

HUMANAS E SOCIAIS

V.10 • N.2 • 2024 • Fluxo Contínuo

ISSN Digital: 2316-3801

ISSN Impresso: 2316-3348

DOI: 10.17564/2316-3801.2024v10n2p101-113



CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE: A VISÃO DE REPRESENTANTES DE USUÁRIOS/AS DO SISTEMA

SOCIAL CONTROL IN HEALTH: THE VISION OF SYSTEM USERS

CONTROL SOCIAL EN SALUD: LA VISIÓN DE REPRESENTANTES
DE LOS USUARIOS/AS DEL SISTEMA

Leonardo Carlini Barbosa¹
Diuslene Rodrigues da Silva²

RESUMO

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

PALAVRAS-CHAVE

Controle Social. Participação Popular. Regionalização. Cidadania. Políticas Públicas.

ABSTRACT

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

KEYWORDS

Social Control; Public Participation; Regionalization; Citizenship; Public Policies.

RESUMEN

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

ne dificuldades para ser un mecanismo eficaz de participación popular en la gestión del sistema de salud, basado en la visión de los voluntarios y voluntarias del segmento de usuarios/as del sistema.

PALABRAS CLAVE

Control Social. Participación Popular. Regionalización. Ciudadanía. Políticas públicas.

1 INTRODUÇÃO

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

Para que isso ocorresse, foi mais do que necessário superar a ideia mercadológica de encarar a saúde como um produto de preferências e estilos individualizados, uma mercadoria que entra nas relações determinadas pelo modo de produção capitalista. A instituição da visão da saúde como um fato social culminou no empoderamento dos usuários e a necessidade da coletividade em participar dos rumos e decisões do sistema. Dentro dos serviços de saúde, porém, há muitas vezes um impasse de autoridade que trava a participação popular, pois implicaria em compartilhar saberes e poderes antes reservados apenas as mais altas instâncias do poder político (Sposati; Lobo, 1992; Soratto; Witt; Faria, 2010).

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

2 MÉTODO

A metodologia de pesquisa aqui utilizada é do tipo qualitativo, pois responde a questões muito particulares, como universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes,

correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo; Costa, 2019). Também se trata de um estudo de caso, onde segundo Ventura (2007), visa investigar um caso específico, delimitado, contextualizado no tempo e espaço.

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

Com a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Unioeste (CAAE: 58844622.0.0000.0107), foi utilizado como fonte de dados um questionário semiestruturado com 25 perguntas objetivas e abertas, que foram respondidas por conselheiros e conselheiras, representantes de usuários/as, dos Conselhos Municipais de Saúde de cada um dos municípios integrantes da 9ª Regional de Saúde, tendo por base de formulação das perguntas em pesquisas sobre a dimensão social do controle, as impressões dos sujeitos quanto ao controle social e a participação popular na gestão do SUS.

Foi solicitado para as secretarias executivas dos conselhos uma lista com os nomes dos/as conselheiros/as que pertencem ao segmento de usuários/as e, após o recebimento da mesma, os/as voluntários/as foram escolhidos de maneira aleatória e receberam um convite para participar da pesquisa de maneira presencial durante as reuniões dos conselhos, totalizando 9 sujeitos, um de cada município pertencente a regional: Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Oeste e Serranópolis do Iguaçu.

Após o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os/as voluntários/as da amostra responderam o questionário, tendo sido preservado totalmente o anonimato com a utilização de marcadores de identificação, neste caso, o nome do município ao qual o/a conselheiro/a é vinculado.

Os critérios definidos na seleção dos voluntários e voluntárias para a amostra foram para a inclusão: ser conselheiro/a titular ou suplente de Conselho Municipal de Saúde de município integrante da 9ª Regional de Saúde. E para exclusão: não ser conselheiro/a há pelo menos 1 ano; estar o/a conselheiro/a selecionado suspenso, sob atestado médico ou impossibilitado fisicamente ou psicologicamente; não assinar o TCLE.

3 RESULTADOS

Dentro da paridade de segmentos consagrados na composição dos conselhos, cabe aos usuários e usuárias representar cinquenta por cento da membresia, sendo, portanto, personagens e atores-chave nas discussões, elaboração de metas, aprovação ou reprovação de contas das secretarias/ministério da saúde, bem como nas demais deliberações pertinentes aos conselhos. No geral, a pressão que esse grupo pode gerar dentro do colegiado é extremamente importante, pois além de serem o

segmento mais numeroso, também se caracterizam pelo papel de ser o canal concreto onde a população pode se fazer presente e levantar suas demandas, muitas vezes ocultas pelos interesses clientelistas ou falta de vontade político-administrativa por parte da gestão (Cortes, 2002).

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

Quadro 1 – Identificação do segmento de usuários/as

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

Legenda: ¹Santa Terezinha de Itaipu; ²São Miguel do Iguaçu; ³Serranópolis do Iguaçu.

Fonte: Elaborado pelos autores, com base nas respostas do questionário da pesquisa (2023).

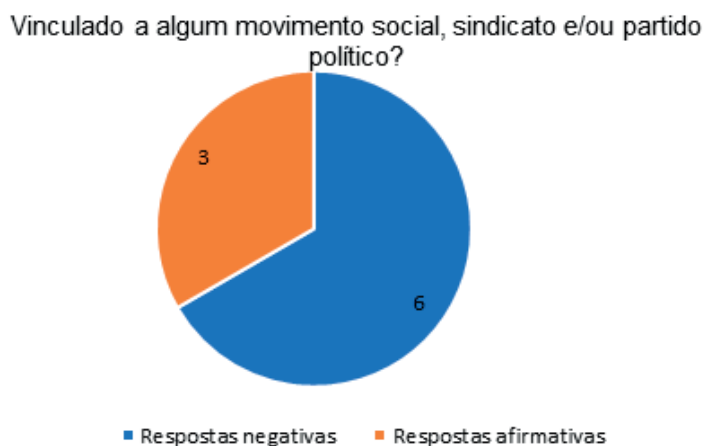
Neste primeiro momento, podemos observar a clara predominância feminina no espaço de representação, o que foi discutido por Gohn (2007), onde explica essa maior participação de mulheres dentro do contexto dos movimentos sociais, devido a maior identificação das mesmas com as causas locais, já que estão em maior presença nas redes associativas, nas associações de bairros, nas organizações populares que atuam como mediadoras da gestão.

Outra faceta revelada, é a falta de representação da juventude, causa que pode ser explicada por uma apatia e inércia, sintomas de um estado de descrença política, mas também falta de politização e a crítica as estruturas de poder que, no geral, excluem a juventude de expressar seus anseios (Castro, 2008).

Há também um predomínio de pessoas com ensino superior, o que demonstra uma discrepância quanto aos dados obtidos pelo Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE) na Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD) no segundo trimestre de 2022, onde foi constatado que 19,2% da população acima de 25 anos alcançou este nível de instrução. Podemos notar também a baixa prevalência de pessoas ligadas a agricultura como profissão na amostra, embora seja a categoria econômica dominante na região.

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

Figura 1 – Vinculação



Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

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

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

Figura 2 – Tempo enquanto conselheiro/a (usuários/as)

Fonte: Elaborada pelos autores (2023).

A maioria também demonstrou que teve contato com a função e mecanismo de ação dos conselhos de saúde por meio de conhecimento próprio, algo que pode ser explicado com o choque de autoridade causado pela transferência de conhecimento, por preconceito ou receio, que instâncias maiores teriam de compartilhar esses conhecimentos, bem como qualificar os representantes do segmento que representa diretamente a população e possui maioria na divisão (Sposati; Lobo, 1992; Soratto; Witt; Faria, 2010). Embora já seja consagrada nos segmentos de trabalhadores/as da saúde e gestores, a educação permanente precisa também ser direcionada aos cidadãos e cidadãs, até mesmo para que possam conhecer e saber o que ambicionar dentro do reconhecimento de seus direitos e deveres no sistema (Ceccim, 2005).

Sobre as dificuldades encontradas, o “não” ou até a ausência de resposta prevaleceu. Uma das voluntárias foi afirmativa, e disse sentir: “[...] necessidade de passarmos por formação pertinente ao ofício, pois do contrário, as inseguranças e sentimentos de inadequação ainda existem” (S. M. I.).

Concomitante a isso, o voluntário Itaipulândia descreve que: “Às vezes a gente se sente pressionado” [...]. Entre as motivações demonstradas para a candidatura ao posto, a resposta do voluntário Foz do Iguaçu sintetiza o que os e as demais puderam colocar, ao dizer que sua motivação foi de “entender mais sobre o conselho municipal e suas funções, e assim ajudar outras pessoas a ter seus direitos garantidos.” Essa noção em se colocarem como intermediários e intermediárias entre a população e a gestão do sistema, o que as autoras Sposati e Lobo (1992) vão denominar “canal de interlocução”.

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

ponde, acerca da questão, que seria: “Participação da comunidade geral na construção das políticas públicas para monitoramento e construção das ações da secretaria de saúde” (S. D. I.).

A questão sobre o entendimento por cidadania foi a que gerou maior número de rejeição ao responder, com o espaço deixado em branco, ou simplesmente escrito “prefiro não comentar.” Quem respondeu, veio ao encontro de relacionar a categoria com direitos e deveres, como nos mostra a voluntária Matelândia ao escrever que: “Cidadania são o acesso aos direitos e deveres, como membros de uma sociedade, participando e cobrando os seus direitos e cumprindo seus deveres para uma sociedade justa e fraterna [...]”.

Quanto a função do Estado, diante da formulação e execução de políticas públicas, há uma noção generalizada e de confluência entre os/as voluntários/as em colocar o mesmo como o grande organizador e executor da questão. O próprio texto constitucional de 1988, ao nos dizer que “saúde é um direito de todos e dever do Estado”, ratificaria o papel dos entes federativos em fornecer o serviço para os seus e suas cidadãos e cidadãs, e, repetido como um “mantra”, cria-se uma noção coletiva de que é responsabilidade estatal fornecer o serviço, também encarada pelos/as conselheiros/as de igual maneira.

A maioria dos conselheiros do segmento demonstrou que teve acesso apenas parcial as legislações que regulamentam o SUS e a participação popular, com destaque para as Leis 8.080/1990 e 8.142/1990. Também, consideram que apenas parcialmente os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) conseguem transformar as ações e serviços oferecidos pelo sistema de saúde no município, algo que o voluntário Itaipulândia nos responde que: “De certa forma sim, entretanto ele [o conselho] não consegue formar novos programas, pois não tem estrutura jurídica e técnica para isso [...]”.

Sobre a atuação do CMS, como representante da população local, todos consideravam o mesmo ser “atuante, porém com falhas. Rizzotto (2000) traz em suas definições a noção de controle social que pregava o Banco Mundial durante os anos de 1990, período em que o modelo neoliberal avançava sobre os países periféricos do capitalismo: transferir competências privatizadas do executivo para a sociedade, como por exemplo, o dever em manter um sistema de saúde. Como em partes esse ditame não encontrou eco em nosso país, uma das soluções foi progressivamente esvaziar a função dos conselhos, em especial desqualificando a presença do segmento de usuários/as, que podem ser o grande contraponto para frear interesses do executivo, muitas vezes vinculados aos desejos da burguesia.

A percepção de pertencimento dos voluntários/as, corroborando com o exposto no parágrafo anterior, enquanto se sentir parte do processo de gestão do SUS foi, de maneira geral, afirmativa. Apenas as/os voluntárias/os S. M. I. e Foz do Iguaçu assinalaram que não se sentem.

As relações de interlocução entre CMS e poder executivo são de extrema importância, visto que, notadamente a partir da chamada “Lei da Transparência”, Lei de nº 12.527/2011, cada vez mais o controle social é considerado num contexto de corresponsabilização e divisão de tomada de decisão entre o CMS e as SMS, como forma de dividir responsabilidades ou até mesmo “envernizar” decisões num cenário de transparência pública. Os/as voluntárias/os consideram que há parceria, respeito, interlocução, diálogo e consenso entre os órgãos.

Em relação a participação da comunidade nas reuniões do conselho, bem como o envolvimento dos cidadãos e cidadãs nas conferências de saúde, todas e todos foram taxativos quanto o baixo

interesse e até mesmo a falta de conhecimento da existência do conselho pelas pessoas. A falta de divulgação é um problema apontado pelas voluntárias Ramilândia e Matelândia, ao dizerem que:

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

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

Um entrave elencado pela voluntária S. M. I. é: “[...] falta de subsídios para que as pessoas possam se deslocar de suas localidades até a cidade para frequentar as reuniões e capacitações [...]”.

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

Para finalizar, foi perguntado aos conselheiros e conselheiras se consideram o controle social da saúde como algo efetivo, e o que falta para torná-lo mais envolvente com a sociedade. Na visão do voluntário Missal, é necessária uma maior: “Conscientização e diálogo do conselho com a população [...]”. O que o voluntário Foz do Iguaçu descreve como: “Falta de conhecimento e vontade do próprio usuário em se comprometer e participar, para juntos buscar soluções [...]”.

A voluntária Medianeira foi mais taxativa ao dizer sobre as ações e ainda pede por reuniões descentralizadas, nos bairros, com envolvimento da população local: “Falta planejamento das ações do conselho. As reuniões se restringem a discutir e aprovar as demandas da Secretaria Municipal de Saúde. O CMS pode fazer muito mais! [...]”.

4 DISCUSSÃO

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

Cabe salientar que em nenhum momento, neste ou nos demais questionamentos, os/as representantes do segmento apresentaram opiniões e sensações que exprimissem o espaço dos conselhos como um local de acirramento da luta de classes, ou da contraposição de interesses entre as distintas classes sociais representadas. Isto se opõe ao investigado por Tonet (2007), Salvador (2010) e Zambon (2006), que colocam nesses espaços uma possibilidade visível, para dentro das democracias bur-

guesas e suas esferas de poder, o local para atribuir decisões com base classista e de conter avanços dos interesses da burguesia.

O que falha para qualificar esse entendimento advém justamente da falta ou ausência da educação permanente, pois para além da constituição, há um repertório de legislações e conceitos que complementam o porquê de ser um direito de todos e como o dever do Estado se relaciona no fornecimento e gestão do sistema, qual contrapartida e papel dos cidadãos para cobrar, acessar e utilizar os serviços (Benevides, 1994; Ceccim, 2005).

Apesar do recorte de inclusão dos/as voluntários/as não levar em consideração ao tipo de organização/associação que o/a mesmo/a representa, foi sintomático notar que nem mesmo os sindicatos de trabalhadores e trabalhadoras de grandes agroindústrias da região, responsável pelo emprego direto de boa parte da população local, não possuem representantes nos conselhos de municípios como Medianeira e Matelândia, que possuem em seu território as maiores agroindústrias da região (Sabourin, 2007).

5 CONCLUSÃO

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

A falta de interesse geral por parte da população, aliás, foi evidenciada como a grande dificuldade apontada em tornar o controle social eficaz. Mas qual o por que disso não ocorrer? Alinhamos com outro questionamento: qual pode ser o interesse das populações em participar de um organismo onde suas demandas são constantemente diluídas, em nome dos interesses da gestão? O maior sintoma da mecanização e tecnicismo do controle social é a transformação do local em um grupo cumpridor de tarefas do executivo.

Como dito anteriormente e elencado no decorrer da dissertação, foi aproveitado por parte dos poderes estatais que há uma cultura democrático-cidadã extremamente falha em nosso país. Cidadania se reduz ao mero jurisdicismo de “são direitos e deveres” e ao período eleitoral, e não como a forma de atuarmos para controlar, zelar e exigir o cumprimento da constituição e das políticas públicas e sociais.

Passados mais de 30 anos de criação do SUS, vivemos sob o regime democrático variados modelos de governo, ora neoliberal, popular, socioliberal, golpista, extremista, conciliatório. Em todos eles, a visão do papel do controle social teve distinções, inclusive com ataques diretos a institucionalidade dos conselhos. Neste sentido, sugere-se a constante atualização de estudos que denotem a situação em cada tempo e espaço, como forma de apontar avanços, retrocessos e imobilidades no controle social, especialmente baseado nas impressões diretamente coletadas nos indivíduos que constroem a participação popular.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição de República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 23 jan. 2024.
- BENEVIDES, M. V. M. Cidadania e democracia. **Lua Nova**, n. 33, 1994.
- CASTRO, I. E. Instituições e território. Possibilidade e limites ao exercício da cidadania. **Geosul**, v. 18, n. 36, p. 7-28, jul./dez. 2003.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.
- CERQUEIRA, C.; MAGALHÃES, S. I. (Des)Fazer gênero, (des)construir futuros: diálogos sobre linguagem inclusiva e literacia crítica mediática. **Faces de Eva**, v. 39, p. 121-128, 2018.
- CORREIA, M. V. C. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. 164 p.
- CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferência no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, v. 4, n. 7, p. 18-49, jan./jun. 2002.
- COTTA, R. M. M. *et al.* O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 1121-1137, 2011.
- ESCOBAR, A. Participación ciudadana y políticas públicas. Una problematización acerca de la relación Estado y Sociedad Civil en América Latina en la última década. **Revista Austral de Ciencias Sociales**, v. 8, p. 97-108, 2004.
- FIGUEIREDO, V. S.; SANTOS, W. J. L. **Transparência e controle social na administração pública**. UNESP, [s. d.].
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008. 220p.
- GOHN, M. G. Mulheres – atrizes dos movimentos sociais: relações político-culturais e debate teórico no processo democrático. **Política & Sociedade**, n. 11, p. 41-70, out. 2007.
- IBGE – Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD). **Educa**. Jovens. segundo trimestre de 2022. Disponível em: <https://abre.ai/gZ8B>. Acesso em: 23 jan. 2024.

MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. Técnicas que fazem uso da palavra, do olhar e da empatia: **Pesquisa Qualitativa em Ação**. Aveiro: Ludomedia, 2019. 64p.

NETTO, J. P. **O Que é Marxismo**. São Paulo: Brasiliense, 2006. 84p.

RAUSCH, R. B.; SOARES, M. Controle Social na administração pública: a importância da transparência das contas públicas para inibir a corrupção. **REPEC**, v. 4, n. 3, p. 23-43, set./dez. 2010.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. 2000. 267 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

SALVADOR, E. Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo. **Serviço social e sociedade**, n. 104, p. 605-631, out./dez. 2010.

SORATTO, J.; WITT, R. R.; FARIA, E. M. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia de Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1227-1243, 2010.

SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle Social e Políticas de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 8, n. 4, p. 366-378, out./dez. 1992.

TONET, I. Do conceito de sociedade civil. *In*: **Democracia ou liberdade?** Maceió: EDUFAL, 2007.

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Rev SOCERJ**, v. 20, n. 5, p. 383-386, 2007.

VICENTE, A. L. C.; XAVIER, L. G. A.; FIDELIS, A. C. N.; YORK, S. W. Linguagem inclusiva de gênero na educação. **Revista Diversidade e Educação**, v. 10, n. 1, p. 251-276, 2022.

ZAMBON, V. D. **Controle social**: contexto e tendências dos conselhos municipais de saúde em uma região do Estado de São Paulo. 2009. 150 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2006.

Recebido em: 5 de Março de 2024

Avaliado em: 12 de Março de 2024

Aceito em: 4 de Junho de 2024



A autenticidade desse artigo pode ser conferida no site <https://periodicos.set.edu.br>

1 Especialista em Saúde Pública – UNINTER (Curitiba/PR); Cirurgião-dentista graduado – UNIPAR (Umuarama/PR); Servidor público (estatutário) da Prefeitura Municipal de Matelândia (PR); Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – UNIOESTE (Toledo/PR); Foi pesquisador acadêmico vinculado aos programas PIC e PIBIC (2017-2018) e monitor das disciplinas de Saúde Coletiva I e Saúde Coletiva II (2016 e 2018); Focado nas áreas de: saúde pública, controle social, participação popular, política social e teoria marxista. E-mail: leocarlinibarbosa@gmail.com

2 Doutora em Desenvolvimento Regional e Agronegócio, Universidade Estadual do Oeste do Paraná; Mestra em Letras - Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (2006); Graduada em Serviço Social, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (1992); Professora na graduação e pós graduação stricto sensu da Universidade Estadual do Oeste do Paraná; Membro do Conselho Universitário – COU da Unioeste; Experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social, atuando principalmente nos seguintes temas: família, sus, saúde, saúde ambiental, serviço social e política de saúde. E-mail: diuslene.fabris@hotmail.com

Copyright (c) 2024 Revista Interfaces Científicas - Humanas e Sociais



Este trabalho está licenciado sob uma licença Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

