPS) do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Coordenador do projeto de pesquisa “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde”, vinculada ao CNS.

⁷ Cientista Política, Bacharela (2012), Mestra (2015) e doutoranda em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Juiz de Fora, bolsista CAPES do Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da UFJF - PPGCSO. Atuou como Secretária Executiva do Projeto que mescla extensão e pesquisa “Polo Institucional de Fortalecimento da Gestão Participativa do SUS”, onde desenvolveu atividades de capacitação bem como assessoramento organizacional do projeto. Atualmente atua como Educadora Popular e Pesquisadora especialista em Controle Social no SUS, trabalhando em projetos da Organização Pan-Americana da Saúde(OPAS), Centro de Educação e Assessoramento Populare Conselho Nacional de Saúde(CNS).

⁸ Filósofa, Especialista em Docência na Saúde (Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS) e em Preceptoría no SUS (Instituto Sírio Libanês). Mestra em Educação (ênfase Saúde e Gênero/Universidade de Passo Fundo - UPF). Doutora em Educação (ênfase em Saúde/UFRGS). Professora em Saúde Coletiva no Curso de Medicina e Coordenadora da COREMU e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS/PF). Integrante da Associação Rede Unida e do Grupo Temático de Educação Popular e Saúde da ABRASCO. Conselheira de Saúde do Conselho Municipal de Saúde de Passo Fundo (CMS/PF). Educadora Popular junto ao Movimento de Mulheres Camponesas (MMC).

⁹ Psicólogo, Mestre em Saúde Coletiva (UFRGS), Doutorando em Psicologia social (UFPA). Pesquisador no projeto de pesquisa “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde”, vinculada ao CNS.

¹⁰ Psicóloga, Especialista em Saúde Mental Coletiva (Universidade de Caxias do Sul – UCS), Mestranda em Saúde Coletiva (UFRGS). Pesquisadora no projeto de pesquisa “Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde”, vinculada ao CNS.

¹¹ Farmacêutico (1993) e Mestre pela Universidade federal de Santa Catarina. Iniciou sua militância no movimento estudantil de farmácia e ingressou no movimento sindical como presidente do Sindicato dos Farmacêuticos de Santa Catarina. Atuou como diretor de Biomédicas da União Nacional dos Estudantes (UNE), Conselheiro de Saúde representando o segmento dos trabalhadores na Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR). Atuou como Farmacêutico no Laboratório de Físico-Química de Medicamentos dos LACEM -SC. Atuou como assessor técnico do Conselho Regional de Farmácia de SC (2003-2019), Presidente do Conselho Nacional de Saúde (2015-2018). Atualmente é Farmacêutico do Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina Presidente da Federação Nacional dos Farmacêuticos.

estudos e pesquisas e, também, as disputas enunciativas sobre o papel da sociedade civil e sua relação com o estado e os governos no cotidiano. Nesse capítulo, que foi estruturado como ensaio empírico, foram desenvolvidas ideias que surgiram a partir da análise de documentos oficiais e de produções de movimentos sociais da cidade e do campo reconhecidamente mobilizados pela saúde e pela defesa do Sistema Único de Saúde (SUS). O trabalho de pesquisa, como escuta qualificada ao contexto em que se dá a participação, buscou construir outros olhares sobre o tema da participação, que não estão centrados na organização e no funcionamento da rede de conselhos e de conferências de saúde. Embora essa seja uma abordagem relevante (MACHADO *et al.*, 2020), aqui interessa verificar como os movimentos constroem as suas estratégias de mobilização da participação social e como elas se inserem no cotidiano das organizações e do SUS.

Inicialmente, é oportuno destacar que a participação social na saúde e nas políticas públicas é tema constitutivo da institucionalidade democrática do estado brasileiro e está registrada já no primeiro artigo da Constituição Brasileira:

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: I - a soberania; II - a cidadania; III - a dignidade da pessoa humana; IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V - o pluralismo político.

Parágrafo único. *Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição* (BRASIL, 1988).

O estado brasileiro deveria representar a pluralidade da sua população, como destaca a Constituição. Trata-se, portanto, de tema relevante e constitutivo da institucionalidade democrática no país. Mas esse tema também mobiliza a produção científica em diversas áreas do conhecimento. As pesquisas sobre essa temática, segundo Machado (2020), tendem a concentrar-se: a) no funcionamento e na efetividade dos arranjos participativos na saúde; b) no fortalecimento da democracia e na qualificação das políticas públicas, destacando a importância dos Conselhos e Conferências; c) em fragilidades na participação e na influência

deliberativa; d) nas características do envolvimento e da mobilização da comunidade; e) nas trocas de informações para o aprimoramento da gestão pública; f) na efetividade da fiscalização das contas públicas e do aparato institucional; g) na autonomia, organização e desempenho dos sistemas e serviços; h) na articulação entre conselhos; i) nos efeitos reais na elaboração de políticas e na lógica da burocracia estatal e da tecnociência e; j) nas transformações da clínica e do cuidado (MACHADO *et al.*, 2020).

Ao lado das questões apontadas nos estudos acadêmicos explícitos acima, o investimento em mecanismos participativos e de consulta popular foi, nas últimas três décadas, parte de uma estratégia do Estado Brasileiro para aprimorar a gestão e ampliar a democratização do Estado. Entre as iniciativas do SUS, foi criada pelo Ministério da Saúde, em junho de 2003, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa para fomentar a participação e ampliar os espaços de relação com a sociedade. Em dezembro de 2003, a 12ª Conferência Nacional de Saúde apontou a necessidade de se investir nos Conselhos Locais de Saúde (CLS) como forma de ampliar a participação, o controle social e a descentralização do SUS. Em 2015, o CNS inovou a sua estratégia para a realização das Conferências de Saúde, criando as Conferências Livres, uma forma de colocar o tema da saúde em debate pelo conjunto da sociedade “na boca e gesto de todos”, independentemente da condição de conselheiro de saúde ou de delegado(a) nas conferências. Da mesma forma, algumas políticas específicas na saúde se somaram às iniciativas de ampliar e renovar as relações com os usuários(as) e os movimentos sociais. As Políticas Nacionais de Saúde Mental, conforme a IV Conferência Nacional de Saúde Mental/Intersectorial (2010) e de Atenção Básica (PNAB) (2010), incorporaram a participação dos usuários como um dos princípios fundamentais para a sua estruturação. Credita-se à existência de fóruns participativos na saúde mental e na atenção básica, com a presença de usuários, a possibilidade de qualificação dos serviços e a permeabilidade destes às demandas e necessidades sociais em saúde.

Para além da saúde, esses movimentos são verificados no contexto da seguridade social que está diretamente relacionada com a Reforma Sanitária. As conexões entre as áreas da Seguridade Social e, particularmente, as produções políticas e conceituais do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil reconstruíram a concepção de saúde, ratificada na Declaração Universal de Direitos Humanos

e esboçada no plano de *Seguridade Social de Beveridge* (1940). Esse conceito ampliado de saúde, entendida como direito humano, foi aprovado pela VIII Conferência Nacional de Saúde com a participação popular e ganhou força de Lei na Constituição de 1988. Porém, o enunciado constitucional da “saúde como direito de todos e dever do Estado” não evita que, no dia a dia e na prática de fazer saúde, aconteça o tensionamento de dois conceitos distintos: um centrado na abordagem individual e que, em muitos casos, transforma a saúde em mercadoria; e outro, que propõe uma abordagem coletiva, e concebe a saúde como direito humano (CEAP, 2017).

Essas temáticas também constituem atualidade à análise da participação social, pois o Brasil vive uma crise político-institucional relevante, visível em diferentes setores, e que é agravada significativamente pela crise socio sanitária no enfrentamento da pandemia de COVID-19 (FERLA *et al.*, 2020). Assim, o estudo das formulações dos movimentos sociais sobre a temática da participação e sobre os desafios para a consolidação do SUS, que compõem um dos eixos do projeto *Formação para o Controle Social no SUS II*, pode contribuir com a atualização da agenda desses movimentos ao compreender como são formulados e propostos esses desafios desde o cotidiano dos movimentos para, assim, subsidiar novos processos de educação permanente para o controle social.

A pesquisa utilizou-se de dados empíricos obtidos na realização das oficinas do Projeto *Formação para o Controle Social no SUS* e outras fontes documentais coletadas por conveniência junto a entidades e movimentos sociais da cidade e do campo. Os documentos foram processados por análise temática de conteúdo, construindo eixos e categorias empíricas que buscaram dialogar com a pergunta inicial de “como os movimentos sociais envolvidos com as temáticas da saúde têm formulado iniciativas e enunciados sobre os desafios da consolidação do SUS no contexto atual?”.

Neste capítulo, desenvolveremos as principais ideias produzidas no Eixo 2. O formato é de um ensaio empírico, elaborado a partir da análise documental de fontes selecionadas intencionalmente com categorização temática. A iniciativa compõe o projeto de pesquisa *Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde* e foi aprovada pela CONEP por meio do CAAE 14851419.0.0000.0008.

A PERSPECTIVA MULTIFACETADA DOS MOVIMENTOS SOCIAIS EM DEFESA DA VIDA E DA SAÚDE E SUAS PRÁTICAS

A análise dos dados empíricos citados na introdução em diferentes momentos permitiu construir eixos e categorias de análise, que traduzem as informações produzidas a partir dos documentos consultados e embasam a compreensão da forma como estão enunciados os desafios atuais, além das maneiras como são implementadas as iniciativas para a consolidação do SUS no contexto atual. Neste ensaio, serão desenvolvidos três eixos: Produção de uma memória coletiva sobre a reforma sanitária e o SUS; Defesa de fontes estáveis e suficientes para o financiamento da saúde e da seguridade social; Defesa dos princípios e diretrizes do SUS como conquista e como necessidade social contemporânea; e Encontros entre a educação e o trabalho na saúde como desafio para consolidar o SUS e a democracia.

PRODUÇÃO DE UMA MEMÓRIA COLETIVA SOBRE A REFORMA SANITÁRIA E O SUS

Os dados empíricos da pesquisa registraram a preocupação de setores do movimento social e de algumas iniciativas institucionais em constituir uma **memória coletiva** do processo histórico de reformas do setor saúde no Brasil, com capacidade de registrar e atualizar as mudanças produzidas nos últimos 40 anos como conquistas da sociedade. Essa categoria empírica da pesquisa dialoga com uma dupla compreensão da história da Reforma Sanitária Brasileira: como mudança paradigmática da organização e orientação do sistema de saúde brasileiro e como resultado de luta dos movimentos sociais, sobretudo nas periferias urbanas e no campo, de alguns setores do movimento sindical e de intelectuais e pesquisadores da saúde coletiva. A atualização permanente da memória coletiva pretende, nessa perspectiva, fortalecer a resistência às tentativas de retrocesso e a mobilização por novas conquistas, que vão compondo a agenda política atual do movimento em defesa da saúde.

Nesse eixo de análise, estão sistematizados dados empíricos sobre a construção do sentido da memória, utilizando como categorias empíricas: a

mudança institucional e organizacional do Sistema Nacional de Saúde (SNS) para o Sistema Único de Saúde (SUS); a construção conceitual e política da expressão “controle social”; a construção de sentidos e desdobramentos pragmáticos na disputa política entre “acesso universal” e “cobertura universal” como tradução do princípio constitucional da universalidade; e, por fim, os efeitos da compreensão contextualizada na história da reforma do sistema de saúde da diretriz da “integralidade da atenção à saúde”.

De fato, o Sistema Único de Saúde é resultado de um processo de transformações sociais relevante e agudo, que tem forte visibilidade a partir dos anos 1970 e 80, em período que coincide com as crises brasileiras que culminaram com a redemocratização do país. No arcabouço legal do atual sistema de saúde brasileiro, pouco há de continuidade com o que o antecedeu.

A fragmentação institucional que estava prevista no Sistema Nacional de Saúde (SNS), que é o formato do sistema de saúde brasileiro anterior ao SUS, inclui os diferentes órgãos da União, a subordinação hierárquica de estados e municípios, e a saúde colocada como bem de consumo, sem reconhecimento como direito das pessoas e dever do estado, e, assim, considerada como benefício associado à contribuição de cada pessoa ou grupo. A Lei Federal nº 6.229, de 17/07/1975, no seu Artigo 1º, assim o define:

O complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde, constitui o Sistema Nacional de Saúde, organizado e disciplinado nos termos desta lei, abrangendo as atividades que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1975, Art. 1º).

A definição legal claramente atribui à expressão “sistema” o sentido de um *complexo* de serviços setoriais, sendo, portanto, que o sentido do termo é de um conjunto de serviços com especificidade setorial e não de uma rede articulada. Essa ideia de “setor saúde” como sinônimo de “sistema de saúde” fica ainda mais explícita quando são descritas as competências e “campos de ação” do que é denominado Sistema Nacional de Saúde. Em sete incisos, ainda no Artigo 1º, a lei descreve as competências de cada órgão, separando a natureza de ações e as clientela de cada “campo”, conforme está demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1. Síntese das competências dos órgãos federais, estados e municípios no Sistema Nacional de Saúde.

Competências dos órgãos federais, estados e municípios no Sistema Nacional de Saúde
Ministério da Saúde: formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações voltadas para as medidas e atendimentos de interesse coletivo (Saúde Pública);
Ministério da Previdência e Assistência Social: atendimento médico-assistencial individualizado (Medicina Previdenciária);
Ministério da Educação e Cultura: formação e habilitação dos profissionais de nível universitário, do pessoal técnico e auxiliar necessário ao setor saúde;
Ministério do Interior: saneamento, radicação de populações, desenvolvimento regional integrado e calamidade pública;
Ministério do Trabalho: higiene e segurança do trabalho, prevenção de acidentes, doenças profissionais e do trabalho, proteção, disciplina corporativa e política salarial das profissões de saúde;
Demais Ministérios: outras ações específicas relacionadas à saúde submetidas coordenação pelo órgão disciplinador do sistema;
Estados, Distrito Federal, Territórios e Municípios: organizar seus serviços, atividades e programas de saúde segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde;
Estados, Distrito Federal e Territórios: planejamento integrado e articulado com o plano federal; integração de atividades; colaboração com os órgãos federais; manutenção de unidades do subsistema estadual; apoio aos municípios.
Municípios: Manutenção de serviços de saúde, especialmente os de pronto socorro; manutenção da vigilância epidemiológica; articulação com planos de saúde dos estados e da União; integração dos serviços no Sistema Nacional de Saúde.

Fonte: produção própria a partir da Lei Federal nº 6.229 (BRASIL, 1975).

O SNS foi definido na lei em brevíssimos oito artigos, sendo que as ações dos diferentes órgãos seriam integradas pela Política Nacional de Saúde, formulada pelo Ministério da Saúde, mas aprovada pelo Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), vinculado à Presidência da República, assim como os demais programas dos diferentes órgãos. Segundo a lei, a subordinação ao CDS tinha como objetivo “preservar as diretrizes de coordenação geral compatível, definidas nos Planos Nacionais de Desenvolvimento” (BRASIL, 1975, Art. 2º). A Lei Federal nº 6.118, de 09/10/1974, reitera essa conexão de políticas setoriais como meros instrumentos

de desenvolvimento, quando afirma que a incumbência do Conselho é “assessorar o Presidente da República na formulação da política social e na coordenação das atividades dos Ministérios interessados, segundo a orientação geral definida no Plano de Desenvolvimento Nacional” (Art. 2º). Essa articulação está ainda mais explícita no texto do Parágrafo Único do Artigo, que define que:

(...)O Conselho de Desenvolvimento Social apreciará a política nacional de saúde, formulada pelo Ministério da Saúde, bem como os planos setoriais dos Ministérios da Previdência e Assistência Social e da Educação e Cultura, referentes à assistência médica e formação profissional médica e para-médica e fixará diretrizes para sua execução (BRASIL, 1974, Art. 2º, § Único).

Destaca-se aqui o fato de que, além de não haver qualquer registro da saúde como direito das pessoas, ela é tratada na Lei do SNS como estratégia de desenvolvimento nacional, colocando explicitamente a Presidência da República como detentora da definição de níveis de acesso e de populações prioritárias.

O Sistema Nacional de Saúde teve, ao longo de sua vigência legal, algumas estratégias de implementação, como o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e as Ações Integradas de Saúde (AIS), mas não é o objetivo aqui desenvolver uma larga análise das diferentes etapas de amadurecimento do sistema de saúde brasileiro. Apenas foi interessante registrar uma significativa mudança paradigmática, que permite retomar a construção da categoria empírica que dá nome ao subtítulo do texto. A análise das orientações e termos utilizados na Lei do Sistema Nacional de Saúde é ilustrativa da relevância e atualidade das iniciativas e preocupações dos movimentos sociais que compuseram a base empírica da pesquisa de recuperar o registro e a compreensão histórica do processo de reformas no setor saúde das últimas décadas.

Identifica-se textualmente essa preocupação no documento utilizado pelo CEAP(2017) para subsidiar a formação de conselheiros de saúde em diferentes localidades do país:

Fazer a memória da construção e conquista do SUS é importante e necessária, pois mostra como ele se edificou por meio de um processo

de construção a partir das bases populares, resultado da organização e da luta política social. (...) Nesse sentido, a estruturação conceitual do SUS foi elaborada a partir dos anseios da comunidade, em conjunto com a sociedade, tomando por base experiências exitosas de outros países, e não em quatro paredes, a partir de análises e conclusões de alguns técnicos (...)

Sendo um sistema que se organiza em todo o território nacional, sob a mesma filosofia, de quem é a responsabilidade pela sua implantação? É das três esferas de governo: União, estados e municípios. Para tratar dos diferentes princípios do SUS, vamos dividi-los: primeiro, os princípios que estão na base da sua construção. Em seguida, os princípios ou diretrizes que devem orientar sua organização em todo o país (CEAP, 2017, p. 64-67).

Importante destacar não apenas a conexão epistêmica entre a reorganização do sistema de saúde brasileiro e a adequada compreensão de suas definições, particularmente do que a Constituição Federal de 1988 e a Lei Federal nº 8080/90 denominam de princípios e diretrizes e que, por sua vez, a literatura denominará de princípios doutrinários e organizativos. Mas, antes, a compreensão de que não se tratou de qualquer concessão governamental ou de grupos de influência, senão do resultado de um movimento social intenso, de disputas de compreensão, de formulação de agendas com temas que não constavam na pauta das políticas públicas. O contexto em que se deu esse movimento é considerado imprescindível para compreender os princípios e para analisar o contexto da implementação do SUS, segundo os registros empíricos da pesquisa.

A compreensão contextualizada permite produzir avanços, sem perder a perspectiva da dimensão histórica e social das políticas e das condições em que vivem as pessoas e coletividades em cada território. Ou seja, parte do desafio que está indicado na capacidade dos movimentos sociais, das instituições e do próprio sistema de saúde de produzir, registrar e compartilhar a memória do processo de mudanças no sistema de saúde é de atualizar, no sentido de absorver novos sentidos para lutas e para a busca de expansão de direitos.

Um bom exemplo desse movimento de atualização dos sentidos dos conceitos e avanços na capacidade das sociedades de compreender os fatores

que estão associados à saúde e ao bem-estar é a evolução do próprio conceito de “controle social” (FERLA, 2004). Na origem do estado moderno, como se viu anteriormente pela análise do filósofo francês Michel Foucault, o termo controle social significava as formas desenvolvidas pela “ciência de estado” de controlar e normatizar a vida das pessoas e coletividades. Controle social foi a expressão utilizada para designar as tecnologias do aparato estatal para controle da vida e normatização dos corpos, que foram implementadas desde a origem das políticas de saúde como atribuição do estado moderno, como no controle das epidemias, na abordagem da loucura, na exclusão de pessoas com doenças contagiosas, entre outros muitos exemplos. Essas tecnologias de estado foram construídas no interior da maquinaria do aparato estatal, associando seletivamente conhecimentos emergentes na área da medicina, da química, da urbanização. As concepções higienistas de desenvolvimento das cidades, com exclusão dos pobres e abertura de grandes avenidas e padrões elitizados de urbanização são originadas nesse período, mas têm grande atualidade.

O sanitarista Sérgio Arouca (2003), na sua tese de doutorado defendida em 1975, demonstra um dilema nas políticas de prevenção de doenças, muito marcadas pela concepção biomédica das doenças e das concepções de normalidade da vida. A professora Madel Luz (2014), na sua tese de doutorado defendida em 1978, já havia identificado o predomínio de sentidos de saúde e doença atribuídos pela medicina moderna no conteúdo das políticas públicas de saúde brasileiras desde o início da República. Em oposição ao discurso da ciência contemporânea como base de articulação das políticas, no tempo recente, mas com a mesma lógica de controle da população para que responda aos projetos políticos que sustentam o governo federal, atualmente vemos o estímulo ao consumo de medicamentos sem qualquer eficácia clínica, a ausência de mecanismos articulados de proteção da vida embasados na compreensão de que as pessoas valem pela sua capacidade de *fazer andar* a máquina de produção da indústria e do comércio, movimentando a economia. Essa compreensão é desprovida de qualquer fundamento prático, que mesmo os economistas liberais e os governos mais conservadores têm a compreensão evidente de que a economia não se movimenta sem a capacidade de consumo das pessoas. E que, portanto, a saúde vale mais do que a capacidade de consumo e de trabalho de cada um.

Entretanto, o relevante é perceber que os sentidos da expressão “controle social” podem significar as iniciativas e tecnologias de controle do estado, principalmente considerado aqui um conjunto de instituições ocupadas pelos governos, para o controle sobre a vida das pessoas. E que, desde a origem, essa articulação está muito associada às políticas públicas e de saúde. Ou pode significar exatamente o inverso, que é o sentido que atribuí à expressão “controle social” o processo de reforma sanitária e a legislação do SUS, em particular a Lei Federal nº 8.142 (BRASIL, 1990b). Nessas referências, a expressão “controle social”, que expressa a diretriz constitucional de participação social, significa o conjunto de estruturas (Conselhos e Conferências de Saúde) criados nas diferentes esferas do sistema de saúde brasileiro, em que interagem a população em geral, trabalhadores do sistema de saúde, prestadores públicos e privados de serviços e representantes governamentais com o objetivo de controlar a ação governamental e planejar e avaliar as políticas de saúde. Há também um paradigma diverso em relação à permeabilidade das políticas de saúde às influências que definem seus rumos: na lei do Sistema Nacional de Saúde, o Conselho de Desenvolvimento Social, orientado pelas diretrizes de desenvolvimento econômico, é que constituía a instância máxima de deliberação sobre as políticas de saúde; no Sistema Único de Saúde, são as conferências e conselhos de saúde, com composição representativa da diversidade de atores que fazem a saúde no cotidiano, que têm poder reconhecido para orientá-las.

A participação da população na definição e avaliação de políticas e prioridades para a saúde não é um valor equivalente para os diferentes governos e setores da sociedade. Por ocasião da aprovação da Lei Federal nº 8.080/90a, o então presidente Fernando Collor de Mello vetou os artigos aprovados no projeto original sobre essa temática e, em resposta à reação da sociedade, novo projeto de lei tramitou com muita celeridade no Congresso Nacional e, alguns meses depois do primeiro veto, foi promulgada a segunda lei Federal, a 8241/90b, sob intensa pressão social. Mais recentemente, o presidente Jair Bolsonaro, por meio do Decreto Federal nº 9.759, de 11/04/2019 (BRASIL, 2019), reduziu substantivamente a abrangência e os colegiados de participação social nas políticas públicas. A partir do decreto, inúmeros órgãos de participação da sociedade civil foram extintos, muito reduzidos ou restritos à participação de representações

governamentais, das quais o próprio governo detém a titularidade e o poder de indicação. Além disso, tomando o exemplo das universidades federais, passaram a ser nomeados para a reitoria dessas instituições, titulares não escolhidos pelas suas comunidades acadêmicas, escolhidos a partir de um perfil explicitamente ideológico, em oposição à determinação constitucional de democratização e autonomia administrativa e intelectual dessas instituições.

Como se pode verificar nos exemplos citados, não está envolvida apenas uma questão de escolha e uso de conceitos, como se o problema fosse teórico apenas. Em todos esses casos, os sentidos das expressões colocadas em disputa têm, ao mesmo tempo, uma base constitucional e uma base epistemológica/conceitual. Estão em jogo, portanto, a institucionalidade democrática construída no ciclo de redemocratização brasileira e registrada na Constituição, e a concepção de democracia e função do aparato estatal, que não coincide com os governos. A conhecida expressão “todo poder emana do povo...” pronunciada teatralmente pelo Deputado Constituinte Ulisses Guimarães ao promulgar a Constituição Brasileira. Ou seja, os governos, no exercício das suas funções no comando das estruturas do Estado Brasileiro, não têm poderes contra a população ou parte dela. A promoção da cidadania e o exercício da participação são parte da institucionalidade do Estado. E assim o são para evitar que a maquinaria do estado se oponha à vida e aos direitos das pessoas e coletividades.

A constatação de que o registro na Constituição Brasileira não foi suficiente para que essa fosse a orientação assegurada para a condução da estrutura do estado brasileiro, nem no âmbito federal e tampouco em todos os estados e municípios, dá relevância e atualidade à preocupação identificada nos documentos analisados na pesquisa e sistematizados neste artigo. E pode ser resumida na ideia de que cidadania não é apenas o gozo de direitos, mas nas boas lutas de participação como exercício direto do poder atribuído pela Constituição às pessoas na condução do Estado Democrático de Direito.

A ênfase da memória do processo histórico do SUS tem aspectos singulares em alguns movimentos que compõem o campo empírico da pesquisa, cujas ideias serão sistematizadas a seguir.

Entre os relatos de experiências sistematizadas estão as Mulheres Trabalhadoras Rurais, a luta pela Reforma Agrária via o Movimento Sem Terra

(MST), os movimentos e práticas de educação popular, a promoção da saúde e a experiência de realização da 16 CNS.

AS TRABALHADORAS RURAIS E A AGENDA AMPLIADA DE DIREITOS

Nesse eixo de análise, o caso do Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais ilustra características relevantes do processo de lutas e ampliação de direitos. Então reconhecidas como “mulheres da roça”, as mulheres trabalhadoras rurais, em sua maioria, não tinham documentos pessoais e nem profissionais, muito menos direitos trabalhistas, previdenciários. Elas se organizaram em Movimentos de Mulheres Trabalhadoras Rurais no ano de 1984, e as suas lutas centrais foram pela inclusão na Constituição Federal do reconhecimento da mulher agricultora/camponesa como trabalhadora rural. Com isso, a garantia dos direitos previdenciários como aposentadoria para homens e mulheres da roça de um salário mínimo (já que o homem agricultor recebia meio salário de aposentadoria e a mulher só tinha direito a esse valor se ficasse viúva), auxílio doença e auxílio acidente de trabalho. Seus corpos eram reconhecidos socialmente para a reprodução e o trabalho em casa e na agricultura. Os sofrimentos e adoecimentos eram muito relacionados à condição de vida.

Nesse contexto, também estavam juntas na luta pela construção de um sistema público universal de garantia da saúde como direito junto aos atores sociais da Reforma Sanitária no Processo Constituinte de 1988 (PULGA, 2014, p. 105). A agenda do Movimento incluía, de forma articulada, a extensão do reconhecimento dos direitos humanos como condição de cidadania às mulheres e populações rurais. Aqui há um platô relevante na formação de agendas desse movimento: o caráter intersetorial, abrangente e pragmático das iniciativas. A relevância da luta por saúde se expressa conjuntamente na expressão da conquista de direitos de ter direito e de, sendo reconhecidos legalmente, terem tradução pragmática no cotidiano das instituições.

Conquistado o reconhecimento constitucional dos direitos relativos à seguridade social, no início dos anos de 1990, as mulheres trabalhadoras rurais começaram a busca pelo acesso a esse direito. A ausência de documentos pessoais e profissionais, resultado de uma cultura patriarcal onde em que as mulheres eram

colocadas como “sombra dos maridos” onde bastava ter a certidão de casamento, impedia o acesso a tais conquistas. Nesse processo, desenvolvem nacionalmente através da Articulação Sul (AMTRS) e Nacional de Mulheres Trabalhadoras Rurais (ANMTR) a Campanha pela Documentação das Mulheres Agricultoras ou Camponesas como principal ferramenta para o acesso aos direitos (CARTILHA ANMTR, 1997).

As mulheres organizadas no MMTR levantaram a necessidade de ter o Salário Maternidade, ou seja, na discussão sobre o corpo e a saúde da mulher, o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos torna visível mais uma iniquidade, traduzida na não existência de licença maternidade como as trabalhadoras urbanas tinham acesso. Então, a luta pela saúde se articula aos direitos previdenciários e as mulheres trabalhadoras conquistam o salário maternidade, por meio da Lei Federal nº 8.861/94. Já no ano de 1997, no Relatório do Encontro Nacional com o lema “Mulher trabalhadora Rural amante da igualdade, é preciso ter força, garra ... sempre!” as mulheres definiram, “Desenvolver ações para garantir os direitos conquistados: Previdência, Saúde, (...)intensificar a campanha nacional de documentação da trabalhadora rural. (...) a luta pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)” (CARTILHA ANMTR, 1997, p. 26).

Aliado a esse debate, os processos formativos dão ênfase à saúde como expressa a cartilha *Mulheres Conquistando Saúde* (MMTR/RS, 1997). Ao mesmo tempo em que apresentam os temas relacionados ao conhecimento sobre o corpo da mulher e a saúde sexual e reprodutiva, há uma demarcação importante do conceito ampliado de saúde como condição de vida e a reafirmação do artigo 196 da Constituição Federal, que preconiza a saúde como direito universal, dever do Estado, resultante das condições de vida, da promoção, cuidado e recuperação que precisa ser garantido através do SUS (CARTILHA MMTR, 1997, p. 39).

Deste período em diante, as mulheres organizadas em grupos em todo o Brasil, reivindicam, junto ao Ministério da Saúde, recursos para a realização de ações de promoção da Saúde da mulher e da família rural a partir do uso de plantas medicinais, educação em saúde, divulgação dos direitos conquistados no SUS, dentre outras questões relacionadas às implicações das desigualdades sociais, de gênero, raça e classe, assim como do desenvolvimento rural, sobre a saúde das mulheres no meio rural.

Em 2000, os Movimentos de Mulheres Trabalhadoras Rurais organizados em 23 estados no Brasil, durante o I Congresso Nacional se unificam em um Movimento único chamado Movimento de Mulheres Camponesas, onde a luta por Saúde sempre perpassa suas decisões e práticas cotidianas. Destaca-se que as mulheres camponesas organizadas em movimentos autônomos sempre trazem a saúde na perspectiva da defesa dos direitos, da Seguridade Social e do SUS; a construção de um novo modelo de desenvolvimento no campo e na cidade com uma crítica ao modelo neoliberal e ao agronegócio e a sua produção de doenças com o uso abusivo de agrotóxicos e transgênicos; assim como a construção cotidiana de novas possibilidades de fazer saúde e de promover a vida, através de ações de promoção e cuidado com as práticas populares em saúde feitas pelos grupos de mulheres camponesas no Brasil e as experiências de produção agroecológicas de alimentos saudáveis, de recuperação das sementes crioulas como patrimônio da humanidade. Também sua participação em espaços de controle social como Conselhos, Conferências e Grupos de Trabalho como foi o Grupo da Terra que elaborou a Política Nacional de Saúde para População do Campo, das Florestas e das Águas, assim como, a atuação no Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.

A defesa da vida e da construção de novas relações de valorização, respeito, reciprocidade entre os seres humanos, as outras formas de vida e com a “Mãe Terra”, nossa grande casa comum, são elementos estruturantes da concepção e prática de saúde permeada pelo feminismo camponês e popular que este Movimento de Mulheres Camponesas defende e constrói no cotidiano, enfrentando e buscando rompimento e a superação das históricas relações de exploração, dominação, discriminação e violência, impostas no processo histórico tanto nos modos de produção de exploração; pelo patriarcado; racismo e todas as formas de dominação econômica, política e cultural.

Então em um período de disputas em relação a participação social em espaços instituídos do SUS, as mulheres trabalhadoras rurais ocupam na sociedade o protagonismo enquanto movimento social com recorte de raça/gênero/classe que articula a luta pela assistência, previdência e saúde.

A SAÚDE NA LUTA PELA REFORMA AGRÁRIA

A população do campo enfrenta no seu cotidiano a luta constante por condições de vida e saúde, marcada pelos impactos de uma estrutura fundiária fortemente desigual, pelos baixos índices de escolaridade, moradias inadequadas, falta de saneamento básico, baixa renda, entre outros, que se somam à incipiente participação dessa população na construção de políticas públicas (BRASIL, 2013).

A conexão dessas condições com o conceito ampliado de saúde na luta pela Reforma Agrária será abordada nesse eixo de análise. No que se refere ao conceito ampliado de saúde, destacam-se as doenças relacionadas ao trabalho com a sobrecarga e doenças ainda não reconhecidas como vinculadas ao trabalho rural, as intoxicações por agrotóxicos, a prevalência de doenças infectoparasitárias, alta mortalidade infantil e dificuldades de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Na perspectiva de enfrentar essas dificuldades, identifica-se o esforço de diversos atores na construção de experiências articuladas ao protagonismo dos movimentos sociais do campo, seja no âmbito da saúde ambiental, da valorização de práticas e conhecimentos tradicionais ou da promoção e educação em saúde. Para o MST, um movimento social de massas de caráter autônomo, sindical e político que visa “articular e organizar os trabalhadores rurais e a sociedade para conquistar a Reforma Agrária e um Projeto Popular para o Brasil” (RELATÓRIO MST, 2016), criado em 1984 e organizado em 23 estados e no Distrito Federal, a saúde caminha junto com o seu processo de enfrentamento à concentração fundiária no Brasil junto aos acampamentos por acesso à terra e nos assentamentos da Reforma Agrária espalhados pelas diversas regiões do Brasil.

Em todos os Acampamentos e Assentamentos do MST, existe o Setor Saúde que é responsável para dar conta da articulação da luta pela saúde no contexto da luta pela terra. Assim, em estudo realizado por Bianca Rückert e Antônia Vitória Soares Aranha junto ao MST na região do Vale do Rio Doce, Minas Gerais, o conceito de saúde do MST corresponde:

[...] ao acesso à terra; à segurança alimentar; às plantas medicinais e medicina natural; ao bem-estar; ao cuidado; ao diálogo; à construção de novos valores; às novas relações; ao cuidado com o meio ambiente

e com os recursos naturais; à educação e à formação; à luta contra o agronegócio; e à luta pela construção de um projeto popular. [...] ações de saúde desenvolvidas nas áreas do MST, que consistiam em: produção saudável; ações envolvendo saúde e ambiente nas escolas; trabalho de cuidado desenvolvido pelas próprias integrantes do Setor Regional de Saúde – ou Coletivo de Mulheres Cuidadoras –; ações de formação em saúde ambiental; ações de formação envolvendo a juventude e as mulheres; atendimentos de saúde promovidos por profissionais do SUS nas áreas de reforma agrária (RÜCKERT; ARANHA, 2018, P. 120).

O MST atua com as famílias, com as crianças, jovens, mulheres e articula as dimensões de gênero, raça, classe. Tem também a experiência das Farmácias Verdes que são referência no Brasil na utilização das Plantas Medicinais no cuidado em saúde e que vem sendo construída em espaços de políticas públicas como o SUS e as escolas. Nas suas lutas cotidianas, este movimento social popular traz a agroecologia como estratégia de promoção da saúde, a educação e a saúde como práticas de liberdade; a saúde como capacidade de lutar (RÜCKERT; ARANHA, 2018).

Destaca-se que a luta por territórios demarca as resistências populares no campo, nas florestas e nas águas. Tanto a luta pela Reforma Agrária, pela demarcação das terras indígenas e quilombolas como o enfrentamento aos grandes empreendimentos que podem causar crimes ambientais irreversíveis, compõem a pauta de lutas desses movimentos sociais populares e expressa a sua concepção ampliada da saúde. No Jornal dos 30 anos do MST, esta organização enfatiza que “a luta para que todos os brasileiros possam se alimentar com qualidade diariamente exige um novo tipo de Reforma Agrária. Nunca tivemos uma Reforma Agrária no Brasil, apenas uma política de assentamentos, sem enfrentar de fato as causas estruturais da concentração de terras” (BAUER, 2016).

Nesse contexto de lutas no campo, cabe salientarmos, também, que o Movimento de Atingidos por Barragens (MAB) afirma a importância do SUS na Proposta de Política Nacional de Direitos das Populações Atingidas Por Barragens:

Políticas públicas são conjuntos de programas, projetos e ações instituídos como leis pelo Estado, que procura garantir direitos de

cidadania para toda a sociedade ou para uma parcela específica. No Brasil, por exemplo, o nosso Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública que garante acesso integral, universal e gratuito para todos os cidadãos ao sistema de saúde. A política pública, instituída por marco legal, é mais que uma conquista, ela gera e reconhece direitos. Por isso, ela é universal: valerá para todos os atingidos do país! (...) A criação de um marco legal transformaria em política pública aquilo que hoje é uma conquista social, que significaria a universalização e o reconhecimento de que todos atingidos por barragens no Brasil possuam os mesmos direitos (CARTILHA MAB: Política Nacional de Direitos das Populações Atingidas Por Barragens, 2013, p. 18-19).

Este Movimento Social Popular, que tem mais de 30 anos de trajetória na resistência aos grandes empreendimentos e na defesa dos direitos dos Atingidos por Barragens, também luta por um Projeto Energético Popular de preservação ambiental e das populações atingidas, enfrenta os crimes dos impactos ambientais, sociais, de vida e de saúde acometidos por este tipo de desenvolvimento centrado na visão mercadológica da vida, como é o caso de Brumadinho e Samarco, dentre outros, além de atuar na defesa de camponeses e camponesas que perdem as suas terras pelas Barragens. Assim, saúde é luta e é a capacidade que a pessoas têm de lutar e resistir no contexto de exploração e dominação existente.

OS MOVIMENTOS E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

A marca da resistência popular no Brasil tem nas práticas de cuidado em saúde uma de suas expressões. Assim, inúmeras e intensas são as experiências locais, regionais e nacionais em que essas práticas estão inseridas e revelam iniciativas de resistência e de produção de saúde nos territórios e muitas vezes invisibilizadas e/ou não reconhecidas.

Nos Fóruns Sociais Mundiais, em Especial, no de 2000 em Porto Alegre/RS, junto ao Acampamento da Juventude, foi realizada a experiência do Espaço Saúde e Cultura Che Guevara. Este espaço autogestionado evidenciou a possibilidade da articulação dos diferentes saberes, práticas e atores sociais na implementação de práticas de produção de cuidado à vida e à saúde, individuais e coletivas,

na perspectiva da integralidade e de outro mundo possível. Essa experiência marcante deu origem ao Espaço Ekobé em Fortaleza /CE e às Tendas Paulo Freire nos Congressos e eventos da Saúde (MARANHÃO *et al.*, 2014, p. 1178).

Num país onde a conquista do direito universal à saúde é recente, há de se reconhecer que os modos de cuidar das suas comunidades carrega a herança cultural da ancestralidade indígena, dos povos originários, das comunidades quilombolas e da resistência à escravidão, de imigrantes advindos de diversos países, conforme será visto no decorrer desse eixo de análise. Constituem-se como práticas populares de cuidado em saúde multifacetadas que trazem no cuidado as raízes comunitárias da alimentação natural, do uso de plantas medicinais, com sementes, raízes e folhas; articuladas em diálogo prático com práticas integradoras de origem oriental e com as experiências de tratar a saúde nos diversos contextos de nosso diverso território brasileiro.

Essas experiências, no encontro com a luta em defesa do direito à saúde junto ao Movimento de Reforma Sanitária e na construção do SUS, ganham sentido na integralidade da atenção à saúde. Trazem as dimensões da ancestralidade, da espiritualidade com a vida, da arte e da cultura como expressões do humano que potencializam a produção de vida e saúde; da amorosidade, da autonomia das pessoas, do compromisso e implicação com a construção de um Projeto democrático e Popular de sociedade, onde as escolhas de desenvolvimento dos países sejam promotores de saúde e vida e não vistos como mercadorias; bem como a defesa do direito universal à saúde através do fortalecimento do SUS e o protagonismo popular que se expressa nas mais diversas formas de participação social, popular e ativa na definição dos rumos da sociedade e das políticas públicas.

As práticas de educação popular em saúde atuam na promoção de experiências sociais e de processos de ensino e aprendizagem direcionados à constituição da saúde como direito e ao desenvolvimento do protagonismo das pessoas na busca pelo bem viver e pelo enfrentamento crítico às determinações sociais da saúde e do viver. Seu componente fundante é a metodologia de construção compartilhada de saberes e práticas, pois tem como base a ação participativa e dialógica, intermediando a formação de sujeitos para a construção da vida com qualidade e dignidade, a partir da participação em trabalhos sociais em diferentes territórios, contextos e situações.

A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO PRODUÇÃO DE VIDA: RETROCESSOS E RESISTÊNCIAS

Outra base que permitiu constituir consensos sobre a importância de um sistema de saúde de acesso universal, ou seja, que envolvesse a garantia de acessar o sistema conforme a necessidade de cada pessoa, foi a publicação do Relatório Lalonde, em referência ao então ministro da saúde canadense, que encomendou um estudo e o tornou público em 1974. Esse eixo de análise aborda os retrocessos e resistências da promoção da saúde como produção de vida. Pela primeira vez ficou registrado num documento oficial público que o acesso a ações e serviços de saúde se constitui em um fator determinante da situação de saúde da sociedade, juntamente com as características biológicas, com os estilos de vida e com as condições do ambiente (LALONDE, 1974). O Relatório Lalonde teve grande influência na compreensão da relevância de ações intersectoriais, da conexão entre desigualdades sociais e saúde e na percepção de que políticas públicas inclusivas e abrangentes têm efeitos positivos nos níveis de saúde da população e, como decorrência dessa condição, nos índices de desenvolvimento social e econômico da sociedade como um todo.

O I Fórum Internacional em Defesa da Saúde dos Povos, realizado em Porto Alegre durante o II Fórum Social Mundial, em janeiro de 2002, afirmou a necessidade de denunciar os efeitos das macropolíticas de ajuste sobre a saúde dos povos e de agir no sentido de mudar a direção do processo hegemônico em curso:

Queremos denunciar ao mundo os efeitos devastadores das políticas de ajuste macroeconômico e da militarização das relações internacionais, sobre a possibilidade e a qualidade de vida dos povos, e afirmar que esses efeitos não são acidentes excepcionais das políticas econômicas neoliberais, mas sim a própria essência de uma lógica que objetiva a maximização do lucro, a destruição da capacidade de seguridade social dos Estados e da própria identidade dos estados nacionais, dividindo o mundo através de um imenso apartheid social, onde regiões, países e continentes são relegados à condição de expectadores da monstruosa acumulação de capitais internacionais(...) A saúde como expressão complexa das determinações econômicas e sociais sobre as condições de vida, é um

campo de luta pelo pleno respeito aos direitos sociais, econômicos e culturais dos povos. A saúde é um direito humano essencial, direito fundamental de cidadania e um bem público. É dever do Estado, ao qual desejamos como defensor do interesse público, defendendo esses interesses na arena do mercado, evitando a mercantilização da saúde (FSM, 2002).

Essas temáticas, pela atualidade e frente a iniciativas de ‘descreditação’ social, desgaste das políticas públicas e restrições de acesso a ações e serviços de saúde, principalmente no âmbito federal no período de 2016 a 2019, fez com que o debate entre “acesso universal” e “cobertura universal” fosse retomado na 16ª Conferência Nacional de Saúde. Nesse período, voltou ao jogo da disputa de orientação das políticas de saúde a ideia de que o acesso ao sistema público estivesse condicionado à necessidade de cada grupo populacional, e que para as pessoas que não conseguem acessar o sistema privado, onde poderiam consumir “livremente” o que tivessem capacidade de comprar, fossem oferecidos “pacotes de serviço” de acordo com a capacidade financeira do sistema público de saúde. A disputa em torno dessas compreensões produziu iniciativas visíveis e com consequências relevantes sobre o conceito de acesso universal, como a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 (EC 95) (BRASIL, 2016), que estabelece tetos de gastos nas políticas públicas, atrelando-os a um novo Regime Fiscal, que atrela igualmente todas as despesas públicas à arrecadação. A aprovação da emenda foi feita numa articulação entre o governo, cuja titularidade era de Michel Temer, numa articulação com o Congresso Nacional.

DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS NA DEFESA DO SUS E DO DIREITO HUMANO A SAÚDE

O Movimento de Mulheres Trabalhadoras Rurais compreendeu a aprovação da EC 95 diretamente como um retrocesso à conquista constitucional e, em especial, o efeito de redução do acesso da população ao sistema de saúde:

Em 2016, o Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional 95 (EC-95), que congela em 20 anos os gastos públicos. Segundo

projeções, até 2036 a EC-95 reduzirá os recursos destinados à saúde em 40% (CEE/Fiocruz, 2018). Esta é uma Emenda criminosa, pois, por meio dela o Estado brasileiro rasga a Constituição Federal, na medida em que inviabiliza o acesso da população a um sistema de saúde de qualidade, este que é um dos deveres constitucionais (CONTAG, 2019).

Esse ponto da agenda do MMTR aponta outro eixo importante que foi sistematizado a partir do material empírico analisado na pesquisa, que é justamente a defesa do financiamento com fontes estáveis e suficiente para a saúde e seguridade social, que tem destaque relevante na agenda dos movimentos sociais e populares que compõem o escopo da pesquisa.

Entretanto, para sintetizar as análises desenvolvidas nesse eixo, retomamos a perspectiva de recuperar a história do setor saúde como desafio da participação social. As evidências sistematizadas aqui demonstram que essa preocupação e as iniciativas associadas a ela são relevantes e oportunas, não apenas para uma compreensão atualizada da acumulação conceitual produzida pelos movimentos sociais na reforma do sistema de saúde brasileiro, materializada em grande parte na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde, como para atualizar a agenda de desafios que consolidam o SUS na contemporaneidade. Não se trata apenas de uma compreensão adequada e coerente da produção que constitui as políticas do SUS em seu processo histórico de implementação, mas da mobilização para evitar retrocessos em termos de direitos e conquistas, que se constituem em riscos concretos e materiais no cotidiano, o que é demonstrado fartamente pelos discursos oficiais e iniciativas concretas, sobretudo no âmbito federal.

A memória coletiva atualizada parece ter a potência de cumprir essa dupla face dos desafios para a consolidação do SUS: a sua implementação, segundo os princípios e diretrizes formulados e registrados no arcabouço legal; e a resistência política e programática da sociedade às constantes iniciativas de produzir retrocessos, fraturando as conquistas de saúde como direito, que tem o efeito agravado em tempos de pandemia, como temos visto no cenário brasileiro. A participação social o SUS é colocada em xeque, nesse caso, em sua capacidade de controlar as ações dos governos no interior da institucionalidade do Estado.

FINANCIAMENTO ESTÁVEL E SUFICIENTE PARA O SUS

Em relação ao financiamento, a defesa de fontes estáveis e suficientes para o financiamento da saúde também é um ponto de destaque na agenda do Conselho Nacional de Saúde que, no exercício das funções legais, vem monitorando os efeitos da EC 95 no Sistema Único de Saúde e emitindo notas explicativas regularmente à rede de conselhos e à sociedade em geral. Em nota elaborada pela Comissão de Orçamento e Financiamento (COFIN) em artigo publicado no Observatório da Economia Contemporânea, na edição brasileira do jornal francês *Le Monde Diplomatique*, em julho de 2020, ficam registrados dois movimentos: um de reconhecimento oficial de que a EC 95 teve impactos negativos relevantes no financiamento do SUS, tendo efeitos no que é ofertado à população; e outro que há uma disputa importante em setores da sociedade em relação ao financiamento público para as políticas sociais e de saúde, uma vez que o estudo se contrapõe a um artigo de opinião do colunista e economista Marcos Mendes, publicado na Folha de São Paulo, onde esse defende que não houve impactos negativos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). No estudo do CNS, consta que:

De acordo com o princípio da vedação de retrocesso, a partir da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5595, que ganhou liminar no STF, o piso não pode ser reduzido com a mudança da regra constitucional. Desse modo, as perdas para o SUS foram de R\$ 3,98 bilhões e R\$ 13,58 bilhões, respectivamente, em 2018 e 2019, considerando a diferença entre valores executados e o mínimo obrigatório (15% RCL). (...) Nesse sentido, os recursos autorizados estariam quase R\$ 5 bilhões abaixo do valor previsto para o piso anterior, estimando-se, entre 2018 e 2020, uma perda para o SUS de R\$ 22,5 bilhões (CNS, 2020).

É evidente que a redução do financiamento gera efeitos na oferta de ações e serviços e a nota do CNS acompanha e analisa com detalhe o comportamento de receitas e despesas do governo federal com a saúde e com o SUS, além de base empírica para a afirmação, demonstra compatibilidade com a compreensão constitucional que as ações e serviços de saúde são de relevância pública e estão

associados à determinação dos níveis de saúde da população, particularmente expandidos no contexto da pandemia. A materialidade e a abrangência do argumento do Conselho Nacional de Saúde é destaque relevante, mas o fato de que a disputa pelos imaginários sociais não está somente embasada em argumentos sólidos, mas também é uma disputa de opiniões, onde a repetição de uma ideia tem a pretensão de verdade. A compreensão contextualizada da história da reforma sanitária e do SUS separa, rapidamente, os dois campos de enunciados.

Na 16ª CNS, os debates e deliberações rapidamente apontaram para a compreensão embasada em dados empíricos oficiais e consta, em diferentes momentos, a indicação de revogação da EC 95, em defesa da universalidade do acesso ao SUS, sem segmentações de qualquer natureza. Na compreensão dos participantes da Conferência, a articulação entre financiamento adequado e garantia de acesso universal estão associadas intrinsecamente, como aponta o Relatório Final em diferentes momentos (CNS, 2019):

Consolidação do SUS como Política Pública inserida num projeto de Nação que tenha como pilares a democracia, a soberania nacional, o desenvolvimento econômico e sustentável e as liberdades civis e políticas, garantindo o cumprimento do Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que estabelece o caráter público e universal do direito à saúde a toda cidadã e a todo o cidadão, sem distinção, com os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade do SUS, garantindo a resolutividade da atenção à saúde, pautada por uma gestão regionalizada, descentralizada e hierarquizada, com participação popular para o fortalecimento do SUS (Diretriz I, Eixo II).

Lutar pela auditoria da dívida pública, pela revogação da Emenda Constitucional 95/2016 que congelou o orçamento da saúde por 20 (vinte) anos, e por uma reforma tributária que garanta a contribuição sobre grandes fortunas e grandes heranças, a tributação das remessas de lucros e dividendos com ampliação da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) para 18%, e a implementação de alíquotas progressivas de Imposto de Renda (IR), tributar as remessas de lucros e dividendos pelas empresas multinacionais com garantia de destinação para o orçamento da seguridade social, invertendo o

modelo que hoje onera mais o consumo do que a renda, prejudicando principalmente a população mais pobre (Proposta IV, Eixo III).

De forma coerente com a compreensão já firmada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, e que embasou a redação da Constituição Brasileira de 1988, o movimento necessário é a ampliação do financiamento da saúde e a qualificação do uso dos recursos do SUS, de tal forma que se garanta a universalidade do acesso e a resposta adequada às necessidades de saúde da população brasileira. É relativamente à compreensão da qualidade das respostas necessárias no cotidiano do SUS que se refere a categoria “Integralidade da atenção à saúde” que será retomada no próximo eixo de análise. A participação social dá a orientação dos rumos das políticas públicas e define os sentidos do desenvolvimento. Essa formulação, trazida nesse eixo de análise, desloca o modelo de desenvolvimento de um projeto técnico-político formulado no Gabinete da Presidência da República, como no Sistema Nacional de Saúde, e o recoloca como atribuição de uma compreensão diversa dos diferentes setores e uma disputa de interesses, na qual os governos podem ser apenas parte integrante e comportarem-se como grupo de interesses. A compreensão de que os modelos de desenvolvimento são projetos políticos mais ou menos inclusivos e abrangentes e que o Estado, ocupado pelos governos, não representa a diversidade social é expressa claramente no documento produzido pela Secretária de Mulheres Trabalhadoras Rurais Agricultoras Familiares na Cartilha Caderno 5. Por Saúde Pública e em defesa do SUS. Por Previdência e Assistência Social Pública, Universal e Solidária (CONTAG, 2019):

Todas as vezes que os governantes decidem reduzir os “gastos sociais”, ou seja, fazer menos investimentos em áreas sociais, o direito do povo à saúde, com destaque para as mulheres, é afetado [...]

Mas não é só isso! Quando os governantes escolhem e decidem fortalecer um modelo de desenvolvimento baseado na exploração de classe, gênero e raça do conjunto das(os) trabalhadoras(es); e na degradação dos recursos naturais, também estão gerando ambientes menos saudáveis e colocando a vida de pessoas e populações sob ameaça. Por isso que a luta pelo direito à saúde inclui também a luta

por um modelo de desenvolvimento que seja sustentável, justo e democrático [...]

Merece destaque aqui as condições de saúde das trabalhadoras rurais assalariadas que, além de trabalhar para atender metas de produtividade, acumulam, gradativamente, processos de adoecimento relacionados aos efeitos dos agrotóxicos no corpo humano, como problemas de pele, de câncer, de aborto espontâneo, de saúde mental [...]

O destaque ilustra uma compreensão de desenvolvimento social que não está associada somente ao setor econômico e, sobretudo, para a análise que é objeto desse ensaio, à compatibilidade e articulação com um conceito ampliado de saúde, conforme o registro firmado na Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988), que define que o direito à saúde é “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Art. 196).

Um sentido mais detalhado do que denominamos “conceito ampliado de saúde”, que dialoga com fatores de condicionamento e determinação extra setoriais e que compõe a conexão setorial com a ideia de desenvolvimento social, também demonstra uma conexão entre a participação social e o desenvolvimento, que se articulam na definição ampliada de saúde e que está registrado na Lei Federal nº 8080/90 (BRASIL, 1990b):

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.

Além dos sentidos da expressão “controle social”, que têm orientações diversas quando compreendida com a densidade da história, interessa aqui destacar dois outros, que o serão mais brevemente. Trata-se das expressões “universalidade do sistema de saúde” e “integralidade da atenção à saúde” que, da mesma forma, têm sentidos diversos e que são mais bem compreendidos no contexto histórico em que emergiram e foram registrados na legislação pelo processo de Reforma Sanitária brasileira.

DEFESA DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

Em relação à Defesa dos princípios e diretrizes do SUS, a base empírica da pesquisa tornou visível um conjunto de iniciativas e produções técnico-políticas que demonstram a compreensão do SUS como um conjunto de princípios e diretrizes, em torno dos quais devem se mover as políticas de saúde, inclusive na produção de diálogos intersetoriais. Nesse eixo de análise, chama a atenção o que, embora se associe ao eixo anterior, demonstra uma compreensão de um sistema que se movimenta ao longo do tempo e que apresenta diversidades estruturantes. Ou seja, não se trata de uma compreensão de um sistema que parte de um conceito de tipo ideal ou puro, como na teoria de Marx Weber, partindo da abstração e generalização de alguns aspectos da realidade. Também em aprofundamento de ideias já apresentadas no item anterior, o direito à saúde e a defesa da seguridade social como um todo, não se restringem a uma defesa teórica, no sentido de uma concepção abstrata. Ao contrário, trata-se de uma construção pragmática, diretamente associada às condições de vida e de produção de saúde no cotidiano, valoradas como tal.

Princípios doutrinários, princípios organizativos e diretrizes do SUS são definições frequentemente invocadas para definir o sistema de saúde brasileiro, embora se refiram a questões da pragmática cotidiana. Essas definições envolvem as diretrizes previstas no Artigo 198 da Constituição Brasileira de 1988, já citadas

textualmente no item anterior: descentralização, integralidade e participação social. E envolvem também os princípios assim definidos no artigo 7º da Lei Federal nº 8080/90 (BRASIL, 1990b):

I - UNIVERSALIDADE de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - INTEGRALIDADE de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da AUTONOMIA DAS PESSOAS na defesa de sua integridade física e moral;

IV - IGUALDADE da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - DIREITO à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da EPIDEMIOLOGIA PARA O ESTABELECIMENTO DE PRIORIDADES, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - PARTICIPAÇÃO da comunidade;

IX - DESCENTRALIZAÇÃO político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na DESCENTRALIZAÇÃO dos serviços para os municípios;

b) REGIONALIZAÇÃO e HIERARQUIZAÇÃO da rede de serviços de saúde;

X - Integração em nível executivo das AÇÕES DE SAÚDE, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos DA UNIÃO, DOS ESTADOS, DO DISTRITO FEDERAL E DOS MUNICÍPIOS na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de RESOLUÇÃO dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a EVITAR DUPLICIDADE de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017) (BRASIL, 1990b).

A partir das definições inseridas na Constituição e na legislação complementar, são formuladas combinações pragmáticas de expressões que procuram traduzir os sentidos dos conceitos registrados de forma que se tornem analisadores das práticas no interior do sistema e, também, como uma orientação pedagógica para mobilizar a formação de agendas para os espaços de gestão e controle social e para a indução de políticas. Essas definições são colocadas em diálogo com problemas do cotidiano, que esgotam a potência do viver e que têm, nos direitos assegurados constitucionalmente, respostas consideradas adequadas.

No material pedagógico do Curso de Formação para o Controle Social (CEAP, 2017), princípios doutrinários e organizativos são apresentados como dispositivos “para entender os desafios, devemos entender a organização do SUS” (p. 67). Essa representação ilustra de forma adequada a ideia que se quer demonstrar aqui.

Figura 1. Apresentação esquemática de princípios doutrinários e organizativos do SUS, CEAP.



Fonte: Apresentação elaborada em slides para o projeto como material de suporte (CEAP, 2017).

De forma mais detalhada, também são apresentadas como diretrizes organizativas do SUS: Regionalização, Hierarquização, Descentralização, Racionalização e Resolução, Complementariedade do Setor Privado e Participação da comunidade. A construção do sentido de equidade como tradução do princípio da Lei Federal nº 8.080/90 previsto no Inciso IV do Art. 7º (“igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”) é usual e equivale à ideia, também usual, de superação de injustiças reconhecidas como tais, ou mesmo de “tratamento desigual na medida necessária para a superação das desigualdades” (RELATÓRIO CEAP, 2018)

É importante considerar que a legislação e a literatura reconhecem que existem diferenças estruturais na organização da sociedade, que certos grupos e pessoas estão submetidos a condições de vulnerabilidade adversos e que essas condições comprometem as suas condições de vida e saúde e que, portanto, em nome da saúde como direito humano fundamental, essas condições devem ser mediadas por políticas públicas e reguladas pelo aparato institucional do estado brasileiro. Faz-se aqui um primeiro destaque para a questão da vulnerabilização de mulheres na sociedade estruturalmente machista que foi incorporado na redação

do Art. 7º da Lei Orgânica da Saúde pela Lei Federal nº 13.427/17), como se viu anteriormente, que busca a garantia de atendimento especializado para os casos de violência de gênero, com base na ideia da equidade e da integralidade como atributos necessários da atenção à saúde.

No que se refere ao material empírico da pesquisa, outras questões são inseridas como formas de atualização da agenda de mobilização da sociedade brasileira, com base na construção epistêmica ativada pela ideia de princípios e diretrizes do SUS e, de forma ampliada, da Seguridade Social como um todo. Na *Cartilha da Secretaria de Jovens da CONTAG*, intitulada *Jovem Saber, Agricultura Familiar, Módulo 5* (CONTAG, 2018), o tema da proteção psicossocial de crianças e adolescentes busca visibilidade com esse argumento:

No Brasil, a proteção integral a crianças e adolescentes ganhou força a partir da Constituição de 1988. O artigo 227 da Carta Magna traz a seguinte definição com relação aos direitos da criança e do adolescente: “É dever da família, da sociedade e do Estado de assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, seus direitos fundamentais, que incluem o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação e ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além da obrigação de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

Os princípios e diretrizes do SUS, no Relatório Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde (CNS, 2019) são invocados como argumento para a preservação e qualificação de políticas de atenção à saúde e ações intersetoriais para diversos grupos populacionais, condições específicas e territórios, bem como a defesa de políticas e a configuração de iniciativas governamentais mais compatíveis com os princípios e diretrizes do SUS. Em uma síntese de diferentes diretrizes e propostas de prioridades, no primeiro grupo estão as especificidades de grupos étnicos e raciais, de populações em territórios de vulnerabilidade, de portadores de patologias e, sobretudo, voltadas à atenção às pessoas com doenças negligenciadas. No segundo grupo aparecem com destaque as condições do sistema de saúde da Região Norte, entre outros. E no terceiro grupo tem forte destaque as políticas

de atenção à saúde mental e de atenção básica, que foram alvo de iniciativas de mudança que desvirtuam o sentido construído ao longo da implementação do SUS pelo governo federal.

Entretanto, a defesa dos princípios e diretrizes do SUS também é argumento de movimentos específicos para a mobilização dos interesses e necessidades gerais da sociedade, como demonstra a produção das Mulheres da Marcha das Margaridas (CONTAG, 2019):

Passados mais de 30 anos de promulgação da Constituição e, conseqüentemente, da criação do SUS, vivemos um momento de profundo desmonte das políticas de promoção da saúde em nosso país. (...) O efeito do corte de recursos decorrente da EC-95 se aprofunda a cada dia, e tende a ser mais nocivo, pois, a lógica defendida pelo atual governo é terceirizar e privatizar o setor. (...) Nós, mulheres mobilizadas pela Marcha das Margaridas, entendemos que é direito da população criticar e denunciar as ineficiências dos serviços de saúde, mas sempre no sentido de fortalecê-lo e ampliar sua capacidade de responder as demandas por saúde do povo brasileiro. Nossa crítica deve ser sempre por promover um SUS melhor e mais forte. Precisamos continuar na luta para que não haja desmontes, especialmente nas políticas de atenção básica e vigilância em saúde, que beneficiam, principalmente, as populações dos pequenos municípios e territórios rurais. Mais do que nunca precisamos defender o SUS assim como foi concebido.

Essa produção afirma a participação social na definição das políticas públicas e no funcionamento do aparato do estado conforme o registro constitucional, destaca a tensão entre o público e o privado na saúde para a agenda, aponta relações de consequência entre a redução de financiamento público e a capacidade de respostas do SUS e defende a mobilização social para a defesa do SUS e da institucionalidade que foi proposta na Constituição Federal de 1988. Nessa perspectiva de trazer as abordagens sobre a saúde de movimentos sociais populares, cabe destacar que as mulheres trabalhadoras rurais, organizadas no Movimento de Mulheres Camponesas, vem organizando ações coletivas na defesa do direito universal à saúde desde o período do processo Constituinte ao

trazer as proposições para a Seguridade Social para a garantia da Previdência aos trabalhadores (as) Rurais e da construção do SUS.

No seu conjunto, as agendas de mobilização social apresentadas nos documentos analisados são ampliadas, na medida em que, a partir do que está registrado constitucionalmente, são produzidas ideias e iniciativas que se conectam com a produção de vida, com a liberdade democrática e com outras questões de interesse coletivo. As questões relativas ao ambiente e saneamento, à agricultura sustentável e produção de alimentos saudáveis, às temáticas do acesso a bens e serviços associados ao complexo produtivo da saúde e à afirmação do desenvolvimento nacional, entre outras, perpetuam-se ergonomicamente nos documentos e nas ideias que mobilizam esses setores, conectando pragmaticamente temas setoriais e uma cosmovisão que integra diferentes dimensões do viver.

Em vista disso, no ano de 2020, as agendas de diferentes movimentos sociais foram atravessadas por uma nova temática: a pandemia de COVID-19, que interferiu nos modos de vida na dimensão planetária. Tais movimentos com base em populações do campo e das cidades atualizaram as suas agendas, retomando questões e priorizando aquelas mais agudas do suporte à vida e à saúde. As temáticas que compuseram as recomendações do Conselho Nacional de Saúde¹² são representativas dessa atualização. Todas as 73 (setenta e três) recomendações emitidas em 2020 foram a partir de situações relacionadas à pandemia. Entretanto, as temáticas associadas incluíram questões fundamentais da defesa do SUS e das políticas públicas, o combate à intolerância e a garantia de equidade nas respostas dos sistemas de políticas públicas, a defesa da proteção psicossocial do trabalho em saúde e dos trabalhos essenciais e diversas questões relacionadas ao financiamento da saúde e das políticas públicas. A análise mais detalhada das recomendações mostra que o CNS, nesse período de forma muito particular, foi o lugar de vocalização de demandas de diferentes movimentos sociais, sobretudo aqueles colocados em condição de maior vulnerabilidade social e que, ao mesmo tempo, têm sido alvo de discursos de intolerância e preconceito, inclusive de autoridades públicas. Se há um efeito pedagógico que fortalece práticas fascistas e genocidas nas iniciativas de setores do aparato governamental, sobretudo, e de forma mais explícita, na esfera

¹² CNS. Conselho Nacional de Saúde. Recomendações. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns>.

federal, as recomendações e discussões do CNS colocaram-se no sentido oposto dessa construção. Porém, não é o objetivo analisar as ações do CNS, senão de identificar na capacidade de resistência demonstrada no enfrentamento à pandemia, frequentemente de iniciativas governamentais da esfera federal, um efeito da produção da rede de controle social no SUS.

Nesse eixo de análise, o destaque às formulações sobre os princípios e diretrizes do SUS, que se conectam com as ideias que embasam o conceito constitucional de seguridade social ao qual o sistema de saúde está vinculado, demonstra duas formas de uso para os movimentos sociais, adicionais àqueles desenvolvidos no eixo anterior. Em primeiro lugar, são conceitos cujo sentido tem tradução pragmática na forma de compreender o SUS e organizar as lutas e mobilizações, que substituem as abstrações generalizantes dos conceitos ideais ou puros. Eles são *postos a funcionar* para construir compreensões sobre o modo de funcionamento das políticas, dos sistemas e serviços em territórios concretos e para grupos populacionais reais e, portanto, com condições concretas de existência, que nem sempre estão em acordo com a saúde com direito humano básico. Assim, eles permitem construir agendas e propor iniciativas que buscam a satisfação de necessidades de populações e grupos. Por outro lado, eles funcionam também para formular avaliações sobre o modo de funcionamento do estado e dos governos, que orienta a ação de participação social nos fóruns de controle social e nas iniciativas de mobilização da sociedade para constituir agendas de defesa de conquistas e de avanços necessários aos novos tempos.

O debate sobre a universalidade do acesso aos sistemas de saúde é relevante e atual, com aparente consenso, mas que leva a caminhos diversos a base da compreensão. O uso da expressão “universalidade” pode ser atrelado à cobertura ou ao acesso a ações e serviços de saúde. No processo de reformas do setor saúde no Brasil, a universalidade do acesso é registro constitucional, no artigo 196 em que a saúde é definida como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). A condição de direito de todas as pessoas e dever do Estado, no caso brasileiro, também inclui um conjunto de condicionantes e determinantes que estão associados aos níveis de saúde.

No registro constitucional, que está associado ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, já caracterizado, esse sentido esteve associado a, pelo menos, dois fatores. O primeiro é a fragmentação institucional e técnica que existia no Sistema Nacional de Saúde e uma de suas consequências mais drásticas: com as crises institucional e social que acompanharam o período da Ditadura Militar, sobretudo nos seus últimos anos, a crise econômica levou uma parcela significativa de pessoas ao desemprego e, portanto, à desassistência no componente da Medicina Previdenciária. O efeito dessas crises foi ampliado pelo fato que a redução de renda e de acesso a bens de sobrevivência deteriorou os níveis de saúde, com piora substantiva nos indicadores de saúde e ampliação da demanda aos serviços de saúde.

Naquele momento, a compreensão embasava-se na sensibilidade social às iniquidades no acesso às ações e serviços de saúde e uma compreensão de que a saúde se constitui em área de relevância pública e, portanto, deve ser mediada pela regulação estatal embasada no interesse público.

DESAFIOS DA INTEGRALIDADE E DAS REDES DE ATENÇÃO

Em relação à Integralidade e às Redes de Atenção no material empírico analisado, tem destaque o princípio da integralidade em saúde, seja como diretriz do SUS, como um atributo desejável da atenção à saúde, como dispositivo para redes de ações e serviços, ou seja, finalmente, como um diálogo necessário entre diferentes saberes e práticas de cada território.

Nesse sentido, um primeiro registro necessário é a definição Constitucional que, como se registrou anteriormente, para efeitos desta pesquisa, traduz uma parte significativa da compreensão e do consenso que os movimentos sociais envolvidos na reforma sanitária brasileira consolidaram até a promulgação da Carta Magna. O conceito de integralidade da atenção está registrado como diretriz do SUS e deve ser compreendido, portanto, na articulação intrínseca com as demais diretrizes conforme o artigo 198:

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.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988).

A defesa da integralidade na saúde tem, na recuperação do registro das diretrizes constitucionais do SUS, uma demonstração e, também, uma bandeira de lutas. Numa leitura rápida, o atendimento integral inclui prevenção e assistência, é verificável no âmbito local (descentralização) e se efetiva mediante a participação da comunidade, tendo o financiamento como fator de grande relevância, a ponto de compor a definição da “rede regionalizada e hierarquizada” de “ações e serviços públicos de saúde” que constituem o SUS. Entretanto, na compreensão contextual e histórica, a ideia da integralidade surge como diretriz do SUS em substituição à fragmentação técnica e institucional do Sistema Nacional de Saúde, em que a assistência médica e as ações de saúde pública estavam separadas, inclusive institucionalmente, em diferentes órgãos da administração federal. A construção do “atendimento integral”, pensado como trabalho multiprofissional (e não com a centralidade dicotômica entre “assistência médica” e “paramédica”, conforme a legislação anterior) e como integração entre a promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência às pessoas doentes e reabilitação de sequelas e agravos, constituiu a expressão “atenção à saúde” no vocabulário da reforma sanitária (CONY *et al.*, 2019).

Porém, há uma compreensão descontextualizada que recoloca, principalmente em tempo recente, a ideia de que a integralidade se refere apenas à oferta de procedimentos assistenciais com a lógica biomédica, nas ofertas programáticas e de acordo com protocolos assistenciais previamente definidos. Os embates sobre a versão de 2019 da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (PNAB) referem-se, em grande parte, à divergência na compreensão contextualizada na reforma sanitária e tiveram repercussão na 16ª CNS. Segundo o Relatório Final (CNS, 2019), estão entre as diretrizes para a consolidação do SUS:

Reafirmação, impulsionamento e efetivação dos princípios e diretrizes do SUS - Universalidade, Integralidade e Equidade - para garantir a saúde como direito humano e como base nas políticas que reduzam as desigualdades sociais e territoriais, garantindo e incentivando a participação e o apoio para as políticas de saúde aos povos da Amazônia (Eixo II, Diretriz IV).

Defesa do SUS público, universal, integral, equânime, descentralizado e regionalizado, hierarquizado e com comando único, valorizando a Atenção Básica como ordenadora do cuidado e base da regionalização, qualificando o modelo de atenção integral à saúde, garantindo e ampliando o acesso às ações e serviços de saúde, às Redes de Atenção e à Política Nacional de Humanização, (...) conforme o Decreto nº 7.508/2011 e de forma a concretizar os princípios da equidade, universalidade, integralidade, transparência e participação popular e controle social efetivo a fim de garantir o direito à saúde segundo as necessidades da população, nos diversos níveis de atenção (Eixo II, Diretriz V).

Em diversos momentos do Relatório Final da 16ª CNS, a articulação conceitual e pragmática ilustrada acima é visível e explícita uma compreensão contextualizada historicamente dos conceitos que devem orientar a política de saúde. A articulação indissociável do que está descrito constitucionalmente como diretrizes do SUS (descentralização, integralidade e participação) para formar redes de ações e serviços territoriais hierarquizadas pelas necessidades de saúde é visível nas deliberações da Conferência, e incluem os pontos de acesso da atenção básica, atravessam as redes de atenção e ultrapassam o setor saúde, propriamente dito, para interferir nos condicionantes e determinantes da saúde, que se expressam de formas distintas em cada território.

Em síntese, não há aqui a apresentação da diretriz constitucional da integralidade apenas como registro. Está colocada como um dispositivo para lembrar dela como atributo do cuidado, que deve ser ofertado em resposta ao direito das pessoas, mas também como disputa política da compreensão da saúde e do dever do estado em prover as ações e serviços necessários à população em cada território.

ENCONTROS ENTRE A EDUCAÇÃO E O TRABALHO EM SAÚDE COMO DESAFIO PARA CONSOLIDAR O SUS E A DEMOCRACIA

Em relação à educação e ao trabalho em saúde dentre os documentos analisados na pesquisa, incluiu-se o conjunto de registros formulados no decorrer da formação de conselheiros de saúde, no projeto Formação para o Controle Social no SUS I desenvolvido pelo CEAP e pelo Conselho Nacional de Saúde, com apoio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Por meio da observação direta nas atividades realizadas e de questionários aplicados aos participantes, o CEAP elaborou dossiês que produzem aproximações relevantes com o cotidiano dos conselhos municipais e estaduais de saúde.

Nos registros citados anteriormente é possível fazer aproximações com o cotidiano do exercício do controle social e da participação na saúde e em políticas públicas, que têm grande atualidade e capacidade de expressar a potência da participação, seja em questões relacionadas à democracia e à institucionalidade de forma ampla, seja na afirmação de agendas de mobilização da sociedade e de defesa da saúde. Entre outras constatações, identifica-se um esforço importante de produção de autonomia das instâncias de participação e controle social do aparato governamental, expressando que a autonomia dos espaços participatórios torna-se essencial no exercício da cidadania. Ao sentirem-se ouvidos e respeitados, cresce nos indivíduos que exercem a participação social a vontade de envolver-se e até mesmo de participar.

As dificuldades constatadas no cotidiano dos conselhos no Brasil levam a questionamentos relativos à viabilidade ou ao potencial desse formato institucional para o alcance dos objetivos a que se propõe, especialmente na instância do controle social democrático e eficiente sobre as políticas públicas. Diversos estudos trazem como realidade a dificuldade do efetivo exercício do controle social e da participação popular. Grande parte das discussões é superficial, os pontos mais críticos e relevantes não são aprofundados, existe pouca participação da população e a maior parte das informações não chega até a comunidade.

Os conselhos de saúde são um importante instrumento de mobilização social e participação nas políticas de saúde do país. Torna-se um grande desafio fazer com que os órgãos de controle social, como os conselhos, ampliem o debate

em conjunto com a comunidade que representam e com os gestores para que os princípios do SUS, entre eles a participação social, sejam fortalecidos. A reflexão sobre o próprio fazer dos conselheiros de saúde e movimentos sociais que têm maior interação com esses espaços, aponta a complexidade no exercício da participação e da necessidade de aprender no cotidiano, que caracteriza um desafio de educação permanente em saúde (CECCIM; FERLA, 2008). Se o trabalho da participação é complexo, a reflexão sistemática sobre o fazer é uma *travessia de fronteiras* entre o contexto de crise e a afirmação da democracia e sua institucionalidade.

Nesse contexto, as dificuldades e desafios apontados são diversos, incluindo questões próprias da dinâmica de cada conselho, a relação com a gestão e com as agendas dos diferentes movimentos que se fazem presentes nesses espaços:

1. **Dificuldade no acesso à informação:** O acesso aos documentos e às informações não estão disponíveis para todos ou de forma clara. Estes documentos deveriam estar à disposição de todos os membros do conselho, independentemente de ser uma cidade de interior ou uma grande metrópole. Iniciativas como os portais de transparência têm possibilitado consultas diversas a toda a população, porém são soluções que demoram a chegar ao conhecimento da sociedade.
2. **Falta de preparo:** Os temas debatidos nos conselhos são diversos e muitas vezes carregados de dados contábeis, termos técnicos, termos políticos etc. Para amplo conhecimento é necessária realização de capacitações e alianças com setores da tecnocracia institucional.
3. **Falta de tempo:** Para exercer a função de conselheiro, mais do que tempo, é necessário engajamento. Quando a causa que é defendida está bem incorporada pelo sujeito, a participação é exercida de maneira espontânea, mas sabe-se que este comportamento não é tão difundido na história social brasileira.
4. **Infraestrutura:** A falta de infraestrutura física e recursos próprios nos conselhos pode levar à dependência da Secretaria de Saúde para a efetivação das ações operacionais do órgão (realização de comunicados, espaço para receber a população, atividades de fiscalização, capacitações etc.).

5. **Horário das reuniões:** Algumas vezes o horário das reuniões é impeditivo para alguns conselheiros participarem, seria necessário viabilizar horários mais flexíveis e adaptáveis à realidade dos envolvidos.

6. **Leitura prévia dos documentos:** Sabe-se que os prazos estabelecidos para o conselheiro realizar a leitura e o conhecimento sobre o que será votado. Além dos prazos serem curtos diante do volume de informações.

A literatura antecipa o risco de ineficácia das dinâmicas de participação, quando a autonomia dos conselhos não se expressa na prática cotidiana. Araújo e Cadete (2017), apontam o risco de que a dinâmica dos conselhos tenha efeitos paradoxais sobre as agendas dos diferentes indivíduos e movimentos:

Esse curto espaço de reflexão associado à baixa experiência participativa, pode levar à ocorrência de decisões que vão de encontro dos reais anseios e necessidades da população, que fica alheia às decisões do conselho. Apesar das dificuldades os conselheiros afirmaram que ser conselheiro é uma forma de ser útil à sociedade.

Mas não está apenas, e sequer predominantemente, na dinâmica dos conselhos o principal desafio para a participação social e a mobilização da população na rede de controle social. Os “entraves” encontrados pelos conceitos da teoria democrática no processo político incluem tanto a condição de alienação de setores da população, como de falhas no próprio sistema de participação, que impedem a efetivação da participação expressiva na contestação das decisões públicas. No caso brasileiro, podemos notar um agravante dessa situação, que está relacionado à produção de imaginários sociais assentados em máquinas de produção de mídia e comunicação dirigida. Ao se deparar com a publicidade dos eventos de corrupção e manobras políticas, sobretudo aparecendo com mais evidência a partir da metade da década passada, a sociedade reage na maior parte de maneira passiva, e, quando toma a iniciativa de manifestação pública nas ruas, desde os protestos de 2013, parece não saber direito para que lado devem orientar a sua ação.

Com base nas manifestações dos participantes do projeto de educação permanente de conselheiros, somada às evidências já sistematizadas pela literatura,

parece estar visivelmente marcado o principal desafio da participação: a renovação da participação. Assim como a democracia e a saúde não são dimensões abstratas da vida cotidiana das pessoas e coletividades, tampouco é possível imaginar que elas se realizem sem movimentos de disputas de ideias e interesses, uma vez que o sistema produtivo vigente se assenta em privilégios e uma desigual distribuição de acesso a bens e serviços.

A crise civilizatória que a pandemia de COVID-19 explicitou também é a crise do modelo produtivo vigente, que se mobiliza atualmente pela circulação de riquezas que não mais dependem da produção e do consumo. Essa condição recoloca na participação e no tensionamento às lógicas que o modelo produtivo vigente produz no cotidiano um foco de ‘esperançamento’, no sentido freireano. Parece ser por isso que os setores conservadores do sistema produtivo se deixam representar por personagens tão rudimentares na política, como se verifica no aparato governamental brasileiro e em outros países, cujas iniciativas visíveis buscam constantemente esvaziar a participação e a institucionalidade democrática, assim como a produção de fatos sociais que mobilizam a atenção da sociedade para artefatos para uma vida cada vez mais *bigbrotherizada*, fazendo com que a vida *desejável* para alguns setores seja apenas um reality show. Também parece evidente que, se chegamos a esse nível de rudimentariedade, as bases do sistema produtivo estão fraturadas. Trata-se, portanto, de dobrar-se à história e aos processos de invenção da democracia, para recuperar ideias e iniciativas que recoloquem a vida no seu lugar nas políticas públicas e nas relações cotidianas. Essa é uma contribuição que pretendemos ter aproximado nesta produção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do direito à saúde no Brasil é uma luta permanente no cotidiano de vida da população brasileira, e o Sistema Único de Saúde é uma conquista popular e sanitária da mobilização de diversos setores que defendem a democracia e a garantia da saúde através do sistema público universal. As conquistas foram resultado da correlação de forças de atores sociais, políticos e culturais que vem atuando em cena na disputa entre a saúde como direito em contraponto à saúde na visão mercadológica, que atenta para a oferta de cobertura

de serviços em detrimento a universalização da atenção integral à saúde como preconiza a Constituição Federal de 1988 e as Leis que regulamentam o SUS.

O momento atual provoca reações de defesa dessas conquistas, seja pelas iniciativas de desmonte das políticas que vinham sendo implementadas até o golpe de 2016, seja pela crise de civilidade explicitada pela pandemia do “novo” coronavírus. Com a Covid-19 e a forma catastrófica que o governo federal tem conduzido o enfrentamento, a grandeza desse sistema público ficou visível demonstrando a importância da universalidade, da descentralização, do financiamento e da manutenção das ações e serviços, seja pelo destaque de suas potencialidades ou pela visibilidade da fragilidade na sua implementação num contexto econômico neoliberal e neofascista.

Com a pandemia, a crise civilizatória, que se tornou ainda mais visível, mobilizou também novos movimentos que entram em cena com bandeiras pragmáticas de defesa da vida, acesso a alimentos, preservação da integridade e acesso a ações e serviços de saúde, como a Periferia Viva, Mãos Solidárias, Comitês Populares, entre outros. Junto com tais movimentos, emergem novos saberes que pedem passagem: vigilância popular, comunitária e social; a saúde como expressão coletiva dos viveres; novas formas de presencialidades, comunicação e produção de redes em todos os sentidos.

Nesse contexto, a forma de atuação de diferentes organizações da sociedade civil brasileira vem demonstrando, por meio de múltiplas iniciativas populares marcadas essencialmente pela solidariedade local, a retomada da mobilização na defesa da saúde e da vida. Nessas expressões solidárias, emergem novas formas organizativas, de incidência política, de embriões de novas possibilidades de desenvolvimento social e econômico na perspectiva sustentável; novas formas de pensar a saúde e as expressões de vida, de cultura e de potências novas relacionais.

Em meio à disseminação de *notícias falsas*, de iniciativas necropolíticas do governo federal e de outras esferas de governo, com algum apoio em segmentos da população, se expressa o que há de pior na produção de ódio, violência, discriminação, preconceitos, racismos, dentre outras formas que colocam em risco a democracia e à vida. Entretanto, as iniciativas emergentes elucidam possibilidades do inédito viável (Paulo Freire) na perspectiva da vida, da amorosidade e de Projetos de sociedade Solidários e democráticos. Essas

iniciativas recentes se colocam em diálogo com as produções analisadas na pesquisa, que nos apontam a solidariedade local como força de mobilização para a defesa da saúde e da vida.

Os desafios que se colocam nesse contexto, articulam as seguintes dimensões de luta e desafios para o controle social e a participação: retomada da democracia participativa, projeto democrático e popular de sociedade, soberania nacional; garantia e efetivação do sus como sistema público universal, com equidade, integralidade e participação social; fortalecimento de lutas gerais por democracia, trabalho, direitos (saúde, educação, moradia, saneamento...) e enfrentamento à fome e desigualdade social; visibilidade às lutas do campo, sobretudo o desenvolvimento sustentável, agroecologia, soberania alimentar, reforma agrária; mobilização de lutas das cidades, principalmente do direito à cidade, do desenvolvimento urbano e da inclusão urbana; a afirmação de direitos e superação da violência, discriminações e preconceitos, particularmente das pessoas e grupos em vulnerabilidade social aguda, como mulheres, negros, população LGBTQIA+, população em situação de rua, entre outros.

No eixo de análise “produção de uma memória coletiva sobre a reforma sanitária e o SUS”, identificou-se essa como uma grande preocupação de setores do movimento social e de algumas iniciativas institucionais para fortalecer a resistência às tentativas de retrocesso e à mobilização por novas conquistas na agenda política atual do movimento de defesa da saúde. A recuperação da memória está muito associada à demonstração de mudanças institucionais e organizacionais do antigo Sistema Nacional de Saúde (SNS) para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS); a construção conceitual e política da expressão “controle social”; a construção de sentidos e desdobramentos pragmáticos na disputa política entre “acesso universal” e “cobertura universal” como tradução do princípio constitucional da universalidade; e os efeitos da compreensão contextualizada na história da reforma do sistema de saúde da diretriz da “integralidade da atenção à saúde”. A defesa de fontes estáveis e suficientes de financiamento da saúde e da seguridade social também foi um eixo empírico que representa um grande desafio para o controle social e a participação na saúde. A recuperação dos princípios e diretrizes, com seus sentidos constitucionais, mas também como bandeiras de luta para novas conquistas, ficou muito evidenciada. Por fim, as estratégias de

educação permanente, com a aprendizagem a partir do cotidiano, também foram desafios apontados como estratégicos e como práticas de resistência.

Atualizar as estratégias de mobilização inclui recuperar o conteúdo que os movimentos sociais populares traziam em suas lutas no processo de redemocratização: defesa dos direitos, da seguridade social e do sus; a construção de um novo modelo de desenvolvimento para o país e a construção cotidiana de novas possibilidades de fazer saúde e de promover a vida; a democracia e a construção de organizações populares fortes e o papel da educação crítico-transformadora (MMC, MST, Via Campesina, mulheres urbanas, outros grupos e MSP, nos casos do estudo).

O estudo que finalizamos por certo não esgota o campo empírico estudado e tampouco o movimento de atualização que ele produz. Assim, requer novas aproximações analíticas e o aprofundamento em temas específicos, como o fazem os demais capítulos desta publicação. Entretanto, mesmo em sua condição de provisoriedade, é inegável a condição de mobilização, de ocupação social, que as estratégias dos diferentes movimentos sociais estudados apontam em relação ao Sistema Único de Saúde. Os ‘esperançamentos’ que esses movimentos produzem também representam um grande desafio para sua consolidação. Ao que o estudo indica, assim como diversas fontes bibliográficas e documentais, a institucionalidade democrática e a defesa de cada vida singular são bons desafios e percursos oportunos para a produção de novos tempos, de saúdes mais intensas e integrais e de democracias mais plenas.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. A.; CADETE, M. M. M. **Controle Social nos Conselhos de Saúde**: Entraves existentes para seu exercício. Revista: CCCSS Contribuciones a las Ciencias Sociales. 2017. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/cccss/2017/03/control-social-saude.html>. Acesso em: 06 nov. 2020.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/q7gt>. Acesso em: 06 nov. 2020.

BAUER, C. **Educação, terra e liberdade**: princípios educacionais do MST em perspectiva histórica. Paco Editorial, 2016.

BRASIL. Congresso Nacional. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 06 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Federal nº 9.759, de 11 de abril de 2019**. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm. Acesso em: 06 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Federal nº 6.118, de 9 de outubro de 1974**. Dispõe sobre a criação do Conselho de Desenvolvimento Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6118.htm. Acesso em: 06 nov. 2020.

BRASIL. **Lei Federal nº 8.861, de 25 de março de 1994**. Dá nova redação aos arts. 387 e 392 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), altera os arts. 12 e 25 da Lei nº 8.212, de 24 julho de 1991, e os arts 39, 71, 73 e 106 da Lei nº 8.213, de 24 julho de 1991, todos pertinentes à licença-maternidade. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8861.htm. Acesso em: 06 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Federal nº 6.229, de 17 de julho de 1975**. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde (Revogada pela Lei Federal nº 8.080, de 19/9/1990). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229.htm. Acesso em: 06 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 06 nov. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 06 nov. 2020.

BRASIL. Secretaria de Jovens da CONTAG. *Jovem Saber, Agricultura Familiar*, Módulo 5. CONTAG, 2018.

BRASIL. Secretaria de Mulheres Trabalhadoras Rurais Agricultoras Familiares. *Caderno 5. Por Saúde Pública e em defesa do SUS. Por Previdência e Assistência Social Pública*,

Universal e Solidária. CONTAG, 2019.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação e saúde**: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>. Acesso em: 13 dez. 2020.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR (CEAP). **O SUS e a efetivação do direito à saúde**. Organização Pan-americana da Saúde. Passo Fundo: Saluz, 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS); COMISSÃO DE ORÇAMENTO E FINANCIAMENTO (COFIN). **É falsa a informação que Saúde ganhou R\$ 9,3 bilhões com emenda do teto de gastos**. Publicada em 27/07/2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1288-e-falsa-a-informacao-que-saude-ganhou-r-9-3-bilhoes-com-emenda-do-teto-de-gastos>. Acesso em: 06 nov. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Recomendações**. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns>

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Relatório Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde**. Publicado em dezembro de 2019. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/16cns/Relatorio_16CNS.pdf. Acesso em: 06 nov. 2020.

CONY, J.; FERLA, A. A.; SOUSA, M. do S. de; SOUZA, M. L. T. de. Mesa de Debate “Consolidação dos Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)”. *In*: CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Relatório Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde**. Publicado em dezembro de 2019. Pág. 70-75. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/16cns/Relatorio_16CNS.pdf. Acesso em: 06 nov. 2020.

FERLA, A. A. **Participação da população**: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. *Physis [online]*, v. 14, n. 1, p. 85-108, 2004. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100006>.

FERLA, A. *et al.* Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. *Saúde em Redes*. 2020;6(Supl.2):1-6. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2.3215g478>.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974. Disponível em: <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2020.

LUZ, M. T. **As instituições médicas do Brasil**. 2. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013.

(Série Clássicos da Saúde Coletiva). Disponível em <https://editora.redeunida.org.br/project/instituicoes-medicas-no-brasil-2/>. Acesso em: 06 nov. 2020.

MACHADO, F. V. *et al.* Governança participativa e a expansão do conceito de saúde na experiência do community lab na Itália. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo, v. 20, n. 49, p. 735-750, dez. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000300020&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 jan. 2021.

MARANHÃO, T. *et al.* Spaces of Health and Culture: the experience of the World Social Forum and the Tents of Popular Education in Health. *Interface (Botucatu)*, n. 18, Supl 2, p. 1175-1186, 2014.

MOVIMENTO DE TRABALHADORES SEM TERRA (MST). s/d. Disponível em: <https://mst.org.br/>. Acesso em: 30 jan. 2021.

PULGA, V. **Mulheres Camponesas Plantando Saúde, Semeando Sonhos e Tecendo Redes de Cuidado e Educação em Defesa da Vida**, 2015. (Tese de Doutorado em Educação -ênfase na Saúde). Faculdade de Educação. Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015.

RÜCKERT, B.; ARANHA, A. V. S. **Lutar por saúde é lutar por reforma agrária: estudo sobre práticas de saúde no Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra**. *Saúde Soc.* São Paulo, v.27, n.1, p.116-127, 2018.



EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O CONTROLE SOCIAL NO SUS

Manuelle Maria Marques Matias
Sueli Goi Barrios
Maria da Conceição Silva

INTRODUÇÃO

A participação popular e o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) são diretrizes constitucionais e objetos da legislação complementar. A formulação dessa ideia como diretriz do sistema de saúde nasceu no Processo de Reforma Sanitária, sobretudo na 8ª Conferência Nacional de Saúde, sendo debatida intensamente pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária com a sociedade e os membros da Assembleia Nacional Constituinte, no período entre a realização da 8ª CNS e a promulgação da Constituição Brasileira de 1988.

O processo de implementação, como o de toda política pública, incluiu enfrentar desafios e percalços, sobretudo em relação à resistência às conexões entre a saúde e a democracia, a saúde e o desenvolvimento social e econômico, a saúde como direito humano fundamental, a saúde como direito das pessoas e dever do estado e, principalmente, a saúde como campo de relevância pública que, portanto, deveria ser regulado pelo interesse coletivo, como registra a Constituição. Mais do que constituir e ocupar os espaços de controle social, por meio de conferências e conselhos de saúde, a experiência mostrou que é preciso promover a cultura de participação e a inclusão social como pressupostos de uma democracia forte.

O Brasil tem reconhecido internacionalmente o seu sistema de saúde e a rede de controle e participação social é objeto de estudos e do trabalho cotidiano de milhares de conselheiros e entidades governamentais e da sociedade civil. Mesmo em tempos difíceis, como na travessia da pandemia de COVID-19, que coloca em evidência uma crise de civilidade (FERLA *et al.*, 2020)¹³ de grandes

¹³ Texto na íntegra disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3215>. Acesso em: 10 nov. 2020.

dimensões no Brasil e em outros países, a participação social mostra capacidade de resistência e de forte incidência na regulação pública das políticas e no controle das ações governamentais. Entretanto, o tema da participação social não se esgota nas dimensões formais, como no modo como os conselhos e conferências são ocupados e operados, além das diferentes forças que incidem nessas arenas. O controle social envolve também a produção da cultura de participação, colocando em questão o autoritarismo e o caráter formal das instituições. Como o cuidado em saúde, cuja integralidade implica em desfragmentação e diálogo constante com as necessidades de cada território e cada pessoa, a participação social se efetiva e fortalece com a reflexão contínua e permanente sobre as condições em que se realiza e as políticas de saúde em cada território.

Nesse contexto, este capítulo tratará da experiência desenvolvida no Conselho Nacional de Saúde com a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social. Analisar a experiência desenvolvida é parte da produção de conhecimentos que renova o olhar e a potência da experiência vivida, fazendo com que se transforme em tecnologia que pode ser compartilhada e expandida. Como formato de produção de conhecimentos, o desenho da análise se aproxima de um estudo de caso, que tem na narrativa densa o seu fio condutor.

UM BREVE HISTÓRICO

A Constituição Cidadã de 1988 registrou uma grande conquista para o povo brasileiro: a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a definição legal da saúde como direito universal de cidadania e dever do estado. Pela primeira vez na história do país, foi garantida constitucionalmente uma política pública de saúde de acesso universal, fruto da luta social pela redemocratização do país e pelo direito dos brasileiros e brasileiras a melhores condições de vida. O texto da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) sobre a saúde e a seguridade social foi, em grande medida, o resultado da mobilização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em particular do trabalho de mobilização a partir do seu Relatório Final feito pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNS, 2019a)¹⁴. O processo da 8ª CNS foi o primeiro entre as Conferências que incluiu a participação de usuários,

¹⁴ Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 30 jan. 2021.

mobilizando ideias e forças de maneira ascendente com grande capacidade de inovação. Segundo o Conselho Nacional de Saúde,

O relatório final da 8ª Conferência apontou a importante conclusão de que as mudanças necessárias para a melhoria do sistema de saúde brasileiro não seriam alcançadas apenas com uma reforma administrativa e financeira. Era preciso que se ampliasse o conceito de saúde e se fizesse uma revisão da legislação (CNS, 2019a).

Tal resultado foi uma conquista de milhares de pessoas que, além de garantir a saúde para todos através de um Sistema Único de Saúde, conseguiria incluir a participação social como diretriz do sistema, a ser efetivada por meio de Conselhos e Conferências. A Lei 8.142, de 1990 (BRASIL, 1990b) garantiu aos Conselhos a atribuição de participar do processo de formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Tarefas novas, destinadas a novos sujeitos que entram no cenário da saúde que desde então, para cumprirem com suas responsabilidades de conselheiros de saúde, apontaram como demandas importantes os processos de formação/capacitação explicitadas não só nas reuniões plenárias, mas também nas Conferências de Saúde. A regulamentação da participação social no SUS não foi tranquila, sobretudo em função da conjuntura política dos anos 1990.

Da promulgação da Constituição em 1988 até a definição das Leis Orgânicas da Saúde em 1990 (BRASIL, 1990a; 1990b), um movimento conservador alçou à Presidência da República Fernando Collor de Melo, que assumiu o governo federal em março de 1990 e renunciou em outubro de 1992, um dia após a abertura de um processo de impedimento no Congresso. A participação social não era uma diretriz fácil de negociar no então governo Collor, que vetou esse conteúdo da Lei Federal nº 8.080/90, promulgada em 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990a), mas graças a uma ágil movimentação social no Congresso Nacional, o conteúdo retornou por meio da Lei Federal nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b). Esse é apenas um dos episódios da história que demonstra que o SUS é uma conquista da sociedade brasileira e não dádiva de nenhum governo. Política do Estado Brasileiro que deveria ser implementada pelos governos, o que nem sempre se verifica. Em particular nos últimos

anos, durante os quais temos visto muitas iniciativas do governo para retirar financiamento e alterar as diretrizes do SUS.

Consolidar a participação e o controle social envolve uma compreensão bastante inovadora, como se verifica no texto a seguir, que também recupera a contribuição do sanitarista Sérgio Arouca, coordenador da 8ª Conferência Nacional de Saúde:

Trata-se de uma participação que não se esgota nos espaços formais, não quer apenas a “modernização administrativa das instituições, nem simplesmente mudar o desempenho das instituições (se bem que isto seja da maior importância)”. Tampouco “simplesmente acabar com a corrupção (embora isso seja fundamental); nem somente recuperar a dignidade de um serviço público”; a participação, na concepção que embasa o projeto de Reforma Sanitária, está colada no projeto de melhorar as condições de vida da população e comprometida eticamente com ele (Arouca, 1987, p. 42). Não é apenas a tradução da cultura no contexto histórico e social em que se expressa, senão dispositivo para produzir - e que precisa produzir - novas culturas mais sensíveis à diversidade, ao coletivo e à própria ideia de democracia. Não apenas um novo arranjo, mas uma dinâmica que expresse o vivido, o experimentado, a indignação com a injustiça e o adoecimento evitável. A escuta sensível, a negociação permanente, as redes de conhecimentos locais, o compromisso ético com a vida, o direito - e a obrigação moral - de compartilhar ideias e participar democraticamente de processos decisórios: a participação está na base da reforma do sistema de saúde e é seu indicador de direcionalidade. O desafio é a transformação do cotidiano em ato, como dizia o sanitarista: “É como se estivéssemos andando numa Maria fumaça ofegante, lenta, soltando fumaça, quase caindo pelas beiras da estrada e, sem parar, a transformássemos numa grande locomotiva que nos levasse para o futuro” (Arouca, 1987, p. 42)¹⁵. E, ainda mais do que base e direcionalidade, a participação é finalidade do sistema de saúde, uma vez que traduz a ideia de democracia que o embasa e o motiva (FERLA; MATOS, 2012).

Com tamanha expectativa e potencialidade na etapa inicial da sua construção, não é estranho que a implementação do SUS e da participação social na definição das suas políticas tenha sido tão desafiadora. O processo de consolidação da participação social nos conselhos e conferências de saúde está permeado por *experiências vividas* com tensões importantes, seja com alguns governantes e dirigentes nas três esferas de governo, e, também, com alguns segmentos com interesses financeiros na área da saúde. A locomotiva da participação e do controle social vem produzindo efeitos na defesa do SUS. Nesse contexto, fruto das necessidades cotidianas e das dificuldades de intervenção mais efetivas no acompanhamento das políticas de saúde em seus municípios e estados, foi realizado em 1994 o I Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde. Dentre os quatro temas escolhidos para o debate, destaca-se o tópico “Formação e capacitação para Conselheiros”, o que de pronto indicava a relevância e o esforço que deveria ser feito no sentido de garantir aos conselheiros e conselheiras de saúde o respaldo político e técnico necessário ao cumprimento de suas funções. Desde aquele momento, vem sendo reconhecida a necessidade do CNS, em articulação com os CES e outras entidades, para organizar cursos de formação de conselheiros, por estado ou região, fortalecendo a lógica ascendente e regionalizada da participação. Importante aqui compreender que as três diretrizes constitucionais do SUS (descentralização, integralidade e participação social) precisam ser entendidas e constituídas de forma indissociável, que essa é a alma do SUS e a condição de eficácia das políticas de saúde, assim como o seu principal desafio. Do esforço dos participantes deste encontro no ano seguinte, em 1995, realizou-se o I Congresso Nacional dos Conselhos de Saúde em Salvador, considerado um marco na história dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2006a).

No encerramento deste Congresso, com a presença do então ministro da Saúde do governo de Fernando Henrique Cardoso, Adib Jatene, foi lida a Carta de Salvador, a qual reafirmava a “necessidade do fortalecimento do controle social do SUS, pela manutenção do caráter deliberativo dos conselhos, e de um processo de capacitação e aperfeiçoamento dos conselheiros...” (BRASIL, 2006a). Nos segmentos sociais que têm se mobilizado para a implementação do SUS, a definição constitucional de que “todo poder emana do povo” (§ 1º, Artigo 1º) e em seu interesse deve ser exercido, diretamente ou por meio de representantes, impacta de maneira

¹⁵ AROUCA, A. S. S. Democracia é saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. ed., 1986, Brasília. Anais... Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1987. p. 35-42.

contundente a eficácia e a organização das políticas públicas e sociais, uma vez que a sociedade é diversa e desigual, considerando, também, as distinções no poder de vocalização dos grupos sociais que a compõem. E, portanto, ampliar os espaços de participação e a capacidade de interferência da população nas políticas públicas e sociais é determinação constitucional, dispositivo para aumentar a justiça social e a inclusão e, assim, fortalecer a democracia e a institucionalidade democrática do Estado Brasileiro, conforme demonstram as experiências brasileiras e internacionais (MACHADO *et al.*, 2020). Essa definição constitucional precisa de vigilância permanente e muita luta, uma vez que grupos de interesse mais fortes, sobretudo daqueles que detêm o controle da produção e da economia, costumam ter mais acesso aos governos. Isso já aprendemos no exercício do Controle Social nesses anos todos e, de forma muito aguda, no período da pandemia de COVID-19.

Conforme o histórico do Controle Social no SUS, na década de 1990, foi realizada sistematicamente uma série de encontros de conselheiros, plenárias nacionais de Conselhos de Saúde, bem como as Conferências de Saúde. Todos esses eventos reafirmaram, por meio de manifestos, relatórios e resoluções, o entendimento de que a Saúde é um direito de toda a população, que o SUS é uma política pública que deve responder a esse direito. Além disso, eles mobilizaram estratégias para alcançar um financiamento adequado e estável para o SUS, fortalecer os conselhos de saúde como instâncias deliberativas de democracia participativa e da capacitação/formação de conselheiros para o exercício de seu papel, considerado de relevância pública e, mais do que isso, fundamental para a efetivação do SUS conforme está previsto na Constituição.

Durante este período, em decorrência direta dos debates e anseios dos Conselhos de Saúde de todas as regiões aumentavam as solicitações ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) para a formulação e divulgação de diretrizes que pudessem balizar os processos de formação de conselheiros. Por conta disso, em 1999, o CNS instituiu um grupo de trabalho para tratar especificamente do tema de “Capacitação de Conselheiros” que, ao final, construiu um documento intitulado *Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde*. Após a aprovação no plenário do CNS, o documento passou a ser o maior referencial para as iniciativas de capacitação de conselheiros/as de saúde em todo o território nacional, no que tange às suas atribuições legais e políticas (BRASIL, 2002).

Em outubro de 2002, a sociedade brasileira elegeu o primeiro trabalhador da classe popular brasileira na história do país à Presidência da República do Brasil: o ex-metalúrgico e sindicalista Luís Inácio da Silva, o Lula. A eleição de Lula trouxe para os conselheiros a esperança da consolidação do Controle Social e de reorganização do cenário de participação popular na saúde e no âmbito geral da gestão pública, com base na proposta política do governo, sua história de vida e, também, do fato de que se tornava visível a vocalização de interesses populares em linguagem coloquial e em experiência de vida do governante. Que as classes populares constituíssem somente a base do sistema político, tradicionalmente dirigido por uma elite econômica e social, colonizando e coronizando a vida da população, não era um destino inexorável. Em dezembro de 2002 aconteceu em Brasília a XI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. Dentre os principais temas discutidos nesta Plenária, estava a “capacitação de conselheiros de Saúde”. Como principais deliberações, a necessidade de elaboração de uma “Política Nacional de Capacitação de Conselheiros” que contemplasse, dentre outros aspectos, as seguintes questões: financiamento público com garantia de recursos para capacitar 100% dos conselheiros de saúde, titulares e suplentes; edição de portaria, previamente discutida e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, explicitando os seus objetivos, formas de financiamento, conteúdos nacionais e regionais; e criação de polos regionais de capacitação de conselheiros para servirem de multiplicadores de informações (BRASIL, 2007a).

Em 2003, seria feito o anúncio da equipe ministerial de Lula, responsável pela implementação das políticas públicas do novo governo, que incluía nomes de grande relevância para a Reforma Sanitária e a criação do SUS, entre os quais, Sérgio Arouca, o coordenador geral da 8ª Conferência Nacional de Saúde. O Ministério da Saúde, que coube ao Partido dos Trabalhadores, teve a sua organização interna reestruturada pelo Decreto nº 4726 de junho de 2003. Esse decreto possibilitou uma reforma geral nas Secretarias do Ministério e a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) (BRASIL, 2003). A SGTES foi criada em 2003 com a missão de fazer cumprir o texto constitucional referente à ordenação da formação dos trabalhadores da saúde no Brasil (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a), e foi organizada inicialmente em dois departamentos, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

e o Departamento de Gestão de Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), sendo que o DEGES recebeu a responsabilidade pela educação popular, educação técnica e educação superior, que seriam estruturadas em coordenações.

A proposta de uma política voltada à ordenação da formação dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde foi debatida no âmbito da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos para o SUS (CIRH) do Conselho Nacional de Saúde, obtendo parecer técnico favorável. A proposta da “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) seguiria, então, para deliberação do Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua 134ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 03 e 04 de setembro de 2003 (MATIAS, 2016).

A Política de Educação Permanente em Saúde reconhece a complexidade do trabalho no setor, sobretudo nos contextos locais, onde os condicionantes e determinantes da saúde criam situações que escapam à previsão dos conhecimentos e tecnologias já produzidos. A política recupera a definição constitucional da relevância pública do trabalho na saúde (na atenção, na gestão, na participação e na formação de trabalhadores) e, com base nas formulações da educação popular, afirma que o trabalho e o cotidiano têm, estruturalmente, potência para a aprendizagem e para a educação, registrando que o desenvolvimento do trabalho se faz, também, com a reflexão sobre o próprio trabalho. Como política de desenvolvimento do trabalho, a educação permanente está intrinsecamente associada aos fazeres cotidianos, reivindicando que as pessoas que atuam nas diferentes instâncias, tenham espaço de reflexão sobre o cotidiano como parte do trabalho. Assim, a educação opera como desenvolvimento do trabalho, produzindo uma espécie de travessia de fronteiras entre os problemas do cotidiano e os níveis de eficácia que se espera da atenção, da gestão, da participação e da formação no SUS (CECCIM; FERLA, 2008).

Na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), o trabalho na saúde que é de relevância pública inclui a participação social, que também se depara com situações de grande complexidade e que precisam ser analisadas cotidianamente para aumentar a capacidade de superação dos problemas e produzir avanços no SUS. Por isso, em 27 de novembro de 2003,

o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução nº 335 que afirmaria a “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde,” como instâncias locais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente, recomendaria aos gestores das três esferas de governo que envidassem esforços para a implementação desta Política e apoiar estratégias e ações que visassem à interação e articulação entre a formação dos profissionais, a gestão, a organização da atenção à saúde e controle social em saúde (CNS, 2003).

Em fevereiro de 2004, através da Portaria do Ministério da Saúde nº 198, a educação permanente em saúde é alçada pela primeira vez à condição de política pública, explicitando a sua relação com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2004).

O entendimento de educação permanente em saúde disputado nesta proposta de política pública ultrapassaria a mera atualização das práticas profissionais, ou o que se convencionou designar por “capacitação”. Este conceito, por outro lado, buscava provocar mudanças nos mais diversos sujeitos, ampliando a capacidade de reflexão e problematização de suas práticas, tomando como referência às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão e do controle social em saúde. No Brasil, efetivamente este conceito e esta política ultrapassariam o enfoque meramente educacional para imiscuírem-se no território vivo e em construção do Sistema Único de Saúde (MATIAS, 2016).

A interlocução com o CNS era constante, considerando que um dos eixos de ação, elencados no anexo da portaria que criou a política de educação permanente, era “formação e desenvolvimento e acompanhamento de conselheiros e agentes sociais para a construção da gestão social das políticas públicas de saúde”, de forma a fortalecer o controle da sociedade sobre o sistema de saúde (BRASIL, 2004).

Em 2004, já sob a vigência da Portaria nº 198, e sob a responsabilidade do DEGES, a educação permanente para conselheiros de saúde designados pelos Polos de Educação Permanente, realizou-se em Brasília a XII Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, onde a discussão do Controle Social e a Capacitação dos Segmentos seriam temas prioritários do encontro e cujos debates resultaram em deliberações tais como: discussão da operacionalização e do controle do uso de recursos para a capacitação junto aos Conselhos e Polos de Educação

Permanente; criação de formas de controle social efetivo dos recursos alocados para a capacitação e dos próprios Polos de capacitação pelos conselhos; garantia de recursos para a capacitação permanente dos conselheiros de Saúde e da sociedade organizada, independentemente do trabalho desenvolvido nos Polos de Educação Permanente; inclusão, na política de controle social que vinha sendo debatida, um projeto de assessoria para os Conselhos Estaduais e Municipais para o planejamento da capacitação permanente e da educação continuada para subsidiar as ações; autonomia para o controle social da capacitação, proibindo que universidades ou instituições de ensino ministrem cursos de *capacitação* de conselheiros e que o critério de escolaridade dos participantes da formação fosse revisto, visando à inclusão social (BRASIL, 2007a). Dessa forma, as ações de formação de conselheiros e agentes sociais se articulariam às ações mais gerais do DEGES e da SGTES, sem perder de vista o seu caráter popular.

Entretanto, em julho de 2005, o governo Lula vivenciaria a sua primeira crise política e algumas mudanças foram produzidas no âmbito do governo federal devido à necessidade de recomposição de sua base de sustentação política. O Ministério da Saúde vai para o comando do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) e a direção da SGTES é substituída.

Sob novo comando, a SGTES altera a sua composição, retirando da sua estrutura institucional a Coordenação-Geral de Ações Populares de Educação ligada ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). Esta coordenação, agora sob novo nome - Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social - passaria, então, a compor a estrutura do Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa (DAGEP) no âmbito da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) (MATIAS, 2016).

Diversos movimentos sociais da saúde que, até então, articulavam-se junto ao DEGES e à SGTES, passam para o comando da SGEP. Ao mesmo tempo, iniciam-se as discussões para estabelecer novas diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Como produto da revisão das diretrizes da Política que é publicada a Portaria nº 1996 de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007b).

É nesse contexto que se inserem os movimentos que iriam deflagrar a construção de uma “Política Nacional de Educação Permanente para o Controle

Social no Sistema Único de Saúde” no âmbito do Conselho Nacional de Saúde em 2006 e que apresentamos a seguir.

COMO SE CONSTRUIU UMA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O CONTROLE SOCIAL NO SUS?

Em 2005, houve atualização do documento com título *Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social no SUS*, retomando o debate a seu respeito no CNS. O novo documento, além da formação de conselheiros de saúde, ampliava para inclusão de outros sujeitos sociais, previa iniciativas relacionadas às políticas e estratégias de formação permanente, à comunicação e informação em saúde para os cidadãos brasileiros (BRASIL, 2006b). Aprovado pela Resolução nº 354/2005 do Conselho Nacional de Saúde, o documento significou um adensamento importante, registrando a ideia de que o controle social se materializa por meio da participação e é saudável que ela se renove, o que estabelece, ainda, a inclusão de novos atores como desafio para a educação permanente (CNS, 2005).

Entre abril e maio de 2006, foram realizadas seis oficinas regionais para viabilizar a construção de uma Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS (PNEPCSS), considerando que a diversidade regional gera demandas diversas para a descentralização e a integralidade na saúde. Nessas reuniões, discutia-se o que viria a ser o conceito de “educação permanente para o controle social”, definido no âmbito desta Política como:

os processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, através de processos formais e informais que valorizam as experiências (vivências) das pessoas (BRASIL, 2006c, p. 7).

Também se discutiria os principais objetivos desta Política: a promoção de iniciativas educacionais para o controle social que não estivessem restritas aos conselhos, mas envolvessem toda a população e valorizassem as suas experiências e vivências para alcançar melhorias do SUS, além de serem estabelecidos os seus eixos

estruturantes - participação social, intersetorialidade, comunicação e informação, legislação do Sistema Único de Saúde e financiamento para o controle social (BRASIL, 2006c). A PNEPCSS, foi pensada, sobretudo, a partir do conceito de educação popular e da ecologia dos saberes, compreendendo o controle social, não apenas como instância de fiscalização, mas de participação social (CEAP, 2018a).

Originário do movimento de discussão das diretrizes nacionais, do acúmulo político alcançado pelos Conselhos de Saúde ao longo dos anos, das Conferências de Saúde e das contribuições das oficinas regionais realizadas, a Política de Educação Permanente para o Controle Social no SUS seria aprovada por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 363, de 11 de agosto de 2006 (CNS, 2006).

A partir da experiência de composição do Grupo de Trabalho, que esteve à frente da elaboração desta Política junto ao Conselho Nacional de Saúde, deliberou-se em junho de 2007, através da Resolução nº 374 do Conselho Nacional de Saúde, pela aprovação da estruturação e composição da Comissão Intersetorial de Educação Permanente do Controle Social no SUS (CIEPCSS) (CNS, 2007), com a função de apoiar tecnicamente as ações do Conselho Nacional de Saúde, promover iniciativas de educação permanente para o controle social no âmbito do SUS, articular a formação de uma rede nacional de educação permanente para o controle social, além de acompanhar formação de multiplicadores e formadores para o fortalecimento do controle social (BRASIL, 2013). Esta Comissão, como as demais comissões internas ao CNS, seria atualizada pelas Resoluções nº 435, de agosto de 2010, e nº 513, de maio de 2016 (CNS, 2010; CNS, 2016a).

Em prosseguimento aos esforços de consolidação dessa área, no ano de 2014 gesta-se o sonho de construção de uma Escola de Participação Popular e Saúde com os seguintes objetivos: estruturar um Laboratório de Ecologia dos Saberes e Participação Social como estratégia de formação; desenvolver um programa de formação política em Participação Social e Ecologia dos Saberes para lideranças, conselheiros e gestores públicos; desenvolver linhas de investigação e metodologias de pesquisa-ação, populares e interculturais para avaliação e sistematização de experiências de participação social em saúde e organizar uma Rede de Informação, comunicação e publicização dos saberes sistematizados ou produzidos no âmbito da Escola. Infelizmente, mudanças conjunturais impediriam a concretização desse projeto.

Apesar de a ideia de construção de uma Escola de Participação Popular e Saúde não ter avançado, iniciativas de formação para conselheiros e conselheiras foram fomentadas pelo Conselho Nacional de Saúde e por sua Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, embora timidamente, sem ter, antes de 2015, um projeto de formação mais robusto com abrangência nacional que contemplasse conselheiros e lideranças de movimentos sociais para o exercício do controle social (CEAP, 2018a). Foi quando a 15ª Conferência Nacional de Saúde de Saúde retomou fortemente o tema da formação, trazendo, entre os seus eixos o tema Educação Permanente dos Conselheiros. O relatório daquela Conferência foi aprovado na plenária do CNS por meio da Resolução nº 507 de 16 de março de 2016, e dentre as propostas constava:

Garantir e promover, por meio da Educação Permanente e Educação Popular, capacitações descentralizadas para Conselheiros de Saúde, representantes dos Movimentos Sociais e dos Colegiados de Gestão das Unidades de Saúde, visando a formação sobre às suas atribuições e seus direitos, reiterando a defesa dos princípios da Reforma Sanitária e o exercício da cidadania (CNS, 2016b).

Neste mesmo período, houve recomposição da CIEPCSS, e construção do seu plano de trabalho, tendo por base o Plano Nacional de Saúde, as diretrizes e resoluções da 15ª CNS e as propostas que emergiram do Planejamento Estratégico do CNS. Dentre as ações do Planejamento do CNS 2016-2019, o que diz respeito à Educação Permanente foi posteriormente materializado no plano de trabalho da comissão, cujo objetivo apontava para a necessidade de “qualificar a participação do Controle Social na formulação e avaliação das políticas de saúde”. Para dar consecução a tal objetivo, a CIEPCSS propõe como uma das estratégias: “Desenvolver processos formativos para elaboração e avaliação dos instrumentos de planejamento e de gestão (Lei de Diretrizes Orçamentárias, Plano Plurianual, Planos Nacionais, Estaduais e Municipais de Saúde, Relatórios de Gestão, etc...)” (CNS, 2016, não publicado).

Para tanto, na perspectiva de executar o processo de formação para conselheiros e lideranças de movimentos sociais, o CNS buscou parceria com entidades que tivessem experiência em processos de formação para o controle

social e que estes fossem desenvolvidos por meio de metodologias participativas que valorizassem o acúmulo de experiências e vivências dos sujeitos, tal qual previsto na PNEPCSS. Para isso, identificou e convidou o Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) como a entidade com capacidade político-pedagógica para a execução do projeto, considerando que a mesma já atuava nesta área há décadas no sul do Brasil (CEAP, 2018a).

Neste sentido, o projeto *Formação para o Controle Social no SUS* foi apresentado pelo CEAP, com aprovação do Conselho Nacional de Saúde e aprovação da OPAS, em 20 de outubro de 2016,

preservando a matriz conceitual de formação, multiplicação e controle social da educação popular e ecologia dos saberes, articulado estrategicamente com o objetivo da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social e com as diretrizes aprovada nas conferências de saúde (CEAP, 2018a).

Concomitante a isso, e considerando que uma das responsabilidades da CIEPCSS é o de estimular e contribuir para formação de uma Rede nacional de educação permanente para o controle social, estimulando estrategicamente os estados e municípios a implantarem as Comissões de Educação Permanente, além da necessidade de implicação dos Conselhos Estaduais de Saúde no recém aprovado Projeto de Formação para o Controle Social, a CIEPCSS organizou o 1º Encontro das Comissões Estaduais de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, no ano de 2017. Este encontro contou com a participação de representantes de 24 estados e teve como objetivo principal aproximar a Comissão nacional das Comissões estaduais e compartilhar os processos de formação em curso nos estados na perspectiva de construção de uma Rede Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, bem como promover a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS (PNEPCSS), de forma que fosse avaliada a necessidade de atualização da mesma. Neste encontro foi possível pactuar com os participantes uma agenda para o fortalecimento da Educação Permanente para o Controle Social no SUS, a começar pelo compartilhamento de responsabilidades frente ao projeto que seria desencadeado pela parceria entre CNS/CEAP/OPAS.

Após este movimento de integração e mobilização com as Comissões estaduais de educação permanente, durante os anos de 2017 e 2018, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da sua Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS (CIEPCSS) junto com o Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP), com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS no Brasil) desenvolveram um projeto de formação para conselheiros e movimentos sociais, que buscava contribuir com a construção democrática brasileira, por meio de um grande processo de Educação Permanente para o Controle Social, que foi desenvolvido a partir do nível federal e contou com a participação de todos os Estados da Federação e Distrito Federal, o qual descreveremos na sequência.

PROJETO DE FORMAÇÃO PARA O CONTROLE SOCIAL NO SUS: CONSTRUÇÃO E TRAJETÓRIA

A partir de 2016, com a deflagração do golpe jurídico-parlamentar que destituiu a primeira Presidenta da República do Brasil, Dilma Rousseff, vivíamos uma conjuntura difícil, de fragilização democrática e ameaça às instituições e aos direitos sociais do povo brasileiro, em especial o direito à saúde face à possibilidade de um desmonte do Sistema Único de Saúde, também sob a égide da recém aprovada Emenda Constitucional 95, a chamada “PEC da Morte”, que congelou por 20 anos os recursos para a saúde, agravando o seu já histórico subfinanciamento. Neste turbilhão é que o Projeto de Formação para o Controle Social, em sua primeira edição, estava sendo gestado e orientava-se pela premissa da defesa da democracia:

O projeto procurou estabelecer um profundo diálogo entre a Democracia e o SUS, numa firme convicção de não haver democracia sem a garantia e realização do direito humano à saúde, ao mesmo tempo que não há a garantia e realização do direito humano à saúde sem democracia (CEAP, 2018a, p. 7).

Na proposta inicial do Projeto de Formação para o Controle Social, o CEAP como entidade executora passou a organizá-lo, contemplando olhares

dos diversos sujeitos implicados, de tal sorte que mantivesse a coerência com os princípios da educação popular apontados pela Política Nacional de Educação Permanente como base para a realização de qualquer processo de formação para o controle social mediado pelo CNS. Iniciava-se, portanto, uma experiência singular de construção coletiva que abrangeria todas as etapas do processo, desde a sua concepção, execução e avaliação. (CEAP, 2018a, p. 7). É importante reafirmar que a educação popular pensada no projeto se orientava segundo o fundamento da prática de luta pela saúde enquanto direito humano. Foi graças aos processos desencadeados pela educação popular que foi possível alimentar e fortalecer a construção do SUS enquanto política pública que garanta o direito humano à saúde a todos os brasileiros e brasileiras (CEAP, 2020).

O objetivo geral do projeto reproduziu o objetivo da PNEPCSS de “desenvolver ações que promovam a atuação em processos de democratização do Estado, na garantia dos direitos sociais e na participação da população na política de saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos conselhos de saúde para fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2006c, p. 11). Já os objetivos específicos ressaltaram a base que deveria orientar o processo de formação, a partir da compreensão do conceito ampliado de saúde, da saúde como direito constitucional, dos conselhos de saúde como espaços de manifestação de interesses plurais compostos por sujeitos que representam a diversidade da sociedade. Portanto, a educação permanente deveria ter a compreensão de contemplar uma abordagem que considerasse a diversidade da população. O SUS deveria ser reafirmado em seus princípios e diretrizes, ao mesmo tempo em que os processos de formação de multiplicadores deveria ser uma meta importante para agregar mais sujeitos comprometidos com a defesa do SUS, assim como a formação de uma Rede Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS (CEAP, 2018a).

Vale lembrar que o projeto aprovado se encontrava em sintonia com os instrumentos que são a base da educação permanente para o controle social, somados ao Relatório da 15ª Conferência Nacional de Saúde, a Resolução do Conselho Nacional de Saúde e a experiência histórica do CEAP na seara da educação popular. A sua operacionalização foi viabilizada por meio de ações constituídas, desde Seminários com a Comissão de Educação Permanente e

Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde; formação para os educadores/as; elaboração de materiais educativos pedagógicos e a realização das oficinas regionais, que descreveremos abaixo.

SEMINÁRIOS DE CONSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO 1

Numa perspectiva de buscar a construção de alinhamento político-metodológico-teórico para o projeto, assegurando o protagonismo coletivo dos mais diversos atores e atrizes na perspectiva da educação permanente, segundo a qual a construção do “caminho se faz ao caminhar”, foram realizados Seminários que contaram com a participação conjunta de três atores: a mesa diretora do Conselho Nacional de Saúde, integrantes da Comissão de Educação Permanente para o Controle Social no SUS e membros do Centro de Educação e Assessoramento Popular.

Os seminários se constituíram como espaços colaborativas que deliberaram sobre a execução do projeto como um todo, desde os primeiros passos, incluindo conteúdos, metodologia, avaliação e estratégias de formação de e multiplicadores para o Controle Social no SUS, e se orientavam a partir da premissa de valorização das experiências e conhecimentos acumulados de cada um.

A resultante destes seminários, a partir da avaliação dos produtos previstos no projeto, indicava diretrizes para a continuidade desta proposta formativa.

FORMAÇÃO DE EDUCADORES E EDUCADORAS

Esta experiência inovadora de formação reivindicava um perfil singular para educadores e educadoras, aquele de educador popular, considerando que a escolha metodológica para execução do projeto tinha, como o fio condutor, os princípios da educação popular. Este talvez tenha se constituído como dos maiores desafios do projeto: selecionar e formar educadores populares que pudessem materializar aquilo que, segundo Paulo Freire, constituía-se como educação popular e que pressupunha:

(...) ensinar-aprender, o diálogo, a pesquisa, a ética, a estética, o respeito e o reconhecimento do outro, responsabilidade e assumir

como postura de vida seu discurso. Ninguém transfere conhecimento para o outro como uma operação bancária; ambos os envolvidos no processo ensino-aprendizagem são sujeitos da ação formativa, em que há aquele que conduz, problematiza, sonha, mostra que é possível construir outra forma de ser e estar no mundo (CEAP, 2018b, p. 11).

Nesta perspectiva, o edital de seleção dos educadores/as já apontava a necessidade de que os candidatos à vaga tivessem experiências com processos formativos e educação popular, bem como conhecimento dos seguintes temas: política pública de saúde, Sistema Único de Saúde e controle social, o que foi fundamental, considerando que a experiência de cada um/a contribuiria para a formação da equipe. Coletivamente, organizou-se o processo de aprender e ensinar, de um jeito, que como dizia Paulo Freire, ensinar e aprender se tornam faces da mesma e valiosa moeda, uma não se constitui sem a outra.

Em cada uma das oficinas de auto formação realizadas, fortalecia-se a articulação entre as experiências concretas, informações historicamente produzidas que buscavam dialogar com autores que eram referência na temática, de modo que, ao mesmo tempo em que se formava, cada participante contribuía para a formação do grupo. (CEAP, 2018b), reafirmando o que Freire em seu livro *Pedagogia da Autonomia* afirmaria: “(...) educar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção” (FREIRE, 1996, p. 22).

E, foi assim que, ao final de um período de descobertas, produções e construções feitas a muitas mãos, o grupo de educadores/as e coordenação do projeto estruturou um roteiro com temas geradores que passaram a compor a programação das oficinas regionais. No entanto, a depender da realidade e especificidades locais poderiam ser adequadas, contanto que tivesse como fio condutor, a reflexão sobre os fundamentos teórico-políticos do direito humano à saúde no Brasil, definido conjuntamente em seminários CIEPCSS e CEAP. Para tanto, temas estratégicos seriam colocados em debate, como: Saúde como Direito Humano; Políticas de Saúde e do SUS; Princípios do SUS; Participação e Controle Social no SUS; Multiplicação (CEAP, 2018b).

SOBRE A ELABORAÇÃO DOS MATERIAIS PEDAGÓGICOS EDUCATIVOS

Importante ressaltar a relevância dos instrumentos pedagógicos construídos para este projeto, a saber: cartilha impressa e eletrônica, audiovisual e plataforma virtual. A cartilha: “O SUS e a efetivação do Direito Humano à Saúde” (CEAP, 2017) com linguagem simples, subsidiou os debates nas oficinas, além de servir como material de apoio para os conselheiros e lideranças da saúde desenvolverem os processos de multiplicação como também para outros processos de educação permanente que foram realizados posteriormente nos mais diversos locais, incluindo um espaço importante de formação de profissionais, que são as instituições de ensino (CEAP, 2018c).

Outro material estratégico foi o audiovisual, intitulado *Saúde* organizado a partir da fala de pessoas reais e situações vividas no cotidiano. Este audiovisual se transformou em um instrumento potente de sensibilização e de reflexão sobre o Direito Humano à Saúde com os seus princípios de universalidade e integralidade, sobre o SUS, os desafios para a sua consolidação diante do projeto neoliberal de desmonte das políticas públicas e do risco de transformar a saúde em mercadoria.

A plataforma eletrônica, por outro lado, serviu como repositório de materiais pedagógicos, como espaço de comunicação da coordenação do projeto com os Conselhos Estaduais, a equipe de formadores, o público interessado e participantes das atividades, além de ter sido o espaço organizativo e de coleta de informação, centralizando todas as inscrições e seleções dos participantes das oficinas (CEAP, 2018c).

AS OFICINAS DE FORMAÇÃO

Este processo construído a muitas mãos foi desencadeado a partir do Conselho Nacional de Saúde, contando com a participação dos Conselhos Estaduais de Saúde, das Comissões estaduais de educação permanente, movimentos e organizações populares. Para dar viabilidade e concretude às ações, o CEAP elaborou um plano de articulação, mobilização, organização, distribuição das oficinas, de forma dialogada com os atores e atrizes envolvidos na realização das oficinas.

Após este processo de mobilização, os participantes realizaram as inscrições via plataforma web, e a seleção dos participantes efetivada. Entre junho e julho de 2017, foram realizadas três oficinas-piloto nas cidades de Belo Horizonte, São Paulo e Porto Alegre para testar a metodologia a ser utilizada (CEAP, 2018d).

O projeto previa a realização de 68 oficinas, com dezesseis horas de duração cada, distribuídas nos 26 estados e no Distrito Federal, e o número de participantes por oficina seria de 80 pessoas, das quais 70% seriam conselheiros/as estaduais e ou municipais e 30% de movimentos e organizações populares. Cada oficina seria dividida em duas turmas de 40 pessoas, que seriam acompanhadas por um/a educador/a. Além dos dias de formação, a proposta metodológica previa que os participantes realizassem a multiplicação nas suas bases de atuação após participarem das oficinas (CEAP, 2018d).

No entanto, as expectativas foram superadas de modo que foram realizadas 70 oficinas, envolvendo mais de quatro mil participantes, tendo a definição de distribuição das oficinas por estado utilizado o critério populacional e o número de municípios a partir de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os participantes de cada estado inscreveram-se na plataforma online elaborada para este projeto, sendo importante destacarmos aqui que a seleção dos conselheiros de saúde foi realizada pelos Conselhos Estaduais de Saúde, pela via das comissões de educação permanente, conforme pactuado na lógica do fortalecimento das Comissões estaduais e da construção da Rede de Educação Permanente, para que se pudesse dar continuidade aos processos formativos locais e de acompanhamento dos multiplicadores que participaram das oficinas. Por sua vez, a seleção das lideranças dos movimentos sociais foi realizada pelos próprios movimentos.

A partir dos dados obtidos durante a realização destas oficinas, pôde-se traçar um perfil geral que nos ajudou em grande medida na compreensão geral de um panorama do que se configurou uma pequena amostra da participação social de conselheiras, conselheiros e lideranças de movimentos sociais e organizações populares do país.

Quanto ao segmento dos participantes, como referido anteriormente, a proposta original previa que do total de 80 pessoas por oficina, 30% destes seriam

de movimentos sociais e organizações populares. Em números absolutos, isso significaria 24 representantes dos movimentos e 56 conselheiros/as em cada oficina. Entretanto, a experiência concreta mostrou ampla participação de conselheiros que representaram numa média geral a porcentagem de 82% do total dos participantes, ao passo que a representação dos movimentos e organizações populares ficou abaixo dos 30% esperados. Exceção feita aos estados do Acre - que contou com a maior participação de movimentos e organizações populares, apesar do reduzido número geral de participantes - e aos estados do Ceará, Mato Grosso, Amapá e Rio Grande do Sul, que também tiveram um percentual maior que a média geral de participação dos movimentos e organizações populares (CEAP, 2018d).

Em parte, participação em geral reduzida dos movimentos e organizações populares nas oficinas frustrou as expectativas de formação de novas lideranças para o exercício do controle social no SUS, mas também permitiu a compreensão de questões sintomáticas da realidade de distanciamento dos movimentos em relação às bases e a crise do modelo participativo brasileiro.

Tendo em vista a participação de conselheiros e conselheiras, vale destacar que na divisão por segmentos, a participação de usuários e trabalhadores sobrepôs-se à participação de prestadores de serviços e governo, representando no total: 42% de usuários, 41% de profissionais, 11% de governo e 6% de prestadores de serviços. Um dado importante, considerando que, historicamente, os trabalhadores e trabalhadores estiveram distantes dos espaços de controle social e participação nas instâncias de discussão do Sistema Único de Saúde (CEAP, 2018d).

Quanto aos dados referentes à participação nas oficinas, as regiões Norte e Centro-Oeste obtiveram maiores percentuais de participação, chegando a 91% e 85% respectivamente; as regiões Nordeste e Sudeste atingiram 72% e 73% respectivamente, ao passo que a região Sul teve o pior percentual de participação, apenas 51% (CEAP, 2018d).

Em relação ao perfil dos participantes da oficina, predominou a faixa etária compreendida entre 31 a 50 anos, representando um pouco mais da metade dos participantes, com algumas pequenas variações por estados. A faixa etária dos mais jovens compreendida entre 21 a 30 anos apresentou baixo percentual, indicando fragilidade em relação à participação do segmento mais jovem neste projeto (CEAP, 2018d).

O sexo feminino predominou, indicando uma participação de mulheres em quase 70% do total de participantes, havendo uma equiparação na proporção entre os sexos apenas nos estados de Alagoas, Pernambuco e Piauí (CEAP, 2018d).

Em relação à condição socioeconômica, a região Sul concentrou o maior percentual de participantes que ganham acima de quatro salários mínimos em contraposição às regiões Norte e Nordeste que apresentaram menor renda. A região Sul também apresentou percentagem de escolaridade maior dos participantes em contraposição à região Norte (CEAP, 2018d).

Quanto à declaração de cor/raça por parte dos participantes, no Sul, 80% declararam-se brancos, enquanto na região Norte houve maior declaração de pardos. Na média geral das regiões, a cor parda obteve maior percentual, totalizando 50% das autodeclarações e em seguida temos 40% de brancos e em torno de 10% de pretos. Esses dados, como são obtidos por meio de autodeclaração, também maculam discussões históricas sobre a dificuldade de reconstrução da identidade negra. O ideal eugenista e racista promovido no Brasil em séculos de exploração e a ideologia do branqueamento racial também dizem respeito a um povo que não se reconhece preto, embora todos os traços apontem para isto. Refletir crítica e qualificadamente sobre este dado também é um desafio que a nós se impõe (CEAP, 2018d).

MULTIPLICAR PARA PODER SOMAR

O princípio da multiplicação dos processos merece destaque especial por ser uma preocupação que nos atravessa desde o início. Se retomarmos os objetivos do projeto, um deles indicava formadores e multiplicadores como atores importantes na defesa e fortalecimento do SUS enquanto política pública, da saúde como direito humano, e a democracia como única possibilidade de mantermos vivos os espaços de controle e participação social. Para a concretude deste objetivo, parte da programação das oficinas tratava da proposta metodológica na qual os participantes realizariam a multiplicação nas suas bases de atuação após a conclusão das oficinas (CEAP, 2018d). Além do que, o esforço também se dava para que as Comissões estaduais de educação permanente pudessem apoiar e acompanhar os multiplicadores na operacionalização de suas propostas de intervenção, de tal sorte que, mesmo incipientemente estas ações se constituíssem

como disparadoras para a formação de uma rede de educação permanente para o controle social no SUS capilarizada nos mais singulares lugares de nosso país, com a tarefa de lutar pela democracia, pelo direito à saúde e pelo SUS universal.

Os processos de multiplicação, orientados pelos princípios da educação popular e partindo do acúmulo das oficinas deveriam criar possibilidades para a produção do conhecimento a partir da prática, compreendendo que sua construção se faz tarefa de todos os sujeitos envolvidos em processos políticos de luta em defesa da vida e da saúde como direito humano. Para isto, se fez necessária a compreensão de que era preciso romper com a lógica de que o conhecimento que tem valor é aquele produzido na Academia, desconstituindo o saber popular acumulado a partir das experiências de vida e dos fazeres cotidiano. E neste sentido, Freire sabiamente dizia: não existe conhecimento mais ou menos importante, existem conhecimentos diferentes.

Uma das apostas e desafios colocados pelo CNS/CIEPCSS orientava os participantes a deixarem as oficinas com o compromisso de lutar pela transformação da realidade, pela melhoria das condições de vida das pessoas. Portanto, todos deveriam realizar atividades que mobilizassem sujeitos, organizações, conselhos, pastorais, movimentos, sindicatos, dentre outros, para que mais pessoas se agregassem nas lutas em defesa da democracia, da saúde como direito e do SUS.

Nesse sentido, muitos processos de multiplicação foram realizados país a fora, alguns deles acompanhados pelos Conselhos Estaduais de Saúde, pelas Comissões de Estaduais de Educação Permanente e tantos outros que não temos sequer capacidade de enunciar ou mensurar. Estes processos indubitavelmente impactaram e contribuíram para o fortalecimento dos debates nas Conferências municipais e estaduais de saúde, reafirmando na 16ª Conferência Nacional de Saúde a importância da Educação Permanente como estratégia para o fortalecimento do Controle Social e da defesa do SUS.

16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: DEMOCRACIA E SAÚDE

Em agosto de 2019 seria realizada a histórica 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) que debateria uma série de propostas e apresentaria um conjunto de resoluções para a área. Foram recebidas um total de dez propostas relativas

à Política de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, divididas no Eixo Transversal: Saúde é Democracia; Eixo 1: Saúde como Direito e Eixo 2: Consolidação dos Princípios do Sistema Único de Saúde (CNS, 2019b).

Chama a atenção no relatório da 16ª CNS as propostas que apontavam para ampliação do papel estratégico da Educação Permanente para o Controle Social (CNS, 2019b), indicando claramente a necessidade cada vez mais premente de fortalecer o papel político dos conselheiros e conselheiras de saúde e das lideranças de movimentos sociais comunitários, populares, sociedade civil na disputa pela garantia do SUS, seus princípios e diretrizes. Tal fato, possivelmente, decorre da lógica mercantilista de destruição das diversas políticas e programas de saúde que o governo Bolsonaro de forma acelerada, implantou e que indicavam uma fragilização do SUS. O desmonte se dava não só em decorrência do desfinanciamento da saúde, consequência da promulgação da EC 95, mas também pelas decisões políticas que extinguíram políticas de equidade, fragilizando e até desmontando ações e serviços do SUS essenciais à população.

Após avaliar o cenário, e nesta conjuntura política adversa, o CNS realizou o seu Planejamento estratégico para a gestão 2019-2022 explicitando como uma de suas ações a “Promoção da formação para o controle social”, e tendo como uma de suas estratégias a execução do “Projeto de educação permanente de formação para o controle social no SUS” (CNS, 2019, não publicado), tendo a CIEPCSS como responsável pela sua coordenação e o CEAP como entidade executora, novamente contando com o apoio da OPAS/OMS, que reconhecendo a relevância do projeto em sua 1ª edição, colocou-se como parceira para dar continuidade ao bem-sucedido projeto de educação permanente, iniciativa que culminou com a aprovação da Carta-acordo para segunda edição do projeto de “Formação para o Controle Social no SUS 2”.

MAIS VALE O QUE SERÁ: UMA BREVE AVALIAÇÃO DA CAMINHADA E O QUE ESPERAMOS PARA O PROJETO 2

Foram muitos Brasis, foram muitas trocas e o maior aprendizado que experimentei na vida pessoal e profissional. É ver em cada oficina as sementes plantadas dando frutos. É aprender em cada oficina, e com

cada experiência mais e mais sobre o controle social. É fazer parte de uma formação que em alguns lugares mudou a forma daqueles participantes verem o mundo. Foi uma troca de conhecimento que tirou o véu da ilusão (citando Bourdieu) de muitas pessoas. Saí de todas as oficinas com a sensação de trabalho cumprido. Pessoas mobilizadas e organizadas de forma coletiva para o fortalecimento do controle social do SUS (Educadora do projeto).

Como dizia o poeta Manoel de Barros: “a importância de uma coisa não se mede com fita métrica, nem com balanças, nem barômetros, mas sim pelo encantamento que a coisa produza em nós”. Produção de sentidos, sujeitos e subjetividades é o que experimentamos nas oficinas por esses tantos Brasis que conhecemos e pelos encontros de gentes, diferentes lugares, sotaques, crenças, cores, etnias, formações. As oficinas nos permitiram a oportunidade ímpar de juntar gente do serviço e gente das comunidades, dos movimentos sociais, trabalhadores, gestores, gente diversa numa perspectiva única e maior de luta pelo direito à saúde de todas e todos, um ideal que nos une nas lutas por uma outra sociedade e mundo mais justos.

O impacto que se produziu foge à nossa própria capacidade de descrição porque, felizmente, fugiu de nosso controle. Na avaliação das atividades que realizamos desta primeira edição do projeto, ratificamos o impacto extremamente positivo, tanto para os conselheiros/as participantes, quanto para as lideranças dos movimentos sociais contribuindo não só, na sua qualificação pessoal, como coletiva, reafirmando o papel dos espaços de controle social, particularmente dos conselhos e dos movimentos sociais como potentes instrumentos de mobilização da sociedade em prol dos seus direitos, e que precisam ser constantemente ativados por meio de processos formativos. Reflexo disso são as resoluções advindas da 16ª Conferência Nacional de Saúde cujas propostas reafirmaram a educação permanente como estratégia generosa para o exercício da gestão participativa, do controle social e da participação da sociedade nas deliberações das políticas de saúde.

No ano de 2020, atravessamos a maior crise sanitária mundial em pelo menos 100 anos, causada pela pandemia do novo coronavírus (SARS-Cov-2), situação que tem desafiado a capacidade de assistência e promovido o colapso dos sistemas de saúde do mundo. Ao lado disso, a conjuntura da política brasileira

permanece instável e extremamente difícil. O projeto 2 de formação será realizado nesse contexto de crise política exacerbada pelo contexto de crise sanitária e de uma suposta crise fiscal que tem servido de base de sustentação retórica à aprovação de reformas que retiram os direitos conquistados com muita luta pelo nosso povo. As ameaças ao caráter universal do SUS, emanadas de propostas identificadas com uma visão de “cobertura universal à saúde” em consonância com as políticas emanadas do Banco Mundial, exige de nós, no tempo presente, uma capacidade de mobilização e articulação entre os conselhos de saúde, entidades e movimentos sociais. Nesse contexto, o Conselho Nacional de Saúde, em parceria com CEAP e OPAS, estarão novamente assumindo a responsabilidade política de mobilizar e informar a população. Mais que isso, encara-se o desafio de refletir e sistematizar o vivido nas experiências, produzindo conhecimento sobre os processos de educação permanente e controle social no SUS, a partir da prática, das vivências no cotidiano da participação social no Brasil.

Face aos velhos e novos desafios impostos pela pandemia do novo coronavírus, impõe-se ao Conselho Nacional de Saúde e às demais instâncias do controle social a tarefa de mobilização da sociedade numa perspectiva única de defesa da vida e do Sistema Único de Saúde universal, público, de qualidade e com financiamento adequado, no intuito de assegurar a garantia do acesso à saúde como direito fundamental da pessoa humana. A educação permanente coloca-se nesta seara como importante aliada nas lutas para conduzir o nosso povo à tomada de consciência e a resgatar o ideal de solidariedade social que nos coloque em outro patamar civilizatório.

REFERÊNCIAS

AROUCA, A. S. S. **Democracia é saúde**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. Anais... Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1987. p. 35-42.

BRASIL. BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 de nov. de 2020.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos

serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990a.

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Reimpressão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Decreto Nº 4.726, de 09 de junho de 2003**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2003; 9 jun.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 198/2004, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 fev 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Plenárias nacionais de conselhos de saúde: resgate histórico do controle social no SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde**. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 256 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil) (Série Histórica do CNS)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 40 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único – SUS**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006c. 20 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Plenárias nacionais de conselhos de saúde: resgate histórico do controle social no SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde**. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007a. 256 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil) (Série Histórica do CNS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as

diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 178 p. : il. Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP). Concepção e viabilização do projeto / Centro de Educação e Assessoramento Popular. – Passo Fundo: Saluz, 2018. – (Coleção Formação para o controle social no SUS, ISBN 978-85-69343-52-3 ; v. I). 141 p. ; 29,7 x 21 cm.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras**. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300003>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 mar. 2021.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR (CEAP). **O SUS e a efetivação do direito humano à saúde**. Centro de Educação e Assessoramento Popular: Organização Pan-Americana de Saúde.- 2 ed. - Passo Fundo: Saluz, 2017. 120 p.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR (CEAP). **Concepção e viabilização do projeto**. Centro de Educação e Assessoramento Popular. – Passo Fundo: Saluz, 2018a. – (Coleção Formação para o controle social no SUS, ISBN 978-85-69343-52-3 ; v. I). 141 p.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR (CEAP). **Formação da equipe de educadores(as)**. Centro de Educação e Assessoramento Popular. – Passo Fundo: Saluz, 2018b. – (Coleção Formação para o controle social no SUS, ISBN 978-85-69343-52-3 ; v. II). 105 p.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR (CEAP). **Construção dos materiais de apoio e pedagógicos para desenvolvimento do projeto**. Centro de Educação e Assessoramento Popular. – Passo Fundo: Saluz, 2018c. – (Coleção Formação para o controle social no SUS, ISBN 978-85-69343-52-3 ; v. III). 221 p.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR (CEAP). **Desenvolvimento das oficinas**. Centro de Educação e Assessoramento Popular. – Passo Fundo: Saluz, 2018d. – (Coleção Formação para o controle social no SUS, ISBN 978-85-69343-52-3 ; v. IV). 126 p.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR (CEAP). **O SUS e a efetivação do direito humano à saúde**. Centro de Educação e Assessoramento Popular:

Organização Pan-Americana de Saúde.- 2 ed. - Passo Fundo: Passografic, 2020. 120 p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003**. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm. Acesso em: 10 nov. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 354 de 14 de setembro de 2005**. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_05.htm. Acesso em: 10 nov. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 363, de 11 de agosto de 2006**. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_06.htm. Acesso em: 10 nov. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 374, de 14 de junho de 2007**. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_07.htm. Acesso em: 10 nov. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 435, 12 de agosto de 2010**. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_10.htm. Acesso em: 10 nov. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 513, de 6 maio de 2016a**. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_16.htm. Acesso em: 10 nov. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 507 de 16 de março de 2016b**. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_16.htm. Acesso em: 10 nov. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Plano de Trabalho da Comissão de Educação Permanente para o Controle Social no SUS – CIEPCSS – 2016/2019**. Não publicado.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Plano de Trabalho da Comissão de Educação Permanente para o Controle Social no SUS – CIEPCSS – 2019/2022**. Não publicado.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma**. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Brasília: 22 de maio de 2019a. Acesso em: 17 mar. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº 617, de 23 de agosto de 2019b**. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_inicial.htm. Acesso em: 10 nov. 2020.

FERLA, A. A.; MATOS, I. B. **Participação na Saúde: teorias e práticas revitalizadas nos trabalhos do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa na Saúde**. Saude soc., São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 8-17, maio 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 mar. 2021.

FERLA, A. *et al.* **Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas**. Saúde em Redes, n. 6, Supl.2, p. 1-6, 2020. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n2.3215g478>.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 15. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

MACHADO, F. V. *et al.* **Governança participativa e a expansão do conceito de saúde na experiência do community lab na Itália**. Rev. psicol. polít., São Paulo, v. 20, n. 49, p. 735-750, dez. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000300020&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 mar. 2021.

MATIAS, M. M. M. **Políticas de educação permanente em saúde nos governos Lula: um olhar a partir dos documentos**. Dissertação (Mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2016. 92f.



PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL: EM DEFESA DO DIREITO HUMANO À SAÚDE E DO SUS

Clarete Teresinha Nespolo de David¹⁶
Eliane Aparecida da Cruz¹⁷

INTRODUÇÃO

A experiência de controle social de políticas públicas de saúde no Brasil é inédita no mundo e pode ser apresentada como resultado das mobilizações das forças populares e sociais no período da redemocratização do país nos anos de 1980, na formação ímpar do Movimento pela Reforma Sanitária, na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e na participação popular na Assembleia Nacional Constituinte de 1987, que possibilitou aprovar o capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988. Como movimento permanente, promoveu a redemocratização do Conselho Nacional de Saúde nos anos de 1990 e impulsionou a regulamentação do SUS, por meio das Leis 8.808 e 8.142, de 1990. Essa rica história de participação e conquistas sociais permanece como base de sustentação do SUS.

Foram os movimentos reivindicatórios, vindo das ruas, que enfrentaram crises instituídas pela representação política tradicional do Governo Militar imposto pelo Golpe de 1964. Algumas organizações políticas, partidos postos na clandestinidade e lideranças sociais que voltavam do exílio se rerepresentavam no cenário político nos anos de chumbo, de 1960 a 1980. Ao mesmo tempo, outros movimentos surgiam em bairros, fábricas e Igrejas mediante as necessidades sociais, econômicas de políticas agudizadas pelo ambiente de repressão militar. As mobilizações e articulações sociais provocavam questionamentos das estruturas políticas estatais autoritárias e a crítica a esse estado repressor se tornava hegemônica, enquanto a luta para resgatar o ambiente democrático desencadeou a Campanha das Diretas Já, em 1984, e promoveu rupturas políticas e culturais que impuseram uma transição democrática em 1984/1985,

¹⁶ Doutora em Serviço Social pela PUC/RS, Mestra em Sociologia pela UFRGS, Especialista em Saúde Pública pela Ensp/Fio Cruz/ESP/RS, Assistente Social. Pesquisadora Controle Social na Saúde. Contato da autora: ctnidd@uol.com.br

¹⁷ Doutora pela Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília. Mestra em Direitos Humanos e Cidadania pelo Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da UnB. Assistente Social. Educadora Popular. Contato da autora: elianacruz40@gmail.com

a qual incluiu a elaboração de uma nova Constituição Federal, posteriormente elegeu Tancredo Neves, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) –de forma indireta, pelo Congresso Nacional para a Presidência da República, reinaugurando um governo civil em nosso país.

Para superar o recente período de exceção pelo qual o país havia passado, transformações só poderiam se dar por meio de um espaço político democrático legítimo, uma Assembleia Nacional Constituinte, que traria o ambiente oportuno para um debate nacional sobre a organização social, política e econômica do país, com repercussões para a reorganização de todo o Estado Brasileiro.

A Assembleia Nacional Constituinte foi convocada em 1986. As eleições para governadores, deputados estaduais, deputados federais e senadores realizadas em 1987 e, assim, com a composição do novo Congresso Nacional, a referida Assembleia foi instalada e presidida pelo deputado Ulysses Guimarães do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB).

O processo político de lutas para influenciar a elaboração da nova Constituição com muita organização e disposição da sociedade civil, deflagrou o processo de construção de um Estado democratizado. Para Gohn,

é inegável que os movimentos sociais dos anos 70/80, contribuíram decisivamente, via demandas e pressões organizadas, para a conquista de vários direitos sociais novos, que foram inscritos na nova Constituição Brasileira de 1988 (GOHN, 2010, p. 20)

Assim, ao reivindicar direitos negados a segmentos historicamente excluídos, os protagonistas dessas ações se conformavam em novos sujeitos políticos - que assumiam a direção e a organização de uma nova institucionalidade em disputa por espaços, fora e dentro do Estado, para a expressão de suas vozes sociais.

Nesta nova ordem, a preciso democratizar espaços públicos de tomada de decisão da gestão pública e, sobretudo, fortalecer a organização de seus espaços próprios de articulação, formulação, educação de base e mobilização política para que as necessidades e interesses sociais fossem promotores de processos de emancipação social e conquista de cidadania.

Portanto, a efervescência política dos anos 1980, na área de saúde, fez nascer e crescer o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, que estava

estruturado sob bases de movimentos políticos, sociais e técnicos articulados e organizados, que protagonizaram a formulação da proposta do sistema de saúde universal, público e gratuito na 8ª CNS, e que lutaram pela construção e aprovação do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988.

As diretrizes de organização do SUS, que são a descentralização, a atenção integral, regulamentados pela Lei 8.080/90, e a participação da comunidade regulamentada pela Lei 8.142/90 com a criação de conselhos e conferências de saúde, impulsionou o Controle Social na área de saúde e surgia como uma oportunidade de controle do Estado, ou seja, da ‘coisa pública’ como pertencente ao campo da mediação de conflitos de interesses entre a sociedade e o Estado. Nesta abertura de processos participativos no âmbito institucional, a atuação dos movimentos surgidos dessas lutas do período da redemocratização, e aos quais nos referiremos neste artigo, adotavam sua produção de estratégias e conhecimentos sustentados na educação popular, assumindo a centralidade de suas análises para as disputas em defesa da classe trabalhadora a partir da reflexão da prática e da experiência de ação e de luta cotidiana pela garantia de seus direitos.

Desde a redemocratização do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em agosto de 1990, e com a criação de conselhos estaduais e municipais em todo o país a partir da Lei 8.142, soma-se hoje mais de 100.000 conselheiros de saúde, entre titulares e suplentes, de acordo com dados do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (Siacs) do CNS. Ao longo destas três décadas de existência do SUS, os conselhos de saúde cresceram em importância e articularam-se nacionalmente na Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

Da 9ª a 15ª Conferência Nacional de Saúde, as demandas de construção e de defesa do SUS se fizeram presentes para garantir o Direito à Saúde e nesses espaços de debate e deliberação pública foram tratados temas como a municipalização e a descentralização de serviços, o financiamento e a gestão do SUS, o modelo de atenção à saúde a partir da Estratégia de Saúde da Família e a gestão do trabalho e da educação em saúde. Todos esses temas debatidos de forma ascendente, da esfera municipal à nacional, estruturaram forte agenda de defesa do SUS nos conselhos municipais, estaduais, nacional e nas entidades e movimentos sociais que compõem esses espaços. É a partir dessa diversidade de temas e das organizações de lutas em defesa do SUS que a necessidade de constituir

processos formativos de conselheiros de saúde se apresenta como estratégica para o fortalecimento do Controle social no SUS.

Assim, a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, aprovada em 2005, ganhou densidade de deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde em 2015. Neste contexto, foi desencadeada a experiência do *Projeto de Formação para o Controle Social no SUS* do Conselho Nacional de Saúde sob a premissa do Direito Humano a Saúde, destinado a conselheiros de saúde e lideranças sociais. O Projeto, iniciado em 2016 sob condução da Comissão de Educação Permanente para o Controle Social no SUS do CNS, articulado com as Comissões de Educação Permanente dos Conselhos Estaduais de Saúde e movimentos sociais, reuniu 3.500 (três mil e quinhentas) pessoas presencialmente, entre 2017 e 2018.

Portanto, neste artigo partimos dos contextos políticos de atuação social na redemocratização do país e na democratização do acesso à saúde, por meio do SUS, os quais incidem na deliberação, produção e distribuição da riqueza e interferem na mudança de cultura da sociedade em favor da coletividade e aqueles que representam essa diversidade de ações, conquistas e lutas sociais contínuas são aqui denominados **sujeitos sociais coletivos**.

Analisar a formação política a partir da elaboração de processos formativos que guardam relação com as demandas de um projeto histórico de articulação do 'campo popular' determinado pela concepção de classe social, direitos humanos e perspectivas de vida em coletividade, durante o regime de exceção e nos anos seguintes, reúne condições favoráveis à disputa de um novo projeto societário.

Assim, a participação e controle social são expressões desse estudo analisados a partir da Teoria do Estado Ampliado, onde a infraestrutura econômica e a superestrutura cultural definem as relações sociais, tendo o consenso e o dissenso como componentes permanentes do processo de disputa pela hegemonia por um projeto ético político de superação das desigualdades sociais (COUTINHO, 1998; 2006). Efeito dessa participação vigorou no Brasil nos anos de 1970 e 1980, durante o regime de exceção e nos anos seguintes, de forma a reunir condições favoráveis à instituição de um novo projeto societário.

É dessa compreensão de um novo projeto societário que se pode afirmar contendas nos diferentes contextos políticos, vivenciados nas últimas três

décadas, onde os atores afetam e são afetados pela disputa de interesses entre o campo popular e o neoliberalismo. Ou seja, entre a defesa do direito à saúde e a mercantilização da doença, e é neste campo de disputa que a experiência e a voz dos sujeitos sociais coletivos podem resgatar ações e estratégias que potencializem o direito humano à saúde e a instituição e defesa do SUS público e universal com participação social.

O valor desses processos de mobilização social das últimas três décadas são suporte de nossos estudos e pesquisas para reflexão expressa neste artigo, consistindo, também de grande valia para diálogo com a atual situação sociopolítica e econômica do país e, sobretudo, a situação sanitária que revela a assimetria de acesso a direitos sociais, políticos e econômicos na pandemia de Covid 19, desde 2020.

Portanto, para conformar esse estudo, apresenta-se em primeiro lugar a contextualização da redemocratização do país e a Reforma Sanitária Brasileira com destaque para o envolvimento da sociedade civil representada pela atuação dos movimentos sociais, partidos políticos, comunidade acadêmica, gestores públicos como base para a construção da saúde como um direito humano no Brasil por meio do SUS. Na segunda parte, conceituamos a participação social e os movimentos sociais com destaque as ações da sociedade civil nos espaços públicos, posto como participação social instituída nos conselhos e conferências de saúde. Na terceira parte, debatemos os desafios de compor estratégias de ativação da participação dos sujeitos sociais coletivos na contemporaneidade.

DEMOCRATIZAÇÃO DO BRASIL E REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

No processo de reabertura política, demarcado pela Lei da Anistia, em 1979, a sociedade reestabeleceu suas organizações políticas e sociais, postas na clandestinidade. Com a recessão econômica dos anos 1980, ampliou-se o campo de reivindicações sociais e, com isso, foi possível reavivar o movimento sindical nos setores privado, público, nas áreas urbanas e rurais. Os movimentos pelo direito à terra, as mulheres contra a carestia, as associações de moradia, os movimentos populares de saúde e novos partidos políticos.

Os sujeitos políticos que aderiram a esses diversos movimentos reivindicatórios elevaram a compreensão acerca dos processos de exclusão e subalternização aos quais estavam constantemente submetidos. Por que poucos tinham muito e muitos não tinham nada? A resposta a essa pergunta posta em reflexão politizou os questionamentos de projetos de poder sustentados pela manutenção das desigualdades sociais e fez emergir a compreensão das disputas de poder entre classes sociais, em busca do direito da classe trabalhadora e de qualidade de vida.

Neste contexto de valorização da classe trabalhadora, milhões de pessoas foram às ruas pela Campanha das 'Diretas Já', em 1984, a qual reuniu diversas lideranças sociais, partidárias, artísticas e Movimentos Sociais do meio rural e da cidade insatisfeitos com os rumos do país na luta por direitos civis, políticos, econômicos, sociais.

Isso levou à decadência do governo dos generais-presidentes. A transição democrática se estabeleceu com a volta do pluripartidarismo e as diferenças entre as forças progressistas e forças conservadoras vieram à tona. Em poucos meses, o MDB se dividiu em quatro partidos – PMDB, PTB, PDT e segmento do PT. As legendas postas na clandestinidade pelos governos militares, foram beneficiadas com a Anistia de 1979, e também começaram a se reorganizar. Foi o caso do PCdoB e do PCB (VERMELHO, 2018).

As alterações do cenário político nacional na década de 1980 permitiram um processo de ação contínua pela melhoria das condições de vida do povo brasileiro. Esse processo de transformação culminou com a convocação da Assembleia Nacional Constituinte em 1987 e a promulgação de uma nova Constituição Federal em 1988, seguida pela realização de eleições diretas para a Presidência da República em 1989.

Neste período, surge o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), crítico e propositivo em relação ao modelo de saúde vigente no Brasil. Iniciado em fins da década de 1970, ele envolvia movimentos populares e sindicais, setores das igrejas como as Comunidades Eclesiais de Base da Igreja Católica (CESBs) e suas Pastorais Sociais, Sindicatos de Trabalhadores da saúde e instituições acadêmicas ligadas à área da saúde – como o Centro Brasileiro de Estudo em Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde

Coletiva (Abrasco). Participaram, ainda, gestores de administrações populares e partidos de esquerda – os quais se alinharam política e tecnicamente ao movimento (CARVALHO, 1995; DOIMO, 1995; 2003; SCHERER-WARREN, 1996; FALEIROS; 2006; GOHN, 2011).

Os debates sobre as situações de saúde e as linhas epistêmicas que dirigiram a formulação de propostas sobre a reforma da saúde pública no Brasil inspiravam-se na Reforma Sanitária Italiana, aprovada em 21 de dezembro de 1978. Segundo Berlinguer (1988), que foi o relator do projeto no congresso italiano, a criação do *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale* (Instituto do Serviço Sanitário Nacional), por meio da lei a aprovação da Lei nº 8.333, de 23 de dezembro de 1978, transformou em realidade “aquilo que [...] era apenas uma aspiração, uma utopia” (p. 3).

De acordo com Berlinguer (1988), uma Reforma Sanitária, para ser bem-sucedida, não pode se constituir apenas de processos burocráticos. Ao contrário, ela precisa necessariamente passar por processos “de participação popular que envolvam um contingente significativo de pessoas, de várias expressões sociais” (BERLINGUER, 1988, p.13).

O Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), adotou como princípio o conceito ampliado de saúde, questionando o modelo de atenção à saúde pautado apenas nas políticas médico-assistenciais.

O direito à saúde foi politizado inferindo incluir serviços de saúde comprometidos com a promoção e a proteção da saúde e a garantia do acesso às políticas públicas, como educação, moradia, meio ambiente preservado, transporte e lazer, que garantisse à população condições de vida saudáveis.

A proposta de descentralização dos serviços, indicada pelo MRSB, ganhou adesão de gestores de saúde nas cidades e nos estados administrados, especialmente pelo MDB, partido que agregava à época as oposições ao Governo Militar, sob a bandeira da municipalização da saúde.

Partindo da premissa de que a estrutura federativa do Brasil deve garantir autonomia política e administrativa à União, aos estados e aos municípios vislumbrava-se a adoção de um pacto federativo para a implantação do SUS fortalecendo o município com o comando único, o que permitiria que o planejamento e a gestão dos serviços de saúde fossem desenvolvidos de acordo com a realidade local.

Ademais, a experiência de conselhos populares de saúde em cidades como São Paulo, Recife e outros e na ação dos agentes comunitários de saúde no meio rural, a efetivação de um sistema de participação social incorporou o campo de lutas do MRSB para que a formulação e deliberação das políticas públicas de saúde contasse efetivamente com a participação da sociedade civil.

Cabe ressaltar que a proposta de criação de um sistema universal de saúde foi formulada inicialmente no 1º Simpósio Nacional sobre Política de Saúde, intitulado *A questão democrática na área de saúde*. Paim (2009) destaca que a primeira ideia de Sistema Único de Saúde foi apresentada durante o referido Simpósio pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes). Vê-se, então, que “tanto a Reforma Sanitária Brasileira, quanto o SUS nasceram da sociedade” (PAIM, 2009, p. 40).

O SUS é a representação técnica, política e social do direito à saúde em nosso país. A realização da 8ª CNS, em 1986, reuniu mais de 5 mil militantes, representando a sociedade civil, profissionais de saúde, gestores públicos, parlamentares e acadêmicos e suas deliberações sustentadas nas bandeiras do MRSB, sintetizou uma plataforma de lutas e um processo de participação social permanente pela consolidação e fortalecimento do SUS, que segue ao longo das últimas três décadas no Brasil.

As forças sociais do MRSB, que atuavam pela alteração do modelo de medicina preventiva para uma medicina social, inspiravam-se em Berlinguer, pensador e impulsionador político da reforma sanitária italiana, para quem

uma reforma sanitária, para ser bem-sucedida, não pode se constituir apenas de processos burocráticos. Ao contrário, ela precisa necessariamente passar por processos de participação popular que envolvam um contingente significativo de pessoas, de várias expressões sociais (BERLINGUER; TEIXEIRA; CAMPOS, 2007, p. 212-213).

Segundo Paim (2017, p. 25), a

RSB combateu a ditadura militar e o autoritarismo das práticas de saúde, defendendo a democratização da saúde como parte da democratização da sociedade, do Estado e da cultura. No entanto,

havia reformistas que buscavam a modernização e a integração do sistema de saúde e conservadores que apenas “visavam à racionalização dos gastos e à eficiência (BAPTISTA, 1996, p. 13). Outros propugnavam uma totalidade de mudanças (reforma geral), enquanto alguns mais radicais tinham como horizonte a revolução no modo de vida (PAIM, 2008). Importantes formuladores desse projeto entendiam que a RSB poderia participar na construção de uma “democracia progressiva” (OLIVEIRA, 1988) e propugnar o socialismo (AROUCA, 1989; GALLO, 1991).

Depois, a correlação de forças da Assembleia Nacional Constituinte, em 1987, demonstrou a real capacidade de incorporar as propostas da reforma sanitária. A proposta de criação do SUS foi aprovada, mas a reivindicação de que o sistema fosse estatal foi rejeitada. O que se seguiu, então, foi um campo de disputas e lutas para a aprovação dos capítulos da saúde na Constituição Cidadã. No entanto, essa reivindicação de estatização dos serviços de saúde mantém força mediante os contextos de redução do escopo de ampliação da cidadania em oposição a políticas de mercantilização da vida.

Foi nesta efusão de ações políticas que os sujeitos sociais coletivos despontaram como protagonistas do MRSB, onde a criação e a regulamentação do Sistema Único de Saúde forçaram os processos de democratização do aparelho de Estado e deram consequência às disputas sobre acesso universal a saúde, uma conquista do povo brasileiro e direito à saúde, conformando um bloco social em defesa do SUS.

Assim, o SUS resultado da articulação, da participação política e da produção de novas experiências de gestão pública foi impulsionado pelas reivindicações da população e pelas iniciativas de trabalhadores, gestores e sanitaristas no aparelho de Estado, com a criação do PIAS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e de Saneamento), das AIS (Ações Integradas de Saúde), da SUDS (Superintendência de Desenvolvimento da Saúde) e da criação de estruturas organizativas – Conass (Conselho Nacional de Secretários) e Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde).

O bloco suprapartidário cumpriu com empenho a função de elaborar a nova legislação da saúde dentro do Congresso Nacional, na Assembleia Constituinte sustentada pelo bloco de apoio vindo das mobilizações dos movimentos sociais.

Ainda, as estruturas capilarizadas na Igreja Católica por meio da Teologia da Libertação reforçavam processos de educação popular e as mobilizações por direitos. De outro lado, os técnicos, os sanitaristas, os militantes dos partidos progressistas e partidos de esquerda que ocuparam espaços nas gestões administrativas populares asseguravam as estratégias de descentralização da gestão da saúde e os mecanismos de participação social.

Portanto, no MRSB, a participação social representada pelos novos sujeitos políticos determinou a composição das forças estratégicas para alteração da conjuntura política e adensaram a importância da democracia, os conceitos de saúde pública e universal seguindo para construção dos conceitos de controle social e reafirmação da participação social.

A DEMOCRACIA E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA DEFESA DO DIREITO À SAÚDE

Os efeitos da participação social se expressam em momentos de ruptura social, como no período de redemocratização do país na década de 1980, mas a participação da sociedade dentro de espaços do Estado, como no sistema de controle social de políticas públicas de saúde, só se efetiva no ambiente democrático.

O Golpe Jurídico-Parlamentar-Midiático de 2016 provocou a desconstrução das relações sociais, ameaçando as liberdades individuais e, hoje, o governo brasileiro tem sido regido por princípios que caracterizam períodos de exceção: quebra de direitos, censura à liberdade de expressão e criminalização de movimentos sociais, o que coloca em xeque a participação e o controle social.

Portanto, a implantação ou a não de políticas públicas de promoção da vida em sociedade não parte somente da ação ou vontade individual. Não se trata de uma ação voluntária. É sim, sobretudo, um processo político crivado de interesses difusos e conflituosos, que não encontrarão caminhos para soluções em estados onde a democracia não seja exercitada.

Assim, para debater a participação social, partimos da categorização da participação como termo polissêmico associado a outros termos como democracia, representação, organização, conscientização, cidadania, solidariedade e exclusão. Patman (1992) sugere a análise do tema em três níveis: (a) o conceitual, que varia

conforme o paradigma teórico que o fundamenta; (b) o político, que é associado a processos de democratização, mas também aparece associado a mecanismos de regulação e normatização social e (c) o da prática social, associado a ações concretas, lutas, movimentos e organizações.

Portanto, para valorizar a democracia e decifrar conceitos de participação social partimos da análise da Teoria do Estado Ampliado, onde Coutinho indica que, “no processo de disputa de classes, o conceito de sociedade civil surge como portadora material da figura social da disputa de hegemonia”. Assim, Coutinho indica que para Gramsci,

[...] essa sociedade política com seus aparelhos repressivos de Estado, controlados pelas burocracias executivas e policial-militar, e a sociedade civil com seus “aparelhos privados de hegemonia” estabelecem uma relação permanente de articulação e disputas. São esses organismos sociais oriundos das lutas das massas – entre eles os sindicatos, os partidos, os jornais de opinião etc. –, ou do capitalismo – como a Igreja e o sistema escolar, após laicização do Estado – que se constituem em espaços de formação de opinião, nos quais a disputa de visões de sociedade é instituída (COUTINHO, 2007, p. 76).

Na abordagem marxista, o conceito de participação não é encontrado de forma isolada, mas sim articulado a duas outras categorias de análise; lutas e movimentos sociais [...] refere-se a processos de lutas sociais voltados para a transformação das condições existentes na realidade social, de carências econômicas e/ou opressão sociopolítica e cultural (GOHN, 2011, p. 27).

Para Diani e Bison (2010, p. 210), a participação social se dá por meio de movimentos sociais que estão diretamente associados a conflitos sociais que geram “ações coletivas para correção de injustiças, conquistas de bens comuns, expressão de valores ou princípios morais”.

Ainda, essa ação é identificada pelo esforço coletivo, articulado por meio de ações políticas e sociais. Ademais, os autores, consideram que as organizações dessas ações buscarão compreender a totalidade do fenômeno em que estão envolvidos, e não somente o efeito episódico, o que determina organização para correção de rumos (DIANI; BISON, p. 220-221).

Para atuar, então, na base de um fenômeno social é necessária a mobilização de recursos financeiros, tempo, informação, de forma que a análise das situações venha a promover planos estratégicos e táticos para atuação a partir dos problemas identificados.

Também esse caminho nos conduz à participação política que, segundo Pizzorno (1971, p. 21), “é uma ação em solidariedade para com o outro, no âmbito de um estado ou de uma classe, em vista a conservar ou modificar a estrutura do sistema de interesses dominantes”. Essa ação se aproxima, de um lado, do processo de tomada de decisão e, de outro, articula-se com as formas de participação direta e indireta. Para Dallari (1984, p. 51) “entre as mais eficientes formas de participação estão os trabalhos de conscientização e de organização”. Essas formas de participação são utilizadas pelos sujeitos sociais coletivos no movimento de reformas.

Busca-se também em Gohn (2008, 2011) e Oliveira (2011) algumas características dessas ações e estratégias dos movimentos sociais: a ênfase na experiência popular, na territorialidade (aspectos culturais, políticos, econômicos e sociais), na independência com relação ao Estado e aos partidos políticos, na revalorização da cultura e da identidade de seus povos e setores sociais, na capacidade de formar seus próprios intelectuais, no papel protagonista da mulher na organização social e na preocupação com a organização do trabalho e na relação com a natureza.

A abordagem dos “fatores políticos tem centralidade e a política passou a ser enfocada do ponto de vista de uma cultura política resultante das inovações democráticas relacionadas com as experiências nos movimentos sociais” (GOHN, 2011, p. 28).

Além disso, mencione-se o desafio de visualizar a indivisível relação entre o micro e o macro, reconhecer a relação entre a forma e o conteúdo de classe e seu processo de complexificação na sociedade burguesa. A América Latina aprendeu nos seus movimentos de resistência e protagonismo, a ouvir as vozes dos indígenas, dos trabalhadores rurais, dos desempregados, dos novos movimentos sociais emergentes (BORÓN, 2010).

Ademais, o movimento social composto por identidades coletivas, solidariedade e objetivos comuns tem a autonomia do movimento como pressuposto de sua organização, como possibilidade real de escolha de rumos. De acordo com Sader (1988), o “movimento social ancorado em sua autonomia

será capaz de produzir uma matriz discursiva capaz de ordenar os enunciados, nomear aspirações difusas e articulá-las de outro modo, logrando que indivíduos se reconheçam nesses novos significados” (SADER, 1988, p. 6).

Os movimentos sociais, historicamente, têm exercido papel primordial no processo de democratização, por meio da construção de um campo ético pautado na promoção da igualdade e da justiça social:

Esses atores têm impulsionado um processo de democratização, não apenas no que diz respeito à instituição de um regime político democrático, como no que se refere à democratização das relações sociais (GEDC, 1988; 1999, p. 14).

Considerando os referenciais de Patman (1992); Gohn (2000, 2006), Pizzorno (1971) e Sader (1988), podemos apresentar a participação social como uma ‘prática social, associada a ações concretas, lutas, movimentos e organizações corroboradas em lutas da sociedade por acesso a direitos. Ainda, promover inovações democráticas relacionadas com as experiências nos movimentos sociais, tendo a solidariedade como instrumento para modificar a estrutura do sistema de interesses dominantes. Estratégias essas ancoradas em sua autonomia para produzir suas pautas emancipatórias, discursos e definição de rumos e de ações pela igualdade e justiça social’, aqui representada pela construção do Sistema Único de Saúde como representação concreta pelo Direito Humano à Saúde.

Assim, a participação social, aqui referida é aquela representada pelas vozes de sujeitos sociais coletivos expressos na organização pela ação de movimentos sociais, igrejas, pastorais, sindicatos, ONGs, partidos, academia que se constrói, se expressa e se fortalece a partir de suas próprias organizações para as disputas e mediações com o aparelho de Estado.

A concepção de participação que se adota neste estudo é um processo e nos remete ao resgate das lutas da sociedade por acesso a direito e cidadania, e o conceito de cidadania com que este artigo trabalha é o da emancipação política.

Desta forma, a construção da cidadania implica o acesso e a participação na definição da agenda política dos distintos atores sociais coletivos, que a partir desta prática constroem sua identidade e conquistam sua autonomia, resultando

na sua ‘capacidade de escolha’, frente às distintas alternativas diante de situações dadas (COHN, 2000, p. 51).

Portanto, a participação social a qual nos referimos é aquela exercitada por movimentos sociais perenes, nos quais a autonomia dos movimentos sociais; a ação e a mobilização permanentes como instrumentos de diálogo social; as pautas ordenadas que garantam ações contínuas para manutenção de direitos conquistados; e a democratização dos espaços públicos são estruturantes de suas ações e organizações.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL - SUJEITOS E ESTRATÉGIAS PELA CONQUISTA DO DIREITO HUMANO A SAÚDE

MOVIMENTOS SOCIAIS E O CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE

A participação social apresentada por meio de pesquisa documental realizada junto aos acervos dos movimentos sociais que integram essa pesquisa, método pelo qual foi possível identificar o compromisso e a afirmação das lutas em defesa do direito à saúde e pelo SUS, apresenta-se na descrição de excertos da agenda política desses sujeitos sociais coletivos.

A Central Única dos Trabalhadores (CUT), fundada em 1983, durante o 1º Congresso Nacional da Classe Trabalhadora (CONCLAT), definiu em seu 3º Congresso da Central Única dos Trabalhadores (Concut), em setembro de 1988, pelas seguintes deliberações,

- 1) A criação do Sistema Único de Saúde, estatal, público, gratuito, de boa qualidade, sob o controle da população através de suas entidades representativas;
- 2) O custeio do Sistema Único de Saúde através de orçamento da União, estados e municípios e efetivação de conselhos de saúde, de nível nacional a local, com participação democrática das representações do movimento sindical e popular, com caráter deliberativo e autonomia para gestão e controle do sistema (CUT, 1988, p. 8).

A Conferência Nacional dos Metalúrgicos, ligada à CUT(CNM/CUT), deliberou em 2012,¹⁸ que o controle social é resultado de lutas sociais como uma

¹⁸ Para conhecer mais: acesse www.cnmcut.org.br - II Conferência Nacional de Saúde da CNM/CUT | Portal CNM.

ferramenta das mais importantes no processo de democratização das políticas públicas voltadas ao tema da saúde no Brasil. Assim, a CNM que foi a partir deste campo de atuação que muitos dos movimentos de saúde ganharam visibilidade no país, ao denunciar as irregularidades dos serviços prestados pelo Estado, e assim descrevem, que

Estes movimentos tiveram papel fundamental na criação dos conselhos de saúde, como instrumento de representação popular, no início dos anos 80 [...] uma das tarefas do movimento sindical CUTista é a defesa irrestrita por um modelo de saúde público, gratuito e de qualidade. Esses princípios originários do Sistema Único de Saúde. Os trabalhadores e trabalhadoras metalúrgicos da CUT, seguindo as orientações da Central Única dos Trabalhadores se posicionam a favor do resgate do projeto original do SUS (RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA NACIONAL CNM/CUT, 2012, p. 14).

[...] diante da lógica da mercantilização da saúde, precisa ser defendido como bandeira de luta permanente por todos os trabalhadores e trabalhadoras como um direito humano universal e para todos (RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA NACIONAL CNM/CUT, 2012, p. 32).

Na mesma linha, a CONTAG, na *Cartilha Jovem Saber Trabalhadores Rurais* aponta que “as pessoas se unem em uma associação para promover atividades sociais, educacionais, culturais, de representação política para defesa de interesses comuns” (CONTAG, 2018, p. 7), aqui, a

participação social como uma das diretrizes do SUS significa entender que a população local, por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde, contribui com a consolidação do SUS, desde a troca de informações, de debates, proposições e deliberação, até a socialização e a avaliação da política pública (CONTAG, 2018, p. 15).

Ainda, a *Cartilha Mulheres Margaridas*, CONTAG (2019)¹⁹ destaca a luta das mulheres do campo, apontando as bandeiras das mulheres trabalhadoras na agenda da participação política nacional para a Marcha das Margaridas, como

¹⁹ Cartilha das Margaridas. Disponível em: http://www.contag.org.br/imagens/ctg_file_350653567_24012019145732.pdf. Acesso em: 30 jan. 2021.

uma das atividades preparatórias a 16ª Conferência Nacional de Saúde, da seguinte forma:

Juntem-se as Margaridas das suas comunidades, assentamentos, acampamentos, ramais, sítios, linhas, sindicatos, grupos, associações para que realizem juntas as atividades de discussão desses cadernos (CONTAG, 2019, p. 4).

Neste cômputo da relação da população do campo com o SUS, ressalta-se o primeiro Encontro Nacional de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, ocorrido de 30 de novembro a 4 de dezembro de 2015.²⁰ cuja temática foi “Cuidar, promover, preservar: a saúde se conquista com luta popular!”, as entidades signatárias do Manifesto assumem alguns compromissos entre os quais a defesa do direito à saúde e do SUS, como:

Fortalecer a concepção de saúde dos movimentos populares e o debate das políticas públicas, a partir da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA, 2005);

Defender a saúde como direito, garantindo que todas as conquistas sejam mantidas bem como é preciso avançar nas transformações econômicas, políticas, sociais do país para que as trabalhadoras e trabalhadores tenham as condições dignas para se conquistar a saúde. O SUS público e estatal, para a população brasileira (PNSIPCFA, 2005);

A trajetória do movimento comunitário no Brasil data de 1920, porém, em 1985, articula-se em entidade de representação nacional - Confederação Nacional das Associações de Moradores – (CONAM) (VERMELHO, 2018). O Conselho Nacional de Saúde é parceiro nas ações da entidade, a qual tem representação no colegiado nacional, tendo o CNS participado do 13º Congresso da CONAM²¹. O

²⁰ Manifesto das Entidades no Encontro Nacional de Saúde da população do Campo e da Floresta. Disponível em: <https://saudecampofloresta.unb.br/1o-encontro-nacional-de-saude-das-populacoes-do-campo-da-floresta-e-das-aguas>. Acesso em: 30 jan. 2021.

²¹ Disponível no site: <http://www.susconnecta.org.br/cns-participa-do-13-congresso-da-conam>. Acesso em: 30 jan. 2021.

evento ocorreu na cidade de Recife/PE nos dias 14 a 16 de setembro, 2017. O tema central do encontro foi “Resistência e luta em defesa da democracia e dos direitos sociais”, onde,

O CNS participou da mesa “Defesa da Saúde e do SUS” com debate nas temáticas: conjuntura da saúde, o desmonte do SUS e do Estado de bem-estar social. [...] Além disso os conselheiros abordaram o tema do desfinanciamento do SUS e a revisão da PNAB, que objetiva desmontar a atenção primária e a política de prevenção da saúde pública (SUSCONNECTA, 2017).

Portanto, nestes documentos identificamos os sujeitos sociais coletivos, aos quais nos referimos, em plena organização de espaços próprios e autônomos para a defesa do direito à saúde e do SUS.

Assim, além da pesquisa documental dos acervos dos movimentos sociais para apresentar esses sujeitos sociais, soma-se a pesquisa bibliográfica que traz conhecimento sobre a organização, informação, comunicação e educação de base dos movimentos insurgentes das décadas de 1970 e 1980.

Ademais, os instrumentos de comunicação dos movimentos sociais populares aos quais tivemos acesso operavam para que suas informações e opiniões fossem difundidas por meio de panfletos impressos, jornais, abaixo assinados distribuídos e ou coletadas de casa em casa nos bairros, junto às igrejas, nos grupos de mulheres, nas portas das fábricas, em locais de grande circulação, fazendo girar opiniões sobre as condições de vida da comunidade e chamadas de mobilização social pela agenda de direitos. Neste desenho, as experiências da educação de jovens e adultos de Freire permitiria a muitos da periferia as condições para a alfabetização, ampliando aí a sua consciência crítica e envolvimento com participação comunitária. Por meio da pedagogia da práxis se provoca a reflexão se de fato “temos a capacidade de refletir sobre nós mesmos, nossa vida e nosso destino” (GRAMSCI, 1999, p. 30).

Interessante observar que, nesse movimento de ruptura e resistência, não há um processo de construção de um movimento, mas diferentes mobilizações que, em contextos variados, produziram diversos e variados movimentos sociais. Trata-se do processo histórico das mobilizações, organizações e lutas da sociedade

civil pela garantia de direitos. Trata-se de vários movimentos, que produzem mobilizações propostas por um ou mais movimentos articulados. Trata-se de trabalhadores protagonistas que se reconhecem enquanto classe. Trata-se desse ‘novo ator’²² que se constrói na luta e que produz um amálgama entre a base social e o novo projeto de sociedade.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL INSTITUÍDA NOS CONSELHOS E CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

CONSELHOS, CONSELHEIRAS E CONSELHEIROS E AS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

A participação social nos espaços públicos foi uma proposição política autônoma dos movimentos sociais, como estratégia para controlar as ações do Estado no Brasil, buscando inverter uma prática histórica, ainda muito viva atualmente, da subordinação da sociedade ao Estado.

Assim, a recuperação histórica da participação social nos espaços do Estado é apresentada e analisada a partir dos seguintes tópicos: I) a concepção de Controle Social; II) a gestão democrática do CNS, sua estrutura e organização e, III) as Conferências de Saúde.

CONCEPÇÃO DE CONTROLE SOCIAL

Ao reivindicar a participação social em espaços públicos pertencentes ao aparelho do Estado, a sociedade proclamou que a sua ação seria a do controle social das políticas públicas, com objetivo de interferir na tomada de decisão do gestor público. Isso fez com que a própria expressão ‘controle social’ fosse revisitada.

Assim, a conquista do direito aos novos espaços de participação social exigiu de uma parte do movimento social a decisão de participar ou não desses espaços. Muitas correntes de opinião consideravam que seria impossível efetivar essa participação sem que as lideranças populares fossem cooptadas pelos governantes. Essa dúvida se devia ao fato de que muitos espaços de participação

²² Gramsci marca, portanto, a importância da atuação do intelectual junto à sua classe na elaboração de uma nova concepção de mundo, no esclarecimento das relações antagônicas e das contradições profundas que perpassam a sociedade, bem como das formas possíveis para a sua superação. Ainda, a formação de um novo modo de produção e de um novo Estado (SIMIONATTO, 2004, p. 62).

se estruturavam com caráter institucional, funcionavam (e ainda funcionam) no âmbito do Poder Executivo. Tal incerteza foi moderada por aqueles movimentos cujo espectro de ação era conduzido por uma organização permanente e ativa, permitindo uma participação propositiva, autônoma e independente. Os resultados dessa participação, que são diferenciados no quesito conquistas de direitos, passaram a crescer no quesito consciência política:

[...] relações que os movimentos organizados passaram a estabelecer com o Estado, deslocando práticas tradicionais de mandonismo, clientelismo e assistencialismo em formas de gestão que se abrem à participação popular e a formas de negociação em que demandas e reivindicações estabelecem a pauta de prioridades e relevância na distribuição dos recursos públicos, bem como a ordem das responsabilidades dos atores envolvidos; (TELLES, 1994, p. 99-100).

Nesse contexto, a democracia direta surge como necessidade da sociedade, como caminho para o aprofundamento de discussões, debates e decisões sobre os rumos que a sociedade quer para si e para um Estado que funcione tendo como pressuposto a participação social.

Trata-se, assim, precisamente pela grandeza de seus propósitos, de um projeto que só encontra plena viabilidade quando é “imposto” e defendido pela sociedade organizada “[...] só há como admitir um Estado soberano, (isto é, livre e responsável perante seus cidadãos e diante dos demais Estados) a partir da concomitante admissão de um povo soberano (isto é, capaz de se autodeterminar)” (NOGUEIRA, 2004, p. 91).

Ainda, sobre a expressão controle social, ela *tem* origem na Sociologia e, “de forma geral, é empregada para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais” (CORREIA, 2009, p. 66).

No Brasil, o movimento passou a se referir ao ‘controle social’ como o conjunto das ações praticadas pela população, visando formular, fiscalizar e deliberar sobre a ação do Estado, por meio dos conselhos, conferências e orçamento participativo. Assim, Correia indica, que para as classes subalternizadas, o controle social,

[...] visa à atuação de setores organizados na sociedade civil que as representam, na gestão das políticas públicas, no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses dessas classes. Neste sentido, o controle social envolve a capacidade que as classes subalternas, em luta na sociedade civil, têm para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos seus interesses de classe, tendo em vista a construção de sua hegemonia. (CORREIA, 2009, p. 68).

A Confederação Nacional dos Metalúrgicos (2012), em sua reflexão sobre o real conceito de controle social, indica que:

[...] esse é um conceito em disputa e é preciso refletir qual é realmente seu campo de atuação. O objetivo dos conselhos é o controle social da gestão das políticas públicas. Para que haja um melhor atendimento às necessidades e demandas sociais e de saúde da população[...] o controle social depende da nossa participação ativa nas reuniões do conselho de saúde, nas conferências, em outras organizações comunitárias e Movimentos sociais e sindicais (RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA NACIONAL CNM/CUT, 2012, p. 31).

Assim, a presença da sociedade civil nos espaços criados pela Lei nº 8.142, como os conselhos e conferências, não significa que há uma “partilha do poder” entre Estado e sociedade civil. Pelo contrário, apesar de já existirem dispositivos legais determinando a participação da comunidade, a mesma nem sempre é cumprida pelos gestores públicos. Por isso, nos anos seguintes à aprovação da referida lei, a construção de conselhos se estabeleceu como obrigatória ao constar da “lista de tarefas do Executivo” para credenciá-los em programas e projetos sociais, inclusive como condicionalidade aos repasses de verbas. Tais exigências não se tratavam tão e somente de uma iniciativa do Executivo federal para os estados e municípios. Na realidade, eram reivindicações da sociedade que se constituíram em normativas para a gestão pública.

[...] as queixas relativas à fragmentação, à setorialização etc. das políticas que resultam dos espaços que envolvem a participação da sociedade civil

significam que essa partilha do poder, mesmo quando existe, tem um caráter limitado e restrito, sem ampliar-se para decisões sobre políticas públicas mais amplas que pudessem ter um impacto significativo para a sociedade civil como um todo (DAGNINO, 2002, p. 283).

Portanto, as instâncias de controle social na área de saúde reconhecidas e os fóruns e plenárias populares afeitos à própria organização da sociedade somaram-se em ações nos espaços do Legislativo, como audiências públicas e em emendas populares, na intenção de promover o encontro entre a democracia participativa e a democracia representativa.

A GESTÃO DEMOCRÁTICA DO CNS, SUA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

O controle social de políticas públicas que nasce do MRSB, interfere na dinâmica do Conselho Nacional de Saúde²³, com a entrada de representantes da sociedade civil organizada em 1990 com a publicação Decreto nº 99.438, de 7 de julho de 1990. Esse movimento contribuiu com a aprovação da Lei nº 8.142/1990, ocorrida em dezembro do mesmo ano. A consolidação em Lei, dos espaços de participação social constava do Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual indicava entre outros

Deverão também ser formados Conselhos de Saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço), que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde, entre outros (BRASIL, 1986, p. 16).

A nova legislação fixou na composição dos conselhos, que 50% das vagas; e a outra metade seria dividida entre profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço de saúde.

Nesse contexto, os conselhos gestores de políticas públicas, como o CNS, constituíram-se em “espaços públicos de composição plural e paritária

²³ Em relação ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), esse foi criado, durante o Governo Getúlio Vargas, pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937 e até 1990, a atuação era restrita a colaboração com o gestor federal no estudo de assuntos pertinentes ao setor.

entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa, cuja função é formular e controlar a execução das políticas setoriais” (TATAGIBA, 2002, p. 54).

Nesse processo de ampliação e democratização de Conselhos de Saúde, visando fortalecimento da participação e do SUS, o Conselho Nacional de Saúde editou em 1992, a Resolução CNS nº 33, que determinava ‘Diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde.’

A Resolução 33, foi um forte instrumento de contribuição, a formalização e consolidação de Conselhos de Saúde. Mesmo tendo sido reformulada em 2003, sob número de 333, e em 2012 sob o número 453, manteve suas premissas originais.

Apontamos que as Resoluções do CNS, são de grande valor para a consolidação do controle social do SUS no Brasil, porque partem de uma elaboração coletiva no espaço do Conselho de Saúde, das Conferências Nacionais com contribuições da Plenária Nacional de Conselhos de saúde.

Essa ação dos movimentos por meio do CNS, para fortalecer a criação de conselhos em todo país, reveste-se de importância porque, apesar desse movimento de força da sociedade em direção à democratização do Estado, grande parte desses conselhos de saúde ainda existe sem o envolvimento da sociedade; sendo em sua maioria, criados nas Câmaras de Vereadores e tendo seus integrantes indicados pelos Secretários Municipais de Saúde ou por setores das elites políticas locais. Essa cultura política autoritária pode exercer predomínio sobre as ações de grande parte dos Conselhos que, nesse caso, passariam a se constituir como órgãos de legitimação das políticas do governo.

Portanto, a Resolução 33/1992, aponta a incorporação da sociedade organizada nos conselhos e reafirma a paridade posta na Lei 8.142, mas inova ao propor que as vagas devem ser distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de entidades de usuários;
- b) 25% de entidades dos trabalhadores de Saúde;
- c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Depois, indica que a representação de órgãos ou entidades terão como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais aglutinadas nas composições dos Conselhos de Saúde atendendo as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade e contemplando às diversas representações políticas.²⁴

No inciso IV, orienta que os representantes no Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes, o que muito contribuiria com o reconhecimento da autonomia dos movimentos e entidade da sociedade civil.

Depois, na diretriz que trata da estrutura e funcionamento dos conselhos de saúde, indica-se no inciso VII – que, “o Conselho de Saúde constituirá uma Coordenação Geral ou Mesa Diretora, respeitando a paridade expressa nesta Resolução, eleita em Plenário, inclusive o seu Presidente ou Coordenador.” Essas deliberações ampliaram o campo de representação dos Conselhos de Saúde e propiciou a eleição de presidentes de conselhos pela sociedade fortalecendo esses espaços de representação social. Importante, destacar que com a Resolução 33, os conselhos de saúde criaram mecanismo de autorregulação de seus próprios espaços de participação, com democratização do espaço público conquistado e estes resultados vieram a subsidiar Decretos e Leis, nas três esferas de gestão que confirmaram essas propostas construídas coletivamente nos espaços dos próprios conselhos de saúde.

24 a) de associações de portadores de patologias;
 b) de associações de portadores de deficiências;
 c) de entidades indígenas;
 d) de movimentos sociais e populares organizados;
 e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;
 f) de entidades de aposentados e pensionistas;
 g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
 h) de entidades de defesa do consumidor;
 i) de organizações de moradores;
 j) de entidades ambientalistas;
 k) de organizações religiosas;
 l) de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;
 m) da comunidade científica;
 n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
 o) entidades patronais;
 p) de entidades dos prestadores de serviço de saúde;
 q) de Governo

Essas orientações passam a valer, também, para o Conselho Nacional de Saúde. Somente no Governo Lula com a conquista do Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, o qual constituiu processo eleitoral para incorporar outros movimentos e entidades ao Pleno do CNS, bem como para escolha do presidente entre pares. Pois, pela legislação anterior, a presidência do Conselho Nacional era nata, sendo exercida pelo Ministro da Saúde.

No entanto, a democratização dos espaços de participação da sociedade civil não é um processo acabado. Ele tem sofrido, ao longo da história, muitos revezes políticos, especialmente diante de governos de posturas neoliberais que atuam pela redução do Estado e tendem a aniquilar os espaços de participação social.

Assim, mantém-se esse desafio assumido pela sociedade civil brasileira de construir um processo de democracia participativa e, assim, gerar informações, mobilização, opinião e pressão sobre o poder público. A sociedade poderia exercer um papel mais efetivo de fiscalização e controle estando ‘mais próxima do Estado’, assim como poderia imprimir uma lógica mais democrática na definição da prioridade a alocação dos recursos públicos (TATAGIBA, 2002, p. 47).

De acordo com Telles, são práticas, experiências e acontecimentos que reatualizam a “invenção democrática” que caracterizou os anos 80, em uma descoberta da lei e dos direitos que se firma e se renova na prática da representação, interlocução e negociação de interesses (TELLES, 1994, p. 99).

Nestas três décadas de existência do SUS conta-se com Conselhos de Saúde²⁵, consubstanciado em um contingente de força que atua em defesa do SUS, portanto, é essencial priorizar esse campo de organização.

Assim, sempre se requer renovar as pautas e as estratégias de ação desses espaços públicos institucionalizados, que sofrem com as influências dos diferentes contextos políticos, reaproximando-os das comunidades e inovando em experiências de reforço de ação societal que podem qualificar os Conselhos e Conferências de Saúde.

Ademais, no movimento de criação e fortalecimento dos Conselhos de Saúde um movimento de articulação interconselhos, promovido pelo Conselho Nacional de Saúde com a realização do Encontro Nacional de Conselhos de Saúde em 1995,

²⁵ Mesmo assim, segundo o Sistema Nacional de Acompanhamento de Conselhos de Saúde – SIACS (110), em agosto de 2019, havia 61.237 conselheiros municipais, estaduais e nacionais de saúde, ocupando posições de titulares dos respectivos colegiados, e 54.015 conselheiros ocupando as posições de suplentes.

surgiu uma Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, como espaço de formação e articulação política. Hoje, essa Plenária incorpora Conselhos e Movimentos de Saúde, que potencializaram conferências livres como movimentos de educação de base na perspectiva da educação popular, prévias à realização das 15ª e 16ª Conferências Nacionais de Saúde, reunindo um campo de organizações que ainda não compõe os conselhos e que devem vir a compor, como pescadores e marisqueiros, ciganos, profissionais do sexo, LGBT, mulheres indígenas, negros, quilombolas, entre outros.

CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde, as conferências são estratégicas e potencializadoras da participação popular na saúde. A 15ª Conferência Nacional de Saúde em 2015 ocorreu em um momento de ruptura social, cinco (5) meses antes do Golpe Jurídico-Parlamentar-Midiático. A 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª +8) em 2019 e ocorreu um contexto político de exceção com gestão federal autoritária, onde o CNS assumiu um papel estratégico de mobilização em defesa do SUS. Com o “tema ‘Democracia e Saúde’ levou a sociedade o debate sobre a defesa de direitos assumidos pelo Movimento Sanitário na 8ª + 8 e reafirmou o posicionamento da Democracia como Caminho para o Direito à Saúde, dentre as suas deliberações destaca-se

[...] contra a privatização do serviço público de saúde, mantendo irrestritamente o SUS público, 100% estatal, gratuito e que atenda a todas as necessidades da população, com gestão própria dos serviços assistenciais, coibindo práticas de terceirização (como OS – Organização Social, OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público, Empresa Pública de Direito Privado, Fundações Privadas e Parcerias Público-Privadas), incluindo como diretriz do SUS a vedação do gerenciamento dos serviços de saúde por Organizações Sociais incluindo hospitais nos três níveis de atenção (primária, secundária ou terciária), reafirmando a saúde como dever do Estado (BRASIL, 2019, p. 12).

Defendendo o Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto patrimônio e direito do povo brasileiro, pelo seu papel de proteção social a partir

da compreensão da saúde como princípio da dignidade humana. Saúde é um bem-estar físico, psíquico, social, afetivo que significa que as pessoas e comunidades tenham mais do que ausência de doença, ou seja, que tenham também direito à habitação, ao trabalho, ao salário e aposentadoria dignos; ao ar, água e alimentos com boa qualidade; à educação crítica; à informação verdadeira; e ao meio ambiente saudável como condições necessárias para se garantir a saúde (BRASIL, 2019, p. 15)

[...] garantia do exercício pleno de cidadania, por meio da participação e controle social nas políticas públicas (BRASIL, 2019, p. 17).

Portanto, considera-se que a ocupação dos espaços públicos democratizados por meio de lutas e persistência dos movimentos sociais, constituindo os Conselhos e Conferências de Saúde – da Lei 8.142, foi um passo acertado para dar forma a ‘participação da comunidade’, conforme versa o inciso II do artigo 198, da Constituição Federal de 1988.

As dificuldades e incongruências pelas quais passam esses espaços de participação social, bem como a necessidade de fortalecê-los, são próprias da conjuntura nacional de ataques a democracia e direitos conquistados nas últimas três décadas.

OS ATORES SOCIAIS COLETIVOS NA CONTEMPORANEIDADE

Ao apresentar a participação social e os sujeitos sociais coletivos como protagonistas de conquistas, como a redemocratização do país e a criação do Sistema Único de Saúde, interessou recuperar informações histórico - políticas que permitem qualificar as relações da sociedade com o Estado, onde o primeiro gera as suas próprias condições de formulação política, organização e mecanismos de pressão social para que o segundo, o Estado, seja compelido a acatar reivindicações que reconheçam e, portanto, ampliem o acesso a direitos sociais, o que favorece a cidadania e eleva a emancipação social.

Assim, ressalta-se que o Sistema Único de Saúde foi gerado, política e socialmente, como resultado dessa participação social capilarizada pelas vertentes sociais do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira representadas pela

academia; as administrações públicas comprometidas com a Reforma Sanitária; o bloco suprapartidário na CF 1988, e os movimentos sociais (sindical, de bairro, de saúde e de trabalhadores, igrejas, cultural) (DAVID, 2014).

Com a adoção do acesso universal à saúde na CF 1988, parte da população beneficiária de serviços providos pelo Inamps e parte da população atendida pela caridade foi elevada à condição de ‘sujeito de direitos’, e a conscientização social fez emergir elementos éticos-políticos emancipatórios, de dimensão afetiva, de projeto de vida e de concepção de mundo, para dentro das organizações políticas comprometidas socialmente.

Gramsci indica, como citado anteriormente, que essa sociedade política com seus aparelhos repressivos de Estado, controlados pelas burocracias executivas e policial-militar, e a sociedade civil com seus “aparelhos privados de hegemonia” estabelecem uma relação permanente de articulação e disputas. São esses organismos sociais oriundos das lutas das massas – entre eles os sindicatos, os partidos, os jornais de opinião etc. –, ou do capitalismo – como a Igreja e o sistema escolar, após laicização do Estado – que se constituem em espaços de formação de opinião pública, nos quais a disputa de visões de sociedade é instituída.

Portanto, a ocupação desses espaços públicos, que são os Conselhos de Saúde, expressa exatamente essa análise de Gramsci, porque o espaço do controle social em saúde é plural e por isso é permeado de conflitos e disputas de interesses individuais e coletivos para que a saúde seja sempre impressa no campo de direito humano e não da mercantilização na oferta de serviços.

Assim, convive-se com a existência e o funcionamento ininterrupto de espaços de controle social, desde a criação do SUS o que está consolidado via legislação no âmbito da administração pública. No entanto, quando um conselho é fechado, ou uma conferência é suspensa, e a sociedade não se pronuncia isso pode significar que haja desmonte dos espaços de controle social por meio da burocratização com vistas a descaracterizar seu relevante papel social e político no SUS.

Na atualidade, milhares de conselheiros de saúde que atuam nas três esferas de gestão pública por todo o Brasil têm contribuído, em mais de três décadas, para o aperfeiçoamento da política de saúde, para a transparência na gestão da política de saúde e, sobretudo, para o fortalecimento da experiência democrática participativa. Sem dúvida, o papel da participação e do controle social no SUS

é central, às vezes, para avançarmos nas políticas de saúde e, às vezes para não retrocedermos (CEAP, 2019).

Dados indicam que os conselheiros e conselheiras de saúde que atuam nos municípios, estados e União ultrapassam a marca de 100.000 cidadão e cidadãs que se dedicam à formulação, fiscalização e deliberação acerca das políticas de saúde nos espaços dos Conselhos de Saúde. Ainda que a legislação lhes garanta papel de relevância pública, nem sempre reconhecido pela administração pública, expressa sim, a força social para a defesa do SUS.

Mediante a necessidade de fortalecer o controle social das políticas públicas de saúde e reconhecendo fragilizações dessa experiência de participação, o Conselho Nacional de Saúde, analisando as demandas que a contemporaneidade exige, deliberou pela construção de processos de formação pautados na informação, reflexão, acesso a conhecimento e ação de multiplicação para ampliar as ações em defesa do SUS e do direito humano à saúde, considerando, a Política Nacional de Educação Permanente em Controle Social de 2005, que define por:

atuar na promoção da democratização do Estado, na garantia dos direitos sociais e na participação da população na política de saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos conselhos de saúde para fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL/MS/CNS, 2006, p. 5).²⁶

E as deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde, em 2015, as quais geraram a Resolução nº 507/ 2016, que indica, entre outros,

Garantir e promover, por meio da Educação Permanente e Educação Popular, capacitações descentralizadas para Conselheiros de Saúde, representantes dos Movimentos Sociais e dos Colegiados de Gestão das Unidades de Saúde, visando à formação sobre às suas atribuições e seus direitos, reiterando a defesa dos princípios da Reforma Sanitária e o exercício da cidadania (BRASIL, 2016).

²⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 20 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde)

Sob essas deliberações, foram estruturadas as orientações para construção do Projeto de Formação para o Controle Social do Conselho Nacional de Saúde, sob a premissa de defesa do Direito Humano a Saúde e sustentado na metodologia de educação popular destinada a conselheiros de saúde e lideranças dos Movimentos sociais, e que traz consigo um espaço qualificado de identificação de novas realidades do controle social na saúde.

DESAFIOS PARA A PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO SUS

Um primeiro desafio se reporta ao próprio **reconhecimento e posicionamento dos conselhos e conferências de saúde como espaços reais de formulação, fiscalização e deliberação das políticas de saúde**. Como descrito neste estudo, muitos conselhos são compostos a partir de indicações arbitrárias. A composição de conselhos feitas por indicação de prefeitos, câmaras municipais e secretaria municipais de saúde é apresentado de forma cotidiana em forma de denúncias ao Conselho Nacional e Conselhos Estaduais de Saúde. Mesmo os conselhos municipais compostos por legislação municipal sofrem esses revezes. Nos conselhos estaduais as principais críticas vêm da monopolização de agendas e pautas pelas equipes técnicas das secretarias executivas, comumente indicadas pelos Secretários Estaduais de Saúde como cargos de confiança do gestor.

Esse é um desafio de base porque a revitalização dos conselhos de saúde conta somente com a sociedade que pode desconhecer tais desmandos, ou repor esses espaços de participação social nos trilhos da Lei 8.142, com maior participação de movimentos sociais autônomos, vez que há inúmeras situações em que conselheiros de saúde eleitos passam a compor mais os interesses de gestores, que sucateiam e privatizam serviços, do que o de fortalecimento do SUS. E, ainda, a dificuldade de contemplar demandas dos movimentos como pescadores e marisqueiros, ciganos, profissionais do sexo, LGBT, mulheres indígenas, negros, quilombolas, entre outros ainda não incluídos nos espaços dos Conselhos de Saúde. Esse desafio inclui contemplar, também, a diversidade no direito universal à saúde. Nos processos de realização das últimas Conferências de Saúde, já é visível o protagonismo de novos sujeitos sociais coletivos, como pescadores, marisqueiros e quilombolas. Em um segundo desafio, ressaltam-se as

estratégias de base para o processo formativo de conselheiros, que contribui com a **reafirmação dos espaços públicos democratizados** com muita luta social e que requer a discussão do modelo de saúde e modelo de sociedade, onde se aprofunda as opções sociais políticas e econômicas do Estado e de governos, que interferem diretamente no direito humano à saúde. Reconhecer a importância histórica da saúde pública no Brasil permite reconhecer a construção e a importância do acesso universal à saúde representada pelo SUS. E, ainda, conhecer o funcionamento do Sistema Único de Saúde a partir dos seus princípios de universalidade, integralidade e equidade e de suas diretrizes de descentralização, regionalização e municipalização com participação popular, inovando nesta apropriação de conhecimentos a reflexão sobre as realidades nacionais e locais e as determinações do processo saúde-doença. E, também, garantir a democratização dos espaços de organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde mediante a Lei nº 8.142 /1990, e a recente Lei nº 141/2012, a qual trouxe novas ferramentas de suporte à fiscalização da administração pública. Essas questões contribuem sobremaneira para que a ação dos conselhos de saúde seja reforçada do ponto de vista do acesso a informações que contribuem para a sua ação cotidiana.

Neste intento, as deliberações da 16ª CNS recolocaram a importância do binômio Democracia e Saúde, demonstrando que um não avança sem o outro, pois o modelo de sociedade pautada no desenvolvimento econômico neoliberal atua contra o sistema universal de saúde cotidianamente.

O Conselho Nacional de Saúde tem sido a expressão das vozes sociais pelo direito a vida porque mais do que posicionar-se sobre as ações dos governos para proteção da sociedade tem sido guerreiro na defesa do SUS. Isso tem sido mister no enfrentamento e na organização da sociedade nos tempos de pandemia de Covid 19, com alto grau de reconhecimento da sociedade a seus posicionamentos em defesa da vida. Porém, e sobretudo, é hora de abraçar um novo processo de redemocratização do Brasil, onde o reconhecimento dos direitos civis, políticos, sociais e econômicos das últimas três décadas se reapresente em defesa do SUS e, principalmente, pela vida da população brasileira.

Um terceiro desafio é o da **mobilização, organização e educação de base** quanto à utilização de redes e mídias sociais. Esta necessidade ganha corpo e começa a figurar entre as principais estratégias utilizadas para potencializar

agendas políticas. As redes e mídias sociais podem contribuir com a Educação Permanente, por meio de oficinas e seminários, construídos e realizados em ferramentas digitais como sites, revistas (site, facebook, Instagram, youtube, podcasts, rádio web. Um exemplo que se destaca é a TVT (TV dos Trabalhadores).

Um quarto desafio que pode parecer distante de nosso cotidiano, mas ameaça o SUS de forma ímpar, é a **cobertura universal de saúde**, uma proposta para reduzir o tamanho do SUS posta pela pressão nacional e internacional de mercantilização dos serviços de saúde, retroagindo a atenção pública à saúde ao período pré-SUS. Assim, retomar a defesa do direito universal à saúde recupera a pauta de disputas sociais. Portanto, essa conquista deve ser reapresentada e politizada socialmente, mediante o estado de exceção que vigora e a mídia que força a redução do direito à saúde.

No entanto, o interesse do capital, seja pelo orçamento público (insuficiente, mas ainda existente), seja pelas disputas diretas de comercialização da saúde e da vida - vejamos a contenta pela comercialização de vacinas - e ainda todas as formas de precarização e privatizações, compete com o SUS como política de Estado de acesso universal.

Um quinto desafio é atinente a **recompor a força dos sujeitos sociais coletivos** para ampliar a capilaridade de suas ações e força política para defender a saúde pública e o SUS. Como apontamos anteriormente, o processo formativo articulado com ações multiplicadores se apresentam como algumas estratégias renovadas para fortalecer a resistência popular dentro e fora dos Conselhos de Saúde, porque os conselhos só operam ações pela emancipação social quando usuários, trabalhadores e gestores da política de saúde atuam em defesa do SUS, a partir de suas próprias organizações, ou seja, é sempre a participação social que faz da participação instituída um real espaço de vocalização de necessidades sociais.

Ademais, para potencializar a socialização de experiências – sujeitos produzindo novos sujeitos a partir da reflexão-ação-reflexão das práticas emancipatórias populares - a utilização de redes e mídias sociais pode ganhar corpo e a figurar entre as estratégias de encontros entre esses sujeitos, além dos encontros presenciais desde que em um processo dialógico de educação popular e de troca de saberes.

São muitas interrogações e desafios. ‘Fortalecer a formação política dos sujeitos sociais coletivos de forma permanente’, articulando a teoria e a prática é

uma das estratégias a qual valoriza-se porque propiciar reflexão sobre as realidades nacionais e locais, as determinações do processo saúde doença e seus impactos na vida dos trabalhadores e os determinantes e condicionantes sociais promotores de qualidade de vida nunca podem sair do escopo de formulação dos sujeitos sociais coletivos.

REFERÊNCIAS

13 Congresso da Conam. Disponível em: <http://www.susconnecta.org.br/cns-participado-13-congresso-da-conam>. Acesso em: 30 jan. 2021.

BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S. F.; CAMPOS, G. W. S. **Reforma sanitária Itália e Brasil.** São Paulo: CEBES /HUCITEC, 1988.

BORÓN, A. A. **Crisis de las democracias y los movimientos sociales en América Latina:** notas para una discusión. Havana, Cuba: Instituto Cubano del Libro, Editorial de Ciencias Sociales, 2010.

BRASIL. **Anais da 8ª Conferência nacional de Saúde.** Brasília, 1986. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0219VIIIcns.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** [Internet] Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 jan. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006.** Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e dá outras providências. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm>. Acesso em: 30 jan. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 99.438, de 1990.** Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. [internet] Brasília, 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm>. Acesso em: 30 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986.** [internet] Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 30 jan. 2021.

BRASIL. **Lei de criação do Conselho Nacional de Saúde de 1936.** Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 30 jan. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [internet] Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm>. Acesso em: 30 jan. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [internet]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm>. Acesso em: 30 jan. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **DECRETO Nº 4.878, de 18 de novembro de 2003.** Dispõe sobre a composição do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4878.htm. Acesso em: 30 jan. 2021.

BRASIL. **Relatório da 15 Conferência Nacional de Saúde.** Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/confira-o-relatorio-com-as-diretrizes-aprovadas-na-15a-cns/15697/>. Acesso em: 30 jan. 2021.

BRASIL. **Relatório da 16 Conferência Nacional de Saúde.** Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/16cns/apresentacao.html>. Acesso em: 30 jan. 2021.

BRASIL. **Resolução CNS nº 507, de 16 de março de 2016.** Publica as propostas, diretrizes e moções aprovadas pelas Delegadas e Delegados na 15ª Conferência Nacional de Saúde, com vistas a garantir-lhes ampla publicidade até que seja consolidado o Relatório Final, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso507.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 033, de 23 de dezembro de 1992.** Aprovar o documento “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. [internet] Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1992/Reso033.doc>. Acesso em: 30 jan. 2021.

BRASIL. **Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde.** Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf. Acesso em: 30 jan. 2021.

BRASIL. **Resolução 453 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.** Disponível em: <http://>

bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html. Acesso em: 30 jan. 2021.

BRASIL. **Sistema de Acompanhamento aos Conselhos de Saúde - SIACS**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/index.html.

CAMPOS, G. W. S. A reforma sanitária necessária. In: BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S. F.; CAMPOS, G. W. S. **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: HUCITEC-CEBES [internet]. Disponível em: <https://www.gastaowagner.com.br/files/20/Artigos/30/REFORMA-SANITARIA-NECESSARIA.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2021.

CARVALHO, Antônio I. Conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 23-25, 1998.

CHIORO, A.; SCAFT, A. **Saúde e Cidadania, a implantação do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro, V. 07, 1999.

CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES (CUT). Brasil, 2020. Disponível em: <https://www.cut.org.br/conteudo/breve-historico>. Acesso em: 30 jan. 2021.

CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES (BR). **II Conferência Nacional de Saúde da CNM/CUT- Portal CNM**. Disponível em: <https://cnmcut.org.br/conteudo/ii-conferencia-nacional-de-saude-da-cnm-cut>. Acesso em: 30 jan. 2021.

CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES (BR). **Relatório Final do 2º Congresso Nacional da Central Única dos Trabalhadores**. Set. 1988, p. 8 [internet]. Disponível em: <http://cedoc.cut.org.br/cedoc/resolucoes-de-congressos/115>. Acesso em: 30 jan. 2021.

COHN, A. Cidadania e formas de representação de poder público e do gestor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde. **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde**: Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo: FMUSP/Brasília: Cedec, 2000.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: EdFiocruz, 2006.

COUTINHO, C. N. **Contra a corrente**: ensaios sobre democracia e socialismo. São Paulo: Cortez, 2000.

COUTINHO, C. N. **Gramsci**: um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: Camus, 1989.

CORREIA, M. V. C.; PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). Controle social. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

CONTAG. **Cartilha das Margaridas**. Disponível em: http://www.contag.org.br/imagens/ctg_file_350653567_24012019145732.pdf. Acesso em: 30 jan. 2021.

CRUZ, E. **A Bioética de Intervenção, Movimentos Sociais e Políticas Públicas de Saúde – A construção da Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Tese de Doutorado, Catedra UNESCO de Bioética da UnB. 2020. 262 p.

DAGNINO, E. **Anos 90. Política e Sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

DAGNINO, E. Democracia, teoria e prática: a participação da sociedade civil. In: PERESSINOTTO, R.; FUCKS, M. (Orgs.). **Democracia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relumê-Dumaré, 2003.

DAGNINO, E. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: MATO, D. (Org.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización**. Caracas: Faces/Universidad Central de Venezuela, 2004.

DALLARI, D. A. **O que é participação política**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

DAVID, C. T. N. de. **A participação política dos atores sociais coletivos do campo popular no movimento de reforma na saúde no Rio Grande do Sul. 2014**. 241 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/581>. Acesso em: 30 jan. 2021.

DOIMO, A. M. **A vez e a voz do popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70**. Rio de Janeiro: Relume-Dumaré, 1995.

DOIMO, A. M.; RODRIGUES, M. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização. **Sociedade & Política**. São Paulo, n. 3, 2003.

DOWBOR, M. **A arte da institucionalização: estratégias de mobilização dos sanitaristas (1974-2006)**. [Tese de Doutorado em Ciência Política] Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras. Departamento de Ciência Política, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

FALEIROS, V. de P. *et al.* **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP, 2006.

GOHN, M. G. 500 anos de lutas sociais no Brasil: movimentos sociais, ONGs e terceiro setor. Meidações. **Revista das Ciências Sociais**, Londrina, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/314375096_500_anos_de_lutas_sociais_no_Brasil_movimentos_sociais_ONGs_e_terceiro_setor. Acesso em: 30 jan. 2021.

GOHN, M. G. **Conselhos gestores e participação sócio-política**. São Paulo: Cortez, 2001.

GOHN, M. G. **Conselhos gestores e a participação sociopolítica**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

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

GOHN, M. G. **Novas teorias dos movimentos sociais**. São Paulo: Edições Loyola, 2008, p. 166.

GOHN, M. G. **Movimentos Sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo**. 2. ed. - Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

GOHN, M. G. Participação de representantes da sociedade civil na esfera pública na América Latina. **Política & Sociedade**. Florianópolis, v. 10, n. 18, abr./2011.

GOHN, M. G. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**, v. 16 n. 47 maio-ago, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbedu/v16n47/v16n47a05.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2021.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere, Volume 1: introdução ao estudo da filosofia, a filosofia de Benedetto Croce**. Edição e Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

GRUPO DE ESTUDOS SOBRE A CONSTRUÇÃO DEMOCRÁTICA (GECD). Dossiê: os movimentos sociais e a construção democrática: sociedade civil, esfera pública e gestão participativa. **Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp. Revista Idéias**, Campinas, v. 5, n. 2, v. 6, n.1, 1998-1999: 7-122. P. 14 Disponível em: https://www.ifch.unicamp.br/publicacoes/pf-publicacoes/ideias_5-2_6-1.pdf. Acesso em: 30 jan. 2021.

OBSERVATÓRIO SAÚDE DO CAMPO, FLORESTA E ÁGUAS. **1º Encontro Nacional de Saúde das populações do campo, da floresta e das águas**. Disponível em: <https://saudecampofloresta.unb.br/1o-encontro-nacional-de-saude-das-populacoes-do-campo-da-floresta-e-das-aguas>. Acesso em: 30 jan. 2021.

OLIVEIRA, F. A. **Entre rebeldia e conformismo: a luta do Movimento Nacional de Luta**

pela Moradia (MNLM) pelo acesso a moradia no Rio Grande do Sul. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCRS. Porto Alegre, 2011.

PAIM, J. S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p. (Coleção Temas da Saúde).

PAIM, J. S. P. **Reforma Sanitária Brasileira (Rsb): Expressão ou Reprodução da Revolução Passiva?** IPEA. Planejamento e Políticas Públicas | PPP | n. 49 | jul./dez. 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/946>. Acesso em: 30 jan. 2021.

PATMAN, C. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

PERISSINOTTO, R.; FUKS, M. **Democracia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Curitiba: Fundação Araucária, 2002.

PIZZORNO, A. **Introduzione allo studio della partecipazione politica**. Universidade de Minas Gerais, 1971 (Apostila DCP).

SADER, E. **Quando Novos personagens entram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-80**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1988.p. 6

SCHERER-WARREN, I. Movimento em cena... e as teorias por onde andam? **Revista Brasileira de Educação**. Rio de Janeiro, n. 9, set.-dez./1998. SILVA, Berenice T. Lima, Isabel Maria Sampaio O. 15º Conferência Nacional de Saúde: um estudo de caso. **Saúde Soc**. São Paulo, v.28, n.3, p.97-114, 1019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000300097. Acesso em: 30 jan. 2021.

SIMIONATTO, I. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SILVA, T. H. dos S. **Força ou Consenso: a Reforma Sanitária Brasileira entre o Dilema Reformista e o Minotauro da Saúde**. 2016. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-13022017-112252/publico/ThiagoHenriqueDosSantosSilvaREVISADA.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2021.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. *In: Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TELLES, V. S. Sociedade civil e construção de espaços públicos. *In: DAGNINO, A. (Org.). Anos 90. Políticas e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

VALLA, V. V. A participação em saúde. In: WENDHAUSEN, A. **O Duplo Sentido do Controle Social**. Santa Catarina: Univati, 2002. Disponível: <http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&q=constrole+social+-+agueda+&btnG=Pesquisar&meta>. Acesso em: 30 jan. 2021.

VERMELHO. **Há 36 anos, movimento comunitário dava início à história da Conam**. 2018. Disponível em: <https://vermelho.org.br/2018/01/17/ha-36-anos-movimento-comunitario-dava-inicio-a-historia-da-conam/>. Acesso em: 30 jan. 2021.



RETRATOS POSSÍVEIS DO PERFIL DO CONTROLE SOCIAL NOS ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO

Henrique Kujawa²⁷

Astrid Sarmiento Cosac²⁸

Elaine Maria Silva das Neves²⁹

Antônio Lacerda Souto³⁰

Camila Guimarães Guedes³¹

INTRODUÇÃO

Na perspectiva percebida na execução do primeiro Projeto de “Formação para o Controle Social no SUS I” ,que aconteceu no período de 2017 a 2018, observou-se a necessidade de reunir movimentos sociais e pesquisadores para refletir sobre o atual estágio e os desafios do direito à saúde, da participação popular e do controle social, dentro do Projeto “Formação para o Controle Social

²⁷ Doutor em Ciências Sociais pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINO em 2014, mestre e bacharel em História pela Universidade de Passo Fundo (2000, 1994). Atualmente é Professor Convidado da Universidade de Perúgia na Itália e Educador Popular no Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP). Tem experiência nas áreas: direito humano à saúde, movimentos sociais, território e territorialidade, políticas habitacionais, patrimônio cultural e desenvolvimento, tramas sociais e constituição de espaços urbanos.

²⁸ Cientista Política, Bacharela (2012), Mestra (2015) e doutoranda em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Juiz de Fora, bolsista CAPES do Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da UFJF - PPGCSO. Atuou como Secretária Executiva do Projeto que mescla extensão e pesquisa “Polo Institucional de Fortalecimento da Gestão Participativa do SUS”, onde desenvolveu atividades de capacitação bem como assessoramento organizacional do projeto. Atualmente atua como Educadora Popular e Pesquisadora especialista em Controle Social no SUS, trabalhando em projetos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Centro de Educação e Assessoramento Popular e Conselho Nacional de Saúde (CNS).

²⁹ Possui graduação (Bacharelado e Licenciatura) em Economia Doméstica pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (2002) e Graduação em Enfermagem (2013). Tem Especializações em Desenvolvimento Rural Sustentável e Agricultura Familiar pela Universidade Federal de Pernambuco (2006), Especialização em Saúde Pública pela Faculdade Guararapes (2010), Especialização em Convivência com Semiárido n Perspectiva da Segurança e Soberania Alimentar e da Agroecologia pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (2011), Especialização em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologias (2014) e Especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal pela Universidade Estadual do Paraná (2017). Atualmente é assessora na Secretaria Nacional de Saúde do Trabalhador da Central Única dos Trabalhadores - CUT. Também atuou como assessora de políticas para as mulheres rurais na Federação dos /as Trabalhadores/as Rurais na Agricultura do Estado de Pernambuco - Fetape, e como agente de Desenvolvimento Local pelo Instituto Biossistêmico na Região Noroeste do Paraná. Desenvolveu diversas atividades voltadas para a promoção da qualidade de vida e de trabalho no campo e na cidade, organizou e realizou palestras, oficinas e encontros sobre saúde da mulher, saúde do homem, da criança e dos adolescentes, agroecologia, políticas públicas de saúde. Tem experiência na área de Alimentos, Nutrição e Saúde, e Desenvolvimento Humano. Desenvolveu atividades de extensão na área de Ciências Sociais Aplicadas com ênfase em Desenvolvimento da Criança, Educação Infantil, Saúde da Mulher e da Criança, Segurança Alimentar e Nutricional.

³⁰ Possui graduação em Pedagogia pela Universidade Federal do Ceará e mestrado em meio ambiente e desenvolvimento rural pela Universidade de Brasília. Atualmente é pesquisador e Assessor da Secretaria de Políticas Sociais da Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG) atuando na proteção infante juvenil, saúde e educação dos Trabalhadores e trabalhadoras Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares.

³¹ Pedagoga, Especialista em Educação do Campo pela FAE/UFMG e atua na Secretaria de Políticas Sociais da Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG)

no SUS II” do Conselho Nacional de Saúde(CNS) e Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social do SUS (CIEPCSS), executado pelo Centro de Assessoramento Popular do Rio Grande do Sul(CEAP) e apoiado pela Organização Pan-Americana da Saúde(OPAS) e Organização Mundial de Saúde(OMS) no Brasil.

Quando se discute o controle social, surgem frequentemente questões pertinentes ao perfil dos(as) conselheiros(as), à existência de um processo de renovação de participantes nestes espaços, à maneira como estabelecem relação com suas entidades e suas comunidades. O presente texto objetiva construir aspectos que auxiliem na reflexão sobre algumas destas perguntas.

Metodologicamente, o texto utilizou-se, além da revisão bibliográfica, de três bancos de dados que possuem informações sobre o perfil dos(as) conselheiros(as) que participaram dos diferentes espaços de participação. O primeiro contém as informações do projeto *Escuta Itinerante: acesso das populações do campo e da floresta ao SUS*, desenvolvido pelo Ministério da Saúde através do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS – DOGES, em parceria com a Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG). O segundo foi a pesquisa realizada durante a 16ª Conferência Nacional de Saúde. Por fim, o terceiro trata do banco de dados dos participantes das oficinas da primeira edição do projeto *Formação para o controle social do SUS* do Conselho Nacional da Saúde (CNS), desenvolvido pelo Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) e apoiado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

A opção por estas fontes se justifica pela inexistência de um banco de dados nacional com informações dos(as) conselheiro(as)s de saúde e lideranças sociais. Ao mesmo tempo, sabendo da especificidade de público, circunstância e representatividade, as três fontes possuem uma amostra significativa, diversificada e abrangente nos aspectos geográficos, abrangendo todos os estados, diferentes segmentos que compõem as instâncias do controle social do SUS, população urbana e do campo, assim como amplitude de participação, somando um total de 6.156 respondentes das três fontes de pesquisa, sendo 478 do Projeto Escuta Itinerante, 2.825 do Projeto de Formação e 2.853 participantes da 16ª CNS.

Para a análise foi desenvolvida uma apresentação dos dados específicos de cada fonte e, posteriormente, feito um exercício de identificação de pontos comuns entre eles. O texto está dividido em cinco tópicos. O primeiro aborda um breve histórico do conceito e da compreensão sobre o controle social. O segundo, terceiro e quarto fazem o cruzamento e a descrição dos dados das diferentes fontes. No quinto, são abordados alguns aspectos comuns em relação aos perfis contidos nos tópicos anteriores.

BREVE HISTÓRICO DA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Em nossa história política pela garantia do envolvimento da sociedade no controle social das políticas públicas e em particular as de saúde, a participação e o controle social, conceitos próximos em sua origem, mas com divergências conceituais para este trabalho. Ganham significados distintos na busca pela garantia dos direitos à cidadania e seu pleno exercício com inclusão e respeito à diversidade.

O controle social, exercido pelo Estado sobre os indivíduos e grupos, historicamente assumiu várias modalidades e conteúdo, considerando as especificidades dos modos de produção e os regimes políticos. A história ocidental exemplifica como “Controle Social” o exercício do Estado nas suas funções clássicas de dominação. Já participação social atua na elaboração e fiscalização de políticas públicas em contextos democráticos, refere-se a toda a sociedade civil capaz de atuar na democracia participativa. O controle do Estado sobre os indivíduos ocorre tanto por meio de mecanismos jurídicos e políticos quanto por processos culturais e educativos. Mas este não será o ponto central neste artigo.

No caso atual do Brasil, a Constituição de 1988 assegura juridicamente a participação e o controle social como mecanismos de democratização dos direitos civis e políticos. Nesse sentido, o termo controle social está intrinsecamente articulado a democracia, que assegura mecanismos de participação da população na formulação, deliberação e fiscalização das políticas públicas, principalmente nos espaços de poder e nos Conselhos de Direitos.

Enquanto a participação pode ser compreendida como um processo no qual homens e mulheres se descobrem como sujeitos políticos, exercendo seus direitos políticos, e ao exercício da cidadania, às possibilidades de contribuir com processos de mudanças e conquistas. O resultado do usufruto do direito à

participação deve, portanto, estar relacionado ao poder conquistado, à consciência adquirida, ao lugar onde se exerce e ao poder atribuído a esta participação.

Desta forma, “a participação é requisito de realização do próprio ser humano e para seu desenvolvimento social requer participação nas definições e decisões da vida social” (SOUZA, 1991, p. 83).

Este processo histórico deu-se no início do século XX até meados dos anos 1960, onde predominava no país o modelo pautado no “sanitarismo campanhista” (MENDES, 1996), que procurava explicar os problemas de saúde por meio de uma relação linear entre agente e hospedeiro. Este modelo contava com as ações de saúde pública desenvolvidas através de campanhas sanitárias, visando combinar o funcionamento da sociedade com as necessidades do mercado econômico. O controle era exercido pelo Estado sobre a sociedade. Reforçando a ideia de saúde como mercadoria, sempre com o propósito de atender somente aos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho. Desta forma, a organização do sistema previdenciário foi edificada nos anos de 1923 a 1930, através das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), sendo assegurados aos trabalhadores dois representantes por empresa no Conselho de Administração (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Na década de 1970, a participação comunitária restringia-se a algumas participações específicas, anuladas em sua dimensão participativa, principalmente pelo modelo político centralizador e autoritário, e o modelo vinculado à previdência social (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001). No entanto, no final da década de 1970, conforme discute Carvalho (1997), tiveram início às lutas comunitárias por saúde, articuladas aos movimentos sociais, que confrontaram o regime militar de 1964, que praticavam políticas coercitivas e socialmente excludentes. Enquanto isso, no cenário internacional, a Conferência de Alma Ata, realizada em 1978 (OMS/UNICEF, 1989), defendia a participação comunitária como forma de envolver a comunidade na solução dos seus problemas, canalizando recursos.

Já na década de 1980, surgem crises tanto da sociedade, do Estado e das ideologias. Os movimentos sociais se diversificaram, lutando por uma nova ordem democrática. Este cenário possibilitou o surgimento da participação popular por meio de diferentes organizações: os movimentos ligados às associações de moradores, sindicatos, entre outros. Todos com o objetivo de transformar a política do país, aliada ao movimento de mudança das práticas sanitárias do sistema de saúde.

Vale destacar os principais marcos históricos como: as Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi o grande marco na construção do projeto da reforma sanitária, em 1986, com participação popular ocorrida pela primeira vez, contando com três mil delegados(as) (CONFERÊNCIA, 1986), a estruturação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, e o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988 na Constituição Federal. Em seguida, o marco histórico mais reconhecido por parte dos militantes da saúde, que colocou na discussão de forma efetiva o Controle Social e o debate do direito à saúde na sociedade brasileira, foi assegurado na Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (CARVALHO; SANTOS, 1995), reconhecendo a participação da comunidade na gestão do SUS, através, principalmente da criação de Conferências e Conselhos de Saúde.

Com a ampliação da participação nas instâncias decisórias, a atuação dos conselheiros e conselheiras tornou-se de suma importância no tocante às ações e relações dos atores políticos quanto às decisões relacionadas à saúde. Desta forma, são necessárias pesquisas sobre os diferentes perfis do controle social no Brasil. Esta é o objetivo do próximo tópico com as diferentes fontes relacionadas neste trabalho.

RETRATOS DOS PERFIS DO CONTROLE SOCIAL

Para elaborar os retratos possíveis dos perfis do controle social nos diferentes espaços de participação, utilizamos as vozes de diferentes entidades participantes do grupo de pesquisa. Elas trouxeram para o escopo da pesquisa os projetos concretizados em diferentes Estados. Foram produzidos questionários e o levantamento de dados empíricos recorrentes do Projeto Escuta Itinerante, apresentado pela CONTAG, da 16ª Conferência Nacional de Saúde e do Projeto de formação do CEAP. Estes projetos foram escolhidos por apresentarem métodos semelhantes no que tange ao levantamento dos dados e à realização dos questionários. Dados de perfil das bases de inscrição, cadastro e avaliação, juntamente com questionários realizados ao longo da execução dos projetos supracitados, esta escolha metodológica deu-se pelas semelhanças analíticas presentes nas diferentes pesquisas.

PERFIL DOS PARTICIPANTES DO PROJETO ESCUTA ITINERANTE DA CONTAG

A Confederação Nacional dos Trabalhadores Rurais Agricultores e Agricultoras Familiares (CONTAG)³² foi fundada em 20 de dezembro de 1963. Atualmente, com as 27 Federações de Trabalhadores na Agricultura (FETAG's) e mais de 4.000 Sindicatos de Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais (STTR's) filiados, compõe o Movimento Sindical de Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais (MSTTR), que luta pelos direitos de mais de 15,7 milhões (PNAD/IBGE, 2009) de homens e mulheres do campo e da floresta, que são agricultores(as) familiares, acampados(as) e assentados(as) da reforma agrária, assalariados(as) rurais, meeiros, comodatários, extrativistas, quilombolas, pescadores artesanais e ribeirinhos.

Em março de 1963, o governo de João Goulart promulgou o Estatuto do Trabalhador Rural, que garantia aos trabalhadores e trabalhadoras rurais os direitos sindicais, trabalhistas e previdenciários já assegurados aos trabalhadores(as) urbanos. Nesta época, o país vivia um momento de forte atuação política e sindical. Existiam 475 Sindicatos dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais no Brasil, dos quais 220 eram reconhecidos pelo Ministério do Trabalho e Emprego. Em 22 de dezembro de 1963, trabalhadores(as) rurais de 18 estados, distribuídos em 29 federações, decidiram pela criação da CONTAG, que foi reconhecida em 31 de janeiro de 1964. Então, a CONTAG torna-se a primeira entidade sindical do campo de caráter nacional, reconhecida legalmente.

A CONTAG também integrou, junto com outros movimentos sociais, a vanguarda na luta contra a ditadura militar e pela democratização do Brasil, reivindicando uma ampla e irrestrita anistia política, eleições diretas e a convocação da Assembleia Nacional Constituinte. Durante a Constituinte, a Confederação participou ativamente das discussões que envolviam os interesses da população do campo. Uma das conquistas desse período foi a inclusão dos trabalhadores e trabalhadoras rurais na Previdência Social.

Ao longo desses anos, o MSTTR conquistou um conjunto de políticas públicas. No entanto, há necessidade de ampliação, adequação e mudanças destas políticas, visando atender as demandas e o protagonismo agricultores e

³² Disponível em: <http://www.contag.org.br/index.php?modulo=portal&acao=interna&codpag=227&nw=1>. Acesso em: 30 jan. 2021.

agricultoras familiares e sua projeção na sociedade. A CONTAG é referência no país na luta pela construção de uma sociedade mais justa, democrática e igualitária; e na defesa permanente dos interesses dos trabalhadores e trabalhadoras rurais.

Para ilustrar o retrato do controle social na CONTAG, vamos utilizar alguns dados da pesquisa realizada através do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS - DOGES, que a partir de 2011 iniciou o trabalho de Ouvidoria Itinerante, em parceria com organizações da sociedade civil, por meio de projetos de apoio financeiro. A Itinerante é um instrumento de Ouvidoria Ativa que está relacionado com o deslocamento nos territórios com o objetivo de proporcionar o fortalecimento do acesso, ampliando a relação entre cidadão e Estado.

Para a consolidação desse trabalho, o DOGES através de parcerias com organizações da sociedade civil com o intuito de levar informações sobre o Sistema Único de Saúde - SUS, ouvidoria e participação social para comunidades que têm dificuldade de acesso aos instrumentos de escuta, à saúde pública e à sua Gestão.

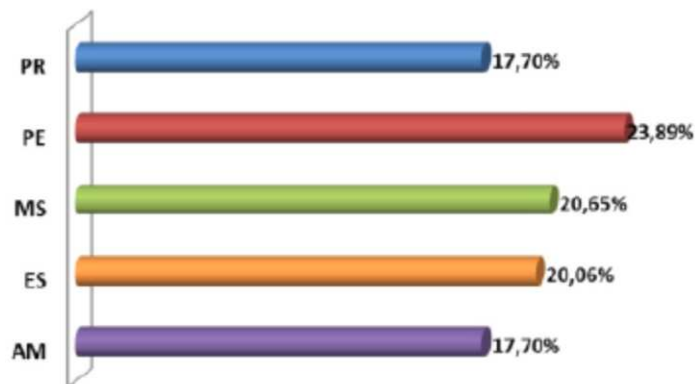
O projeto “Escuta Itinerante: acesso das populações do campo e da floresta ao SUS” consiste de um instrumento de parceria institucional entre a CONTAG e o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, com financiamento advindo da OPAS. O projeto teve como objetivo principal dispor, por intermédio de escutas itinerantes e qualificadas, de subsídios para contribuir com a solução de problemas relativos às demandas de saúde das populações do campo e floresta, com destaque para o alcance de objetivos e resultados que foram propostos a esses usuários na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e Floresta.

As atividades do projeto foram desenvolvidas no período de fevereiro a março (2013) em cinco estados, cada um representando uma região brasileira, sendo cada localidade estabelecida pela CONTAG.

Todas as ações foram executadas seguindo a mesma metodologia e sempre com duração de dois dias para cada evento. Considerando as cinco atividades, foi mobilizado um público de 478 pessoas, entre trabalhadores e trabalhadoras rurais, dirigentes sindicais rurais, lideranças comunitárias e conselheiros municipais e estaduais de saúde. A participação por estados foi a seguinte: 116 participantes em Pernambuco; 86 no Espírito Santo; 70 no Amazonas; 84 no Paraná; e 122 participantes no Mato Grosso do Sul³³.

³³ Relatório da “Escuta Itinerante: acesso dos povos do Campo e da Floresta ao SUS” – parceria DOGES/CONTAG, 2013.

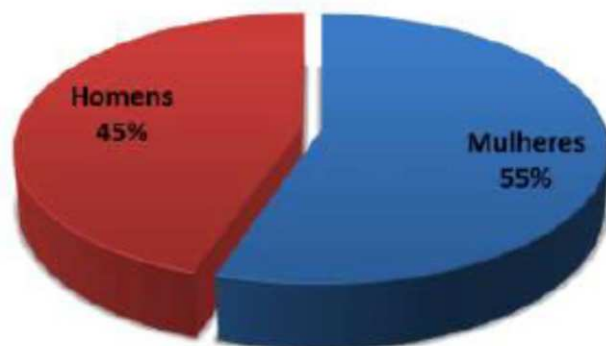
Gráfico 01. Distribuição de participantes por Estado do Projeto Escuta Itinerante.



Fonte: Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/SGEP/MS.

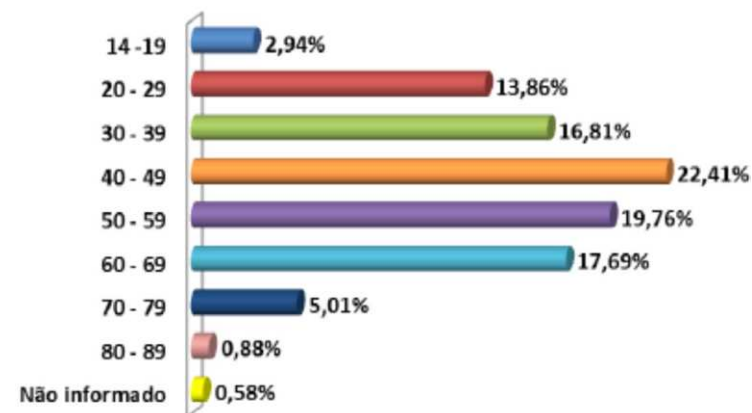
Em relação ao gênero, percebe-se a predominância da participação de mulheres com 55% (Gráfico 01), reforçando que nos espaços de cuidado, como é a saúde, as mulheres têm maior representatividade. Quando se trata de representantes de entidades rurais, apontados historicamente como espaços masculinos, o maior número de mulheres ganha maior destaque (CONTAG, 2013).

Gráfico 02. Gênero dos participantes do Projeto Escuta Itinerante.



Fonte: Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/SGEP/MS.

Gráfico 03. Faixa Etária do Projeto Escuta Itinerante.



Fonte: Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/SGEP/MS.

Quanto à faixa etária (Gráfico 03), fica demonstrado que a grande maioria, 64,75% dos participantes tinham mais de 40 anos. Embora a faixa com maior representatividade seja de 40-49 anos com 22,41%, as duas faixas subsequentes (50-59 e 60-69) possuem 19,76% e 17,69%, respectivamente. A predominância da população mais velha ganha realce se comparada com as duas faixas mais jovem (14-19 e 20-29 anos) com 2,94% 13,86%, respectivamente.

Em relação à escolaridade (Gráfico 04), o maior número de participantes possui o fundamental incompleto 28,61%. Somando os demais níveis, analfabetos 1,47%; alfabetizados 5,40% e ensino fundamental completos 12,39% percebemos que 47,82% ficam no nível do ensino fundamental. Se cruzarmos estes dados com o da faixa etária na qual apenas 2,94% dos participantes têm menos que 19 anos, portanto, em idade escolar até o ensino médio, demonstra que a dificuldade de acesso escolar para a população rural. (CONTAG, 2013). Outro aspecto é a baixa participação de analfabetos - 1,47% - o que, por um lado, pode refletir a diminuição da taxa de analfabetismo. Contudo, os dados (IBGE, 2012) demonstram que o índice é bem maior do que o percentual dos participantes, principalmente nas faixas etárias adultas. Um indicativo para a baixa participação de analfabetos é a dificuldade deste público para acompanhar atividades formativas ou de debate sobre políticas públicas.

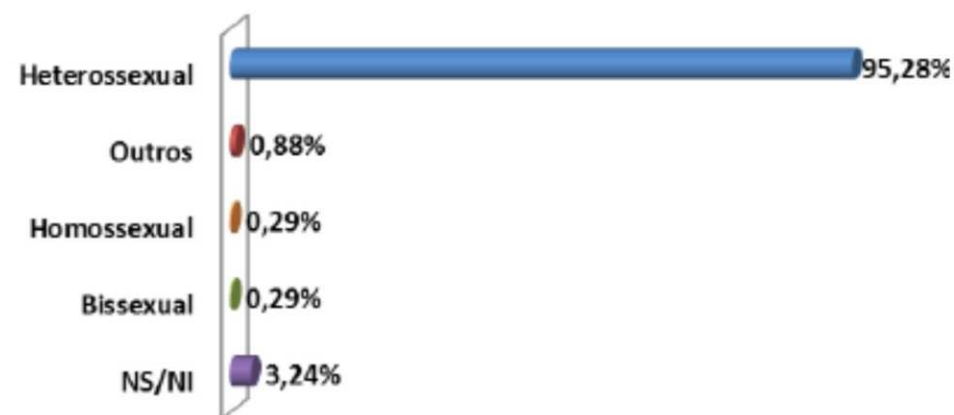
Gráfico 04. Escolaridade dos participantes do Projeto Escuta Itinerante.



Fonte: Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/SGEP/MS.

Relativo à orientação sexual, há representatividade absoluta de heterossexuais com 95,28% dos participantes, demonstrando que os espaços rurais ainda são conservadores quanto a este aspecto. Esta representatividade também ocorreu na 16ª CNS, com um número expressivo de respondentes autodeclarados heterossexuais.

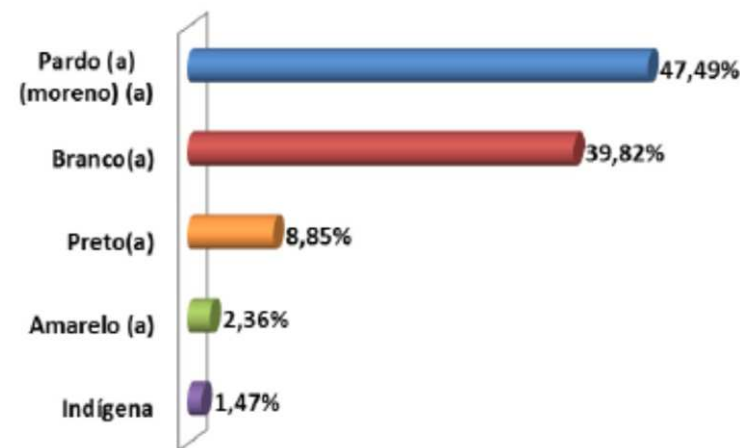
Gráfico 05. Orientação sexual de participantes do Projeto Escuta Itinerante.



Fonte: Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/SGEP/MS.

Ao observarmos a raça dos participantes (Gráfico 06), evidencia-se que a maioria se autodeclarou pardo(a)/moreno(a) 47,49%, se somado com os pretos(as), 8,85%, totaliza-se 56,34%; enquanto brancos(as) somam 39,82%. Outro aspecto relevante é a baixa participação indígena - 1,47%. Por se tratar de uma amostra de populações rurais, a baixa representação indígena ganha maior significação, demonstrando que estas populações tem pequena inserção nos debates sobre as políticas de saúde no campo.

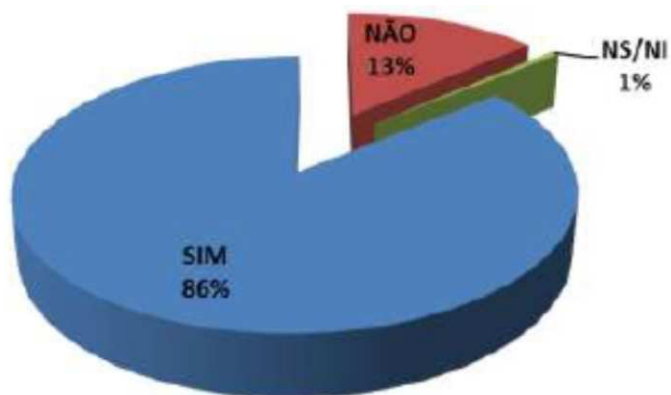
Gráfico 06. Raça dos participantes do Projeto Escuta Itinerante.



Fonte: Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/SGEP/MS.

Em relação à vinculação a organizações e movimentos, destaca-se a grande participação vinculada ao sistema CONTAG. Isso é facilmente compreensível pelo fato desta pesquisa ter sido desenvolvida em parceria com a CONTAG, que ao articular e mobilizar o público, atingiu, principalmente, as suas bases. Ao mesmo tempo, 37,19% declararam participar de igrejas e pastorais, demonstrando claramente a grande influência religiosa na organização do campo, principalmente quando se refere à saúde. Outro aspecto interessante é que se somarmos os participantes vinculados às igrejas com os clube ou grupo de mães - 7,40% - temos 44,59%. Tendo presente que estes são os espaços de maior representatividade feminina, este dado nos ajuda entender a maior participação feminina (55%) no projeto. (CONTAG, 2013), assim como percebido nas duas outras fontes de análise.

Figura 1. Percentual de entrevistados(as) filiados(as) ao sistema CONTAG.

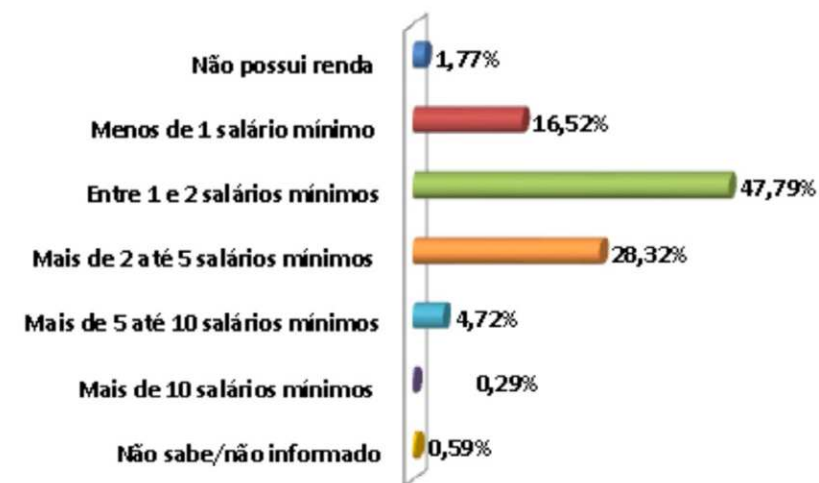


Fonte: Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/SGEP/MS.

Gráfico 07. Organizações que participa.



Gráfico 08. Renda familiar.



Fonte: Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/SGEP/MS.

Fonte: Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/SGEP/MS.

Relativo à renda (Gráfico 08), visualiza-se que a maior representatividade é de participantes que têm a renda entre 1 e 2 salários mínimos (47,79%), se somados com menos de um salário mínimo, 16,52%, e não possui renda, 1,77%, temos a soma de 66,08% dos(as) participantes recebendo menos de 2 salários mínimos. Ao passo que se observarmos os(as) participantes com renda entre 5 e 10 salários mínimos, temos apenas 4,72% dos(as) participantes.

Na elaboração do *Relatório Escuta Itinerante*, as principais demandas obtidas por meio deste projeto foram encaminhadas para discussão com as áreas técnicas do Ministério da Saúde, que têm relação direta com os problemas e dificuldades colocadas pelos participantes. Com a execução do projeto, ficou evidente a carência de informações, a falta de apropriação de espaços para que o cidadão possa dialogar com a gestão, garantindo os seus direitos frente às políticas públicas. A partir dessa realidade, a própria comunidade percebeu a necessidade da criação e fortalecimento de espaços que proporcionem a participação e o controle social de maneira efetiva (CONTAG, 2013).

PERFIL DOS PARTICIPANTES DA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

A 16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8)34, realizada em Brasília entre os dias 4 e 7 de agosto de 2019, teve este nome em referência à memória da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), considerada um marco para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a redemocratização do país. A edição teve como tema “Democracia

34 Disponível em: <http://www.analisepoliticaensaude.org/oaps/boletim/edicao/25/http://www.analisepoliticaensaude.org/oaps/boletim/edicao/25/>. Acesso em: 30 jan. 2021.

e Saúde: saúde como direito e consolidação e financiamento do SUS”. Segundo o credenciamento presencial da 16ª CNS, um total de 5.457 participantes, entre 3.026 delegados(as), 871 convidados(as), 1.020 participantes de atividades autogestionadas, 103 pesquisadores(as), 22 participantes de conferências livres, 107 profissionais de imprensa, 115 integrantes do apoio, 45 integrantes da organização e 79 integrantes da relatoria, estiveram presentes nos quatro dias de evento (16ª CNS).

Como resultado das discussões, foi publicado um relatório final sob a forma da Resolução nº 617, que reúne diretrizes, propostas e moções aprovadas na CNS. Até chegar ao relatório, uma série de atividades antecedeu a 16ª CNS. As etapas preparatórias abarcaram a realização de conferências municipais (2 de janeiro a 15 de abril de 2019) e estaduais (16 de abril a 15 de junho de 2019), além de debates, reuniões, seminários, conferências livres e oficinas, com a participação dos mais diversos atores em prol da construção da 16ª. A partir destes encontros, foram produzidos relatórios como orientações para as discussões na etapa.

Os debates acadêmicos sobre o funcionamento e a efetividade dos arranjos participativos na saúde no fortalecimento da democracia e na qualificação das políticas públicas tendem a ressaltar a importância dos Conselhos e Conferências (CÔRTEZ, 2006). Entretanto, alguns estudos apontam a persistência de fragilidades sobre a qualidade da participação e a influência nos processos de deliberação (STRALEN, 2005), a intensidade do envolvimento e da mobilização da comunidade nos espaços de participação (CÔRTEZ, 2009a), assim como a capacidade de produzir uma troca suficiente de informações para o aprimoramento da gestão pública (CÔRTEZ, 2009b), a observação das fragilidades em relação aos efeitos reais em termos de elaboração de políticas, com deliberações que pouco impactam a lógica da burocracia estatal e da tecnocracia (KÖHLER; MARTINEZ, 2015) e a refratariedade da clínica e do cuidado para incorporação de saberes do usuário e da sua cultura (FERLA, 2004; 2006). O reconhecimento legal da participação social na saúde e demais políticas públicas não exclui o desafio de superação de problemas e fragilidades, num processo de aprendizagem permanente que inclui a bagagem acumulada e os desafios e contextos de cada local e tempo (16ª CNS).

O material utilizado para este tópico foi um texto produzido para o Relatório Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde³⁵, publicado pelo Conselho Nacional

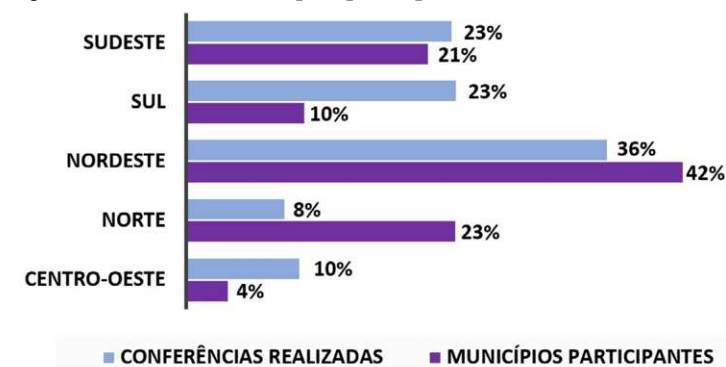
de Saúde. Os dados foram tratados e o texto elaborado por Alcindo Antônio Ferla, André Peres Barbosa de Castro, Érica Rosalba Mallmann Duarte, Francisca Rêgo Oliveira Araújo, Francisca Valda da Silva, Frederico Viana Machado, Gabriel Calazans Baptista, Geordeci Menezes de Souza, Luciana Barcelos Teixeira, Marcia Fernanda de Mélo Mendes e Ricardo Burg Ceccim.

No relatório citado, foi apresentada uma análise descritiva das etapas municipal e estadual, além da caracterização dos participantes da etapa nacional e suas principais ideias. Os dados da etapa nacional foram coletados por meio da aplicação de um questionário e de entrevistas em profundidade, além da análise de bancos de dados de inscrição. Os dados das etapas municipal e estadual foram obtidos diretamente com os Conselhos Estaduais de Saúde e das Comissões Organizadoras das Conferências Estaduais de Saúde

A participação nas etapas municipal e estadual da 16ª CNS

A etapa municipal da 16ª CNS teve grande adesão, com a realização de conferências em 4.612 (83%) dos municípios brasileiros, sendo que em alguns foram realizadas também conferências distritais. O Gráfico 09 apresenta o número de conferências municipais realizadas em cada UF. Como se verifica nos Estados do Ceará, Espírito Santo, Pernambuco, São Paulo, Sergipe e no Distrito Federal, foram realizadas também conferências regionais (Gráfico 10).

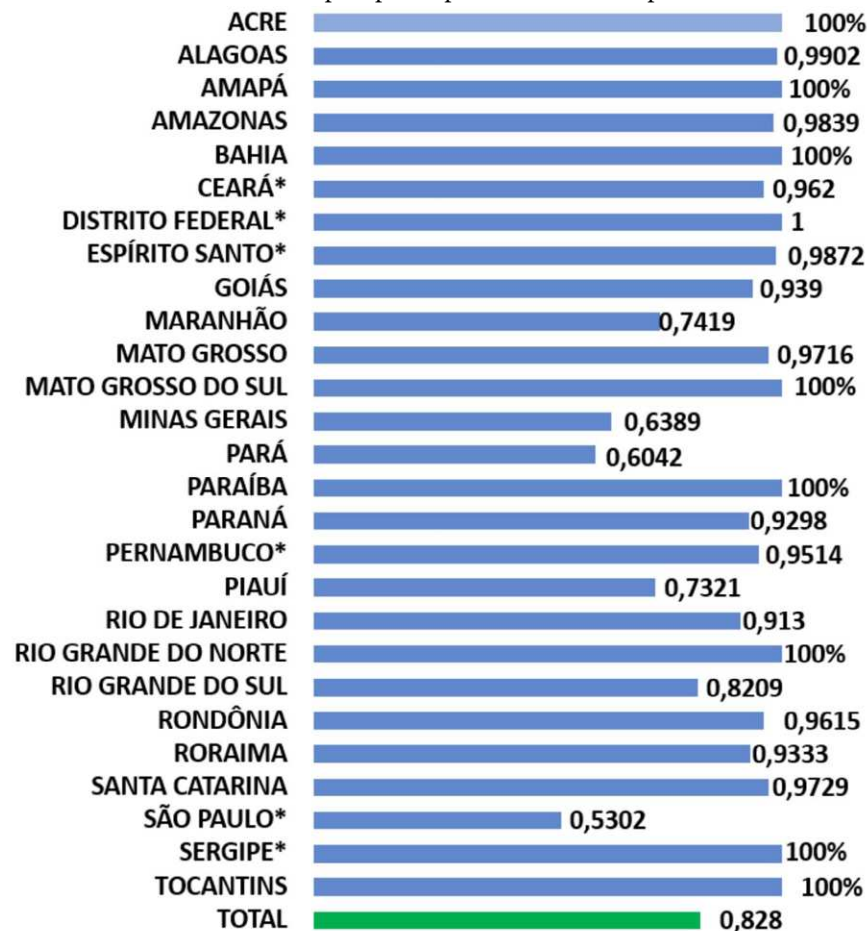
Gráfico 09. Número de Conferências Municipais de Saúde realizadas em preparação à 16ª CNS por Região e número de Municípios participantes.



Fonte: Dados da pesquisa da 16ª CNS.

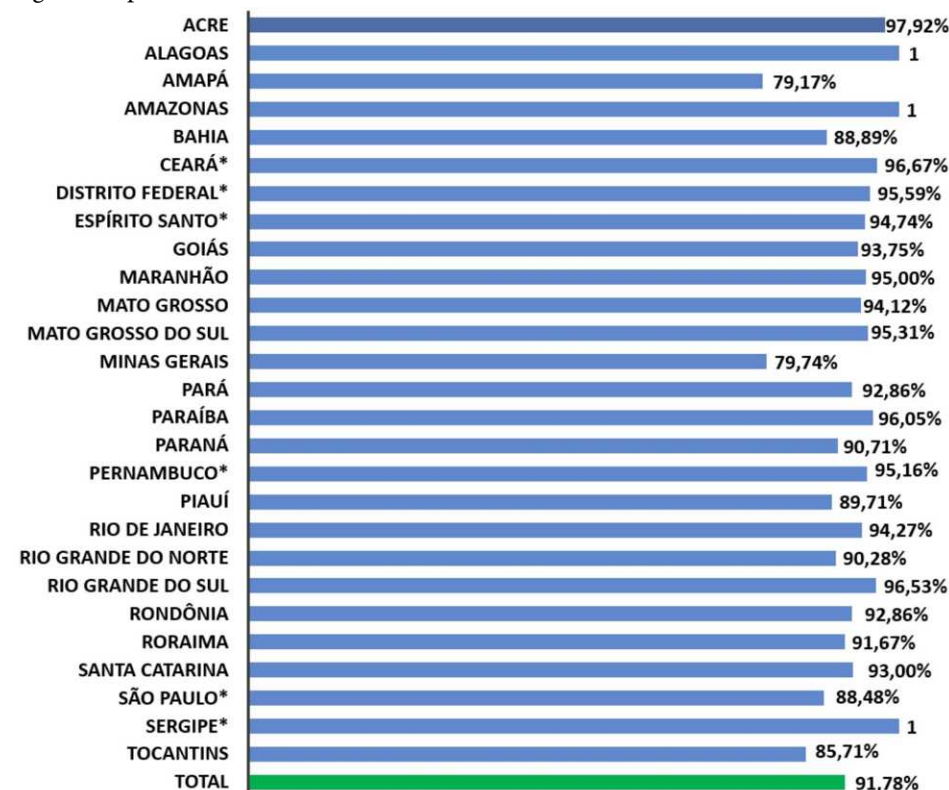
35 Relatório da 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Gráfico 10. Percentual de Municípios participantes na 16ª CNS por UF.



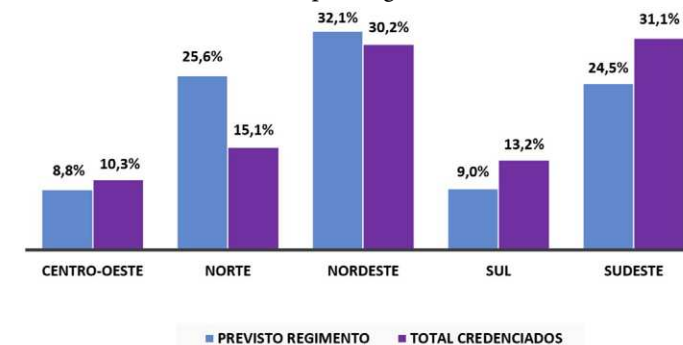
Fonte: Dados da pesquisa da 16ª CNS. OBS.: * Estados que realizaram conferências regionais de saúde.

Gráfico 11. Percentual de delegados(as) credenciados(as) em relação aos previstos(as) em regimento por UF.



Fonte: Dados da pesquisa da 16ª CNS. OBS.: * Estados que realizaram conferências regionais de saúde.

Gráfico 12. Número de delegados(as) credenciados(as) previstos(as) em regimento em relação ao número de credenciados(as) por Região.



Fonte: Dados da pesquisa da 16ª CNS.

Gráfico 13. Número de delegados(as) credenciados(as) em relação ao segmento por Região.

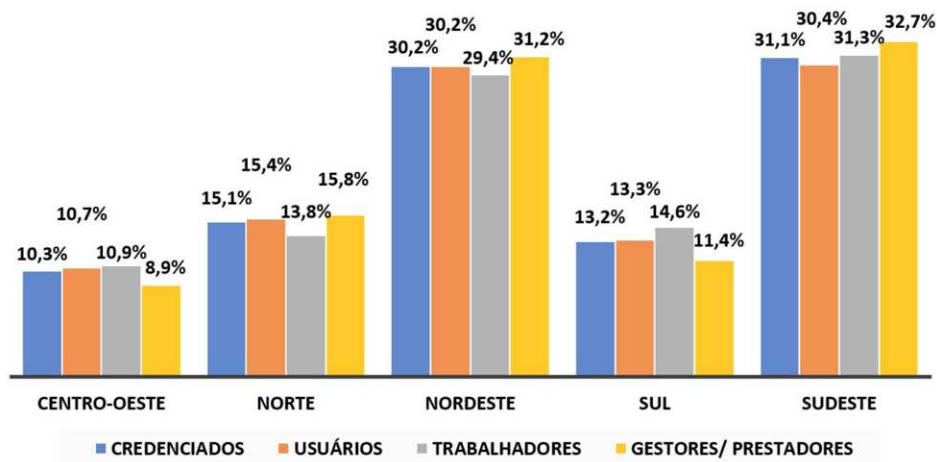
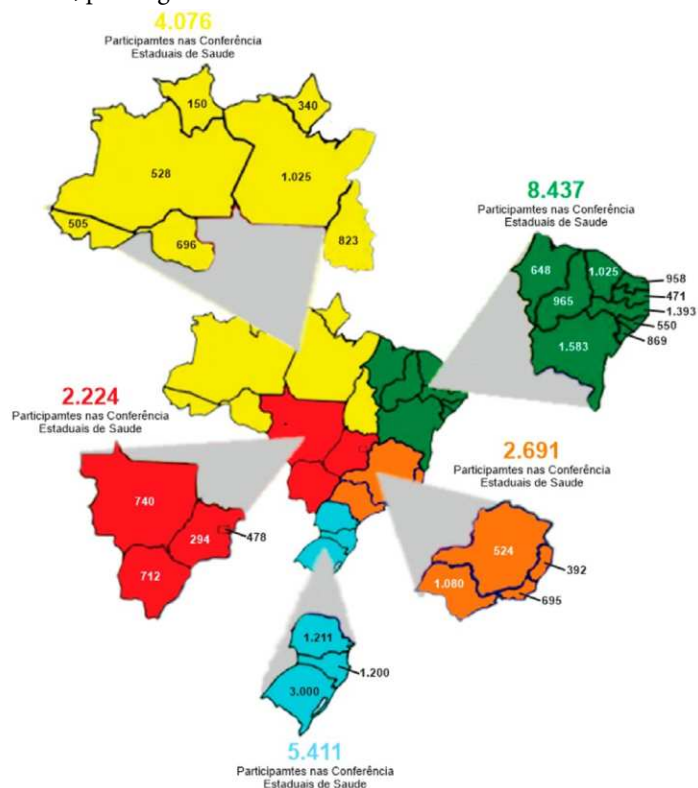


Figura 02. Descritivo do número de participantes nas etapas estaduais da 16ª Conferência Nacional de Saúde, por Região de Saúde.



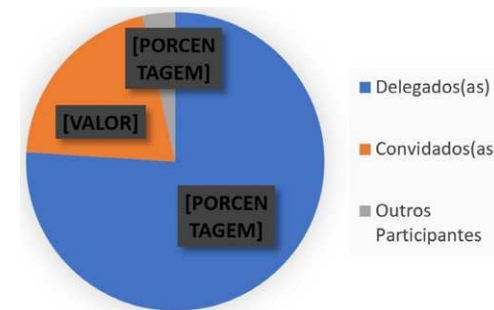
Fonte: Dados da pesquisa da 16ª CNS.

No Gráfico 13 verifica-se a distribuição das delegadas e delegados estaduais que foram efetivamente credenciados(as) na Etapa Nacional, considerando o segmento de representação. Observa-se que aproximadamente 92% das vagas projetadas pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Organizadora da 16ª CNS, com base na população dos Estados da Federação, foram ocupadas por delegados(as) credenciados(as) (Gráfico 12). A variação de percentuais por UF fica clara no Gráfico 11 em questão. Com um número mais expressivo na Região Nordeste, como na Figura 2. O mesmo fato pode ser percebido no projeto de formação do CEAP.

O PERFIL DOS PARTICIPANTES DA 16ª CNS

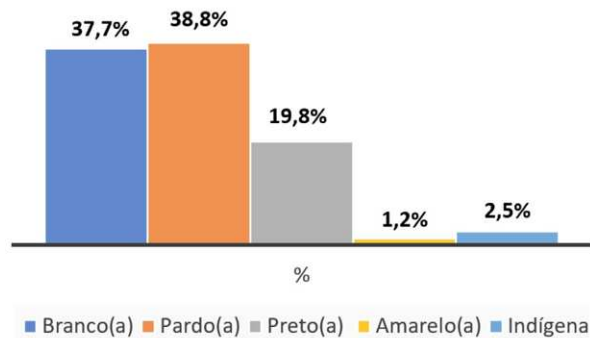
Nas atividades da pesquisa realizadas na etapa nacional da 16ª CNS foi incluída uma amostra não probabilística, mas representativa dos participantes da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Foram aplicados questionários em 2.853 participantes, dos quais 2.168 eram delegados(as) (76%), 585 eram convidados(as) (20,5%) e 100 eram de outros grupos. A metodologia de aplicação foi aleatória e de aproximadamente 72% dos delegados(as) credenciados(as) e 57% dos demais convidados(as), indicando uma amostra robusta dos(as) participantes credenciados(as). O instrumento utilizado permite caracterizar os(as) participantes, inicialmente em função do objetivo manifestado pelo Conselho Nacional de Saúde em ampliar a participação e diversificar o perfil dos(as) participantes. Os Gráficos a seguir apresentam algumas características dos(as) participantes da etapa nacional da 16ª CNS que responderam aos questionários.

Figura 03. Percentual do tipo de participantes da pesquisa, etapa nacional da 16ª CNS.



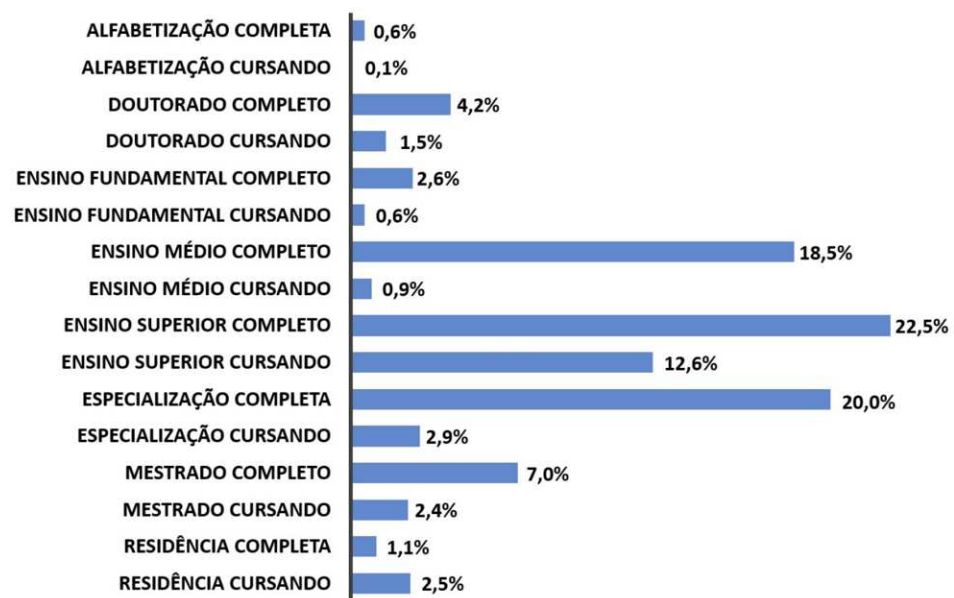
Fonte: Dados da pesquisa da 16ª CNS.

Gráfico 14. Raça/cor dos(as) participantes da pesquisa, etapa nacional da 16ª CNS.



Fonte: Dados da pesquisa da 16ª CNS.

Gráfico 15. Escolaridade dos(as) participantes da pesquisa, etapa nacional da 16ª CNS.

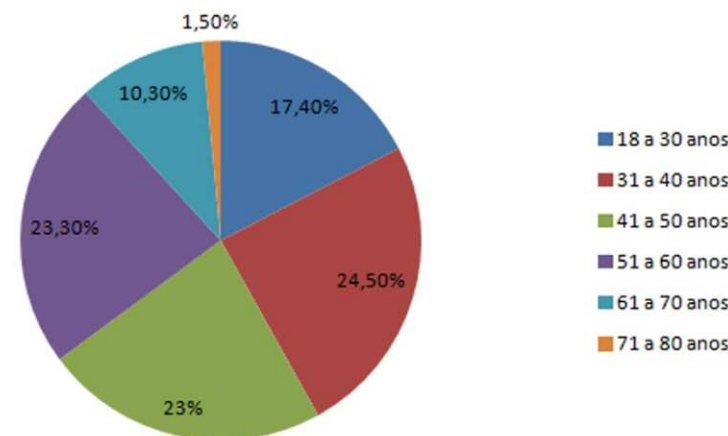


Fonte: Dados da pesquisa da 16ª CNS.

Em relação à raça/cor (Gráfico 14), 38,8% se autodeclararam pardos(as), brancos(as) são 37,7%, 19,8% se autodeclararam pretos(as), 1,2% amarelos(as) e 2,5% indígenas. Alguns participantes não possuíam renda e a máxima registrada

foi de R\$ 36 mil reais. A média de renda foi de 3 mil reais. A idade dos entrevistados variou de 18 a 80 anos, e a média foi de 12 a 44 anos (Figura 04). Vale destacar uma intergeracionalidade na participação, considerando a equilibrada distribuição entre as diferentes faixas etárias, e de renovação da participação, representada pelo expressivo volume de adultos jovens e de pessoas idosas, mesmo detectado no Projeto Escuta Itinerante.

Figura 04. Distribuição dos participantes da pesquisa por faixa etária, etapa nacional da 16ª CNS.

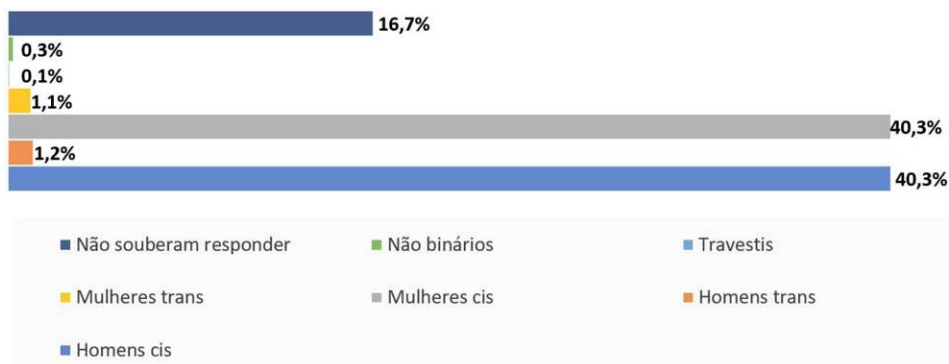


Fonte: Dados da pesquisa da 16ª CNS.

Em consonância com a Política Nacional de Saúde LGBTTTQIA+ e as orientações do Regulamento da 16ª CNS, também foram levantados os atributos de sexo, identidade de gênero e orientação sexual dos participantes. Quanto ao sexo, 44,7% eram homens 55,3% eram mulheres.

Em relação à identidade de gênero (Gráfico 16), vê-se uma maioria de homens cis e mulheres cis, ambos com 40,3%, além dos 16,7% que não souberam responder sobre a sua identidade de gênero.

Gráfico 16. Distribuição dos participantes da pesquisa por identidade de gênero, etapa nacional da 16ª CNS.



Fonte: Dados da pesquisa da 16ª CNS.

Em relação à orientação sexual (Gráfico 17), observa-se uma expressiva maioria de heterossexuais (87,3%), 11 eram pansexuais (0,4%), 3 assexuados (0,1%) e 7 se denominaram com outras classificações (0,3%).

Gráfico 17. Distribuição dos participantes da pesquisa por orientação sexual, etapa nacional da 16ª CNS.



Fonte: Dados da pesquisa da 16ª CNS.

Sobre o vínculo de trabalho (Gráfico 18), o número de servidores(as) públicos (55,2%) chama a atenção, 10,4% eram aposentados(as), e 10% autônomos(as), reproduzindo os dados das outras pesquisas.

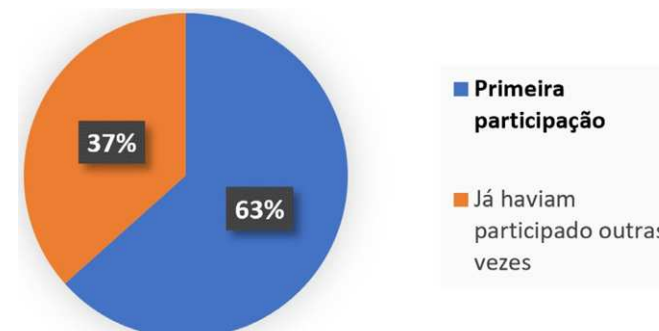
Gráfico 18. Distribuição dos participantes da pesquisa por vínculo de trabalho, etapa nacional da 16ª CNS.



Fonte: Dados da pesquisa da 16ª CNS.

A participação em uma Conferência Nacional de Saúde ocorreu pela primeira vez para 1.800 dos(as) entrevistados(as) (63,1%) e 1.028 já haviam participado outras vezes (36,4%) como indica a Figura 05. Esse dado é muito significativo para demonstrar uma renovação importante neste espaço de participação e controle social em saúde.

Figura 05. Renovação da participação, etapa nacional da 16ª CNS, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa da 16ª CNS.

A pesquisa *Saúde e democracia: estudos integrados sobre participação social na 16ª Conferência Nacional de Saúde* foi proposta para adensar a compreensão da participação social no processo da sua realização e o acompanhamento dos seus efeitos sobre a formulação de políticas e da organização do SUS, mas também para qualificar os registros para o futuro. De certa forma, ela também representa um efeito da 16ª CNS, na medida em que, pela primeira vez, a proposta de investigação da participação na perspectiva do Conselho Nacional de Saúde é posta em ação (16ª CNS).

O estudo do perfil dos(as) delegados(as) e convidados(as) mostra uma alta taxa de renovação, com mais de 63% dos sujeitos declarando ser a primeira Conferência Nacional da qual participava. Também se identificou uma variação intergeracional muito significativa, com alta participação de adultos jovens e idosos.

PERFIL DOS PARTICIPANTES NO PROJETO DE FORMAÇÃO PARA O CONTROLE SOCIAL DO SUS

O CEAP é uma organização da sociedade civil, não governamental, sem fins lucrativos, autônoma, comprometida com a construção de um projeto de sociedade democrático e popular para o Brasil, tendo a Educação Popular como o elemento central de sua atuação. Como um centro de Educação e Assessoramento, o CEAP se propõe, além de contribuir com processos educativos de sujeitos sociais populares, a sistematizar práticas de educação popular, fortalecendo o avanço das conquistas desses sujeitos. Neste sentido, o objetivo estratégico do CEAP é fortalecer e promover a organização, a articulação e a visibilidade dos sujeitos sociais como interlocutores das demandas populares.

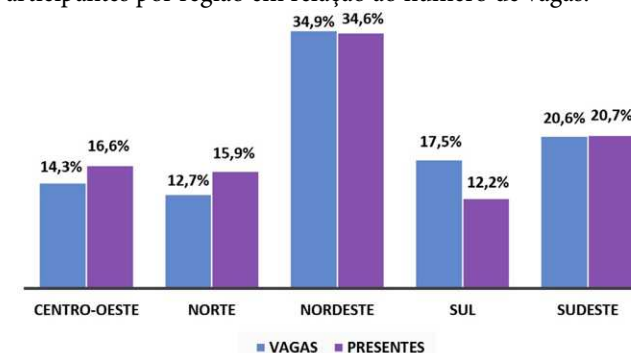
O projeto de formação para o controle social do SUS I, desenvolvido pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), apoiado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e executado pelo Centro de Educação e Assessoramento Popular do Rio Grande do Sul (CEAP) teve a sua execução no período de 2017 e 2018, realizou 70 oficinas em todos os Estados do Brasil e no Distrito Federal. A distribuição do número de oficinas por estado usou o mesmo critério para definir o número de delegados(as) estaduais para a Conferência Nacional de Saúde. As oficinas atingiram 4.000 participantes. Uma das características do projeto foi a

destinação de 30% das vagas para representantes de movimentos sociais que não eram conselheiros(as), seguindo o princípio de que o controle social ocorre nos espaços institucionais (Conselho, Conferências) mas também nos espaços das organizações e movimentos sociais populares.

Para a execução do projeto, o CEAP realizou um processo de seleção e formação de educadores populares, elaborou uma proposta metodológica, de conteúdo e materiais didáticos validados pelo CNS e pela CIEPCSS. Com o objetivo de facilitar a articulação, inscrição e seleção dos participantes das oficinas, foi criado um portal que servia de repositório de materiais, gerenciava as inscrições, seleção e também continha três formulários que os participantes precisavam responder, tornando-se, na pesquisa, a nossa principal fonte de dados. O primeiro tinha como objetivo obter dados de identificação, o segundo era composto por questões de concepção em saúde e atuação nos conselhos, e no terceiro formulário constava as dimensões de avaliação das oficinas. O projeto capacitou 4.000 participantes. Porém, devido aos entraves relacionados ao acesso à internet e dificuldades técnicas, obtivemos um total de 2.825 respondentes, sendo 2.299 conselheiros(as) e 526 lideranças sociais. Na sequência, destaca-se um conjunto de gráficos que sistematizam o perfil dos(as) conselheiros(as) e lideranças sociais que participaram das oficinas.

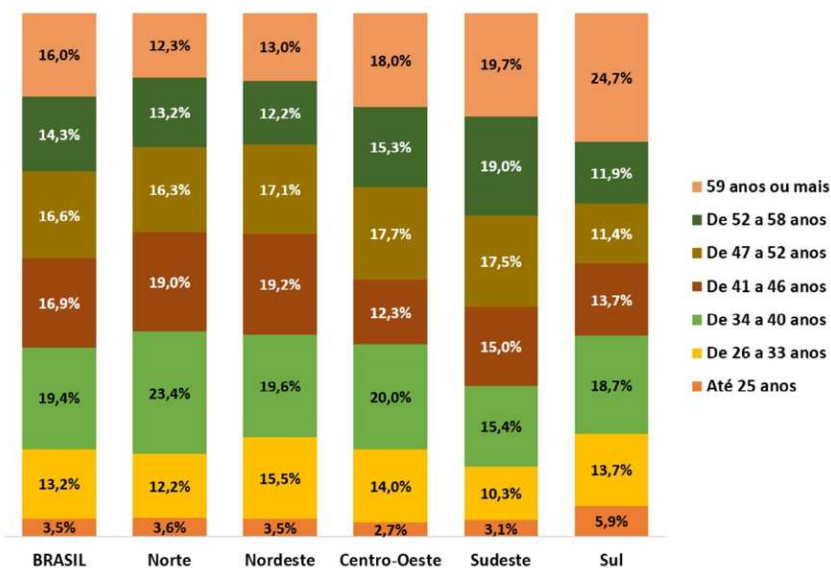
O Gráfico 19 apresenta os dados dos participantes por região em relação às vagas e participantes. Pode-se perceber um número expressivo de participantes na região Nordeste.

Gráfico 19. Participantes por região em relação ao número de vagas.



Fonte: Dados elaborados pelos(as) autores(as), 2020.

Gráfico 20. Faixa etária dos participantes por Região.



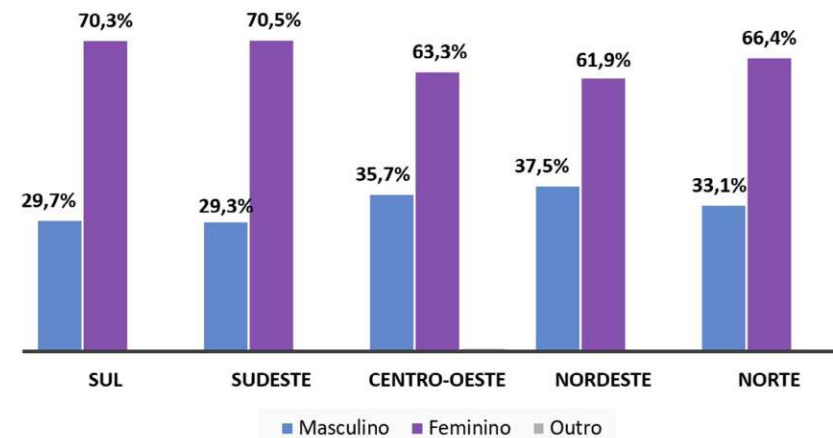
Fonte: Dados elaborados pelos(as) autores(as), 2020.

Quanto ao gênero, vemos (Gráfico 21) uma maior participação das mulheres nas capacitações com pouca variação entre as regiões, fato já conhecido pela teoria política, e nas demais pesquisas, onde temos maior representação nos espaços de cuidado e saúde ocupado pelas mulheres. Corroborando com este conceito, temos 68,5% de mulheres participando das capacitações e 33,7% de homens. Acrescentaríamos aqui o estereótipo do “feminino” exposto por Biroli (2010) como sinônimo de cuidado, de maternidade, de ética.

Um ponto central nesta análise não é a participação quantitativa das mulheres nos conselhos, pois existe uma participação feminina substancial nos sítios deliberativos, realidade um pouco diferente do que aquela verificada no mundo da política propriamente dita (COSAC, 2012).

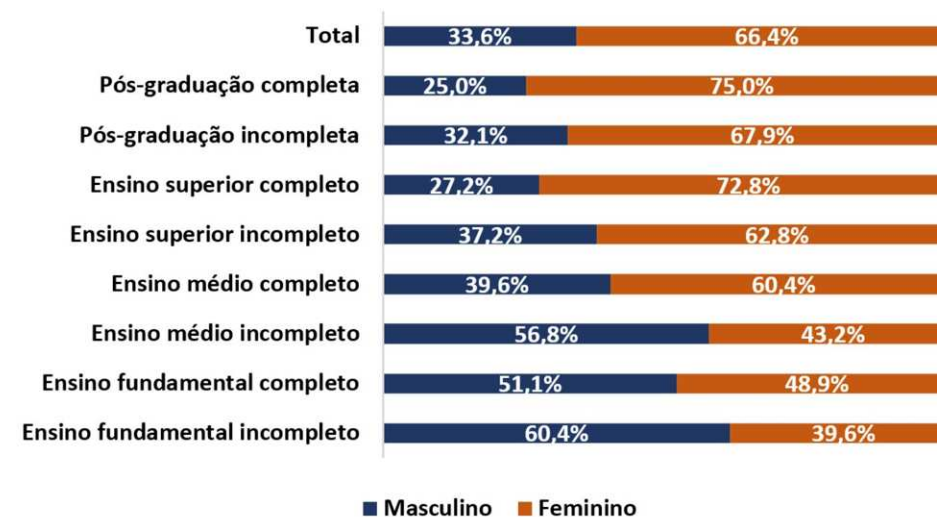
De acordo com Uriella Coelho Ribeiro (2011), “não se trata de uma questão numérica”, mas da falta de recursos materiais necessários. Além disso, os espaços não apresentam uma igualdade palpável de “oportunidades a todos os participantes ao compartilhar um conjunto de valores que não localizam o feminino como sinônimo de político” (RIBEIRO, 2011).

Gráfico 21. Gênero por Região.



Fonte: Dados elaborados pelos(as) autores(as), 2020.

Gráfico 22. Gênero por Escolaridade.

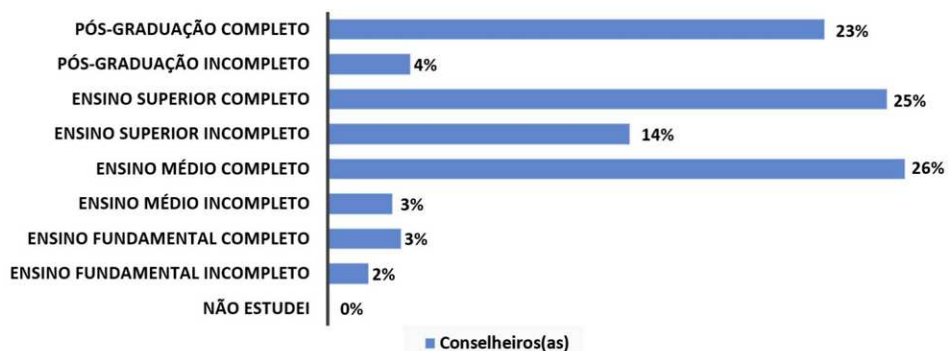


Fonte: Dados elaborados pelos(as) autores(as), 2020.

Analisando o Gráfico 21, podemos perceber uma maior escolarização das mulheres em relação aos homens no que tange a formação de nível superior. Esses dados corroboram com os aspectos destacados pela literatura, enfatizando a maior escolaridade das mulheres que ingressam na vida pública ou política em

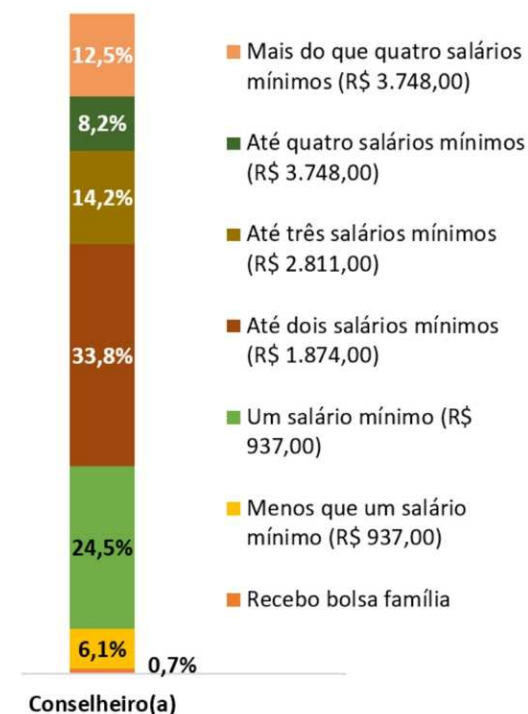
comparação aos homens (MIGUEL; QUEIROZ, 2006). Já o Gráfico 24 apresenta a renda dos(as) conselheiros(as), observamos que a relação está equilibrada entre conselheiros(as) e lideranças, enquanto no Gráfico 6, a relação entre renda e raça, brancos(as) e amarelos(as) possuem as maiores rendas, recebendo mais de 4 salários mínimos, dado que se repete nas pesquisas do IBGE, “as pessoas de cor ou raça preta ou parda recebem apenas 57,5% dos rendimentos daquelas de cor ou raça branca” (IBGE, 2018).

Gráfico 23. Escolaridade dos(as) Conselheiros(as).



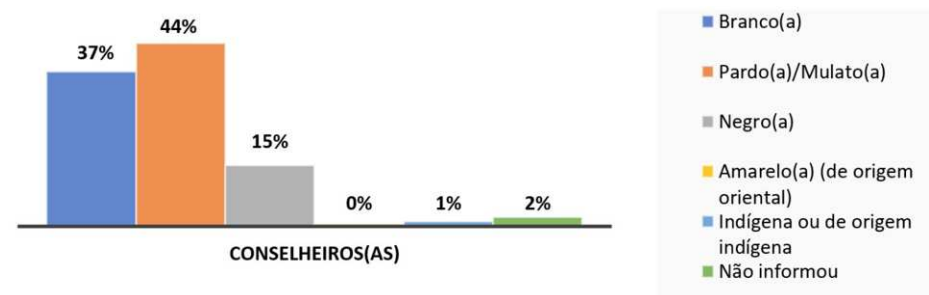
Fonte: Dados elaborados pelos(as) autores(as), 2020.

Gráfico 24. Renda dos(as) Conselheiros(as).



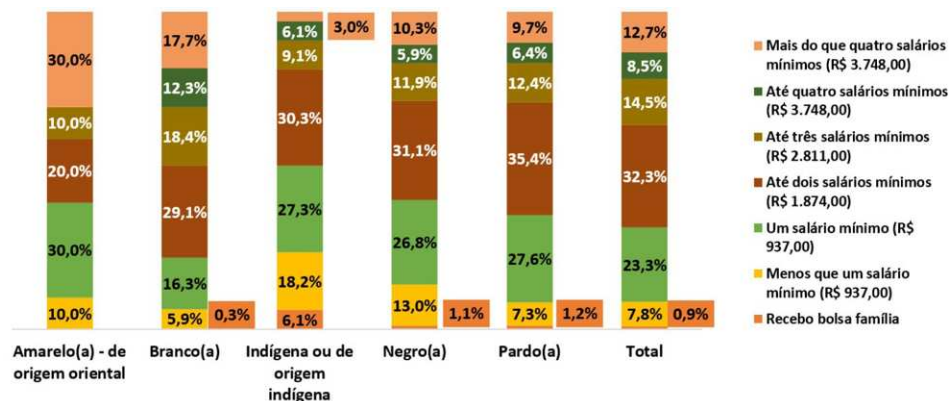
Fonte: Dados elaborados pelos(as) autores(as), 2020.

Gráfico 25. Raça dos(as) Conselheiros(as).



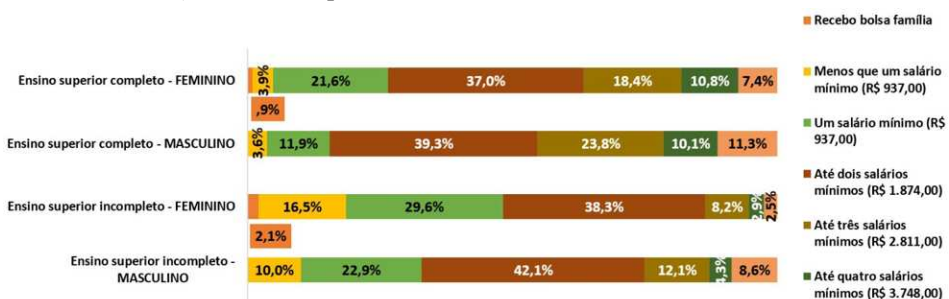
Fonte: Dados elaborados pelos(as) autores(as), 2020.

Gráfico 26. Renda por Raça.



Fonte: Dados elaborados pelos(as) autores(as), 2020.

Gráfico 27. Relação da Renda por Gênero.



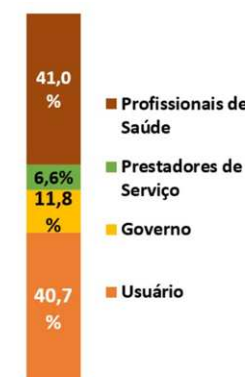
Fonte: Dados elaborados pelos(as) autores(as), 2020.

No Gráfico 22, pode-se perceber que os dados obtidos pelo CEAP e elaborados pelos(as) autores(as) corroboram com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2012, que mostra que as mulheres estudam mais, são maioria nas universidades brasileiras e ocupam 41,9% dos postos de trabalho. Além disso, são as principais responsáveis pela manutenção financeira de mais de 38% das famílias brasileiras. No entanto, também compõem a parcela mais empobrecida da população e ocupam os postos de trabalho mais precários, obtendo renda inferior à obtida pela parcela masculina. Apesar de receberem menos que os homens no mercado de trabalho, elas vêm, a cada ano, ocupando mais espaços (COSAC, 2016).

No Gráfico 28, observamos que, entre os conselheiros(as) que participaram das oficinas, os profissionais e usuários(as) somam 81,7% (41% e 40,7% respectivamente), o dado sobre representante do governo foi próximo à paridade, com 11,8%, enquanto prestador(a) ficou em 6,6%. Tendo presente a regra da paridade na constituição dos Conselhos (50% usuário, 25% profissionais, 25% gestores e prestadores) percebe-se um percentual elevado de participação nas oficinas de formação de profissionais. Isso pode estar relacionado com a maior facilidade de liberação das atividades laborais, bem como maiores condições de mobilidade e custeio da alimentação e estadia, uma vez que o projeto não tinha recursos para esta finalidade.

Sobre a motivação para a participação das oficinas (Gráfico 29), percebe-se um alto índice (33,9%) de participantes com a resposta “interesse próprio” e 42% responde que foi por solicitação da entidade representada. Ao cruzarmos com a informação da representação de segmento (Gráfico 29) percebemos que o percentual de participantes motivados pela solicitação de suas entidades (42%) é próximo dos participantes usuários (40,7%) enquanto o alto índice de participação por interesse próprio (33,9%) pode ser resultado de um grande número de profissionais (41%) que, muitas vezes, não participam organicamente de entidades. Outro dado significativo é que 16% responderam que a motivação foi indicação do gestor, contudo 11,8% dos participantes representava os governos (Gráfico 29), portanto o gestor solicitou a participação para além dos representantes de governo. Embora este número não seja tão significativo, ele demonstra que o gestor exerce influência de conselheiros de outros segmentos.

Gráfico 28. Segmento que representa no Conselho.



Fonte: Dados elaborados pelos(as) autores(as), 2020.

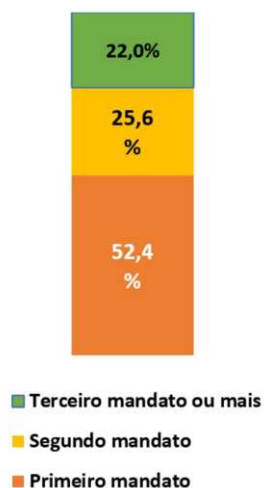
Gráfico 29. Qual foi a motivação para sua participação no Conselho.



Fonte: Dados elaborados pelos(as) autores(as), 2020.

No tocante ao número de mandatos (Gráfico 30), percebe-se que a grande maioria (52%) dos(as) conselheiros(as) participantes das oficinas estão no primeiro mandato. Se somarmos com os 25,6% que estão no segundo mandato, conclui-se que a maioria absoluta (78%) está no primeiro ou segundo mandato.

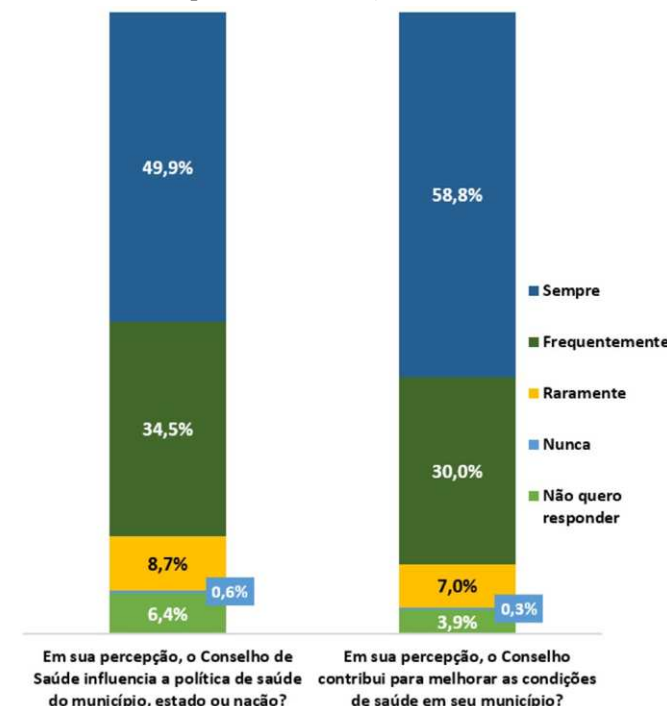
Gráfico 30. Número de mandatos no Conselho de Saúde.



Fonte: Dados elaborados pelos(as) autores(as), 2020.

Quanto à capacidade da influência na política pública de saúde e na melhoria das condições de saúde, percebemos que, em relação à capacidade de influenciar, a soma das respostas sempre (49,9%) e frequentemente (34,5%) é de 85,3%. Em relação à contribuição para a melhoria de saúde, o resultado é pouco superior - 58,8% sempre e 30% frequentemente, totalizando 88,5%. Contudo, analisando isoladamente a alternativa “sempre”, os conselheiros entendem que a contribuição para a qualidade de saúde é significativamente maior do que a capacidade de influenciar políticas públicas. Porém, quando a pergunta sobre a capacidade individual de influenciar a “formação da política de saúde quando participa do Conselho” (Quadro 2 - Questão E) o índice cai para 75,6%, portanto, 13,1% menor. O fato da maioria dos participantes estarem no primeiro mandato (Gráfico 30) pode ser um fator para que os participantes entendam que o conselho influencia, contudo, individualmente, não.

Gráfico 32. Percepção do(a) Conselheiro(a) sobre a influência e a contribuição do Conselho na saúde do município, estado ou nação.



Fonte: Dados elaborados pelos(as) autores(as), 2020.

Em relação às características de funcionamento dos conselhos em que os participantes das oficinas são membros (Quadro 01), percebe-se que 93,8% (Questão A) elege o presidente e 89,7% (Questão B) a mesa diretora ou coordenação. Os dados demonstram que poucos conselhos permanecem com o presidente nato, definido na criação dos Conselhos de Saúde e é estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei nº 8.142/90. Portanto, a discussão deste tema, que resultou na Resolução Nº 333, de 04 de novembro de 2003 do CNS, provocou um avanço significativo na democratização da escolha dos presidentes e mesas diretoras dos Conselhos.

O mesmo vale para a regularidade das reuniões ordinárias (95,6%) e para o apoio à participação de eventos formativos (90,9). É possível que este percentual alto também esteja associado ao fato de que os conselheiros que participaram das oficinas tiveram esta percepção porque os conselhos fossem mais estruturado e apoiassem a participação em eventos. Neste sentido, o dado reforça que o apoio do conselho é fundamental para que os conselheiros participem de eventos, pois poucos participantes vieram sem o apoio dos conselhos.

Porém, como demonstra o Quadro 01, a estruturação cai significativamente. Apenas 44,2% têm comissões temáticas, e 64% de salas próprias. Em relação à autonomia orçamentária (Quadro 01 - e Questão H), 43,5% têm rubrica orçamentária no Plano Municipal de Saúde, enquanto apenas, 32,3% (Quadro 01 - e Questão G) têm orçamento próprio, demonstrando que nem todos que têm rubrica conseguem garantir destinação de recursos orçamentário. Sabe-se que este é fator limitador da autonomia dos conselhos.

O dado que mais chama atenção é que apenas 11,7% (Quadro 1 questão K) possuem página na internet. Tendo presente a constante digitalização da vida do cidadão, este dado é muito preocupante. Isso se agrava com a pandemia do Covid-19, que restringe a comunicação física dos conselheiros com a sua base, limitando em muito a atuação do controle social através dos conselhos.

Quadro 01. Questões afirmativas sobre o Conselho que participam.

SOBRE O CONSELHO DO QUAL PARTICIPAM	%
(A) O Presidente do Conselho é eleito?	93,8%
(B) O Conselho elege a Mesa Diretora ou a Coordenação?	89,7%
(C) As reuniões ordinárias do conselho são regulares?	95,6%
(D) O conselho oferece e/ou apoia a participação dos conselheiros em eventos de capacitação?	90,9%
(E) Em seu conselho há comissões temáticas?	44,2%
(F) Possui espaço próprio para reuniões?	64,1%
(G) Possui recursos financeiros próprios?	32,3%
(H) Tem rubrica orçamentária definida no plano municipal de saúde?	43,5%
(I) Tem recursos destinados a formação de conselheiros?	38,2%
(J) Dispõe de secretária(o) exclusiva(o)?	71,9%
(K) Dispõe de página na internet para divulgação de suas deliberações e consultas a sociedade?	11,7%

Fonte: Dados elaborados pelos(as) autores(as), 2020.

Em relação à atuação dos(as) participantes das oficinas nos conselhos, observa-se uma baixa participação em comissões -apenas 26,9%. Na distribuição por segmentos dos prestadores de serviço, este índice é bem menor -16,7%. A interpretação deste dado no índice geral podemos relacionar com o alto percentual de conselheiros no primeiro mandato e pelo baixo percentual de conselhos que tem comissão, 44,2% (Quadro 01 - Questão E)

Quanto a participação em outra atividade formativa nos últimos 5 anos (Quadro 02 - Questão D) o índice é de 53,8%. Quando analisado a distribuição por segmento, novamente percebemos um percentual maior entre os usuários (59,5%) e menor entre os prestadores de serviços (37,5%).

O menor percentual de prestadores de serviços em comissões e atividades formativas tem menos envolvimento, devido à baixa presença de prestadores privados nos conselhos, estes dados podem estar relacionados com a “opção do movimento sanitário pela restrição da participação dos prestadores privados. Por serem minoria, os prestadores privados preferem fazer suas negociações diretamente com o secretário de Saúde, em detrimento da sua participação nos conselhos” (VAN STRALEN, 2006).

Um outro bloco questões buscava caracterizar a compreensão e o envolvimento políticos dos conselheiros participantes das oficinas de formação. Quanto ao interesse pela política (Quadro 2 - Questão G) 47,2% responderam que sim, sendo que a distribuição entre os segmentos não apresenta variação significativa, mesmo os representantes de governo só 50% responderam que possuem interesse pela política.

Quando perguntado sobre a filiação partidária (Quadro 01 - Questão H) o índice é de apenas 26%, destacando-se que entre os representantes de governo tem o percentual mais baixo, 12,5%. Se juntarmos com a questão de estar em cargos comissionados (Quadro 01 - Questão K) o índice é baixo 10,5%, por sua vez entre os(as) representantes de governo 50% responderam que 'sim'. Este dado parece contraditório, pois a grande maioria dos(as) representantes de governo exercem cargo comissionado, mas um baixo índice é filiado em partido político. Por outro lado, chama a atenção que 7% dos(as) usuários(as) afirmaram exercer cargo comissionado. Em regra, o(a) usuário(a) com cargo comissionado não tem a liberdade de votar contra proposta do(a) gestor(a), demonstrado que gestores(as) ainda usam a artimanha de garantir que pessoas do seu governo assumam cadeiras de representação dos(as) usuários(as). Ou então cooptando conselheiros(as) do segmento usuário(a) através de cargos comissionados.

O percentual de conselheiros(as) que já assumiu representação legislativa (Quadro 01 - Questão J) é bem baixa, apenas 1,7%.

Quadro 02. Questões afirmativas sobre o Conselho que participam.

PERGUNTAS	Respostas Afirmativas - Conselheiros				
	Geral	Por segmento representado			
		Usuário	Governo	Prestadores de Serviço	Profissionais de Saúde
SOBRE A ENTIDADE QUE REPRESENTAM					
(A) A entidade possui estrutura física própria?	67,7%	63,2%	80,0%	80,0%	69,1%
(B) A entidade dispõe de funcionários(as)?	58,2%	37,9%	80,0%	80,0%	74,1%
INDIVIDUAIS RELACIONADAS AO CONSELHO DO QUAL PARTICIPAM					

PERGUNTAS	Respostas Afirmativas - Conselheiros				
	Geral	Por segmento representado			
		Usuário	Governo	Prestadores de Serviço	Profissionais de Saúde
(C) Você coordena ou participa de alguma comissão do Conselho?	26,9%	30,5%	22,5%	16,7%	26,7%
(D) Nos últimos cinco anos, participou em eventos de capacitação para atuar no Conselho?	53,8%	59,5%	52,5%	37,5%	52,2%
(E) Em sua percepção, você influencia a formação da política de saúde quando participa do Conselho?	75,6%	72,5%	77,5%	79,2%	77,0%
(F) Você participa de outro Conselho, além do Conselho de Saúde?	23,8%	35,1%	30,0%	20,8%	13,7%
OUTRAS INDIVIDUAIS					
(G) Possui interesse pela política?	47,2%	48,4%	50,0%	50,0%	44,7%
(H) É filiado a partido político?	26,0%	34,4%	12,5%	20,8%	23,6%
(I) Foi candidato a cargo legislativo ou executivo na última eleição?	7,3%	10,2%	0,0%	16,7%	5,6%
(J) Assumi cargo legislativo em eleições passadas?	1,7%	2,3%	2,5%	0,0%	1,2%
(K) Exerce cargo comissionado atualmente?	10,5%	7,0%	50,0%	12,5%	3,1%
(L) Já exerceu cargo comissionado, mas não exerce atualmente?	19,5%	21,1%	25,0%	16,7%	17,4%

Fonte: Dados elaborados pelos(as) autores(as), 2020.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a descrição das informações dos três bancos de dados (Escuta itinerante, 16ª CNS e Projeto de Formação), faremos alguns cruzamentos de variáveis que estão presentes nos três bancos de dados. Sabemos que os dados são oriundos de processos diferentes, portanto, com públicos e composição distintos. Assim, não se trata de afirmar um perfil do controle social no SUS no Brasil, mas de se fazer análises a partir de três retratos, frutos dos processos que constituíram os dados trabalhados. Analisaremos, portanto, a composição de gênero, de escolaridade, raça e tempo de participação nos conselhos e CNS.

Comparando os três bancos de dados, a escuta itinerante (55%) e o projeto de formação (65%) têm uma maior participação feminina, enquanto na 16 CNS há um maior equilíbrio entre homens e mulheres, com 40,3%. Pode-se interpretar estes dados no sentido de que, de fato, há uma maior participação feminina nos espaços de cuidados e, da mesma forma, no controle social no SUS. A luta das mulheres por inserção e representatividade política não pode ser alinhada em um movimento homogêneo dos atores e suas agendas. Tão diversa quanto as vertentes do movimento feminista, o imaginário das ativistas e militantes é rico em composições de autorrepresentação e das relações das mulheres com o Estado sobre a inserção das pautas feministas nas questões políticas (COSAC, 2020).

Na literatura, sabemos que o poder feminino parece estar inexoravelmente associado à sensibilidade que seria inerente às mulheres, seja por “natureza”, seja por “educação”. Na saúde, temos a reprodução das formas culturalmente construídas como do gênero feminino. Há recorrência do exemplo da maternidade como “naturalmente” intrínseco às mulheres e *locus* de poder feminino. Seria pela experiência e exercício da maternidade que muitas mulheres se habilitariam para o “social” (GROSSI; MIGUEL, 2001, p. 187-188). Esta maternidade acaba deixando as mulheres ainda representantes dos espaços de cuidado.

Em relação à diferença na 16 CNS, levanta-se a hipótese de que esta é um evento que possui mais prestígio e visibilidade, portanto, assim como em outros espaços políticos, o legislativo e o executivo tendem a ter uma menor participação feminina. Reforça-se, neste sentido, que as mulheres têm desejo e interesse em participar de instâncias políticas, contudo, quanto maior o prestígio do espaço e da função, menos lhes é permitida a participação, mantendo a cultura e a estrutura machista e sexista da sociedade brasileira. Na pré-história, quando se deu o surgimento das famílias, instituiu-se a primeira diferenciação entre homens e mulheres, assim as mulheres tornaram-se sedentárias e passaram a cuidar dos filhos, enquanto os homens buscavam a subsistência comum (ROUSSEAU, 1999). A cultura machista tem grande influência na aplicação e compreensão do princípio da igualdade. Onde a origem da formação social, imperava a família patriarcal, que é um dos principais motivos pelo qual a violência exercida pelos homens em relação às mulheres perpetua nos dias atuais. Além disso, a exclusão é uma dominação pela segregação, fenômeno

sociocultural originado por um processo histórico em que uma cultura isola uma determinada classe de pessoas e as rejeita:

Essa exclusão tem sérias consequências para a vida social e econômica do indivíduo, implicando em um sistema desigual de hierarquia social. No sexismo a exclusão ocorre na distinção entre o espaço público e o espaço privado, integrando as mulheres de forma desigual na sociedade, fazendo com que elas somente venham a exercer sua força de trabalho no círculo familiar. Sendo este o principal motivo pelo qual a força laboral feminina foi desvalorizada (SANTOS, 2010).

Ao cruzarmos os dados sobre escolaridade, observa-se dois aspectos que se destacam. O primeiro deles é que na 16 CNS e nas oficinas de formação há uma grande maioria que tem ensino superior (graduação ou pós-graduação), 60,6% e 52%. Somando os dados da graduação incompleta, chega-se a 72,6% e 66,6% respectivamente. Isso não corresponde à escolaridade brasileira. Atualmente, no Brasil, somente 18% dos homens entre 25 a 34 anos têm ensino superior e 25% das mulheres da mesma faixa etária (OCDE, 2018). Evidencia-se que estes espaços acabam sendo elitizantes, não representando, neste aspecto, a composição da sociedade como um todo. Historicamente, a qualificação política existe perante uma dificuldade central, que é enfrentar o peso de uma matriz cultural hierárquica que favorece a submissão frente ao Estado e aos setores dominantes, além de afirmar a política como uma atividade privativa das elites, além do grande número de servidores públicos que implicam em uma maior escolarização.

Outro aspecto é a diferença destes dados em relação à escuta itinerante, que tem apenas 5,1% de graduação completa que, se somada com a incompleta (8,85), chegamos a 13,86%. Lembra-se que a escuta itinerante foi realizada em parceria com a CONTAG e, portanto, envolveu a população rural. Neste sentido, estes dados, reforçam o abismo existente entre a escolaridade urbana e rural. Os dados de analfabetismo para os estados brasileiros mostram esta disparidade entre o rural e o urbano. A taxa de analfabetismo agregada do Brasil foi de 10,2%, porém com 7,54% de analfabetos no meio urbano e 24,64% no meio rural (IPEA, 2010).

Em relação à raça, percebe-se que o percentual das pessoas que se consideram pardos é maior nas três amostras, sendo na escuta itinerante com

47,49% nas Oficinas de formação 44% e na 16ª CNS 38,8%. Se somarmos com os participantes que se consideram negros, tem-se 56,34%, 55% e 58,6%, respectivamente. Enquanto a população branca 39,82%, 37% e 37,7% respectivamente. Amarela 2,36%, 2% e 1,2% respectivamente. Indígena 1,47%, 1% e 2,5% respectivamente. Houve uma significativa participação de pardos e negros demonstrando que nestes espaços há uma maior proporcionalidade racial corroborando com a representação brasileira, onde 42,7% dos brasileiros se declararam como brancos, 46,8% como pardos, 9,4% como pretos e 1,1% como amarelos ou indígenas (PNAD, 2019).

Outro aspecto a ser observado é a taxa de renovação dos participantes. Na 16ª CNS, 63% participaram pela primeira vez da Conferência. Da mesma forma dos Conselheiros que participaram das oficinas de formação, 52,4% estavam participando no primeiro mandato como conselheiros. Mesmo tendo presente que, no caso da formação, os novos conselheiros tendem a ter maior curiosidade e interesse em participar, percebe-se um alto grau de renovação na participação nos conselhos e na Conferência Nacional de Saúde.

Vale salientar nesta conclusão as diferentes metodologias das pesquisas utilizadas para a construção dos dados e as formas de elaboração das referidas bases de dados utilizadas. Além da ausência de um banco de dados nacional sobre o perfil do controle social no Brasil, e as dificuldades de realizar pesquisas com fontes unificadas e que se mantenham atualizadas devido às diferentes gestões dos conselhos de saúde, e que sejam atualizados e fiéis aos dados dos(as) conselheiros(as). Depois dessa tentativa de analisar os dados das fontes existentes, fica clara a necessidade de um banco de dados unificado e atualizado, além da realização de mais pesquisas no âmbito do Controle Social no SUS para a realização de trabalhos como o proposto neste texto.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. Gestão Pública e Democracia: os conselhos gestores de saúde da Região Metropolitana de Natal-RN. In Revista Democracia e Participação, v1, n1, 2014. Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, de 5 de outubro de 1988. Disponível na internet: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 16 maio 2019.

ANPED, 23ª Reunião Anual, setembro de 2000. (GT Educação Popular). Disponível em: <http://23reuniao.anped.org.br/textos/0609t.PDF>. Acesso em: 16 maio 2019.

BOTH, V.; KUJAWA, H. O Brasil e a garantia do Direito Humano à saúde. In: MOSER, Cláudio; RECH, Daniel (Org.). Direitos Humanos no Brasil: diagnóstico e perspectivas. Rio de Janeiro: CERIS; Mauad: Misereor, 2003. (Coletânea CERIS).

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Presidência da República. Lei Federal nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível na internet: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 16 maio 2019.

CARVALHO, G. Participação da comunidade na saúde. Passo Fundo: IFIBE, 2007.

CÔRTEZ, S.M. V. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In FLEURY, S. & LOBATO, L. V. C. Participação, Democracia e Saúde, p. 102 - 128. Rio de Janeiro: Cebes, 2009b.

CÔRTEZ, S. V. (org.). Participação e saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009a.

CÔRTEZ, S. V. Céticos e esperançosos: perspectivas da literatura sobre participação e governança na área da saúde. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araújo de. (Org.). Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde, p. 311-342. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

FERLA, A. A. Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. Physis, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 85-108, junho 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a06.pdf>. Acesso em: 16 maio 2019.

COSAC, A. S. Democracia deliberativa: as dificuldades do exercício e da participação feminina. Artigo (Bacharelado em Ciências Sociais) – Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Juiz de Fora, 2012.

COSAC, A. S. Rotas de ingresso e a atuação política das mulheres: trajetórias, percepções

e comportamento político de vereadoras em minas gerais. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Ciência Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Juiz de Fora, 2016.

FANTIN, M. Educação popular e saúde: conquistas e desafios no contexto brasileiro. 2000.

FERLA, A. A. Clínica em movimento: cartografias do cuidado em saúde. Caxias do Sul: EDUCS, 2006. CAMPOS, G. W. de S. A saúde pública e a defesa da vida. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

HOMEM DE MELLO, F. I. M. A Constituinte perante a História. Brasília: Senado Federal, 1996.

LEAL, M. C. (Org.). Política social, família e juventude: uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2004, p. 167-187.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. Cadernos pagu, n. 24, p. 105-125, 2005.

MACHADO, F. Do Estatal à Política: Uma análise psicopolítica das relações entre o Estado e os movimentos de juventudes e LGBT no Brasil (2003-2010). Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais. 2013.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p. 4503-4512, 2011.

MARX, K.; ENGELS, F. A ideologia alemã (Feuerbach). São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. Uma agenda para a saúde, 1996, 2.

MOREIRA, M.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. Ciênc. saúde coletiva, v14, n3, 2009.

PORTO, S. M. et al. Alocação equitativa de recursos financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. 2003.

PERALTA, J. A. G.; PERUZZO, N. A.; BOTH, V. Direito humano à saúde e educação

popular: experiência de Passo Fundo. Passo Fundo: Berthier, 2012.

PERALTA, J. G.; PERUZZO, N. A.; BOTH, V. Direito à saúde: desafios ao controle social. (2013).

SANTOS, B. de S. Quinze teses para aprofundar a democracia. Brasília: UnB, 2008.

SCHNEIDER, A. et al. O direito humano à saúde e o seu subfinanciamento. Passo Fundo: IFIBE/CEAP, 2010.

SCHNEIDER, A. et al. Pacto pela Saúde. 2007.

SILVA, V. As Conferências Públicas Nacionais como forma de inclusão política: alguns determinantes da capacidade inclusiva desses espaços de participação e deliberação. 2010. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais. 2010.

SOUZA, R. de O. Participação e controle social. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (Org.). Política social, família e juventude: uma questão de direitos. São Paulo: Cortez, 2004, p. 167-187.

SOUZA, M. L. Desenvolvimento de comunidade e participação. 3o ed. São Paulo: Cortez, 1991.

VAN STRALEN, C. J. et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, p. 621-632, 2006.

_____. Centro de Educação e Assessoramento Popular. O SUS e a efetivação do direito à saúde; Organização Pan-americana da Saúde. Passo Fundo: Saluz, 2017.

_____. Secretaria de Mulheres Trabalhadoras Rurais Agricultoras Familiares. Caderno 5. Por Saúde Pública e em defesa do SUS. Por Previdência e Assistência Social Pública, Universal e Solidária. CONTAG, 2019.

_____. Secretaria de Jovens da CONTAG. Jovem Saber, Agricultura Familiar, Módulo 5. CONTAG, 2018.

Olhando para a trajetória histórica compreende-se melhor a relação entre “Democracia e Saúde” estabelecida para 16ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2019, pois a luta pelo direito à saúde e a implementação do SUS está vinculada a busca pela redemocratização e a ampliação dos direitos sociais no Brasil. As instâncias do controle social se consolidaram no decorrer das três décadas de sua existência, os movimentos sociais, bem como, as mais diversas organizações da sociedade civil, ocuparam estes espaços e buscaram transformá-los numa arena democrática de defesa da sua concepção de saúde, de política pública, de Estado, de desenvolvimento e de direitos humanos.



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-87180-78-6

