

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS MULTIDISCIPLINARES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO, SOCIEDADE E
COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

SÉRGIO RICARDO SCHIERHOLT

**A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL:
DINÂMICAS EM TEMPOS DE CRISE DEMOCRÁTICA E AUSTERIDADE FISCAL
(2013-2022)**

BRASÍLIA
Janeiro de 2023

SÉRGIO RICARDO SCHIERHOLT

**INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL:
DINÂMICAS EM TEMPOS DE CRISE DEMOCRÁTICA E AUSTERIDADE FISCAL
(2013-2022)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional da Universidade de Brasília – UnB como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor.

Orientador: Prof. Dr. Breitner Luiz Tavares (UnB)

BRASÍLIA
Janeiro de 2023

SÉRGIO RICARDO SCHIERHOLT
INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL:
DINÂMICAS EM TEMPOS DE CRISE DEMOCRÁTICA E AUSTERIDADE FISCAL
(2013-2022)

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional da Universidade de Brasília – UnB como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Doutor Breitner Luiz Tavares – UnB
Orientador

Prof. Doutor Antonio de Padua Pithon Cyrino – Unesp
Examinador

Prof. Doutora Maria Fátima Sousa – UnB
Examinadora

Prof. Doutor Márcio Florentino Pereira - UFSP
Examinador

Prof. Doutor Luiz Fernando Macedo Bessa – UnB
Suplente

APRESENTAÇÃO:

ENCONTROS E DESENCONTROS DOS SUJEITOS DE PESQUISA

Não é fácil uma apresentação introdutória depois de vinte anos de atividade profissional com cruzamentos tão diretos à uma tese, sempre ocorrerá o risco do não abarcamento de experiências que contribuíram de forma direta e indireta para o resultado final de um trabalho que exigiu esforço e que aqui se apresenta ao público. Porém é necessária uma breve passagem sobre o pesquisador encontrando o sujeito de pesquisa e de qual lugar de fala ocupa ao imprimir sua visão de mundo, mesmo diante da frieza dos dados e do raciocínio que a pesquisa exige.

Sobre o pesquisador encontrando o sujeito de pesquisa, a participação na área da saúde e seus desafios relacionados à própria democracia sempre foi motivo maior da minha inquietação intelectual. Tive a sorte de, assim que formado, participar de forma privilegiada, ainda sob a presença física do grande Sérgio Arouca, de uma lógica de trabalho que se tentou imprimir ainda há exatos vinte anos atrás. Na época, essa tentativa ganhava a alcunha que prometia uma promessa e até mesmo uma secretaria de gestão participativa, dentro do próprio Ministério da Saúde, assim começou minha atividade profissional. A partir de então, boa parte dos meus caminhos percorridos, profissionais, como professor e enquanto pesquisador, sempre tiveram relação inclusive com a instigante tarefa de pensar sobre como esses espaços são estratégicos para a defesa do direito à saúde e do próprio SUS, como fruto maior do movimento sanitário no país. Tive a oportunidade de conhecer o “Brasil profundo”, trabalhando e dialogando com conselheiros de saúde e com as mais diversas experiências de participação. E esses contatos trouxeram outras inquietudes, que inclusive exigiram novas aproximações com realidades vizinhas de países que experimentaram outras possibilidades de participação e de uma democracia mais direta, essas experiências e seus dilemas também estão aqui. E sobre participar, é extremamente importante também saber ouvir, e o diálogo enquanto professor na Universidade de Brasília, com uma nova geração que não teve seu poder de fala e vocalização tolhida por uma ditadura, também traz o peso e responsabilidade que tentei refletir no trabalho aqui apresentado, como não poderia deixar de ser.

Porém, aqui quem escreve não é só o pesquisador, o trabalhador ou o professor, aqui trago comigo presente a condição de cidadão privilegiado por poder refletir de uma maneira sólida esses dilemas em função da minha trajetória profissional. O lugar de fala aqui também é o de testemunha! E esses dilemas tem relação não com meus caminhos, mas com a trajetória que a própria democracia percorreu de forma errática e violenta nos últimos dez anos. A sensação é de uma década de zeitgeist, do próprio espírito do tempo que marcou esse ciclo que ainda não se encerrou, de extrema irracionalidade política e da moralização do espaço público que deixou de lado a discussão dos reais problemas exigidos pelos contenciosos que a democracia deixa em aberto. Mergulhamos no abismo, e enquanto cidadão foi possível o testemunho de uma extrema direita que ocupou e quase se apropriou do espaço público da rua, de um golpe de estado revestido da legalidade que caracteriza as rupturas da nossa democracia na história com a cassação de uma presidente legitimamente eleita, da chegada ao poder de um grupo político que trouxe o que há de mais deletério e exterior ao campo civilizacional, do negacionismo científico e autoritário que foi coadjuvante e protagonista nas centenas de milhares de mortes durante a maior pandemia do século, e que finaliza com outra tentativa de golpe no 8 de janeiro de 2023 e que ainda precisa de um nome para sua precisa localização na história, que se deu inclusive no ponto final do momento da escrita.

O Brasil trouxe outras inquietudes sobre quem se debruça sobre a democracia nesse período, e infelizmente ela traz a possibilidade de comparações com realidades vivenciadas pela história do século XX que pareciam superadas e localizadas na memória do retrovisor do passado. Infelizmente, não mais! São anos de angústia, vivenciados e sofridos com a sensação de sufocamento, e que agora felizmente podem ser socializados de uma forma aberta, franca e sistematizada como produto de um estudo que se apresenta aqui.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo compreender a participação social institucionalizada pelo Conselho Nacional de Saúde em momento de ruptura democrática e do direito à saúde envolvendo o período a partir de 2013 até 2022. Para tanto, realizou-se um estudo qualitativo exploratório utilizando-se da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. Participaram deste estudo conselheiros nacionais de saúde representantes dos usuários através de entrevistas em profundidade, por meio de roteiros semiestruturados que visavam captar unidades de análise clássicas de participação quanto a representatividade das lideranças, legitimidade do processo, participação da base, capacidade de autossustentação e ampliação do experimentalismo democrático em momento de ruptura vivenciado pelo país. Os resultados possibilitaram a construção de 6 categorias que estruturam o trabalho e a discussão a saber: 1. Trabalho e cotidiano dos conselheiros nacionais de saúde; 2 - Representatividade e participação dos usuários no Conselho Nacional de Saúde; 3 - Direito à saúde e os novos mecanismos de mercado que fragilizam o SUS; 4 - Sentidos e percepções da democracia no Brasil atual; 5 - Constrangimentos antidemocráticos e fragilização do Conselho Nacional de Saúde; e 6 - Pandemia e as dificuldades para o exercício de participação. Os resultados e a pesquisa indicam que apesar dos problemas tradicionais de legitimidade e vínculos com as bases, e das dificuldades na defesa dos ataques do direito à saúde através do enfraquecimento do SUS, esses problemas foram recrudescidos em função do novo cenário político a partir das manifestações de rua ocorridas no período de 2013 a 2022. As unidades semânticas de análise permitiram percorrer um caminho pela democracia brasileira e entender os impactos dessas mudanças para a democracia e o controle social. O surgimento de uma nova direita com viés autoritário e com características fascistas que assumiu o Estado brasileiro, trazendo consigo o militarismo e o negacionismo científico como lógica de gestão, se enquadram nesse panorama. A lupa permitida pela pandemia também resultou na discussão sobre a participação em tempos virtuais, mas que se tornou ainda mais importante para contraposição a essa lógica autoritária e anticientífica responsável por grande parte da mortalidade que caracterizou o combate errático ao COVID-19 no Brasil. O estudo finaliza concluindo que é de fundamental importância o papel que o controle social desempenha na defesa ao direito à saúde dentro de um contexto neoliberal e como também tem atuado como um dos baluartes da nossa frágil democracia a partir do campo da saúde.

ABSTRACT

This work aimed to understand the social participation institutionalized by the National Health Council in a moment of democratic rupture and the right to health involving the period from 2013 to 2022. For that, an exploratory qualitative study was carried out using the technique of content analysis proposed by Bardin. Participating in this study were national health counselors representing users through in-depth interviews, using semi-structured scripts that aimed to capture classic units of analysis of participation in terms of representativeness of leadership, legitimacy of the process, participation of the base, capacity for self-sustainability and expansion of the democratic experimentalism in a moment of rupture experienced by the country. The results enabled the construction of 6 categories that structure the work and the discussion, namely: 1. Work and daily life of national health counselors; 2 - Representativeness and participation of users in the National Health Council; 3 - Right to health and the new market mechanisms that weaken the SUS; 4 - Meanings and perceptions of democracy in Brazil today; 5 - Undemocratic constraints and weakening of the National Health Council; and 6 - Pandemic and difficulties in exercising participation. The results and the research indicate that despite the traditional problems of legitimacy and links with the bases, and the difficulties in defending attacks on the right to health through the weakening of the SUS, these problems were exacerbated due to the new political scenario from the demonstrations street incidents that occurred in the period from 2013 to 2022. The semantic units of analysis made it possible to walk a path through Brazilian democracy and understand the impacts of these changes on democracy and social control. The emergence of a new right wing with an authoritarian bias and fascist characteristics that took over the Brazilian State, bringing with it militarism and scientific denialism as a management logic, fit into this panorama. The magnifying glass allowed by the pandemic also resulted in the discussion about participation in virtual times, but which became even more important to oppose this authoritarian and anti-scientific logic responsible for a large part of the mortality that characterized the erratic fight against COVID-19 in Brazil. The study concludes by concluding that the role that social control plays in defending the right to health within a neoliberal context is of fundamental importance and how it has also acted as one of the bulwarks of our fragile democracy from the field of health.

LISTA DE ACRÔNIMOS

Abrasco - Associação de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ASPS - Ações e Serviços Públicos de Saúde
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS – Atenção Primária em Saúde
COFIN - Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento
Conass – Conselho dos Secretários Estaduais de Saúde
Conasems – Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
Conep – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CNJ – Conselho Nacional de Justiça
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CUS – Cobertura Universal de Saúde
EC – Emenda Constitucional
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
MS – Ministério da Saúde
NRF - Novo regime fiscal
ONU – Organização das Nações Unidas
OCDE – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OSCIP - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PIB – Produto Interno Bruto
PPP – Parceria Público Privado
RAG – Relatório Anual de Gestão
RCL - Receita Corrente Líquida
SUS – Sistema Único de Saúde

ROTEIRO-GUIA COM A CATEGORIZAÇÃO PARA OS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Trabalho e cotidiano dos conselheiros nacionais de saúde

Exaustividade da rotina, reuniões e importância da presencialidade.

A forma de trabalho descentralizada para organização e decodificação dos temas.

Hipertrofia representativa e falta de lideranças para atuação no Conselho Nacional de Saúde.

Documentos, silenciamentos e a busca de informações dos conselheiros.

Burocracia como dificultador do exercício deliberativo do controle social no SUS.

Representatividade e participação dos usuários no Conselho Nacional de Saúde

Composição do conselho de saúde e a representação orgânica do usuário do SUS.

Relacionamento dos usuários com os outros segmentos representados no conselho de saúde.

Consensos, dissensos e espírito de corpo do Conselho Nacional de Saúde.

Dificuldade de renovação do CNS e a falta de lideranças orgânicas dos movimentos na base.

Novas formas de experimentalismo democrático inclusivo.

Pertencimento e lugar de fala dos usuários nas representações do CNS.

Deslegitimação elitista do usuário *versus* legitimidade das bases.

Deslegitimidade deliberativa e poder de decisão dos conselheiros de saúde.

Estratégias de comunicação com as bases para fortalecimento do controle social no SUS.

Direito à saúde e os novos mecanismos de mercado que fragilizam o SUS

Identificação e luta contra a agenda neoliberal na política nacional de saúde.

Desfinanciamento da saúde pública e expedientes de contraposição do CNS.

Visão ampliada de conceito do direito à saúde pelos usuários representados no CNS.

Estratégias de contraposição dos conselheiros ao subfinanciamento do Sistema Único de Saúde.

O movimento novo de reprovação da prestação de contas do MS por parte dos conselheiros.

Pandemia e o direito à saúde.

Privatização, saúde suplementar e a introdução de mecanismos de mercado.

O Sistema Único de Saúde sem o controle social na visão dos conselheiros.

Sentidos e percepções da democracia no Brasil atual

Saúde indissociada da democracia - os legados da Reforma Sanitária e da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Cultura autoritária das instituições e visão conservadora da sociedade brasileira.

As marchas de 2013 e o caminho para o entendimento da atual crise democrática.

As manifestações de rua e a discussão sobre o modelo representativo e participativo do nosso modelo de democracia.

Exemplos da agenda conservadora na “nova agenda” de desenvolvimento e de retirada de direitos.

Percepções e dificuldades de entendimento de uma conselheira que marchou nas ruas em 2013.

Contradições e desânimos com os rumos tomados pelas marchas de 2013.

As manifestações de rua em 2013 e o contexto internacional - a luta pela hegemonia entre Estado e mercado.

Críticas ao governo de coalizção e suas relações com o golpe de 2016.

Constrangimentos antidemocráticos e fragilização do Conselho Nacional de Saúde

Histórico de desmonte e fragilização do controle social na última década.

Percepções e comparações sobre governos e legitimação do controle social.

Asfixia do controle social e a ameaça de extinção do Conselho Nacional de Saúde.

Estratégias de governo para deslegitimação do controle social - desfinanciamento do Conselho Nacional de Saúde, invisibilização e esvaziamento dos espaços de participação.

O novo autoritarismo no SUS - o controle social diante da nova gestão militarizada do Ministério da Saúde.

O exemplo do embate para a realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde e das estratégias para deslegitimação do controle social.

Pandemia e as dificuldades para o exercício de participação

A participação presencial e sua importância para os conselheiros.

A participação virtual na pandemia e os desafios para o Conselho Nacional de Saúde.

Os desgastes dos conselheiros no período do trabalho remoto.

Estratégias de resistência à invisibilidade e ao esvaziamento no regime virtual de trabalho.

O controle social e a relação com o governo federal no enfrentamento da Covid.

Legados e aprendizado da participação virtual e pandemia.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	13
2	OBJETIVOS.....	17
3	METODOLOGIA.....	18
3.1	Os sujeitos do estudo.....	22
4	MARCOS TEÓRICOS.....	25
4.1	Operacionalização dos padrões hegemônicos de democracia – da estandardização global para as experiências locais.....	25
4.2.	Redemocratização e participação em saúde no Brasil.....	31
4.3	O cenário atual do debate sobre participação (e seus novos desafios) em saúde no Brasil.....	35
4.4	A cronologia recente da entrada de mecanismos de mercado que atentam contra o direito à saúde.....	42
4.5	Neoliberalismo e necropolítica na política nacional de saúde.....	59
4.6	A participação e o Conselho Nacional de Saúde no atual momento de defesa do direito à saúde.....	63
5	RESULTADOS.....	65
5.1	O campo e algumas considerações sobre a pesquisa.....	65
5.2	Primeiros tratamentos do produto do campo para análise.....	67
5.3	Inferência e interpretação.....	69
5.4	Resultados e categorização.....	71
5.4.1	<i>Trabalho e cotidiano dos conselheiros nacionais de saúde.....</i>	<i>72</i>
5.4.2	<i>Representatividade e participação dos usuários no Conselho Nacional de Saúde.....</i>	<i>76</i>
5.4.3	<i>Direito à saúde e os novos mecanismos de mercado que fragilizam o SUS.....</i>	<i>84</i>

5.4.4	<i>Sentidos e percepções da democracia no Brasil atual.....</i>	<i>98</i>
5.4.5	<i>Constrangimentos antidemocráticos e a fragilização do Conselho Nacional de Saúde.....</i>	<i>106</i>
5.4.6	<i>Pandemia e as dificuldades para o exercício da participação.....</i>	<i>116</i>
6	DISCUSSÃO.....	123
6.1	Trabalho e cotidiano dos conselheiros nacionais de saúde.....	123
6.2	Representatividade e participação dos usuários no Conselho Nacional de Saúde.....	131
6.3	Direito à saúde e os novos mecanismos de mercado que fragilizam o SUS..	137
6.4	Sentidos e percepções da democracia no Brasil atual.....	150
6.5	Constrangimentos antidemocráticos e fragilização do Conselho Nacional de Saúde.....	161
6.6	Pandemia e as dificuldades para o exercício de participação.....	170
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	178
	REFERÊNCIAS.....	183
	ANEXO 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADO COM REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS NO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.....	203
8	ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	204

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O processo de democratização e a descentralização das políticas sociais no Brasil inaugurou espaços para incontáveis experiências de participação popular em arenas públicas de decisão política. O setor saúde se destaca não só no Brasil, mas também na América Latina pelo surgimento de milhares de Conselhos de Saúde nos últimos trinta anos, dos quais por força de lei, os representantes da sociedade civil organizada participam de forma paritária com representantes da autoridade setorial, prestadores profissionais e institucionais de serviço (LABRA; FIGUEIREDO, 2007; BISPO JUNIOR, 2018; SERAPIONI; MATOS, 2016, 2018).

O avanço no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) em muito deveu a essa participação da comunidade. A cristalização desse fenômeno se deu a partir da promulgação da Constituição de 1988 e de uma legislação posterior, que institucionalizou a participação no setor, por meio da criação dos Conselhos de Saúde no Brasil, nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Sua atribuição legal é a de atuar e deliberar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos logísticos, econômicos e financeiros (MENDES, 2001; CARVALHO, 2013).

Foi com a incorporação dos usuários nos processos de formulação e decisão política que o SUS, a despeito da pouca experiência e acúmulo cultural de uma lógica participativa no país, deu seus maiores passos. A transição, nos anos 1980, de um modelo centralizado e autoritário de sistema de Saúde para um novo desenho institucional com efetiva participação trouxe novas possibilidades, desafios e responsabilidades na relação Estado e Sociedade Civil sem precedentes no país (CORTES, 2002; LABRA; GIOVANELA, 2007). Porém, depois da afirmativa desses novos espaços para envolvimento da população, surge a questão de como ocupá-los e produzir outra lógica onde as necessidades de saúde sentidas pelos usuários fossem incorporadas (GERSHMAN, 2004; LABRA; FIGUEIREDO, 2002).

A aposta do movimento sanitário brasileiro foi a de que, ao incorporar esse novo sujeito, o usuário, ter-se-ia pressão popular e uma nova racionalidade para transformar o sistema. Migraríamos de um modelo vertical baseado na série histórica

dos procedimentos em saúde ofertados pelo mercado, para uma nova lógica de produção em saúde, em que o mercado fosse complementar, e a população, a força motriz para um sistema universal e equitativo. O usuário seria o próprio elo de transição entre esses dois mundos (STOLTZ, 1991; SCHIERHOLT, 2006; PAIM, 2018).

Nesse sentido, uma série de leis, normatizações e novas burocracias foram criadas para incentivar e resguardar o novo papel deliberativo desses espaços de participação, e isso por si só, já apontaria para um avanço de nova racionalização para o Sistema. Porém, elaboradas em nível central e descoladas do contexto nacional, a maioria delas aponta não abarcar a complexa realidade do país, sendo de difícil operacionalização em grande parte dos municípios brasileiros, principalmente os de menor porte populacional (CARVALHO, 2013).

Também são constatadas outras dificuldades na viabilização de uma efetiva e democrática participação nessas instâncias. Problemas como a baixa autonomia dos Conselhos de Saúde, cultura autoritária e centralizadora das instituições, burocratização das rotinas com o afastamento da população dos seus processos, baixa vocalização dos usuários devido ao discurso técnico, baixa qualificação para atuação nos conselhos com ausência de processos educativos para tais fins, distanciamento dos usuários das entidades e da população que representam, baixa visibilidade dos Conselhos de Saúde junto à comunidade (CORTES, 2002; COELHO, 2007; SERAPIONI, 2013; BISPO JUNIOR, 2018), entre outros novos desafios inscritos no contexto histórico que vivenciamos, dão o mote para o aprofundamento que esse estudo pretende realizar.

O presente estudo analisa, não só a Participação em Saúde institucionalizada no Conselho Nacional de Saúde, mas explorar de que forma essa nova mediação Estado-Sociedade Civil tem reconfigurado o Espaço Público na produção de políticas sociais no Brasil. E, mais do que isso, avaliar esse mecanismo e suas “democracias¹”

¹ Boaventura Santos (2005) usa o conceito de “demodiversidades” para criticar a coloniedade do pensamento dos formatos de democracia a partir do Norte, com o enfoque maior sempre na representação do que na participação, tópico que será explorado adiante no trabalho. Poderíamos categorizar o modelo brasileiro no Sistema Único de Saúde como um híbrido entre os dois formatos, tendo os conselhos e conferências como seu *locus* de maior privilégio.

no atual momento histórico que muitos autores consideram como de fragilidade democrática das instituições, inclusive aqueles relacionados à participação e que tem resguardo no nosso arcabouço constitucional. E aqui se torna imprescindível discutir não só os formalismos da participação, mas a saúde como direito, que deve ser a salvaguarda maior em que os conselhos de saúde devem atuar. Dessa forma julga-se necessário, para qualquer medição de trajetória, dos êxitos e fracassos da democracia, avaliar como o mercado e o setor privado tem ganhado espaço na política nacional de saúde em detrimento, e nas sombras, dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Para tanto, a análise partirá de como os diversos modelos de democracia e seus problemas decorrentes evoluíram a partir da segunda metade do século XX, para então, aproximá-los do espaço do Conselho Nacional de Saúde, nesse contexto nacional complexo, de uma espécie de ruptura democrática e com a forte marca da introdução de novos mecanismos de mercado. Essa contextualização se faz importante porque várias das angústias dos que se debruçam sobre a temática da participação transcendem as paredes dos Conselhos, pois tem suas raízes na própria história e dinâmica da construção do modelo de democracia representativa. Soma-se a isso, as limitações para participação dos usuários oriundas do próprio modelo de representação, o próprio encontro do SUS com o neoliberalismo, antes nos anos 90, e hoje em momento amargo de embate entre as forças de mercado e o direito universal a saúde. Essas interfaces trouxeram e hão de trazer outras distorções em que fica comprometida a atuação desses sujeitos, a representação dos usuários, nos impondo novas questões.

Uma das possíveis apostas desse estudo é que as respostas estão no próprio cotidiano dos conselheiros de saúde. Mediante essa investigação foi possível conhecer em maior profundidade a dinâmica, rotina e os próprios sentidos de democracia do Conselho Nacional de Saúde, tendo como porta voz os próprios usuários do sistema de saúde representados, sua forma de entender a participação, a organização e o funcionamento do conselho de saúde, o envolvimento na elaboração das estratégias em saúde, o embate contra hegemônico com as forças do mercado, bem como o desempenho das suas inúmeras funções, entre outros. Essa panorâmica possibilitará também por parte da academia e dos próprios conselhos de saúde uma avaliação do quanto eles têm sido permeáveis e agentes da participação

dos diferentes segmentos representados na sua composição em momento tão emblemático de fragilização do Sistema Único de Saúde e da própria lógica de democracia e do direito a saúde no país.

2 OBJETIVOS

Objetivo geral:

Compreender a participação social no Conselho Nacional de Saúde em momento crise democrática e do direito à saúde, entre os anos de 2013 e 2022, com vistas a analisar os desafios e perspectivas para a institucionalidade dos espaços de Controle Social no SUS.

Objetivos específicos:

Analisar a prática cotidiana dos representantes dos usuários no Conselho Nacional de Saúde.

Identificar as potencialidades e fragilidades no exercício cotidiano de participação em saúde.

Discutir a representatividade e participação dos usuários no Conselho Nacional de Saúde.

Entender os sentidos e percepções dos usuários do Conselho Nacional de Saúde sobre a democracia no Brasil atual.

Aprofundar como o colegiado do Conselho Nacional de Saúde tem discutido e atuado frente ao enfraquecimento institucional dos espaços de participação.

Descrever a dinâmica da entrada na pauta do conselho de novos mecanismos de mercado para dentro do Sistema Único de Saúde.

3 METODOLOGIA

O presente estudo se propõe de natureza qualitativa, visto que ela responde a questões muito particulares. Ela se ocupa nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que responde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, 2007). A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização etc. Essa abordagem opõe-se ao pressuposto da defesa de um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais têm sua especificidade, o que pressupõe metodologia própria (GOLDENBERG, 1997, p. 34).

Pelas características do tema a ser estudado, principalmente a pouca literatura produzida pelo assunto (“em momentos de rupturas”), visto o contexto de rápida dinâmica de transformação por qual nossa democracia tem passado e minha trajetória profissional de familiaridade com a temática, o recorte mais propício do estudo foi enquadrado na pesquisa exploratória. Esse tipo de pesquisa tem grande potência, pois tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (GIL, 2007). Tal qual a proposta desse estudo, a grande maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão. É preciso esclarecer que a exploração do fenômeno tem como objetivos desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias. “Esse tipo de pesquisa é realizado especialmente quando há poucas informações disponíveis sobre o tema ao qual se relaciona o objeto de estudo. Justamente devido ao escasso conhecimento do assunto, o planejamento é flexível, de forma que os vários aspectos relativos ao fato possam ser considerados”. A escassez de informações torna difícil a formulação de hipóteses, como requerem as pesquisas descritivas e explicativas (DOXSEY; DE RIZ, 2002,2003, p. 26-7).

A técnica para realização da pesquisa exploratória deu-se via análise de

conteúdo. A análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa e, como tal, tem determinadas características metodológicas: objetividade, sistematização e inferência. Ela representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Como a pesquisa visa captar a percepção, práticas e desafios dos conselheiros nacionais de saúde do segmento dos usuários em momento de ruptura democrática e fragilidade do direito à saúde, a pesquisa teve interesse em analisar as seguintes dimensões: os sentidos da participação, a organização e o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS), envolvimento ou não na elaboração do planejamento nacional de saúde, ações intersetoriais desenvolvidas pelo CNS, articulação e representatividade com os movimentos sociais e, principalmente, dificuldades e perspectivas dos conselheiros em relação ao exercício das suas funções em contexto de introdução de novos mecanismos de mercado e fragilidade democrática e institucional.

Para tanto, a proposta inicial utilizou categorias analíticas oriundas da obra Democratizar a Democracia para se avaliar os processos participativos adaptados à realidade brasileira (SANTOS, 2005, 2006, 2014, 2016). São elas:

Representatividade das lideranças: processo de escolha, tipos de liderança, a forma de atuação junto à comunidade, reconhecimento e legitimação do seu papel pela comunidade, tempo de exercício da função, entre outros.

Legitimidade do processo: avaliação da forma de construção, bem como a repercussão dos regulamentos, regimentos, estatutos e outros documentos nas falas dos entrevistados. Além disso, será analisada a composição dos conselheiros e como a diversidade de movimentos sociais participam do segmento dos usuários.

Participação da base: presença ativa dos envolvidos, capacidade de reivindicações das necessidades em saúde, participação na elaboração de estratégias para resolução de problemas.

Capacidade de autossustentação: autonomia dos usuários em relação aos segmentos da gestão, trabalhadores e setor complementar, credibilidade junto aos movimentos sociais, conquistas alcançadas durante o processo, constrangimentos para atuação na relação com o atual executivo federal.

Ampliação do experimentalismo democrático: aspectos culturais relacionados às novas gramáticas sociais nas quais o formato de participação vem sendo adquirido experimentalmente, pluralização cultural, racial etc., e distributivas da democracia.

Essas categorias são o coração da obra “Democratizar a Democracia” (SANTOS, 2006) e servem como espécie de guarda-chuva epistêmico e auxiliam para descortinar a “naturalidade” e formalismo da participação que alguns estudos da saúde têm dialogado. Mais ainda, são categorias potentes para a tríade que o trabalho se propôs a estudar: o experimentalismo democrático na saúde brasileira; sua atuação em momento de fragilidade institucional e como atua ou não como contrapeso às medidas de mercado que enfraquecem o direito a saúde.

É válido ressaltar que a literatura também chama a atenção para a necessidade de avaliar a qualidade política e a qualidade formal, ambas essenciais para garantir a participação social na formulação das políticas de saúde. Avaliar significa compreender as atividades, fatos ou coisas com o objetivo de estimular o seu aperfeiçoamento. Boivin et al. (2014) corroboram tal linha de raciocínio ao analisar a efetividade da intervenção na tomada de decisão dos cuidados em saúde, para os autores, legitimidade, credibilidade e poder são as categorias chaves para se entender a influência da população na tomada de decisão. O estudo indica ainda que processos de capacitação para o público no envolvimento da tomada de decisão compartilhada tem efeito benéfico e pode, através das três categorias principais, reforçar processos deliberativos mais eficazes e consensuais.

Em um scoping review analisando dezenove artigos de impacto, Conklin (2015) traça ainda um panorama importante sobre a metodologia, resultados e evidências dos estudos sobre o envolvimento da população nas políticas de saúde. Apesar de uma quantidade substantiva de trabalhos que analisam a participação em saúde (HALDANE et al., 2019; RIFKIN et al, 2014), há uma escassez de publicações sobre as evidências empíricas no envolvimento da população nas políticas de saúde. Uma

hipótese para esse vazio na literatura especializada reside na dificuldade de desenhos metodológicos precisos que explorem o caráter deliberativo desses espaços de participação (CONKLIN et al., 2015). Alguns estudos clássicos relatam a dificuldade da montagem desse tipo de matriz avaliativa para a participação em saúde (RIFKIN et al., 1988) que se dão principalmente pelo viés da atenção primária (BHUYAN, 2004), já que é um dos seus dispositivos comunitários.

Várias tentativas já foram realizadas para avaliar a efetividade da participação nos conselhos (ROCHA et al., 2020), porém são exíguas no espaço do Conselho Nacional de Saúde. Geralmente utilizam a técnica conhecida como spidergram, que pode ser resumida como a avaliação da participação comunitária calcada num continuum de desenvolvimento de poder através das categorias de: levantamento das necessidades, liderança, organização, mobilização dos recursos e gestão (COSTA, 2015). O modelo de spidergram tem sua aplicabilidade para avaliação da participação comunitária consolidada, contudo alguns aspectos contextuais referentes a situação político-econômica, cultural, ambiental, relacional etc., não estão contemplados nesse modelo (RIFKIN, 2014). Dessa maneira, torna-se quase impossível sua aplicabilidade num cenário tão complexo de fragilidade democrática como o caso da realidade brasileira atual, sendo insuficiente para atingir o escopo do qual o trabalho se propõe. Apesar das categorias do modelo de spidergram dialogarem com as propostas por Boaventura Santos, o primeiro desenho tem como geografia privilegiada as democracias do Norte, com um grau de consolidação maior e com menos saltos e rupturas que a brasileira. Já as oriundas do “Democratizar a democracia” tem como lugar de fala as subalternidades do sistema de representação democrático hegemônico, partindo de experiências em novas democracias como Colômbia, Bolívia, África do Sul, Moçambique, Índia, Portugal e Brasil, atrelando essas categorias ao que ele chama de insurgência de uma nova gramática social (SANTOS, 2005, 2016).

3.1 Os sujeitos do estudo

Apesar do relevo quantitativo da literatura que analisa os conselheiros de saúde, ainda é muito baixa a produção científica sobre o perfil e sua dinâmica de atuação, sendo encontrado na revisão da literatura poucos artigos que tratam da composição no Conselho Nacional de Saúde.

Via de regra (SILVA; LIMA, 2019; CORTÊS, 2010) os usuários são representados apenas como consumidores de serviços, figuração essa que causa grandes distorções para análises mais acuradas da dinâmica de funcionamento dos conselhos e da relação entre os conselheiros para o exercício de poder compartilhado. Essa imagem simplista dificulta ainda a extrapolação dessa representação diante da enorme complexidade das entidades políticas que disputam os diversos interesses da sociedade brasileira, além de trazer um outro dilema: todo o brasileiro é, em última análise, um usuário do Sistema Único de Saúde! É válido dizer que essa falta de caracterização de “quem é o usuário” permite distorções na composição dos conselhos, principalmente em pequenos municípios brasileiros.

Por esse motivo alguns autores trabalham com as categorias Gramscinianas de “atores estatais e atores societais”, isto é, aquele que acomoda, além da sociedade política, a sociedade civil como parte do Estado. “A primeira, formada pelo conjunto de mecanismos através dos quais a classe dominante detém o monopólio legal da coerção, aqueles habitualmente identificados como governo. Já a sociedade civil, por sua vez, é formada como uma decisiva arena da luta de classes, na qual os diferentes grupos sociais lutam para conservar ou conquistar a hegemonia” (COUTINHO, 2011).

Ao revisarmos a literatura (TESTA, 2004; CORTES; SILVA; BARCELOS, 2009; TEIXEIRA; SILVEIRA, 2016; FRASER, 2017), poderíamos discutir a dinâmica entre as duas categorias Gramscinianas no CNS da seguinte maneira: Os atores governamentais se aliam para propostas de legitimidade, ampliação dos serviços, mudanças no modelo de atenção e financiamento dos serviços de saúde. Os atores societais do mercado, que embora se envolvem no debate sobre as necessidades de saúde, trazem na sua intencionalidade a maximização do lucro a despeito da saúde humana. E os atores societais, que não representam o governo ou o mercado,

chamados de atores sociais. Estes carregam uma gama de interesses, mas que podem ser vinculados em dois movimentos identitários. O primeiro seria um subgrupo afirmativo que luta por justiça social e equidade e o segundo seria um subgrupo identitário que luta pelo reconhecimento. “Este reconhecimento integraria elementos relativos tanto à importância da categoria profissional para o setor saúde, quanto o próprio reconhecimento de determinadas particularidades, sejam étnicas, de gênero e dos portadores de patologias e deficiências nas políticas de saúde” (BAHIA, 2015). Apesar da lógica Gramsciana marxista que separa os trabalhadores do grupo estatal, nos enfrentamentos e ainda sobre uma lógica de local de pertencimento, muitas vezes os trabalhadores parecem se caracterizar muito mais com o lugar do Estado pela gestão, do que com o grupo societal pelo usuário nos embates entre os conselheiros. É na dinâmica dessas três categorias de atores que Mario Testa (1987, 1992, 2004) discute a questão do poder e hegemonia na saúde (oponente, aliado, disputa e consenso).

Sobre os nossos “sujeitos de estudo”, são 25 conselheiros nacionais de saúde os representantes dos usuários na normatização atual segundo a página do CNS na internet disponível à população (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2021). As entidades que compõem essa representação são as mais variadas possíveis e espelham a complexidade e diversidade de atores envolvidos na operacionalização do SUS, percorrendo toda sua capilaridade desde o atendimento à nível local, até a gestão mais central do sistema. E esse é o motivo principal da escolha do recorte dos usuários para a pesquisa, a própria riqueza da sua composição e como essa gama heterogênea de atores pode auxiliar na composição do mosaico que tentaremos montar sobre os dilemas da participação em saúde nesse momento emblemático da história. Nessa representação podemos encontrar de associações de portadores de patologias, confederações de estabelecimentos de saúde, movimentos sociais, sindicatos de trabalhadores, uma ampla gama de representantes da sociedade civil organizada, entre outros. O número necessário de entrevistados foi ajustado posterior ao crivo da metodologia utilizada para análise do discurso, bem como dos critérios adotados para abarcar a maior complexidade e diversidade discursiva que auxilia na caracterização dos usuários representados no Conselho Nacional de Saúde.

O projeto foi submetido na Plataforma Brasil sob o título de “Democracia e Direito a Saúde no Brasil em momento de ruptura” e foi analisado pelo Comitê de Ética

em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília obtendo parecer favorável, respeitando-se aos princípios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12 das Diretrizes e Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, com parecer de nº 5.740.25.

4 MARCOS TEÓRICOS

4.1 Operacionalização dos padrões hegemônicos de democracia – da standardização global para as experiências locais

Apesar de não ser pretendida aqui uma revisão teórica da democracia sob o prisma da Ciência Política, faz-se necessária uma apresentação dos modelos de democracia e o que se oculta por detrás deles, visto que eles têm impacto e consequência no cotidiano sobre o qual se assentam os conselhos de saúde e são essenciais para a discussão das suas rupturas. Boaventura Santos (2005) utiliza a análise baseada na oposição dos modelos liberais representativos, consolidados nos países do hemisfério norte, e os que surgem a partir dos anos sessenta nos países em desenvolvimento do hemisfério sul, notadamente América Latina. Todos os casos estudados por B. Santos em “Democratizar a Democracia” se caracterizam por uma tentativa de disputa pelo significado de determinadas práticas políticas, por uma tentativa de ampliação do que ele chama de nova gramática social e da incorporação de novos atores ou de novos temas na política, dentro de novas lógicas de democracia participativa.

Certamente, um dos diagnósticos centrais da reflexão de Boaventura está na identificação da centralidade da relação Estado e sociedade civil para constituição das teorias de emancipação. Crítico do modo como a tradição liberal formulou essa questão, concedendo à sociedade civil uma condição de precedência e de posse de direitos contrapostos ao Estado, o sociólogo português mostra com grande acuidade como a metáfora base/estrutura, em uma certa determinação marxista, acaba por não romper com o modo liberal de equacionar essa questão decisiva (SANTOS, 2005, 2006).

Nessa linha, vários estudos sobre a participação em saúde compreendem como os processos históricos e políticos foram formatando os diversos tipos de democracia e seus esgotamentos (BISPO JUNIOR; SCOREL, 2013; PAIVA; STRALEN; COSTA, 2014; DURAN; GERSHMAN, 2014; ESCOREL; AROUCA, 2016; FLEURY, 2018; MOREIRA, 2020). A história recente sobre o remodelamento dessas democracias é salutar para a imersão nos aspectos da participação em saúde, porém

é incompleta e insatisfatória para uma maior complexidade requerida. Entre eles a relação procedimento e forma dos processos democráticos, o papel da burocracia na vida democrática e a questão dos limites da representação na participação.

Padrões tradicionais ou hegemônicos de democracia – A relação entre Estado e sociedade e sua mediação pela democracia torna-se cada vez mais central a partir do século XX, tanto pela discussão dos seus sentidos e usos, mas também como ela tem sido e quais suas formas de implementação (SHUMPETER, 1961; SANTOS; AVRITZER, 2005, 2016). A disputa que envolve o termo tem se dado pelos aspectos políticos mais diversos, mas tem se caracterizado numa maior profundidade que pode ser dividida em dois momentos principais.

Podemos dividir a primeira metade do século XX com a marca do desejo pela democracia. Partindo-se da premissa que o debate pendeu favoravelmente a esse anseio, desde então, tornou-se hegemônico um desenho restrito do formato de participação e soberania em torno do consenso meramente eleitoral e representativo. O segundo debate deu-se sobre as condições estruturais para seu funcionamento e a questão das democracias de massa pós-trauma do surgimento do fascismo na Europa. Esse embate coroava os países ocidentais vencedores da segunda guerra mundial, e sua lógica liberal representativa junto com os tipos de governos assumidos por eles, emblemáticos na chegada das socio-democracias no poder (PATEMAN, 1992; SANTOS; AVRITZER, 2005).

Desde então temos um cenário de confronto entre esse modelo democrático formal, onde a própria democracia imporia limites à propriedade e à uma lógica de concentração de renda em favor dos desfavorecidos, e de outro lado os marxistas, que entendiam que esse termo deveria ser desconstruído, uma vez que era impossível democratizar as relações em que se assentavam a produção material (SANTOS, 2005). Somado a esse modelo também foram desenvolvidas lógicas alternativas de participação nos países do Leste Europeu e a democracia desenvolvimentista dos novos Estados Nação com a independência recém conquistada. Esse é o *gérmen* do embate entre os modelos democracia e sua mediação entre o Estado e a sociedade. Desde o final do século XX, cristalizou-se a concepção de que as condições para os países atingirem sua maturidade democrática, passa pelo experimentalismo da própria democracia como condição *sine qua non* para que isso ocorresse.

Foi consolidada naquele momento uma miragem teórica de que os problemas quanto ao significado e estrutura da democracia estavam superados, engodo que ajuda a explicar as relações com outras ressignificações da participação que auxiliam a elucidar a dificuldade de sua assimilação em vários contextos nacionais. Perenizou-se dessa forma por muito tempo a conhecida concepção hegemônica de democracia, que tinha como fio condutor a contradição entre mobilização e institucionalização, certa valorização positiva da apatia política já que o cidadão comum não teria capacidade e nem interesse, a não ser para a escolha de representantes que tomassem a decisão, um excessivo debate na idealização do desenho perfeito de democracia, e, a agenda do pluralismo como eixo de disputa partidária entre as elites, além de algumas soluções mínimas para a questão da participação (PATEMAN, 1992; SHUMPETER, 1961. SANTOS; AVRITZER, 2005).

A quase totalidade do embate sobre essa democracia de baixa intensidade veio por terra quando sua expansão global se entrelaçou com graves crises democráticas nos países centrais de origem, mais notadamente quanto ao emblemático termo “dupla patologia: participação, sobretudo em vista do aumento considerável de abstencionismo; e representação, com cidadãos considerando-se cada vez menos representados pelos eleitos” (PATEMAN, 1992; SANTOS; AVRITZER, 2005). Nesse sentido podemos caracterizar o século XX na forma como dois debates centrais se relacionaram com a democracia. De um lado, a existência de um pensamento de solução europeia com abandono do eixo da mobilização social e ação coletiva na construção democrática, e de outro, a valorização e formatação dos mecanismos de representação sem a combinação de mecanismos societários de participação. Nos dois casos, reside o pecado original conhecido como desenho hegemônico de democracia, de representatividade elitista, que impõem ao restante do mundo seu modelo liberal representativo do hemisfério Norte, absolutamente alienado de outros outros experimentalismos que se davam em alternativas políticas não alinhadas.

A democracia e o Estado cativos do pensamento elitista do século XX –
Assumindo-se que o embate no Ocidente foi tensionado pela polarização das duas concepções de democracia, a liberal-democracia assinalada anteriormente, e outra marxista, baseada na autodeterminação do mundo do trabalho como eixo central, também é possível assumir que as duas lógicas são europeias e trazem o contexto histórico daquele continente. Foi dessa ruptura localizada geograficamente no Norte,

que surgiram as concepções hegemônicas e significados da democracia que vingaram desde o século XX. É possível resumir essa lógica da maneira de trabalhar o fenômeno da hegemonia democrática sobre três pilares: da relação procedimento e forma, do papel da burocracia na vida democrática, e da inevitabilidade da representação em democracias de larga escala.

Um dos pontos centrais no tensionamento foi o embate sobre a noção de democracia depender muito mais de seu formato do que de seu espírito e a da própria ontologia que a palavra carrega. Esse período é saturado com a ideia do formato disciplinador da democracia, tendo como pano de fundo uma sociedade que a priori seria incapaz de ditar seus próprios rumos. Não eram poucos os teóricos que indagavam à essa época se seria possível o povo governar! Foram empreendidas várias concepções sobre a mobilização das massas e de como os cidadãos tomavam decisões individuais baseadas em impulsos poucos racionais, ainda à guisa do trauma do fascismo. Em que pese as fragilidades e o elitismo dessas argumentações, elas foram de sobremaneira utilizadas pela concepção hegemônica de democracia (SHUMPETER, 1961).

Outro Norte para entender o caminho da concepção hegemônica de democracia aponta para as estruturas burocráticas construídas historicamente. Segundo diversos autores (BOTTOMORE, 2001), a evolução de uma máquina complexa de racionalização prática dos estados e suas derivações dificultam o exercício da atividade técnica para a grande massa da população. Através da materialização do Welfare State e do Estado de Bem-Estar Social, não somente essa preocupação do distanciamento técnico-burocrático entre Estado e cidadão cresceu, como também a intervenção e controle que o primeiro pode exercer sobre o segundo. Essa tendência pode ser exemplificada na medida que as sociedades passaram de uma economia familiar para a de mercado, de mercado para uma protegida, regulada e planificada, evoluíram os problemas políticos que requerem competências técnicas, seus especialistas, suas expertises... Tecnocracia e democracia são antitéticas, se o principal ator da sociedade industrial é o especialista, torna-se dessa maneira impossível o protagonismo do cidadão comum (BOBBIO, 2010).

O último pilar e não menos importante, guarda relação com a representação, que foi a solução principal dada pelos regimes consolidados para o problema da

autorização. Para os pensadores liberais do pós-guerra, quanto menor a unidade democrática, maior o potencial para participação cidadã e menor a necessidade para os cidadãos delegarem as decisões de governo para seus representantes. Por outro lado, se a unidade for maior, também terá mais força a capacidade para tratar com questões cruciais para os cidadãos e maior a necessidade de os cidadãos delegarem decisões aos seus representantes (SANTOS; AVRITZER, 2005).

Novas democracias e a experiência dos países do Sul – Apesar da cristalização de um elitismo democrático com a marca maior da metrópole sobre a colônia desde a segunda metade do século XX, na virada do século uma nova onda democrática se forma a partir do Sul para pôr em xeque o formalismo quase estéril com que a democracia era apresentada até então para as sociedades não centrais. Outra concepção não hegemônica de democracia surgia, negando as racionalidades homogeneizadas da relação entre o Estado e a sociedade até então, reconhecendo nas pluralidades humanas nova proposta de ação democrática (BRICEÑO-LEON, 1998).

“Essa nova institucionalidade democrática é articulada entre a ênfase na criação de uma nova gramática social e cultural e o entendimento da necessidade de uma inovação social articulada com uma inovação institucional” (SANTOS, 2005, p. 183). A democracia sob esse novo ângulo ensejaria uma ruptura com tradições consolidadas e deveria propiciar iniciativas de instituições com novos regulamentos, determinações e leis. Esse é o desafio produzido pela nova gramática social, trocando a indeterminação oriunda da lógica finalística de quem ocupará o próximo cargo no poder. Para efetivar sua pluralidade, a democracia tem agora que contar com o consentimento desses novos atores em processos com novas racionalidades de discussão, legitimidade e deliberação.

Nesse contexto histórico, diversos movimentos sociais questionavam o padrão formalista de concepção de democracia e da absoluta inexistência de qualquer heterogeneidade cultural nos desenhos tradicionais de democracia. E talvez, em nenhum outro continente essa contestação tenha ganhado tamanho corpo como na América Latina, logo essa geografia tão refém dos modelos europeus pré-concebidos, amalgamados numa democracia liberal que era pré-condição inclusive para financiamentos internacionais na tentativa de entrar no jogo do comércio mundial. Foi

na América Latina que os movimentos sociais fizeram ouvir uma nova voz na canção da redemocratização (VASQUEZ et al., 2002). Cantavam denunciando relações de gênero, de raça, de etnia e o privatismo na apropriação dos recursos públicos, colocando na ordem do dia o problema da necessidade de uma nova relação entre Estado e sociedade, para fora dos moldes europeus².

Outra contestação da concepção formal e hegemônica de democracia na América Latina foi do condicionamento da racionalidade tecno-burocrática para o tratamento da complexa estrutura do Estado e sua conformação histórica, porém desfalcada de qualquer práxis contra hegemônica (LACLAU, 1987). A nova relação Estado-sociedade pela participação teria que redesenhar a equação da burocracia, porém, houve enormes dificuldades no avanço dessa nova prática cotidiana. Um elemento que corrobora essa análise é que grande parte dos avanços participativos nos países recém democratizados do continente tem seus êxitos atrelados a capacidade dos atores sociais transferirem práticas e informações do nível social para o nível da máquina administrativa do Estado.

A demolição derradeira do tripé da tradição hegemônica ocorreu em torno dos elementos da representatividade e da diversidade cultural e social. Grupos sociais historicamente mais vulneráveis, setores menos favorecidos e as etnias minoritárias não conseguem que os seus anseios sejam representados no sistema político na mesma proporção dos setores majoritários ou economicamente mais influentes. Outras novas formas de representatividade então foram propostas, outras articulações possíveis entre representação e participação aparentaram ser mais promissoras na defesa de interesses e identidades subalternos.

Poderíamos sintetizar que em sociedades capitalistas, com ênfase nos seus países centrais, a concepção hegemônica da relação Estado-sociedade civil cristalizada na democracia liberal, foi a forma de encontrar estabilidade na tensão controlada entre democracia e capitalismo. Estabilidade essa que se deu por duas vias, através da prioridade da acumulação de capital em detrimento da redistribuição

² Autores mais pessimistas, como Briceno-Leon, negam essa transformação do Estado no continente e apontam que, dependendo do contexto social, político e econômico, a apropriação da participação para legitimação do Estado é prática comum (BRICEÑO-LEON, 1998).

social da riqueza e pela limitação da participação, tanto individual quanto coletiva, coma finalidade de não “carregar” de sobremaneira o sistema que colocasse em risco a prioridade de acumulação sobre a redistribuição. Essa concepção de sobrecarga de demandas históricas dos setores excluídos da participação foi posta à prova e teve seu fracasso no Brasil e em boa parte da América Latina até poucos anos atrás.

4.2 Redemocratização e participação em saúde no Brasil

Diante do exposto, é possível afirmar que nos últimos quase quarenta anos, a complementação e alternativa às formas tradicionais de representação política tem se dado também por novos mecanismos institucionalizados de participação da população nas democracias liberais do continente. Para os negacionistas da participação enquanto fenômeno histórico, é bom lembrar que nesse ínterim até mesmo as agências internacionais vêm preconizando a participação comunitária, por exemplo, como condição para o desenvolvimento e consolidação dos sistemas de saúde, que é o nosso foco de estudo enquanto fenômeno de democracia (RIFKIN, 2014; MILTON, 2014).

Essas mesmas agências internacionais consideraram como estratégia principal para a transformação de um modelo oneroso e ineficiente ao Estado os cuidados primários em saúde, sendo uma das suas principais prescrições a participação da comunidade. Segundo Alma-Ata “os cuidados primários em saúde requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e, para esse fim desenvolvem através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades” (WHO, 1978).

A ideia de participação, tal qual o início de sua concepção pelos idealizadores dos cuidados primários em saúde era considerada vaga, com seu significado alternando conforme as idiosincrasias da organização social e política de cada país, ou a depender do posicionamento político-ideológico do ator político que abraçava a

ideia (CORTES, 2002). A ausência de uma sociedade civil organizada capaz de contrabalancear o poder político das elites econômicas com a burocracia se constituiu um dos maiores desafios para a efetiva participação da população nessa cronologia emancipatória da saúde. Nas periferias do sistema como o caso do Brasil, diversos interesses não alinhados como sindicatos, trabalhadores rurais, moradores urbanos pobres e minorias não organizadas seriam sistematicamente excluídas dos canais decisórios. O Estado adotava um *modus operandi* filtrando suas demandas através de relações pré-estabelecidas de funcionários públicos com líderes obsequiosos e clientes individuais (SCHIERHOLT, 2008).

Apesar dessa tendência, o contexto político da década de 1980 no Brasil se caracterizava pela efervescência dos movimentos sociais, com grande diversidade de setores da sociedade organizados ganhando espaço na arena pública. O movimento sindical paralisava fábricas importantes clamando por mais direitos, melhores salários, condições de trabalho e liberdade de organização. Depois de muito tempo calado pela ditadura, um movimento dos sem terras ainda embrionário oxigenava novamente o debate pelo direito a terra questionando os grandes latifúndios e o direito previdenciário dos trabalhadores rurais. Nas cidades e nas suas periferias, moradores associados se empenhavam em campanhas por mais e melhores serviços, além da ocupação de conjuntos residenciais vazios e prédios públicos exigindo reformas habitacionais. Outras novas organizações sociais eram criadas, de entidades ligadas a pauta da ecologia aos grupos feministas (COELHO, 2007; CARVALHO, 2013; PAIM, 2018).

O vértice legal e institucional dessa nova dinâmica ocorreu com a promulgação da Constituição de 1988, através da criação da possibilidade de mecanismos de envolvimento das classes populares na administração pública, tal qual o referendo, plebiscito e a iniciativa popular, estabelecendo espaços públicos institucionais para a participação, marcadamente tendo o setor saúde como vanguarda das políticas públicas nessa questão. A carta de 88 abriu perspectivas para apoiar ações no domínio social ou ações na esfera pública, que possam remeter a “questão social”, tanto por dar tratamento privilegiado aos direitos sociais que ela inscreve, quanto por oferecer instrumentos que possibilitam ao cidadão concretizar as exigências de um Estado de Justiça Social, fundado na dignidade humana, mediante um estado democrático (DALLARI et al., 1996).

Breve história dos espaços de participação na área da saúde no Brasil – Anteriormente à criação do SUS, a lógica do sistema de saúde brasileiro era fragmentada em duas estruturas, saúde previdenciária e saúde pública, dois sistemas paralelos carecendo de racionalidade de integração e reorientação do modelo. O sistema previdenciário realizava assistência ambulatorial e hospitalar, consumindo uma quantia absurdamente desproporcional dos recursos para uma área de alta concentração tecnológica, porém pouco resolutiva. Somente os trabalhadores formais com carteira assinada tinham acesso a esse subsistema (RIBEIRO, 1997; BAHIA, 2005; BUSS, 2005; RODRIGUES, 2014).

O Brasil respirava uma forte crise econômica, que adicionada ao custo cada vez maior para bancar o modelo previdenciário hospitalocêntrico e não universal, oxigenava cada vez mais as inquietações e indignações do novo movimento sanitário no debate político. A mudança sugerida implicava na transferência de poder político e de recursos fiscais e financeiros do subsetor previdenciário para o de saúde pública e da esfera federal para as administrações estaduais e municipais. Maior democratização do sistema, fortalecimento dos níveis locais de governo e até mesmo as linhas adotadas pelos organismos internacionais de fomento a atenção primária ajudaram na implementação de uma política e constituição de regramento legal com finalidades de universalização do acesso, integralidade da atenção e descentralização do sistema com capilaridade até os municípios. Para os que defendiam a redução do tamanho do Estado e da proporção de gastos com proteção social pública, o objetivo principal era o de corte de custos. Em contraste, aqueles que defendiam a democratização do acesso a serviços e a ampliação do controle estatal sobre os serviços financiados com recursos públicos, ressaltavam a importância de estimular a participação de usuários (CORTES, 2002; TEIXEIRA; SOLLA, 2005; COELHO, 2007; FLEURY, 2007).

Os reformadores do movimento sanitário julgavam uma questão de princípio que processos de gestão participativa e compartilhada fossem desenvolvidos no esteio da abertura democrática que acontecia. Nesse ínterim, grupos de interesses mobilizados em fóruns de participação puderam auxiliar para expansão de apoios políticos para o processo da reforma sanitária. (GERSHMANN, 1994; FALEIROS, 2006; PAIM, 2017). Essa dinâmica abriu as comissões interinstitucionais estaduais de saúde à participação, que agregaram mais apoio ao processo de democratização do

sistema (LEVCOVITZ, 2001). Esse processo reforçou o papel de representantes da sociedade civil nas comissões municipais e locais, também habilitou as comissões municipais a tomar parte nas decisões sobre serviços contratados, uma vez que houvesse ocorrido o processo de descentralização pela via dos municípios (RIBEIRO, 1997; CORTES, 2002; LIMA, 2005). Apesar desses avanços, Silva (2016) tece críticas ao movimento sanitário através da categoria de hegemonia de Gramsci, onde aponta que a tentativa de uma coalizão com setores do mercado marcaram uma espécie de pecado original do SUS, dando guarida para um crescimento dos investimentos privados em detrimento dos investimentos públicos em saúde, o que agrava ainda mais o subfinanciamento crônico do sistema de saúde. Esse é um traço que marcará ainda mais a discussão do trabalho e de como é histórica a resiliência e imbricamento do sistema público com o privado.

Esse debate oxigenado da reforma sanitária, aliado às organizações que representavam o interesse dos usuários teve muita influência na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.141, aprovadas pelo Congresso Nacional em 1990. A estratégia consistia na construção de um sistema universal e único de saúde, financiado com recursos da Seguridade Social criada pela Constituição, com repasses para os níveis estaduais e municipais. A lei incentivava dessa forma um protagonismo maior dos outros entes federados, principalmente das prefeituras para as ações de atenção básica. Essa responsabilização ainda dependia e depende de complexas negociações entre os municípios e estados, muitas vezes necessitando da intervenção federal para um entendimento. Esses impasses, na maioria das vezes, envolvem a responsabilização pelas ações de sanitárias e as contrapartidas no custeio das ações (RIBEIRO, 1997; LABRA; GIOVANELA, 2007; PASHE, 2007).

Essa é a rapsódia que compõe a tessitura dos embates, vitória e derrotas que compuseram a criação do Sistema Único de Saúde na virada para os anos 90. Sua engenharia institucional estaria atrelada às instancias colegiadas de participação e deliberação, que de maneira inédita trazia os usuários representados pela sociedade civil organizada para o centro do sistema. A partir do início dos anos 90 foram criados conselhos de saúde em todas as unidades da federação, em todos os níveis de gestão, totalizando mais de 5.600 conselhos de saúde no Brasil, se tornando referência para a participação nas outras políticas públicas (CARVALHO, 1997; ARETCHE, 2005; LABRA, 2005; PAIM, 2017).

4.3 O cenário atual do debate sobre participação (e seus novos desafios) em saúde no Brasil

Como apontado anteriormente, é possível afirmar que há carência de estudos na literatura internacional que evidenciem empiricamente os benefícios da participação em saúde para além da intencionalidade normativa (SERAPIONE, 2016, 2018). Apesar de o SUS ter avançado nos aspectos legais que resguardam o papel deliberativo dos conselhos de saúde, também há falta de evidências sobre o impacto real e a forma que as resolutivas dos conselhos têm alterado a burocracia estatal para além das tradicionais abordagens dos ciclos virtuosos da participação. Mas para além dessas evidências, mesmo que sobre a falta de evidências, outros aspectos das novas conformações do espaço público no Brasil também carecem de novas análises e discussão.

Podemos inferir através da literatura que a trajetória de aumento das estruturas formais de participação foi tortuosa, a exemplo de outras realidades internacionais apontadas na pesquisa, com complexa assimilação pela sociedade brasileira. A falta de autonomia desses espaços, nossa cultura centralizadora e autoritária das instituições, as rotinas burocráticas que afastam a população, dificuldade da vocalização dos usuários frente ao discurso técnico, qualificação deficitária dos conselheiros, desconexão dos representantes dos usuários da sua base, pouca visibilidade dos conselhos junto a população, entre outros, sempre estiveram presentes na imagem-objeto da atuação dos conselheiros de saúde, também verificadas no espaço privilegiado do Conselho Nacional de Saúde. Mas para além desses problemas crônicos, se agudizam no atual momento algumas novas questões que constroem ainda mais a participação na política nacional de saúde.

Muito provavelmente o novo elemento aqui seja o que podemos chamar de “contencioso democrático³” e a pergunta central em torno dele é até que ponto o

³ O termo é adotado de forma despretensiosa do direito e faz alusão a tudo o que possa ser objeto de contestação, disputa ou conflito de interesses. No nosso caso ajuda a problematizar os pesos e contrapesos que tem operado por dentro das instituições envolvidas na participação social nas políticas públicas no Brasil. Além disso, abre possibilidade de outra via

contexto de uma narrativa que evidencia uma ruptura ou abalo das instituições democráticas no Brasil tem seus reflexos no espaço da participação e na defesa do direito à saúde? Para auxiliar na resposta desta questão se faz necessário um breve retrospecto com relação à história brasileira recente e os rumos que nossa jovem democracia tem percorrido, principalmente a partir das marchas de 2013, até o desfecho atual e nosso horizonte cinza.

A dificuldade de um contexto – Contextualizar a situação da política e dos dilemas que se apresentam para nossa democracia não é tarefa fácil no Brasil. A primeira dificuldade é a eleição do lugar no tempo, a última é o próprio tempo que ainda não se revela suficiente para a depuração dos fatos. Mesmo assim há que se tentar, e a imagem escolhida e que propicia a abertura do diafragma para entender o momento vivido nos exige o regresso ao ano de 2013. Hannah Arendt afirma que para a história, é fundamental o exercício da identificação dos momentos de ruptura e geradores de novas ondas, segundo a autora “o pleno significado das relações cotidianas revela-se não na vida do dia a dia, mas em feitos raros, tal como a importância de um período histórico é percebida somente nos poucos eventos que o iluminam” (ARENDR, 2014, p. 283).

Em 2013, o espaço público no Brasil reassumiu e reconfigurou dilemas e encruzilhadas que guardam umbilical relação com o pós-político. Esse conceito é marcado pela falência de um centralismo das agendas entre esquerda e direita, bem como do quase aniquilamento do modelo adversarial pelo sistema de coalizão, que deu base ao modelo representativo liberal de democracia adotado no País a partir da promulgação da Constituinte em 1988. Este foi um ano (2013) também quase fatídico para o que restara dos setores mais progressistas no governo Dilma Rousseff, que se encontraram acuados no poder pela própria agenda de centro que tentara adotar, carente de bases conceituais e de uma práxis para processar essa reconfiguração da hegemonia do espaço público que começava a se cristalizar a partir das ruas.

Uma autora fundamental para a discussão dos riscos de uma agenda de coalizão de centro e suas consequências para a democracia nas sociedades ocidentais é Chantal Mouffe. Chantal em sua obra “Sobre o Político” (2015) traz de

de raciocínio que não permite desvincular democracia e direito a saúde, involucro esse que parece estar sendo rompido de forma mais abrupta nesse exato momento da história.

maneira contundente o papel do Político no contexto das sociedades pós-políticas (pós 1989), os grandes impasses para a democracia e seu exercício desejável. Para tanto, utiliza de uma estrutura conceitual sobre o papel do político e da política e suas principais intercorrências num contexto de adversidades locais até adversidades globais. Segundo ela, uma nova hegemonia praticada pela democracia liberal representativa inicia no ocidente, mais notadamente a partir das transformações no campo do político, oriundas da queda do muro de Berlim e do fim da bipolaridade da ideologia política mundial. Essa nova hegemonia foi central para a discussão das limitações do modelo racionalista democrático liberal, tendo como foco principal a consensualidade forjada a custo de um desenho adversarial do modelo democrático. Entende-se modelo adversarial como o reconhecimento das agendas políticas e ideológicas antagônicas, por essa razão que “o adversário” é uma categoria crucial para a política democrática. “O modelo adversarial tem de ser considerado constitutivo da democracia porque ele permite que a política democrática transforme antagonismo em agonismo. Em outras palavras, ele nos ajuda a imaginar como a dimensão do antagonismo pode ser domesticada, graças ao estabelecimento de instituição e de práticas pelas quais o antagonismo pode ser trabalhado de forma agonística” (MOUFFE, 2015, p. 115).

Definidos os contornos iniciais que emolduram a crítica à pós-política, algumas questões podem ser problematizadas: Vivemos no passado pós Constituição de 88 uma época da pós-política no Brasil? Em afirmativo, como reverbera seus reflexos? Essa lógica também deixou rastros no espaço institucional da participação em saúde no Brasil, mais notadamente em como o direito a saúde vem evoluindo nos últimos anos? Houve de fato alguma ruptura nova do princípio da Universalidade no período recente da história pós 2013, ou a introdução de mecanismos de mercado que o corroem o SUS já germinavam de forma pactuada com o consentimento do Conselho Nacional de Saúde? A resposta para essas perguntas pode evidenciar como o espaço do CNS tem sido poroso ou não aos dilemas que racharam a sociedade a partir desse momento de ruptura, se essa polarização disruptiva também se encontra para dentro da participação em saúde institucionalizada, e mais importante ainda, se a luta pelo direito a saúde dentro do CNS também traz traços da pós-política com algumas das

suas consequências.⁴

A moralização do espaço público – Em meio a essa nuvem de imagens um desenho se revela mais nítido aos olhos, a mensagem da política como atributo moral que impregnou o espaço público. Se em outros momentos da história brasileira valores da esfera privada como família, ordem, dignidade e Deus ocuparam a cena pública, talvez nunca tenha sido tão claramente possível o escrutínio dessa hipertrofia do privado sobre o público, do que atualmente no contexto da pós-política. O esvaziamento do modelo adversarial entre esquerda e direita discutido por Mouffe tem como consequência mais direta o surgimento da quimera do autoritarismo, sob o manto dos seus mais variados disfarces retóricos, incluso aqui até mesmo a pauta do retorno de um “regime de exceção”.

Ainda na obra “O declínio do homem público – as tiranias da intimidade”, Sennet (2014) trabalha a questão da fluidez que caracteriza a dinâmica do público e o privado e de como as mudanças entre as duas esferas configuraram ao longo do tempo o que hoje é conhecido como a tirania da intimidade, expressão essa que pode ser aplicada às várias espécies de catástrofes políticas. Para Sennett, “a intimidade é uma tirania...é o aparecimento de uma crença num padrão de verdade para se medir as complexidades da realidade social. É a maneira de enfrentar a sociedade em termos psicológicos. E, na medida em que essa tirania sedutora for bem-sucedida, a própria sociedade será deformada” (SENNETT, 2014, p. 323).

⁴ Sobre o “brasileiro partido ao meio”, o romancista Italo Calvino (1990) escreveu uma interessante alegoria que auxilia Mouffe no entendimento da necessidade de compreensão dos antagonismos na vida cotidiana em sua obra “O Visconde Partido ao Meio”, peça útil como metáfora da recente moralização do espaço público e político no Brasil. Através do realismo fantástico que lhe é característico, escreve uma fábula na qual o Visconde Medardo di Terralba é seccionado ao meio por um projétil de canhão na batalha dos cristãos contra os turcos, resultando do incidente duas metades incomunicáveis, a parte boa totalizadora das virtudes e qualidades, separada da parte dos vícios e desprovida de atributos morais (CALVINO, 1990). Nela o autor nos convida a refletir sobre os antagonismos da sociedade, bem como da necessidade de reconhecimento do outro para o exercício agonista do bem viver no espaço público. A tese, aliada ao raciocínio de Mouffe, é de que a partir de 2013 nos cindimos nas ruas pela falta de clareza e percepção cognitiva dos antagonismos a partir do ente político. Não tendo mais a clareza na identificação do outro, bem como da sua complementaridade simbólica para o exercício da democracia, começamos a nos identificar como inimigos, não mais como adversários políticos. O resultado não poderia ser mais corroborativo para a teoria do agonismo, é o próprio discurso do antipolítico do brasileiro partido ao meio.

É possível uma práxis radical da democracia no Brasil? Por uma clareza de agendas –Talvez tarefa mais difícil do que situar a sociedade em uma ruptura tão recente no lugar da história, seja o apontamento para a saída de determinadas crises, mesmo que de maneira não prescritiva. Ao analisarmos as convergências políticas e algumas de suas agendas tão congêneres nas democracias ocidentais, um caldo espesso e comum parece vir à tona, que respinga nas possíveis descrenças verificadas a partir das ruas e que contribuem para esvaziamento da participação política em todos os aspectos do exercício da democracia. O que caracteriza essa lógica do meio termo parece sempre ocorrer na interface entre Estado e Mercado, entre liberdade individual e justiça social, entre equidade e meritocracia, entre as velhas e as novas instituições. O resultado dessas interfaces tão “consensuais” também é a dificuldade de escolha de modelos tão semelhantes através do voto pelo cidadão, apenas a título de exemplo, talvez essa a expressão máxima da participação política numa democracia representativa.

Longe da tentativa de exaurir tantas variáveis, autores e referências que guardam relação com o desencantamento da democracia e o discurso da antipolítica quase hegemônico a partir do espaço público das ruas, um dos desafios atuais é a construção de um debate sobre essa área de sombra dos motivos que reconfiguraram as manifestações iniciais mais progressistas do ano de 2013, para o antagonismo político verificado a partir de então. A hipótese é de que sim, as conformações dadas pela política partidária de coalizão e do que podemos entender por pós-política tiveram maus desdobramentos no espaço público. Tiveram como consequência a ruptura e o seccionamento dos grupos populares que ocupavam as ruas. Inicialmente com demandas de políticas públicas mais efetivas, por um novo papel do Estado e por uma maior cidadania, essas marchas se radicalizam à direita, à exemplo do que pode ser verificado em sociedades ocidentais que vivenciaram esse modelo de centralismo democrático, sem agendas definidas entre os campos tradicionais da esquerda e direita, como verificado no Brasil.

Seria ingenuidade pensar as ruas de 2013 sem uma distinção dos aspectos presentes na sociedade civil do modelo adversarial, que entendemos como esquerda e direita, por mais difícil que seja esse exercício a partir de uma lógica de política partidária nacional (segundo dados do STE, no momento atual existem 35 partidos políticos registrados formalmente). O que agravou o antagonismo político das ruas,

sem espaço para uma construção agonista do exercício do mesmo político, foi a migração para o lado conservador calcado nos valores morais da parte “neutra” das manifestações (o “brasileiro médio”), com reflexos para toda a sociedade. O mais irônico é perceber que esta é a parcela talvez mais contemplada em termos de ideologia pela perspectiva de centralismo das agendas, foi exatamente a que pesou e ajudou a romper os fracos laços de tolerância que sempre caracterizaram a sociedade brasileira. Concordando ou não com o fio condutor permitido pela crítica da pós-política de Chantal Mouffe, seu lugar ou não na política nacional recente, é mister a análise das transformações na imbricação do espaço público e privado para entender o papel das manifestações de 2013 no atual cenário de crise democrática pelo qual o país passa.

O contexto da institucionalização da participação em saúde em momento de ruptura democrática – Em 11/04/2019, para “comemorar” cem dias de governo, a Presidência da República editou o decreto 9.759 que extinguiria e estabeleceria diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal (BRASIL, 2019). Na prática, o decreto presidencial eliminava centenas de espaços de participação, impossibilitando ou quase inviabilizando a atuação da sociedade civil na formulação e no controle das políticas públicas. No início, estava prevista a extinção de colegiados do ente federal inclusive criados em lei, como o caso do Conselho Nacional de Saúde (Lei 8.142), mas o decreto passou por judicialização e vários dos seus dispositivos foram revogados pelo Supremo Tribunal Federal (BOLLE, 2019).

É necessária ainda uma reflexão maior sobre as características discursivas que acompanham o Bolsonarismo enquanto fenômeno social e que trazem ameaças para as instituições democráticas, para além do histórico parlamentar carregado de falas e atitudes elogiosas para ditadores não só do Brasil, mas da América Latina e mundo afora. Porém já existem algumas análises iniciais, tanto das primeiras iniciativas que visam constranger as instâncias de participação à nível federal, quanto do próprio plano de governo apresentado em 2018 à guisa da campanha presidencial (BOLLE, 2019; GUIRADO, 2019).

Esse plano foi divulgado pelo Partido Social Liberal (PSL) do então candidato à presidência Jair Bolsonaro, documento esse intitulado “O caminho da prosperidade”, exclusivamente anunciado em formato de apresentação PowerPoint com 81 páginas

(BOULLE, 2019). Desse material é bastante difícil extrair as diretrizes da política de saúde do governo Bolsonaro, pois trata-se de um punhado de ideias soltas sobre reformas e focado principalmente na questão ideológica dos médicos cubanos. O plano para o setor saúde contém apenas quatro páginas, com enfoque no gasto per capita comparativo entre os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), diluindo o que é gasto público e privado, para sugerir que o Brasil tem recursos suficientes e que o problema do subfinanciamento crônico não existe, ao contrário da vasta literatura produzida no campo da economia da Saúde (PIOLLA et al., 2013; REIS et al., 2016; FUNCIA, 2019). É possível subtrair do subtexto do texto, que não há nenhuma preocupação com o direito a saúde dentro da lógica da Universalidade, muito pelo contrário. O plano é um somatório de mantras da ortodoxia econômica que resguardam ao mercado o lugar propício no novo governo para a realização do cuidado em saúde. É uma espécie de tiro de misericórdia da lógica trabalhada pela Reforma Sanitária desde a emblemática 8ª Conferência Nacional de Saúde, que tinha como lema “Saúde é Democracia”, e trouxe as bases para a criação do maior serviço público de saúde universal do planeta.

O episódio da extinção dos conselhos federais é apenas a cristalização de um fenômeno retórico de setores mais reacionários da sociedade que emergiram a partir das marchas de 2013. Os mesmos estão emblematizados em tal decreto, que percebe o espaço da participação como braço ideológico que manipula e engessa o executivo durante a sua atuação, a despeito de todo o teor que incentiva a participação dos cidadãos que está no próprio espírito do tempo da Constituição de 1988. Mas por detrás da máscara ideológica, o que perde corpo são as contra medidas que a participação dos setores da sociedade mais vulneráveis na lógica neoliberal poderiam impor a introdução de novos mecanismos de mercado, que entram na agenda da saúde mais fortemente a partir de 2014.

Casara (2017, 2018) trabalha o conceito de Estado Pós-democrático de Direito, ao afirmar que as separações entre os poderes não mais existe através da aproximação e diluição do poder econômico e poder político. Os poucos ganhos obtidos com a introdução de regimes democráticos na modernidade seriam pulverizados com uma nova espécie de absolutismo de mercado. No Brasil atual, por exemplo, a Lei de Responsabilidade Fiscal e a recente Emenda Constitucional – EC nº 95 são exemplos concretos do isolamento da esfera econômica de qualquer

influência do poder político (SOUTO et al., 2018). Sobre a saúde e ela como direito, vale pontuar que o direito à saúde de qualidade é assegurado na Constituição de 1988, mais precisamente nos arts. 6º (que o consagra como um dos direitos sociais fundamentais), 193 (que relaciona ordem social ao bem-estar e à justiça social) e 196 (que afirma ser um 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). A engrenagem que transforma o direito a saúde é a racionalidade neoliberal, que hoje condiciona o modo de ver e de atuar no mundo. Segundo Camara:

transformou o 'comum' em privado, o 'direito fundamental' (entendido como limite intransponível ao exercício do poder) em mercadoria, a vida e a dignidade da pessoa humana em objetos negociáveis. Da mesma maneira que o egoísmo foi transformado em virtude, a doença e a crise do sistema de saúde pública passaram a ser vistas como oportunidade para alguns poucos lucrarem e acumularem capital (CAMARA, 2018).

Dardot e Laval (2019) também apontam para o caráter plástico do neoliberalismo e em como ele se adequa às crises geradas por ele mesmo, utilizando-se da própria estrutura do Estado que tanto combate. Nesse sentido dialogam com Briceno-Leon (1998), sobre como a lógica da democracia e da participação podem corroborar o desmonte do Estado em consequência de uma agenda de mercado, com a anuência da própria sociedade representada. Seria um mero utilitarismo do Estado e da cidadania para o desmonte dos direitos sociais numa espécie de dissonância cognitiva. Essa reflexão tem de ser tratada com seriedade para análise de como o espaço do CNS pode ter sido permeável e poroso à nova agenda de austeridade que tem fragilizado o direito a saúde, tema que será detalhado de forma cronológica adiante.

4.4 A cronologia recente da entrada de mecanismos de mercado que atentam contra o direito à saúde

Adotando-se uma espécie de cronologia histórica, podemos caracterizar a entrada dos mecanismos de mercado na agenda recente da política de saúde da

seguinte maneira: O primeiro trata sobre a permissão da entrada de capital estrangeiro na saúde, prevista pela Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015. Tal medida traz “modificações nas relações entre o Estado e o capital que vão além do financiamento das políticas sociais e do SUS” (TEIXEIRA; PAIM, 2018, p.15). Ela derruba as barreiras constitucionais à participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas atividades de assistência à saúde. Os segundo e terceiro pontos examinam as implicações do crescimento do setor privado na saúde e a proposta de planos populares de saúde. Dados de faturamento, cobertura e novas formas de atuação do sistema complementar de saúde serão inseridos à retrospectiva, pois o capital financeiro já trata o setor saúde como um dos de maiores possibilidades de lucro e de resistência a efeitos de crises econômicas. O quarto ponto refere-se à questão das novas formas liberais de gestão inseridas no setor público de saúde. O reconhecimento da constitucionalidade das Organizações Sociais (OS) no Supremo Tribunal Federal (STF) abriu brechas para as parcerias público-privadas (PPP), a terceirização da gestão através de institutos e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), reguladas pela lei nº 9.790, de 23 março de 1999, no âmbito do SUS. Por fim, a argumentação é voltada à emenda constitucional do teto dos gastos, Emenda Constitucional (EC) 95, aprovada em 2016, que institui o Novo Regime Fiscal (NRF) e congela os gastos sociais por vinte anos. Esta medida de austeridade impacta diretamente no Sistema Único de Saúde, visto que acaba com a possibilidade de aumento no financiamento da saúde pública e direciona a seu desmonte.

Identificar as características e nuances do neoliberalismo através da austeridade na política pública do país é de fundamental importância por diversos motivos. Permite uma discussão sobre as contradições entre o público e o privado em um sistema de saúde em teoria universal e essencialmente público. A identificação dessas características permite uma maior possibilidade de comparações futuras com outros sistemas de saúde que também passaram pela introdução de mecanismos de mercado, marca maior da nova ortodoxia liberal que o país adotou. É essencial entender o atual contexto histórico do Sistema Único de Saúde e a cronicidade de seu subfinanciamento, por outro lado, a escassez de material sobre como funcionam os mecanismos neoliberais no Sistema de Saúde brasileiro, os impactos da transição de governo neste setor, por conta de um conturbado processo de impeachment, e as

recentes políticas descritas ao longo deste trabalho, sinalizam a necessidade de produção acadêmica sobre estas temáticas.

Entrada de capital estrangeiro na saúde – Os setores com potencial de lucro, como é o caso da saúde agora, terão a presença do capital estrangeiro, uma vez que é característica do modelo neoliberal a globalização financeira. Arouche (2018) cita a submissão completa dos países periféricos ao capital multinacional. A Lei 8.080 era clara quanto à vedação à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde. Os casos permitidos eram os de doações realizadas por organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas (ONU), de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos. No §1º do artigo, excetuava-se também os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos. (BRASIL, 1988).

O capital estrangeiro entrou na saúde ainda em 2001 através da Medida Provisória nº 2.177-44, que possibilitou a constituição ou participação no capital de pessoas jurídicas de direito privado que operam planos privados de assistência à saúde. Apesar do assentimento à exploração de planos privados, a participação do Capital estrangeiro nos casos de assistência à saúde continuou vedada, com as exceções previstas na Constituição Federal. Durante o governo da Presidenta Dilma Rousseff, foi sancionada a lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015, que dispõe em seu Capítulo XVII a permissão de abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços à saúde. Ela adicionou o artigo 53-A e trouxe nova redação ao artigo nº 23 da Lei 8.080, que passou a vigorar com as seguintes alterações:

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e

b) ações e pesquisas de planejamento familiar;

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e

IV - demais casos previstos em legislação específica.

Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros. (BRASIL, 2015).

A lei não possibilita o aumento do acesso aos serviços de saúde, porque, segundo Filippou (2015), o interesse volta-se às regiões Sul e Sudeste, as mais ricas e saturadas de profissionais e de oferta de serviços do País. A abertura à entrada de capital estrangeiro na assistência à saúde pode ser caracterizada como neoliberal por ter como intuito o aumento de competitividade e o aumento da financeirização do setor. O Estado aqui incentiva o avanço do mercado das operadoras de planos de saúde de duas formas: “beneficiando diretamente a rede privada hospitalar e de diagnóstico expandida com recursos externos e comprando estes mesmos serviços para atenuar a insuficiência da oferta da atenção de média complexidade no SUS” (SCHEFFER, 2015, p. 664). O escopo de lucro das empresas aumenta, pois há a possibilidade de apropriação do fundo público por parte deste capital, assim como acontece com as empresas nacionais que atuam na saúde suplementar. No contexto de implementação da Lei, várias decisões que favoreceram o capital privado foram tomadas, como descritas por Arouche (2018): “[...]a prorrogação de impostos patronais até isenções e desonerações de impostos para a construção civil e a aviação, além de permitir a entrada e participação do capital estrangeiro sem regulação própria na saúde.” (AROUCHE, 2018, p. 58). A falta de regulação própria vem da exclusão do parágrafo 1º do Artigo 23, que dispunha sobre a obrigatoriedade de autorização do órgão de direção nacional do SUS e ao controle das atividades desenvolvidas pelos organismos do Capital estrangeiro. A medida provisória que originou a alteração na Lei 8.080 não foi discutida, mesmo se tratando de uma vedação constitucional.

Em meio a uma série de orientações e inações que têm por resultado o desmonte do SUS, a ampla abertura do sistema de saúde ao capital estrangeiro foi uma medida tomada sem que suas reais motivações tenham sido anunciadas, e sem que suas consequências tenham sido discutidas abertamente pelo Congresso Nacional ou avaliadas pelos fóruns de participação social. (SCHEFFER, 2015, p. 664).

A negligência estatal na regulação destes serviços que serão oferecidos aos indivíduos pode ocasionar armadilhas contratuais e restrições de cobertura. Ao serem suprimidas as barreiras à entrada do capital estrangeiro na saúde brasileira, o dinheiro público pode garantir segurança às operações privadas, visto que o Estado funcionará como uma espécie de fiador para estas pessoas jurídicas de direito privado.

Sempre que prestadores privados têm garantida a venda de seus serviços por produção, sem compromisso com os resultados de saúde, os riscos de desperdício de recursos e explosão dos custos do sistema de saúde são enormes. (SCHEFFER, 2015, p. 664).

A conclusão não poderia ser mais óbvia, as companhias estrangeiras têm por objetivo aumentar os seus ganhos, portanto os cidadãos que recorrerem a elas serão tratados como clientes, de demandas individualizadas. Logo, elas não terão o objetivo de diminuir adoecimentos e tão pouco atuarão sobre os determinantes sociais de saúde.

Crescimento do setor privado na Atenção à Saúde – O modelo neoliberal tem como o pilar principal da saúde o setor privado. O desembolso direto ou através de planos de saúde é feito na maioria das vezes para monopólios que detêm a prestação dos serviços. Tais empresas têm como orientação a rentabilidade. Conforme exposto por Costa (2016, p. 166), “a existência de um mercado de serviços de saúde não regulado ou regulado de modo incompleto pelo governo favorece: (i) o desenvolvimento do segmento de seguro privado; e, (2) a transferência do ônus do financiamento das despesas com saúde para o desembolso direto das famílias.” Favorecer a expansão do setor privado em detrimento da expansão da saúde pública não irá garantir mais pessoas assistidas, pois a saúde será oferecida àqueles que possam pagar por ela. Tal fato, segundo Filippou (2016), é observado no interesse do mercado voltado às regiões Sul e Sudeste, mais ricas e saturadas de profissionais e ofertas de serviços. Contudo, o autor explica que a pouca capacidade do SUS faz com que este dependa dos prestadores privados nos setores secundários e terciários de oferta.

É preciso discutir as maneiras que o Estado favorece o setor suplementar. Uma delas é a partir da renúncia de arrecadação em impostos, quando concede isenções fiscais ao gasto particular de pessoas físicas e jurídicas. Conforme disposto por Ocké-Reis (2018, p. 2041), o montante do imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF) e ao Imposto de Renda da Pessoa Jurídica (IRPJ) renunciado não é controlado pelo Ministério da Saúde (MS). A renúncia fiscal é feita exclusivamente com base no gasto em saúde de contribuintes e empregados. De 2015 a 2018, o valor de benefícios tributários cresceu, aproximadamente, 21%. Saltou de 32,3 bilhões para 39 bilhões (BRASIL, 2018; OCKÉ-REIS, 2018). Outro ponto a ser destacado foi a pressão exercida pelas operadoras de planos de saúde para a aprovação da emenda sobre a anistia de multas aplicadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) às empresas de saúde suplementar na Medida Provisória (MP) 627/2013. Tal emenda chegou a ser aprovada pelo Senado, entretanto em 2014 a então Presidenta Dilma Rousseff a vetou, enquanto havia o movimento em prol da renúncia de dívidas da saúde suplementar. O lucro apresentado pelas empresas do setor pode ser explicado pelas dificuldades encontradas no acesso à saúde no setor público. Ao mesmo tempo em que há retração do gasto público, observa-se aumento do gasto privado das famílias com saúde. No período de 2010 a 2015, segundo dados citados por Santos e Vieira (2018, p. 2310), “a participação das três esferas de governo no financiamento da saúde reduziu de 46,9% para 45,1%, enquanto a participação das famílias e das instituições sem fins de lucro aumentou de 53,1% para 54,9%.”

Quadro 1 – Lucro líquido das Empresas listadas na BOVESPA - Categoria: Saúde / Serviços médico-hospitalares, análises e diagnósticos / Serviços médico-hospitalares, análises e diagnóstico – Comparativo dos anos de 2015 - 2018.

Empresa	Lucro Líquido 2015	Lucro líquido 2018	Crescimento Percentual (%)
Diagnósticos da América S.A. (DASA)	24 milhões	160 milhões	566,6 %
Fleury S.A.	107 milhões	314 milhões	193,4%

Instituto Hermes Pardini S.A.	84 milhões	131 milhões	55,9%
HAP Vida	311 milhões	788,3 milhões	153,47%
NotreDame Intermédica	58 milhões	334,1 milhões	476%
Odontoprev	221 milhões	291 milhões	31,7%
Qualicorp	240,8 milhões	397 milhões	64,8%

Elaborado por Barroso (2019). Fonte: Dados do histórico de cotações do Site Uol Economia.

A insuficiência de recursos voltados para o SUS leva a uma série de consequências que geram dificuldade de acesso aos serviços de saúde por parte dos cidadãos. Estas pessoas desassistidas são potenciais consumidores de serviços de saúde privada ditos inovadores. A proposta se baseia em conectar diretamente os clientes a médicos sem que uma operadora de plano de saúde seja intermediária. Ademais, o público visado é o de baixa renda, que não possui condições de pagar um plano de saúde convencional. Em um caso emblemático, uma das empresas responsáveis por esta inovação é a Dr. Consulta, descrita como “Rede popular de centros médicos”. Em entrevista para Wilner e Santos (2018), um de seus fundadores, Thomaz Srougi, define sua ideia como a “Terceira alternativa entre o duopólio Sistema Único de Saúde-plano de saúde”. A principal característica é o foco na atenção primária através da gestão de riscos, ou seja, a probabilidade de o paciente ficar doente. Para o cálculo são aplicados modelos de análise de dados descritivos e preditivos em inteligência artificial para avaliar o risco de saúde das pessoas que foram atendidas. A iniciativa é sustentada pelos preços acessíveis e a facilidade de acesso, uma vez que o agendamento pode ser feito por telefone, internet e pelo celular. Quanto à remuneração dos funcionários, esta é variável e tem como influência a qualidade do serviço, medida por avaliações dos usuários, a adesão a protocolos, produtividade e premiações aos melhores. Os médicos não são contratados, apenas prestam os seus serviços. As startups, segundo as entrevistadoras, receberam aportes de seis fundos

internacionais no valor de US\$ 95 milhões e apresentaram crescimento de aproximadamente 95% entre 2015 a 2018. Dados disponíveis no site da companhia mostram que em 2015 eram 23 clínicas em São Paulo, em 2018 eram 45, com atendimento de 56 especialidades e 2000 médicos cadastrados. A tendência é que a Dr. Consulta se expanda ainda mais, uma vez que o financiamento do sistema público de saúde não sofrerá aumento por conta da EC 95, e, conseqüentemente, mais pessoas serão obrigadas a procurarem alternativas privadas.

Planos populares de saúde – Com a justificativa de redução da pressão sobre o Sistema Único de Saúde, em 2016 é feito o anúncio da proposta de “Planos populares de saúde” pelo então Ministro da Saúde Ricardo Barros. Estes planos se caracterizam por oferecerem cobertura de menos procedimentos de saúde que os planos tradicionais e, conseqüentemente, são mais baratos. A proposta traz três tipos diferentes de planos:

Plano simplificado - Cobertura para atenção primária, conforme Rol da ANS, incluindo consultas nas especialidades previstas no Conselho Federal de Medicina – CFM e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade, resolvendo mais de 85% das necessidades de saúde. Nessa proposta, não há previsão para internação, terapias e exames de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência e hospital dia.

Plano ambulatorial + hospitalar - Cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade. O paciente passaria, obrigatoriamente, por uma prévia avaliação realizada por médico da família ou da atenção primária, escolhido pelo beneficiário.

Plano em regime misto de pagamento - Oferece serviço por intermédio de contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva, bem como, quando necessário, atendimento ambulatorial. Fica sob a responsabilidade do beneficiário o pagamento do procedimento, de acordo com valores previstos em contrato. Os modelos de pré e pós-pagamento serão acordados, assegurando o Rol de Procedimentos da ANS.

Em 4 de agosto de 2016, por meio da portaria nº 1.482 do Ministério da Saúde foi instituído o Grupo de Trabalho para discutir a viabilidade do projeto de Plano de

Saúde Acessível.

Art. 2º - Compete ao Grupo de Trabalho de que trata o art. 1º:

I - realizar estudos e elaborar documentos técnicos para a qualificação de Projeto de Plano de Saúde Acessível;

II - realizar estudos de impacto financeiro de implantação de Projeto de Plano de Saúde Acessível; e

III - apresentar proposta de Projeto de Plano de Saúde Acessível, considerando os resultados dos estudos e discussão realizados pelo Grupo de Trabalho. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p. 1).

O Ministério da Saúde (2016, p. 2) expôs motivações para a elaboração da proposta:

- a) O elevado índice de desemprego beirava 12 milhões em agosto de 2016. Como cerca de 80% dos vínculos ativos de planos de saúde se concentravam nos planos de saúde coletivos (por adesão ou empresarial), o mau desempenho do mercado de trabalho afetaria diretamente o mercado de saúde suplementar;
- b) A redução de beneficiários em planos médico-hospitalares;
- c) A redução de segurados eleva as despesas per capita das operadoras e impactam nos valores do produto, o que dificulta ainda mais o acesso da população à saúde suplementar;
- d) O intuito de ofertar planos mais acessíveis, com atendimento direcionado para as denominadas “reais necessidades” dos cidadãos brasileiros

As motivações deixam clara a intenção de favorecimento do serviço de saúde privado, uma vez que são descritas diversas vezes a necessidade de evitar diminuição do lucro do mercado de saúde suplementar. O número de beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial sofreu uma queda, de 2015 a março de 2016, de 49.441.541 foi para 48.824.150 usuários. Em contraponto, segundo dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), em 2016 a receita das operadoras de saúde cresceu 12% e o lucro líquido aumentou 66%. Isto pode ser explicado pelo repasse destas perdas para o consumidor. O reajuste dos planos foi superior à inflação, que fechou o ano de 2016 com alta de 6,29%. A manutenção dos ganhos das operadoras reflete que o setor saúde é lucrativo, mesmo quando o cenário econômico não seja

favorável a gastos adicionais pelas famílias brasileiras. Segundo dados obtidos na base de dados do Tribunal Superior Eleitoral, reunidos no site “Meu Congresso”, durante as eleições de 2014, operadoras de planos privados de saúde realizaram expressivas doações para os candidatos a cargos políticos. O maior doador individual da campanha eleitoral de Ricardo Barros, então Ministro da saúde do governo de Michel Temer, para deputado federal pelo Paraná em 2014, foi um dos principais operadores de planos de saúde do País, o empresário Elon Gomes de Almeida, presidente da administradora de benefícios de saúde Aliança. Na campanha eleitoral de 2006, o ministro também recebeu doação da operadora de saúde Unimed de Maringá. O lobby das empresas de saúde suplementar pode fazer com que as ações dos políticos sejam destinadas a valorização de seus interesses. Ignoram-se as reais necessidades em saúde da população brasileira, valoriza-se planos mais lucrativos aos detentores do capital e projetos com lacunas de tecnicidade são apresentados como medidas benéficas ao Sistema Único de Saúde.

Quadro 2 – Doações para campanhas eleitorais realizadas por empresas de saúde suplementar em 2014

EMPRESA	VALOR
AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	R\$ 21.191.225,00
BRADESCO SAÚDE S/A	R\$ 13.865.000,00
QUALICORP CORRETORA DE SEGUROS S.A.	R\$ 6.000.000,00
AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL S.A.	R\$ 5.136.286,22
IMPAR SERVIÇOS HOSPITALARES S.A.	R\$ 3.980.000,00

Elaborado por Barroso, 2019 com dados do Tribunal Superior Eleitoral compilados pelo Site Meu Congresso Nacional.

O projeto de planos acessíveis mostrou muitas fragilidades e as contribuições realizadas por grupo de trabalho para sua análise rejeitaram as propostas encaminhadas pelo Ministério da Saúde. Com base nas críticas feitas no documento proveniente do Grupo de Trabalho, com integrantes do Conselho Nacional de Saúde,

é possível perceber que o primeiro tipo de plano apresenta inconsistências quanto à cobertura mínima, uma vez que durante uma possível emergência o usuário não será amparado. Além do mais, oferecer apenas a atenção primária pode sobrecarregar o Sistema Único de Saúde, que terá de acolher estas pessoas com dependência dos serviços de atenção especializada, muito mais cara. Prevê-se a desassistência destes indivíduos, posto que os gastos em saúde pública estão congelados por vinte anos. O tipo “plano ambulatorial + hospitalar” transfere para uma auditoria médica a responsabilidade de encaminhamento para a rede especializada. É temerário destinar à auditoria a responsabilidade de lidar com cuidados em saúde, tendo em vista a preferência de aspectos financeiros por aquele setor. Para trazer solidez a este ponto, o usuário deveria ter como discordar do relatório da auditoria. O plano em regime misto de pagamento traz insegurança ao beneficiário, pois torna possível que ele arque com os riscos do plano, não a operadora. No geral, tais tipos promovem a fragmentação da assistência em saúde e contrapõem a ideia de promoção e prevenção em saúde, ou seja, ignoram a ideia de saúde de forma sistêmica. Ademais, a falta de gestão da assistência, a existência de sistemas fragmentados, informações assimétricas e desregulamentação elevam os gastos em saúde. O efeito rebote da medida será a dificuldade de acesso aos serviços e o incremento nos custos do setor suplementar de saúde, prejudicando ainda mais o SUS.

Novas formas de gestão: reinvenção do papel do Estado – As recentes “novas” formas de gestão são alternativas neoliberais para a reinvenção do papel do Estado em prol da participação privada em setores estratégicos. Ele “deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via de produção de bens e serviços para se fortalecer na função de promotor e regulador deste desenvolvimento” (MORAIS et al., 2018, p. 2). A explicação sobre a classificação das novas formas de gestão como neoliberal é exposta pelas autoras Maria Valéria Costa Correia e Viviane Medeiros dos Santos (2015, p. 38) “Os novos modelos de gestão estão alinhados às contrarreformas do Estado brasileiro em curso, no contexto de financeirização do capital e de crescente apropriação privada do fundo público. ”. Na área da saúde, a expressão das parcerias público-privadas aparece na figura das Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) e Institutos sociais sem fins lucrativos. A ênfase da discussão será dada às OSS por ser o modelo neoliberal de gestão mais consolidado na área.

A lei nº 9.637/1998 define Organizações Sociais como “pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde”. Tal dispositivo foi suscitado pela Reforma Gerencial, desencadeada no Brasil a partir de 1994. As OSS são apresentadas como entidades do “terceiro setor” (sociedade civil), contudo há divergências sobre isso, uma vez que dependem do governo para sua sobrevivência, financiamento e seus projetos são definidos através de políticas governamentais, o que significa falta de autonomia. Montaño (2001) contesta a declarada falta de fins lucrativos das entidades, utilizados, na visão do autor, para esconder interesses econômicos que se materializam através de isenções de impostos e outros subsídios estatais, assim como a possibilidade de remunerar com altos salários seus corpos diretivos.

Outra discussão que permeia as Organizações Sociais de Saúde é se elas constituem um processo gradual de privatização do SUS. Correia e Santos definem privatização como:

[...] quando o Estado abdica de ser o próprio agente econômico produtivo e empresarial, através da venda das estatais, e quando ele abdica de ser o executor direto de serviços públicos através do incentivo ao setor privado como fornecedor destes serviços, mediante repasse de recursos públicos ou isenção de impostos. (CORREIA; SANTOS, 2015, p. 33).

Morais et al. (2018) complementam o conceito quando caracterizam o processo na saúde a partir do estímulo do Estado para a formação de um mercado interno na saúde, ampliando as modalidades de transferência do fundo público para o setor privado e garantindo os instrumentos legais para a operacionalização do novo modelo.

Os aspectos atrativos das OSs se referem a menor burocracia de fazer contratos de serviço e atuação do que as entidades estatais de direito público. De 2015 a 2018, em São Paulo, eram 30 OSs qualificadas, segundo dados do Portal da transparência do Estado. A taxa de crescimento, em relação a 2015, ficou em 4%, com exceção de 2018, em que nenhuma entidade a mais realizou contrato com o Estado. Já o Rio de Janeiro, segundo dados do Portal de Transparência do Estado, até 2018, possuía 22 OSs qualificadas, sendo que 1 operava nos dois estados, a “Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, Programa de Atenção básica e Saúde da família - SPDM”.

Por serem entidades de direito privado, a contratação de funcionários, no geral, se dará através de contratos de trabalho regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Dessa maneira, não exigem a realização de concurso público. Este é um dos fatos que os defensores dos novos modelos de gestão citam, visto que desburocratiza o recrutamento de funcionários. Instituição de OS abre precedentes para a flexibilização de vínculos. Correia e Santos (2015) apontam que a instituição de OS abre precedentes para a flexibilização de vínculos trabalhistas e, conseqüentemente, para a precarização do trabalho, além da perda de direitos. Tal situação fragiliza mais a situação dos empregados ao se considerar a aprovação em 2017 da Lei das Terceirizações – Lei nº 13.429 – (BRASIL, 2017), que permite às entidades contratar os trabalhadores responsáveis por atividades fim através de terceirizações. Pesquisas sobre a terceirização apontam que empregados contratados por esse regime ganham em média 30% menos, trabalham 3 horas a mais e têm sindicatos mais frágeis, o que permite ampliação da rotatividade, aprofundamento da exploração e redução da autonomia (CISLAGHI, 2015, p. 22). Na saúde isso pode representar maior rotatividade de profissionais, sobrecarga de trabalho e, assim, maior suscetibilidade a ocorrência de eventos adversos durante a assistência. Outra perspectiva a ser analisada em relação ao processo de trabalho é a aplicação de metas de desempenho aos serviços de saúde, o que pressupõe recompensas, incentivos e punições. Para Mannion e Braithwaite (2011 apud BALLAROTTI et al., 2018),

a subsistência dos gestores e profissionais de saúde pode depender crucialmente de medidas relatadas, levando ao potencial de atenção excessiva ao desempenho relatado (em oposição ao resultado do paciente) e falsas declarações. (MANNION; BRAITHWAITE, 2011, apud BALLAROTTI et al, 2018, p. 5).

Entende-se que as Organizações Sociais refletem outra entrada de mecanismo de mercado, com a ideologia neoliberal de eficiência do privado em relação ao público. Contudo, tal afirmação ignora a constatação de dependência da estrutura do Estado feita por Morais et al. (2018, p. 11) “carecem de expressivas e permanentes transferências do fundo público para seu financiamento, expansão e consolidação.” Os subsídios das OSs para o setor privado (aqui, ignora-se uma das possíveis interpretações da Organização como de natureza privada), de acordo com Celuppi et

al. (2019), são vistos em contratos com fornecedores, por exemplo e empresas e grupos empresariais de diagnóstico.

Emenda Constitucional 95 – A emenda constitucional (EC) 95 foi a marca maior do governo de Michel Temer. Teve promulgação em 2016, pouco tempo após o Vice-Presidente assumir o cargo de Presidente da República após o impeachment. Ela altera a Constituição Federal de 1988, instituindo o Novo regime fiscal (NRF). Trata-se da limitação dos gastos públicos por vinte anos, ou seja, a despesa primária total não poderá ter crescimento real a partir de 2017, primeiro ano de vigência da EC. Dessa forma, as despesas da União e os investimentos públicos serão limitados aos mesmos valores do ano anterior, com correção pela inflação, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Será considerado o valor inflacionário para o cálculo dos gastos aquele acumulado em 12 meses, até junho do ano anterior. A Emenda demonstra a diminuição da participação do Estado nas políticas públicas, incluindo as ações e serviços públicos de saúde (ASPS), que também sofrerão congelamento de gastos da mesma maneira que as despesas primárias. Sobre o piso definido na Constituição Federal para a área da saúde, a mudança estava prevista para ocorrer a partir de 2017, conforme descrito no Art. 110 da EC:

Art. 110. Na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão:

I - no exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do caput do art. 212, da Constituição Federal; e

II - nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. (BRASIL, 2016)

Portanto, a partir de 2017, a aplicação mínima é calculada pela correção do limite mínimo do ano anterior, reajustado pelo IPCA do exercício antecedente (BRASIL, 2016). Tal regra decorre de uma alteração realizada ainda quando a EC era o Projeto de Emenda Constitucional (PEC) 241, na Câmara dos Deputados. A modificação na PEC é consequência da regra vigente de aplicação mínima em ASPS, naquele momento ditada pela EC 86/2015. Segundo Vieira e Benevides (2016), ela estabelecia o percentual de 15,2% da receita corrente líquida (RCL) para o ano de

2016. Contudo, por conta da diminuição de atividade econômica no ano, o valor previsto para a saúde foi menor que o empenhado em 2015, último ano vigente da EC 29/2000. Então, o congelamento da aplicação mínima em saúde teve como referência o orçamento de 2018 e como base a RCL de 2017, visto que era esperado o crescimento na economia, após os dois anos anteriores de recessão econômica. Segundo o texto *Austeridade e Retrocesso* (2018), a partir de 2018, a nova regra de cálculo desvincula o piso tanto da variação nominal do PIB (EC 29/2000) e da RCL (EC 86/2015). A redução do gasto público será relativa ao PIB e per capita, visto que haverá crescimento da população ao longo dos anos, segundo dados da *Projeção da população do Brasil*, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2018). Em 2036, fim da vigência do NRF, a população total do país contará com 229.847.832, aproximadamente, com crescimento de 10,74% quando comparado com 2016 (205.156.587).

O discurso favorável para a aprovação da implícita contrarreforma do Estado brasileiro é pautado na austeridade como via de impulsão econômica. O documento “Uma ponte para o futuro” (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015, p. 5), que dava o tom da política do Governo Temer, deixava clara esta justificativa: “Sem um ajuste de caráter permanente que sinalize um equilíbrio duradouro das contas públicas, a economia não vai retomar seu crescimento e a crise deve se agravar ainda mais.”. Tais diretrizes deixavam explícita a intenção da desvinculação constitucional dos gastos com saúde e educação. Culpava-se o Estado de bem-estar social, representado em parte por estas garantias constitucionais, pela estagnação econômica do Brasil. Outro aspecto abordado para validar o congelamento dos gastos públicos era a necessidade de se economizar para o pagamento da dívida pública a fim de gerar superávit primário. Entretanto, há que se dizer que o Brasil, segundo Mustafa (2018), obteve déficit primário somente nos dois últimos anos da última década. O documento *Austeridade e Retrocesso* (2018) dispõe que o teto imposto às contas públicas não alcança os montantes destinados à dívida pública. Tal fato ignora que a obsessão em liquidá-la pode gerar ainda mais endividamento em ciclos de desaceleração cíclica das receitas tributárias e ter efeito contrário à quitação. A diminuição dos gastos sociais exclui a dinâmica do potencial efeito multiplicador destes na economia do país, isto é, a capacidade de promover o crescimento e propagá-lo através de melhores resultados fiscais. Nesse sentido, é melhor aumentar

o déficit público para evitar uma recessão do que experimentá-lo por causa de uma.

Vieira (2016) expõe que as medidas de austeridade fiscal, que estabelecem a redução do gasto com programas de proteção social, tendem a agravar os efeitos da crise sobre a situação de saúde, em particular, e as condições sociais, de forma mais geral. Sobre o SUS, o Novo regime fiscal não só o mantém subfinanciado, como tornará seus recursos decrescentes com o tempo. Os autores Vieira e Benevides (2016) demonstraram que sob as novas regras da EC 95, a participação do gasto federal com saúde no PIB cairá de forma inversamente proporcional ao crescimento dele. No cenário de taxas de crescimento do PIB de 2,0% ao ano, o valor da aplicação mínima se reduzirá gradualmente, alcançando 1,47% em 2026 e 1,20% do PIB em 2036. No cenário considerado, com taxas de crescimento do PIB de 2,0% ao ano, a perda de recursos para financiamento das ações de saúde com a EC 95 ficou estimada em R\$ 415 bilhões em 20 anos, quando se comparam com os recursos que seriam alocados pelo governo federal a partir da aplicação da regra EC 86, sendo R\$ 69 bilhões nos primeiros 10 anos e R\$ 347 bilhões nos 10 anos seguintes, entre 2027 e 2036.

A medida traz incoerências técnicas. Conforme descrito por Vieira e Benevides (2016), ela não considera que a inflação dos serviços de saúde pode ser maior que a geral, logo a atualização monetária pelo IPCA não seria adequada. Impor um teto à saúde com base no valor de um ano é tomar como verdade a manutenção dos fatores de adoecimento da população durante os 20 anos seguintes à aprovação da proposta. São ignorados aspectos relevantes de mudança no perfil da sociedade brasileira. Projeções do IBGE mostram o crescimento populacional e da duplicação do percentual de idosos, em 2016, 8,6% da população era idosa, em 2036 este valor chegará a 15,89%.

Em um cenário base de despesas feito pela Secretaria do Tesouro Nacional (2018), que considera evolução dos custos de oferta dos serviços de saúde, o crescimento populacional e a mudança da estrutura etária da população, as projeções indicam crescimento real de 25,9% (cerca de 2,6% ao ano) na demanda por despesas primárias em saúde nos próximos 10 anos. O crescimento superior à inflação resultaria incompatível com teto de gastos, de modo a pressioná-lo, em que a despesa primária da União na área de saúde, que em 2017 atingiu 8,7% do teto, passaria, em

2027, a representar 11,5%.

Ademais, as novas formas de trabalho, em que os indivíduos aumentam suas jornadas através de empregos informais em serviços de transporte e de entrega por exemplo, podem contribuir com o aumento dos acidentes de carro e motocicleta (BARROSO, 2019). O incremento nas taxas de transtornos mentais, a geração de crianças com microcefalia, consequente da epidemia de Zika vírus, as novas medidas sanitárias e clínicas relacionadas ao Corona vírus, a procura por tratamento de cânceres entre outros, elevarão a demanda do Serviço público de saúde e a importância da destinação de mais recursos ao setor. As ações de promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde serão atingidas, pois Estados e municípios não conseguirão absorver o impacto da perda de repasses federais. Dessa forma, é possível prever impactos negativos para a Atenção primária. Isto não é vantajoso, tendo em vista a economia que os serviços preventivos geram por evitar agravos. A judicialização do direito à saúde é uma das consequências da diminuição do acesso à saúde pública. Na nota técnica nº 28 produzida por Vieira e Benevides (2016), eles trazem o parágrafo e reação deste aspecto gerado pela emenda:

Com o estrangulamento da oferta de bens e serviços no SUS, é muito provável que as pessoas tentem garantir o acesso por meio da justiça, o que contribuiria para um desequilíbrio ainda maior na distribuição da oferta de bens e serviços entre os grupos sociais, em desfavor da parcela mais vulnerável da população. (VIEIRA; BENEVIDES, 2016, p. 15).

É possível afirmar que esta medida de austeridade acabou com as possibilidades de crescimento real do gasto público com políticas de saúde e a efetivação deste direito no Brasil sofrerá dificuldades. A Emenda constitucional 95 representa ameaça ao Estado de bem-estar social preconizado pela Constituição Federal, uma vez que, implicitamente reforma o Estado e precariza a oferta de serviços públicos. Para Mendes (2016), ela impõe à saúde pública sua desestruturação e privatização crescente. Por conta da desigualdade brasileira, pode-se esperar efeito negativo da redução do financiamento público sobre a população mais pobre, que tem menos recursos para requerer, ainda que, de acordo com Vieira e Benevides (2016), judicialmente o acesso a bens e serviços de saúde.

Diante da cronologia exposta, é possível afirmar na lógica defendida por

Chantal Mouffe (2015) que também parece termos adotado uma agenda de centro como o motor e lógica do Sistema Único de Saúde, pelo menos no nível federal. Diferentemente de boa parte da corrente do movimento sanitário que vê no impedimento da presidente Dilma Roussef uma simples artimanha para a privatização do sistema, os mecanismos de mercado já estavam fortemente caracterizados nos governos que o antecederam, o que não significa que não aceleraram as reformas que subtraem recursos da saúde pública para destinação desses ao setor privado. Mas também é fato que o centralismo dessa agenda, que teve respaldo do CNS em certa medida das muitas ações propostas pelo governo federal ao longo dos últimos anos, se cristalizou como característica da reforma sanitária brasileira.

4.5 Neoliberalismo e necropolítica na política nacional de saúde

O Estado brasileiro transforma desigualdade em iniquidades! Apesar de não ser uma frase do pensador e intelectual Achille Mbembe, poderia resumir algumas linhas principais do pensamento da Necropolítica (MBEMBE, 2013) aplicado a essa transição da saúde como direito, para uma balizada pelo viés do mercado. Pois é justamente nessa agenda neoliberal com a introdução de novos mecanismos de mercado que existe a possibilidade de diálogo com o conceito de Necropolítica. Apesar de autores consagrados como Foucault (1995) com a anátomo-política dos corpos e biopolítica da população e Agamben (2002) com a noção de vida nua e soberania, já terem trabalhado com o que se entende por “tanatopolítica”, foi Mbembe que melhor aprofundou esse conceito. Ele é discutido a luz da política da morte vivenciada pelas sociedades periféricas, sujeitas as macroestruturas de um capitalismo trans colonial e de como o poder político se apropria da morte como objeto de gestão, dentro de uma nova legalidade institucional (SATAFLE, 2020; HILÁRIO, 2016; LIMA, 2018). “Em sua reflexão quanto ao lugar da vida, da morte e dos corpos humanos nos regimes de poder contemporâneos, o autor desloca a proposta foucaultiana partindo da análise dos cenários coloniais e neocoloniais e introduz a ideia de necropolítica” (AGOSTINI; CASTRO, 2019). Através da necropolítica Mbembe faz uma travessia do terror de Estado e o biopoder analisando a escravidão como uma das primeiras manifestações de biopolítica, e como seu legado ainda articula novas engrenagens de segmentação, exclusão e coisificação do outro num

amalgama que legitima eticamente a morte entre os grupos populacionais mais vulneráveis.

Valverde (2015) discute ainda como a agenda neoliberal traz em si as estruturas da política de morte. O autor analisa que os extratos das classes dirigentes não têm mais no aparato policial o único apelo para gestão e eliminação dos indesejáveis que não interessam ao sistema. Aqui esse “deixar morrer silencioso” (VALVERDE, 2015), segundo palavras do próprio autor, vem a partir de uma agenda radical de austeridade e exclusão. Essa agenda extremamente cruel é especialmente tirana com quem já vive às margens do sistema, onde vulnerabilidade, precariedade e morte sempre fizeram parte da paisagem cotidiana.

Apesar do conceito de necropolítica ser inicialmente utilizado como baliza para a discussão das políticas de segurança pública, também é possível sua extrapolação para outros campos (BOTELHO; LIRA, 2020; ANDRES, 2020; FERRARI et al., 2020; GONÇALVES et al., 2020; FERREIRA, 2020; SANTOS et al., 2020; COSTA et al., 2020; VAZQUEZ et al., 2019; MARQUES et al., 2019; JUNIOR, 2019; HOSHINO et al., 2019; ESTEVEZ, 2018; MONARREZ, 2017; VALVERDE, 2017). Reformas da aposentadoria e trabalhista com a retirada de direitos sociais conquistados, nova política ambiental com foco na disseminação de garimpos e desmatamentos, expansão e incentivo da posse de armas pela população, recusa e negacionismo da herança escravocrata e do racismo institucional, encarceramento em massa da população negra, privatização do Sistema Único de Saúde, mudanças restritivas nas políticas afirmativas e de cotas, desprezo e ataque às garantias fundamentais dos direitos humanos, exaltação da imagem histórica de ditadores e torturadores, discurso e adoção de lógica negacionista como o da antivacina, desmantelamento e elitização da política cultural, ataque aos direitos reprodutivos e ao direito à saúde das mulheres, etc.,... o carimbo da morte está presente em todas elas!

O foco aqui é o campo da saúde diante do neoliberalismo e o possível diálogo com a Necropolítica. O SUS e outras políticas relacionadas ao estado de bem-estar social, políticas de redistribuição de renda e mecanismos de garantia de equidade e representatividade, podem ser consideradas como mecanismos de contingenciamento das operações de necropolítica (FLEURY; OUVENEY, 2008). Por isso alguns autores e trabalhos citados consideram que o recrudescimento dos

ataques neoliberais para dentro do nosso sistema de Seguridade Social por exemplo, configuram a necropolítica como passagem do campo da inspiração, para o corpo teórico central da máquina de guerra estatal. Além dos cinco dispositivos da entrada de mecanismos de mercado listados anteriormente e sua cronologia, outras ações mais pontuais e específicas relacionadas a mudanças na política nacional de saúde também revelam a imbricação entre o neoliberalismo, a necropolítica e suas consequências.

Agostini e Castro (2019) analisaram o impacto da lógica neoliberal em três campos da saúde: atenção primária, saúde mental e HIV/Aids. As equipes de saúde da família, por exemplo, que tiveram impacto na redução de internações de causas evitáveis no período de 2001-2016, passando de 120 para 66 por 10 mil habitantes, sofrerão graves perdas relacionadas ao contingenciamento financeiro e a nova lei do teto de gastos (PINTO; GIOVANELLA, 2018). A projeção é de que a taxa de mortalidade prematura, aquela que acontece antes dos 7 anos, pode aumentar até 8,6% até 2030, o que significa quase 50 mil mortes que poderiam ser evitadas. O número, como apontam os pesquisadores, provavelmente está subestimado já que óbitos não são classificados como sensíveis à Atenção Primária em Saúde, mas sobre os quais equipes de saúde da família teria alguma incidência. Em outro trabalho, pesquisadores afirmam que a manutenção dos níveis de financiamento tais como estão hoje, salvaria a vida de aproximadamente 20.000 crianças até cinco anos e a internação de mais de 120.000 delas, se compararmos com a nova estrutura de gastos do governo federal (RASSAELA et al., 2018).

Sobre a saúde mental, é particularmente notório como a “nova política” já nasce velha e dialogando com a institucionalização do usuário, uso de eletrochoques no SUS e algumas intenções de internação de crianças em hospitais psiquiátricos como exemplo. Especificamente no caso dos problemas causados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, a “nova política” define a abstinência como única estratégia e institui o financiamento público massivo para comunidades terapêuticas, privilegiando o isolamento e outros tipos de assédios, inclusive os de ordem moral e religiosa. Segundo levantamento realizado pelo jornal Folha de São Paulo, o repasse a empresas privadas que realizam internações de dependentes químicos passou de R\$ 153 milhões em 2019, para R\$ 300 milhões em 2010, sendo que 74% das comunidades terapêuticas que recebem recursos federais são de matriz religiosa

(Folha de São Paulo, 2010). Verifica-se, pois, uma vitória do mercado de interações com a negação dos usuários como sujeitos de direito e a 'permissão' estatal para sua institucionalização compulsória e à revelia do seu desejo (AGOSTINI; CASTRO, 2019).

Sobre o Programa Nacional de DST/Aids, exemplo de êxito reconhecido mundialmente, ele passa por retrocessos devido à outras camadas morais, mas que se relacionam também com o neoliberalismo e a necropolítica. Categorias reconhecidas e que são implicadas no êxito da estratégia de prevenção importantes à garantia dos direitos e a promoção da saúde das populações mais vulneráveis como gênero, diversidade sexual, direitos sexuais reprodutivos e redução de danos vêm sendo largamente questionadas. Tendo como ponto de partida uma outra racionalidade não científica que apela para valores religiosos e morais, prioriza-se no debate o foro íntimo das famílias, retirando do âmbito de garantia de direitos pelo Estado e proteção da vida a sua lógica. O desaparecimento do programa brasileiro de HIV/Aids da estrutura formal do Ministério da Saúde não é apenas um sinal de alerta, mas já aponta para uma ruptura com a garantia de uma lógica de educação, prevenção e acesso à medicação antirretroviral. É com esse mecanismo que a responsabilidade passa do eixo do direito social e da obrigação do Estado, para o fórum íntimo das famílias e do comportamento individual.

Diante do exposto, é sim possível a abertura de um diálogo e intersecções francas entre os dispositivos da necropolítica, mais notadamente a incursão ontológica pela invisibilidade dos corpos, exclusões e perenidades sociais com reverberação biológica, ausência subjetiva e substantiva do lugar de fala, supressão do outro na condição de minoria, etc., e uma nova racionalidade proposta para dentro do campo da saúde. À guisa desse pot-pourri de maldades, resta saber como o Conselho Nacional de Saúde, para além das balizas dos seus intrincados mecanismos de democracia interna, tem se confrontado com esses embates em um cotidiano disperso de conceitos de significados de democracia, mas que também na ausência deles, se debruça nessa arena de poder em busca de reconhecimento, e principalmente, também a rechaça dessa nova lógica de necrogovernança.

4.6 A participação e o Conselho Nacional de Saúde no atual momento de defesa do direito à saúde

Diante do exposto, da trágica introdução de mecanismos de mercado com a fragilização do direito à saúde numa lógica de bem-estar social, uma pergunta surge com muita ênfase: quais são os movimentos de contrarreforma e como o Conselho Nacional de Saúde tem se colocado diante de tal momento histórico do Sistema Único de Saúde? Quando falamos em institucionalização da participação em saúde, do controle social na ótica do SUS, nos referimos como citado anteriormente à lei 8142, cristalização máxima da participação de saúde no Brasil. Já que são atributos inalienáveis do Conselho Nacional de Saúde, a fiscalização e principalmente a formulação de políticas de saúde, a dinâmica de como esse espaço tem sido permeável ou não ao debate sobre as formas de entrada de mecanismos de mercado carece de estudos mais profundos. Devido ao recorte temporal recente, ainda há pouquíssima literatura produzida sobre como esse movimento tem se dado para dentro do Conselho Nacional de Saúde, o que justifica a pertinência desse olhar focado em espaço tão estratégico para o fortalecimento do SUS. Além dos próprios desafios apontados anteriormente para a boa atuação e funcionamento dos conselhos de saúde, esse é um momento delicado de fragilidade das instituições democráticas, aqui caracterizado como de ruptura democrática, que imprime à lógica dos conselhos de saúde desafios ainda maiores e que ainda não passaram pelo escrutínio da reflexão acadêmica.

Bem para além do exposto, por exemplo, o Conselho Nacional de Saúde tem empenhado enorme esforço no enfrentamento das notícias falsas (fake News), que incidem na política nacional de saúde, tanto pelo aspecto da desinformação da população, quanto pelo aspecto de desinformação dos diversos outros setores da sociedade em geral. Questões como o movimento antivacina que se avizinha no horizonte com muita força em época de terrível pandemia onde cerca de 700.000 (até o momento) vidas foram ceifadas, recrudescem ainda mais os desafios desse espaço. No momento dessa escrita, muito recentemente, o Conselho Nacional de Saúde teve

que se colocar de maneira muito enérgica contra o decreto do executivo federal (O GLOBO, 2020) que intencionava a realização de estudos de novas parcerias públicos privadas, outra característica de mecanismo de mercado, para dentro da lógica da atenção primária a pretexto de reforma das unidades básicas de saúde. Esse movimento do governo Jair Bolsonaro, bem como inúmeros outros, traz elementos gritantes que corroboram a preocupação da tese no diálogo entre participação democrática na saúde e neoliberalismo. Há indícios que seu governo avançou ainda mais na tomada de decisões autoritárias a despeito de todo um conjunto de estruturas que deveriam privilegiar a lógica de ações pactuadas entre os diversos setores que compõem a heterogeneidade do pensamento em saúde, e nesse sentido o atual governo Bolsonaro foi além.

Não só o Conselho Nacional de Saúde, mas todos os segmentos que o compõem, o que podemos chamar de “forças vivas do SUS”, foram suprimidos sistematicamente de decisões com enorme impacto na estrutura e lógica de funcionamento do sistema único de saúde. O próprio Ministério da saúde também foi excluído de inúmeras decisões que tem partido da luz tirânica que emana solitária do farol do Ministério da Economia. Essas decisões têm sido tomadas, como dito anteriormente, de forma absurda e absolutamente tecnocrática, vinculadas a uma estrutura de pensamento que se situa na interface próxima à necropolítica. Essas decisões dão mais contorno a discussão apresentada anteriormente, urgindo a necessidade não só de uma maior análise, mas de dispositivos mais eficazes de enfrentamento da sanha neoliberal do governo Bolsonaro. Apesar das críticas e dos intensos debates que marcaram a última conferência nacional de saúde sobre o desfinanciamento em saúde por exemplo, pouco se sabe ou foi produzido em termos de estudos sobre quais mecanismos e de que maneira o conselho nacional de saúde tem tentado minimizar o assédio do setor privado sobre o sistema único de saúde. Nesse sentido, e como afirma Rizzoto (2018), é urgente “retomar as ideias e bandeiras originais do movimento da reforma sanitária que articulava direito à saúde com democracia e a luta pela redução das desigualdades nacionais, na atual conjuntura, parece mais do que oportuno e mais do que necessário. Tanto os direitos sociais como as democracias estão em recuo neste início de século, não só no Brasil, mas em vários países do mundo”.

5 RESULTADOS

5.1 O campo e algumas considerações sobre a pesquisa

Antes de qualquer resultado relacionada ao campo, algumas aproximações se fazem necessárias, porque podem também ser, *per si*, consideradas dados a priori. Não foi fácil a entrada no espaço do conselho, não foi fácil o encontro dos nomes mais apropriados, como também não foi fácil a chegada a esses nomes. Também não foi mais fácil a realização das entrevistas à guisa de um mundo virtual pandêmico onde uma aproximação mais adequada, mais acolhedora e afetuosa, necessárias para uma boa conversa não se fazerem presentes. Pelas vias "formais", digamos assim, podemos inferir que o mecanismo de burocracia e controle parece trazer uma espécie de blindagem que torna menos acessível os conselheiros de saúde do que o espírito da instituição inspira quando pensamos em representatividade e contato com as bases, por exemplo. Mesmo na condição de pesquisador, é lógico pensar que o mesmo ocorreria na condição de usuário ou outra representação social que precisa de alguma maneira acionar um conselheiro, ou para uma simples conversa, ou para qualquer outro tipo de expediente. De antemão já é categórica a afirmativa, não seria fácil!

A forma adotada para contornar esse obstáculo foi o uso das redes pessoais para encontro desses nomes, por meio de ex-gestores, ex-conselheiros e ex-colegas, para então ir se abrindo um leque de eventuais nomes que poderiam contribuir no estudo, e através desses ir abrindo ainda mais com a inclusão de novas referências de nomes, assim foi feito. Essa abertura com muitos nomes também se fez necessária porque a agenda de trabalho e compromissos, hipertrofiada pelos mecanismos virtuais de encontros e debates exaustivos como veremos mais a frente, tem sugado ainda mais o cotidiano dos conselheiros. Sobre isso, essa afirmação fica patente diante das inúmeras falas que denotam a angústia dos conselheiros que se sentem devorados e incapazes de desenvolverem as suas funções com a mesma dinâmica que antecedia a pandemia. Mas também é possível inferir pelas falas que essa dinâmica exaustiva já se encontrava presente e é *modus operandi* de uma espécie de

oligofrenia dos mecanismos de participação *vis a vis* a atuação dos conselheiros.

Depois do encontro com os nomes, de uma série de ligações (com algumas negativas e cancelamentos) e também intensas trocas de mensagens por rede social com os conselheiros, tanto no sentido de passar informações que esclarecem o motivo da pesquisa, tanto para se quebrar a indiferença que o mundo virtual traz, as entrevistas se realizaram todas por plataforma virtual.⁵ É válido ressaltar aqui que são muito importantes os contatos realizados previamente à coleta dos dados. Eles auxiliam no estabelecimento do *rapport* com o participante, ajudando no senso de segurança e conforto dos mesmos, sendo que a literatura indica (SCHMIDT et al., 2020) que estes tendem a ser maior quando o entrevistado puder ter acesso às informações da pesquisa previamente, com os devidos cuidados para que essas informações não causem um viés discursivo durante sua realização. Nesse sentido, a ideia geral da pesquisa estava contida tanto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos os entrevistados, quanto na abordagem inicial da primeira conversa com os conselheiros. Também foi informado e ressaltado que, em qualquer momento de dúvidas eventuais, o pesquisador responsável estaria inteiramente à disposição para esclarecer qualquer questão, salientado que o anonimato sempre seria mantido, com as falas dos entrevistados desassociadas do nome e representação do participante, sendo indicada no trabalho apenas a representação dos usuários para impedir a identificação dos participantes na pesquisa.

É digno de nota inclusive, que todas as entrevistas ocorreram dentro das melhores expectativas quanto ao conteúdo e ambiência possíveis. As entrevistas duraram em torno de uma hora e meia (algumas delas bem mais porque as conversas também tinham o intuito de catarse), sempre combinada nos horários mais favoráveis para os entrevistados, com o roteiro funcionando com fluidez, muitas vezes sendo inclusive quase desnecessário frente a narrativa e encadeamento que os próprios conselheiros iam imprimindo as suas falas e elaborações. Também foi deixado a opção para os conselheiros deixarem a câmara ligada ou desligada, apesar de parecer um detalhe insignificante, alguns estudos recentes sobre técnicas de

⁵ O software utilizado foi o Teams devido ao fato que ele é o mesmo que os conselheiros usam para as suas reuniões virtuais, já estando estes acostumados com o uso da ferramenta.

entrevistas e o desafio da pandemia indicam que o aproveitamento, e questões relacionadas a um menor constrangimento a depender da situação, podem ajudar na ambiência virtual da conversa (SCHMIDT et al., 2020).

A ideia do fio condutor das entrevistas era trabalhar com algumas camadas, que vão desde os aspectos mais operacionais e burocráticos do cotidiano do conselho, para então avançar no campo quase da ontologia sobre alguns sentidos relacionados à democracia e como isso implica de forma coletiva na instituição do CNS. A intenção também era trazer uma certa catarse como dito anteriormente, nas conversas, com objetivo de aflorar algumas questões que são geralmente invisíveis quando se produzem estudos na área de participação e poderiam auxiliar no jogo de luzes ainda necessário para problematizar o atual momento histórico que o país atravessa e como isso pode implicar na participação dentro do CNS. Não foi à toa que em mais de uma entrevista o choro contido se fez presente, até mesmo por meio de lágrimas, que já de antemão revela a angústia que assombra o lugar de fala do conselheiro, caracterizado (discutiremos mais à frente) por sucessivos constrangimentos para a sua atuação, e mais ainda, da falta de legitimidade e reconhecimento que tem sido impresso pela condução nacional do sistema de saúde e o que concerne à participação.

5.2 Primeiros tratamentos do produto do campo para análise

Na fase inicial de pré-análise, que já ocorre concomitante à realização das entrevistas, o material foi sendo organizado, compondo o corpus principal da pesquisa. O corpus do texto com as entrevistas tiveram como referência de finalização de conteúdo algumas regras sugeridas por Bardin (2011) que foram perseguidas: (i) exaustividade, com a tentativa de esgotamento de todo o assunto sem omissão de nenhuma parte; (ii) representatividade, atenção para uma amostra que possa revelar o universo a ser estudado; (iii) homogeneidade, aqui os dados precisam referir-se ao mesmo tema, com coleta dos dados por meio de técnicas iguais e indivíduos semelhantes; (iv) pertinência, é necessário que o documento seja adaptado aos objetivos da pesquisa; e (v) exclusividade, com um elemento não podendo ser

classificado em mais de uma categoria. Também são importantes outros fatores nesse processo, como a frequência em que aparece a unidade de registro; a intensidade medida através dos tempos dos verbos, advérbios e adjetivos; a direção favorável, neutra ou desfavorável e demais critérios associados positivo ou negativo; a ordem estabelecida nos registros, e, por fim, a ocorrência, caracterizada pela presença simultânea de duas ou mais unidades de registro numa unidade de contexto. Tendo esses critérios como Norte, a entrevista de número cinco (05) já começava a saturar⁶ a narrativa, sem novas unidades de registro sobressaindo, o que indicou o critério de finalização com o corte final para a fase do campo.

Depois do término de todas as entrevistas e de sua transcrição, da fase da leitura flutuante⁷, o corpus do texto foi categorizado tendo como referência a construção das unidades de registro na lógica proposta por Bardin para análise do conteúdo - essa fase é de extrema importância pois tem relação com o próprio encapsulamento dos sentidos das falas dos conselheiros, auxiliando na sistematização de encadeamento lógico com que os discursos são construídos. Essa etapa também auxilia a visualização de como o texto pode ser apresentado posteriormente ao leitor de forma mais inteligível.

De acordo com a literatura ainda, no uso da análise de conteúdo essas unidades de registro funcionam como rubricas (CAMARA, 2013; CAMPOS, 2004; FONTANELLA et al., 2008; FREITAS, 2013; GODOY, 1995; SANTOS, 2011, 2022) ou classes que agregam certos elementos dando sentido a características comuns que buscamos identificar no texto da fala. Durante a seleção das categorias elegem-se os critérios semântico (temas), sintático (verbos, adjetivos e pronomes), léxico (sentido e significado das palavras - antônimo ou sinônimo) e expressivo (variações na linguagem). Esse método permite junções de um significativo número de informações

⁶ O Quadro 3 com a frequência das unidades temáticas de semântica também apontam para o saturamento das narrativas. Glaser & Strauss originalmente conceituaram saturação teórica como sendo a constatação do momento de interromper a captação de informações (obtidas junto a uma pessoa ou grupo) pertinentes à discussão de uma determinada categoria dentro de uma investigação qualitativa sociológica. Na expressão dos autores, tratar-se-ia de uma confiança empírica de que a categoria está saturada, levando-se em consideração uma combinação dos seguintes critérios: os limites empíricos dos dados, a integração de tais dados com a teoria (que, por sua vez, tem uma determinada densidade) e a sensibilidade teórica de quem analisa os dados.

⁷ Nenhuma entrevista foi realizada por terceiros, todas elas foram feitas pelo próprio pesquisador que aqui escreve.

sistematizadas em duas etapas a saber: inventário (aqui se isolam os elementos em comum) e classificação (divisão dos elementos com posterior organização). (SOUSA, 2020).

5.3 Inferência e interpretação

Apesar das conversas serem guiadas por um roteiro prévio, na maioria das vezes o próprio discurso fluido dos participantes da pesquisa acabava abarcando a maioria dos conteúdos discursivos aos quais a entrevista se destinava.

Dessa maneira, foram encontradas e sistematizadas a partir das falas dos entrevistados as categorias clássicas de participação propostas pela obra de Boaventura Santos, “Democratizar a Democracia” (2005), sendo elas: Representatividade das lideranças; Legitimidade do processo; Participação da base; Capacidade de autossustentação e; Ampliação do experimentalismo democrático.

Outras unidades de registro também sobressaíram a partir das falas dos entrevistados, unidades essas que, apesar de dialogarem com as categorias acima descritas, as complementam e ajudam na estruturação de uma análise mais adaptada ao contexto brasileiro e do próprio Conselho Nacional de Saúde. São elas: Trabalho e cotidiano dos conselheiros nacionais de saúde; Dificuldades “tradicionais” de atuação para o Controle Social no espaço do Conselho Nacional de Saúde; Representatividade e participação dos usuários no Conselho Nacional de Saúde; Direito à saúde e os novos mecanismos de mercado que fragilizam o SUS; Sentidos e percepções da democracia no Brasil atual; Constrangimentos antidemocráticos e a fragilização do Conselho Nacional de Saúde; Pandemia e as dificuldades para o exercício da participação.

Sobre essas categorias “mais adaptadas” que vamos tratar como temas guias e a ordem para sua apresentação nos resultados e balizar a discussão da tese, algumas considerações precisam ser feitas a priori. Uma das possibilidades da análise de conteúdo também reside na quantificação das categorias como foi disposta no Quadro 3. Esse olhar quantitativo auxilia na transformação gráfica e visual dos

discursos, bem como sua hierarquização numérica, permitindo inclusive maior rigidez metodológica ao trabalho qualitativo. Entretanto, podem muitas vezes funcionar como espécie de canto da sereia ao pesquisador apressado e levá-lo a uma falsa miragem construída através da força de atração que essa quantificação pode trazer. Aqui é importante frisar, a força, o poder da fala e dos seus sentidos não residem exclusivamente na quantidade de vezes que eles se fazem presente! Muito pelo contrário, por vezes é no silenciamento das falas que alguns sentidos são dados. É o silêncio que precede a fala que dá a essa sua intensidade em muitos dos casos. Nesse sentido, há na pesquisa qualitativa, e aqui notadamente na análise de conteúdo, a necessidade de trazer qualidade e localização teórica às falas (também para o desvelamento do significado oculto), o que se dá por meio da inferência. Minayo (2007) aponta as metodologias qualitativas como:

[...] aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. (MINAYO, 2007, p. 102).

Novamente o termo significado ganha presença, neste contexto com interesse pelas estruturas sociais, procurando conhecer o querer-dizer das estruturas para os sujeitos sob estudo.

No método utilizado, a busca dos sentidos nos discursos se dá pela realização de um ciclo onde muitas vezes as etapas não estão visivelmente delimitadas, mas poderíamos resumir que as falas visitam a teoria, que por sua vez visita os objetivos, que por sua vez revisitam as falas, e assim foi feito! Essa foi a lógica perseguida que orientou a construção não apenas hierárquica em função da quantidade de significados, mas que pretende trazer fluidez ao texto ora apresentado, com um encadeamento baseado também no respeito a sequência narrativa trazida pelos conselheiros durante as entrevistas. Essa é a bússola maior que orientou a escolha e a sequência dos sentidos que serão apresentados nos resultados e discussão a seguir.

Quadro 3. Quantificação das frequências das unidades de registro nas falas dos entrevistados

Unidades semânticas de análise	Frequência de aparecimento no corpus em número de vezes
Trabalho e cotidiano dos conselheiros nacionais de saúde	13
Representatividade e participação dos usuários no Conselho Nacional de Saúde	16
Direito à saúde e os novos mecanismos de mercado que fragilizam o SUS	49
Sentidos e percepções da democracia no Brasil atual	16
Constrangimentos antidemocráticos e a fragilização do Conselho Nacional de Saúde	26
Pandemia e as dificuldades para o exercício da participação	27

Elaborado pelo autor.

5.4 Resultados e categorização

O trabalho tentou apresentar os resultados perseguindo a máxima de que resultado não se discute, se apresenta. O texto aqui hora escrito pelo autor tem apenas a intenção de ligar os pontos comuns e divergentes, e trazer os fios discursivos do corpus do texto para uma leitura compreensiva das falas e discursos. Nesse sentido, também o texto é apresentado em forma de categorias, que surgem a partir das unidades semânticas de análise. As falas devem falar por conta própria! Inferências, aproximações e distanciamentos, contestações, bem como o processo de dar relevo ao silêncio, serão feitos na discussão, no momento oportuno.

5.4.1 Trabalho e cotidiano dos conselheiros nacionais de saúde

Esta categoria apresenta um discurso típico dos usuários, com os discursos dos sujeitos organizados em torno das práticas, do funcionamento do CNS, e das dificuldades relacionadas que estão fortemente centrados na rotina e na burocracia que fazem parte do seu cotidiano. Boa parte dessa rotina revelada pelas falas se baseia nos encontros periódicos e reuniões caracterizadas como exaustivas pelos conselheiros.

Veja bem, na participação presencial as reuniões são mensais, então sempre estávamos ali. São reuniões de dois dias. Na tarde do dia anterior, havia a reunião do fórum dos usuários, de forma presencial, porque a gente já recebe a pauta do conselho com antecedência. (USUÁRIO Nº 1).

Tenho que estar o tempo inteiro mobilizando as pessoas [...] olha, tal coisa precisa ser discutida, vamos fazer uma reunião. (USUÁRIO Nº 4).

Também fica latente, apesar das queixas sobre essa rotina, a importância que os conselheiros dão ao papel aglutinador dos encontros presenciais e da sua periodicidade para as discussões e a construção da unidade de corpo dos usuários.

Antes da pandemia, ainda tínhamos reuniões regularmente, e tinha um processo de muita discussão⁸. Então todo mês tinha reunião do conselho, e as comissões funcionavam a todo vapor. (USUÁRIO Nº 2).

Então, sempre a gente tinha essa agenda muito tumultuada de reuniões, de conversa, de debates, de formulação mesmo. Sempre estávamos em Brasília para fazer essas reuniões, debates, para a gente poder fazer movimentação dentro do conselho. Então a gente passa todo o ano de 2019 nesse ritmo, muito pujante, muitas discussões e debates. (USUÁRIO Nº 2).

A forma de trabalho presente nas falas para tratar de agenda tão complexa dos conselheiros se dá por uma espécie de descentralização temática, com dezenas de comissões que tratam dos assuntos específicos, para depois devolver de forma sistematizada ao coletivo do conselho onde os assuntos são deliberados. Esse

⁸ Aqui, é importante frisar que a presencialidade e a sua importância para o controle social na pandemia assumiu características próprias nos discursos, como era de se esperar pelo viés do isolamento e suas consequências. Esses discursos compõem uma categoria própria a ser discutida em função da metodologia utilizada e dos resultados encontrados.

formato descentralizado e subdivido em temas auxilia os conselheiros na tradução de assuntos específicos que muitas vezes são estranhos a eles, mas que exigirão seu entendimento para o julgamento mais adequado no momento coletivo de votação dos assuntos. Segundo as falas, esse formato tem funcionado bem e é identificado como de fundamental importância para minimizar o impacto de uma agenda tão exaustiva de reuniões e debates.

No Conselho Nacional de Saúde, a gente tem alguns fóruns. Então há o Fórum de Usuários, que tem várias entidades, movimentos sociais, sindicatos, FORSUS. Tem o FENTAS, Fórum de Trabalhadores das entidades da área da saúde, enfim. (USUÁRIO Nº 2).

Como há uma agenda muito grande, uma agenda muito pesada, nossa atuação tem se dividido em algumas comissões. Há o pleno do conselho nacional, mas há também comissões temáticas, que dão suporte [...] por exemplo, nós temos a Comissão de Práticas integrativas e Complementares em saúde [...] temos a Comissão de Educação Popular em Saúde [...] temos a Comissão de Vigilância em Saúde...temos a Comissão de Política de Saúde para Mulheres, Comissão de Saúde do Trabalhados [...] são tantas. (USUÁRIO Nº 1).

[...] É uma grande rede. Também temos comissões que produzem estudos importantes em relação a determinados temas, como, por exemplo, saúde do trabalhador, atenção primária em saúde, a questão das práticas integrativas e complementares em saúde, e por aí vai. (USUÁRIO Nº 5).

Outra característica discursiva relacionada à intensidade e exaustão da rotina dos conselheiros se dá pela dupla, ou até tripla representação ou mais, dessas lideranças que compõe o CNS⁹, sobrecarregando de sobremaneira o trabalho dos mesmos. Muitos deles relatam que essa hipertrofia de representação dificulta ainda mais sua atuação e a dedicação que eles julgam ser exigidos para atuação como conselheiro.

Não sou só conselheiro! Como representante dos usuários, eu tenho várias atuações. (USUÁRIO Nº 3).

O Conselho Nacional de Saúde é uma das minhas atribuições...a gente tem a participação em outras instâncias, locais. A gente está nos espaços que você puder imaginar...e muitas vezes não temos tempo de participar. (USUÁRIO Nº 5).

Um discurso recorrente aprofunda esse problema e identifica na falta e

⁹ Com o cuidado de não caracterizar o entrevistado, aqui foram ocultadas as 5 outras representações que o conselheiro exerce ainda fora do CNS citadas na entrevista.

escassez de outras lideranças nos movimentos sociais representados, um dos motivos para a sobrecarga dos conselheiros.

Para você ter uma ideia, poucas pessoas se envolvem realmente em uma luta, uma militância, em defesa da população. [...] aqui no Brasil, estamos em dezenove estados, mas geralmente é uma, no máximo duas, três pessoas, que ficam a frente mesmo, dando a cara a tapa. (USUÁRIO Nº 5).

Também em mais de uma fala, os discursos trouxeram à tona que, além das reuniões, boa parte do tempo dos conselheiros é consumida se debruçando e analisando complexos documentos oriundos do Ministério da Saúde.

Um exemplo [...] esses tempos atrás a gente estava avaliando o Relatório Anual de Gestão do Ministério da Saúde. Avaliamos, pouco antes, o Plano Nacional de Saúde revisado, do Ministério. (USUÁRIO Nº 4).

Nós estávamos avaliando isso sexta-feira agora, passada. Em toda avaliação quadrimestral, a gente aponta medidas corretivas pro Ministério da Saúde. Toda! Ou seja, de quatro em quatro meses, a gente está fazendo isso! (USUÁRIO Nº 4).

Mesmo assim, diante dos documentos os conselheiros se queixam da falta de transparência por parte do Ministério da Saúde e contam como trabalho adicional buscar informações que são omitidas. Essa falta de informações específicas e o silêncio proposital nos documentos, principalmente relacionado ao financiamento das políticas específicas, são características presentes que molduram o discurso dos conselheiros ao abordar a complexa burocracia que permeia a relação entre usuários e o segmento da gestão.

A maior parte dos dados que temos são gerais, não são relacionados a política específica...Na verdade, hoje em dia, a partir de 2021, passaram a esconder um dos dados de uma linha de financiamento específico para os estados e municípios. (USUÁRIO Nº 4).

Esse ano, quando eles subtraíram a linha de financiamento de repasse das verbas para estados e municípios, eu imediatamente fui lá, fiz a crítica, e disse que solicito uma nota técnica e informativa sobre o porquê vão deixar invisível essa linha que a gente monitora. (USUÁRIO Nº 4).

Você não tinha dados de mortos dos trabalhadores na saúde, e não há até hoje. Se não fossem alguns conselhos que fazem por conta própria uma estatística dos profissionais, o COFEN por exemplo, não haveria estatística oficial no Brasil de mortes dos trabalhos em saúde. Isso é escandaloso. (USUÁRIO Nº 2).

Outra queixa que sobressai e é presente em quase todas as falas relacionadas à exaustão do cotidiano e trabalho também tem relação com a burocracia, mecanismos de controle e falta de informação. “A burocracia faz parte desse sistema brasileiro, que é ruim. Burocracia nunca é boa. Eu chamo de burrocacia. Que me desculpe o animal burro!”(USUÁRIO Nº 5).

Porém, num dos discursos a burocracia do CNS é bem avaliada pelo conselheiro, e não é vista como um problema que implica no trabalho cotidiano. Essa “burocracia” é, segundo sua fala, responsabilidade do segmento da gestão e, sob essa ótica sim, implica negativamente no trabalho.

Burocracia, no exercício do Controle Social, não vejo isso. Somos muito diretos e objetivos nas tarefas e responsabilidades que assumimos. A gente parte para pedir informação. Recebendo de volta, a gente consegue desburocratizar a análise. Já é um pouco diferente nesse aspecto de quando você fica dependendo de informações dos órgãos responsáveis e às vezes não chega. (USUÁRIO Nº 4).

Agora, a burocracia [...] se relaciona a SPO, Secretaria de Planejamento e Orçamento. Quando ela diz que não vai mostrar as linhas de financiamento, essa burocracia impede o exercício do Controle Social [...]. Aí, fatalmente burocratiza o pedido de informações, e isso não é bom. (USUÁRIO Nº 4).

Porém, ao explorarmos mais a questão da burocracia e na dificuldade que ela impõe ao trabalho do conselheiro, vemos que algumas das suas características (linguagem e tecnicidade) tem fator negativo até no momento de maior legitimidade e representatividade participativa do conselheiro que é o voto. As duas falas a seguir demonstram de maneira contundente o como esse mecanismo de baixa informação, comunicação e diálogo com o segmento da gestão fragiliza o papel deliberativo que os usuários têm o poder de exercer no espaço do controle social.

Muitas vezes a gente [...]. Já vi casos, inclusive vou ser muito sincero [...] de tipo, sobre orçamento, de eu não compreender, e aí confio em alguém. Por exemplo, confio no Sérgio. E espero ele votar. E aí eu voto junto porque eu confio. Você não tem a segurança de votar. (USUÁRIO Nº 5).

Então precisaríamos ter também uma linguagem popular. Explicações, educações, informações, sobre a questão do orçamento do SUS[...]. Porque aí está um grande entrave, e é um entrave muito grande. (USUÁRIO Nº 5).

5.4.2 Representatividade e participação dos usuários no Conselho Nacional de Saúde

Essa categoria emana dos discursos de maneira recorrente, envolvendo as falas no que podemos situar em como os conselheiros se relacionam com suas bases, com os outros segmentos representados, com a noção da importância do usuário para o controle social e em como a experiência do CNS amplia o experimentalismo democrático do Sistema Único de Saúde. Ela também é potente sobre o lugar de fala do conselheiro de saúde que representa o usuário, revelando aspectos muito simbólicos na noção de pertencimento quanto ao SUS e de um conceito de cidadania ampliado.

Sobre a composição representada no Conselho Nacional de Saúde, várias das falas apontam uma distinção bem clara quanto aos papéis desempenhados pelos segmentos representados e não enxergam nisso maiores problemas.

A visão que eu tenho é que a representação dos trabalhadores faz o papel da representação dos trabalhadores, dos usuários faz o papel dos usuários, prestadores de serviço faz o seu papel, e os gestores fazem o seu papel. (USUÁRIO Nº 3).

É potente o discurso sobre a diversidade da representação dos usuários, as falas confirmam que os conselheiros a consideram como a mais heterogênea dentro do CNS e a mais interessante do ponto de vista de uma representação orgânica do SUS.

O Fórum dos Usuários é uma mistura: tem tanto gente que vem representando entidades estudantis, [...] como gente que vem de sindicatos, movimentos sociais, movimentos sociais de pacientes de uma determinada doença, enfim. Então isso mobiliza muito visceralmente as pessoas. (USUÁRIO Nº 2).

No segmento dos trabalhadores, há uma parcela mais classista, corporativa, com interesses e pautas muito definidos, acho que é um perfil um pouco diferente. Mais ainda em relação aos prestadores. (USUÁRIO Nº 2).

Mesmo com inserções tão heterogêneas relacionadas à representação das bases e a própria composição do CNS, os conselheiros entendem que há um espírito de corpo maior que permite uma relação respeitosa e a construção de consensos, não de unanimidades, ao menos com os trabalhadores e prestadores de serviços. Essa

mesma relação harmoniosa não se estabelece com o segmento da gestão, como será demonstrado mais adiante.

Acho que por conta dessas diferenças, de perfil de pessoas e movimentos, existem modos de se expressar e fazer militância diferentes. E às vezes existem embates. Mas acho que existe muita convergência também. (USUÁRIO Nº 2).

Vou ser sincero pra você. Tenho uma boa relação sim com os usuários, com os profissionais de saúde, com os prestadores de serviço, e com os gestores. Mas existem também impasses e conflitos às vezes. Não aceito tudo que vem das reuniões ordinárias e extraordinárias. (USUÁRIO Nº 3).

Então ainda acredito que os espaços de controle social sejam esses espaços de diálogo por que a gente consegue [...]. É um espalho tripartite. Tem gestão, tem trabalhadores e trabalhadoras, tem usuários e usuárias. Seria o espaço perfeito para a gente poder dialogar a construção e a modificação das políticas. (USUÁRIO Nº 4).

Questionado como funciona essa construção dos consensos, das convergências e divergências, bem como desse espírito de corpo caracterizado nas falas como unidade, um dos conselheiros explica:

[...] Algo que me surpreende no Conselho Nacional de Saúde, não sei se revelado pelo recorte dessa gestão que participei, mas há um esforço muito grande pra manter a unidade. Por mais que eu tenha posição divergente com fulana de tal, mas a gente procura manter uma unidade nas ideias e na ação mesmo. Isso me surpreende, porque eu, vinda de um movimento social, algo muito fragmentado, o esforço para manter a unidade é maior. (USUÁRIO Nº 2).

Essas mesmas falas apontam que talvez um ideário de unidade herdado da reforma sanitária ainda se faz presente no CNS, funcionando como um amalgama de coesão na resolução de conflitos, com o entendimento que as forças dos outros segmentos não operam de maneira necessariamente antagonista nas principais decisões do conselho.

E no Conselho Nacional de Saúde, acho que as pessoas estão bem mais afinadas. Claro, tem um horizonte maior que é a defesa do SUS. Isso é claro pra todo mundo dos diferentes aspectos ideológicos inclusive. (USUÁRIO Nº 2)

Por mais que existam divergências, por exemplo: 'ah, não concordo com a nova política da atenção básica'. E o outro, 'ah, acho que tem que ser assim mesmo', mas todo mundo quer uma atenção básica resolutive de qualidade. São métodos diferentes. Formas de pensar diferentes, mas todo mundo está comungado do mesmo horizonte. (USUÁRIO Nº 4).

Apesar do entendimento positivo da composição dos usuários representados no conselho, algumas das falas relatam a percepção de uma certa limitação e esgotamento relacionados à pouca renovação existente nos espaços do Controle Social. Essa mensagem também guarda relação dentro da categoria anterior do cotidiano e do trabalho, com os discursos que colocam os conselheiros numa hiperatividade participativa (tanto no nível nacional, estadual, como municipal), indicando que há dificuldade de novas lideranças entrarem no espaço de participação.

Não sou eu que estou falando, várias pessoas falam. O perfil dos conselheiros no conselho municipal é de pessoas mais velhas, ficam ali há anos, vira um nicho de poder. Não é só no meu município, isso é uma realidade no Brasil, infelizmente. Vejo uma certa dificuldade de reoxigenação. (USUÁRIO Nº 2).

Falta muito pra gente avançar, renovar os quadros, vejo uma dificuldade enorme da renovação de quadros. Não só nos espaços de participação social, mas nas entidades. Na saúde [...], fora da saúde [...].Com lideranças políticas. (USUÁRIO Nº 2).

Entretanto, as falas parecem indicar que há um movimento no CNS que tenta quebrar essa perpetuação de alguns conselheiros, mesmo que dois dos entrevistados, por exemplo, já exerçam o papel de conselheiro nacional há mais de dez anos. “O Conselho Nacional de Saúde é uma outra análise. Vejo muitas pessoas há muito tempo ali, isso é fato, mas acho que nos últimos anos existe um esforço de renovação. Senão eu sequer teria entrado”. (USUÁRIO Nº 2).

Para além do critério apenas etário relacionado a renovação do CNS, ou da permanência perene das tradicionais lideranças, aqui as falas tomam um corpo próprio de um outro julgamento muito positivo. Elas dão relevo às novas formas de experimentalismo democrático que a lógica participativa pode imprimir ao dar voz aos setores historicamente excluído da sociedade brasileira, geralmente aliados de qualquer discussão também das políticas sociais e condenados à subalternidade e invisibilidade do debate público.

[...] E acho que o conselho ganha muito quando você coloca no debate esses atores que estão com a discussão racial, a pauta feminista, então acho que existe uma reoxigenação que vem desse debate. Posso estar errada, é uma hipótese, mas acho que tem a ver também com esse amadurecimento político do Brasil nos últimos anos, porque você traz à cena as discussões feministas, antirracistas, da população LGBT. (USUÁRIO Nº 2).

Acho que há um movimento com essas pautas, que estão no debate, e ao menos o Conselho Nacional de Saúde está pautando isso. Não acho que seja perfeito, nem que represente o tanto de efervescência existente nos movimentos sociais do Brasil, mas acho que são fissuras nessa estrutura, já envelhecida, que fazem a diferença. (USUÁRIO Nº 2).

E fazem a diferença para pautar outras coisas. Não é só pautar equipamento, leito, mas também: como é o atendimento feito lá na ponta? Será que a gente está reproduzindo o racismo institucional? Será que a gente não está fazendo violência obstétrica? Então surgem esses debates, que antes eram invisibilizados, e acho que é um movimento aí que vem. (USUÁRIO Nº 4).

Sobre a importância da representação dos usuários ocupando os assentos do CNS, as falas são eloquentes e trazem uma espécie de orgulho, misturado com uma noção de pertencimento ao Sistema Único de Saúde. Muitas delas apontam a quebra de visões pré-concebidas que alguns conselheiros tinham sobre a participação antes de fazerem parte do CNS. Aqui muito provavelmente, é a categoria que melhor revela o elo imaginário entre representante e representado, tendo em um conceito de cidadania ampliado no SUS, o aço que dá a liga a essa corrente.

Olha, eu acho que tem muita gente que escreve sobre participação e conselhos e já tem ideias pré-concebidas sobre isso. Eu tinha um certo preconceito. Queria muito ser conselheira nacional de saúde, tanto que trabalhei para isso, mas eu tinha visão que era um espaço institucionalizado do SUS e que muita coisa não andaria...que seriam movimentos lentos. (USUÁRIO Nº 2).

Fico muito emocionada quando vejo a gente participando de debates, sendo chamados, reconhecidos como esse espaço de defesa do SUS. Não podemos deixar isso morrer, não pode enfraquecer essa força que o conselho tem. (USUÁRIO Nº 2).

E eu, como representante dos usuários, estarei sempre fazendo o meu papel pensando na sociedade brasileira. A sociedade contribui e paga impostos e tem direito, ao meu ver, a uma contrapartida, na saúde e na educação. (USUÁRIO Nº 3).

No momento que estou lá no conselho nacional, ou aqui, falando enquanto conselheiro nacional de saúde, eu estou representando os usuários e usuárias. Estou representando o SUS. E isso é muito grande. É algo muito grande e de muita responsabilidade. (USUÁRIO Nº 5).

Uma das melhores coisas que aconteceu na minha vida foi quando eu comecei a participar do Conselho Nacional de Saúde. (USUÁRIO Nº 3).

Ainda sobre lugar de fala e pertencimento da representação dos usuários

dentro do Conselho Nacional de Saúde, uma das sentenças mais emblemáticas se encontra no depoimento a seguir:

Eu morava nas ruas. Não sei se você viu minha história de vida. E a partir de 2013, eu entrei no conselho municipal de saúde da minha cidade, ainda morando nas ruas [...]. Depois, entramos no Conselho Nacional de Saúde. E assim, é o povo lá dentro né? E a gente sabe muito bem que lá tem a federação das indústrias, as gestões, os segmentos dos trabalhadores e trabalhadoras, as entidades prestadoras, mas o SUS é feito para usuários e usuárias. Todos nós somos. (USUÁRIO Nº 5).

Porém, essa segmentação também é elitista e recortada pela classe social, e vai além da representação dos usuários enquanto “composição” do CNS, pois ela também é difusa e heterogênea como se poderia esperar.

Eu vou ser muito sincero. A primeira vez que entrei no conselho, e indo pra lá, eu fiquei de boca aberta. Poxa, de um movimento popular e hoje estou aqui com esses caras. Aí eu dizia: bom dia! Os caras nem respondiam. Lá no conselho nacional, tem umas cadeiras atrás, na bancada. Bom dia! Eu já ia fazendo amizade [...]. Eles faziam pouco caso. E Eu fiquei pensando: esses caras só pisam no chão porque não podem voar, meu!. Senti algo elitizado. (USUÁRIO Nº 5).

Porém esse mesmo entrevistado, logo adiante dessa fala tão emblemática, resgata o discurso do “espírito de corpo” positivo que parece perpassar a visão dos usuários no conselho abordada anteriormente. Mas diferentemente, identifica os potenciais adversários que na visão dele jogam o jogo do mercado e contrário ao SUS.

Primeira impressão. Mas quando a gente começa a fazer parte, começa a conhecer, vê que é uma grande família. E existem irmãos ranzinzas, e esses são da grande família, são esses caras que querem destruir o SUS, que querem se opor às deliberações, são contra as propostas e deliberações em favor do povo brasileiro. (USUÁRIO Nº 5).

Questionado sobre como ele faz para contornar essa situação, da não legitimação elitista e simbólica que constrangia de início a sua participação no CNS, o mesmo recorre ao argumento que a sua legitimidade e autoridade não está naquele espaço apenas, mas principalmente na base social que ele representa no conselho.

Mas houve algo determinante, que eu falei: eu vou levar para vida e para o conselho nacional, que é falar o que eu pensava [...]. E eu sempre consegui trazer a realidade vivida pela população que eu represento. [...] E quando eu trago essa realidade, não tem como ninguém se contrapor, dizer que está errado, porque a gente viveu essa realidade. Então as nossas falas no conselho, é como dizem, o

cara é gente boa. Converso com ele. Porque a gente se impõe. E a gente fala o que pensa. Se vai magoar Queiroga, Barros¹⁰, problema deles. Nós nos impomos, falamos o que pensamos. Nós enquanto usuários e usuárias. Uns tem uma fala mais qualificada, outros despojada, ou técnica. Nós, uma fala mais popular. É interessante”. (USUÁRIO Nº 5).

Sobre as limitações da representação e da participação, as falas apontam que o não reconhecimento e cumprimento do papel deliberativo do CNS conforme o que está na lei, é um dos principais problemas na legitimação do Controle Social.

Fico muito insatisfeito sendo um conselheiro nacional de saúde, sendo um representante dos usuários, querendo fazer o melhor para a população, e nós as vezes não conseguimos atingir nossos objetivos em nossas deliberações. E quando a gente delibera, às vezes vai para as autoridades acima do conselho e não há aprovação...Infelizmente, essa é a situação que me deixa insatisfeito como conselheiro, como representante dos usuários. (USUÁRIO Nº 3).

Essa falta de legitimação também não se dá apenas pelo desrespeito às decisões no âmbito do CNS. Segundo as entrevistas, há um sentimento difuso que também percebe nas instâncias decisórias superiores uma falta de reconhecimento do papel do controle social. Mesmo que determinadas decisões sejam tomadas através do voto, com uma composição favorável percebida pelos conselheiros, não é suficiente para influir em outras decisões tomadas em outros níveis. Esse discurso se torna ainda mais robusto quando associado à fragilização do direito à saúde como veremos mais adiante.

Muitas coisas que são deliberadas dentro do conselho, às vezes encontram alguns obstáculos lá na frente. (USUÁRIO Nº 3).

Porque ali é um embate, e nesse momento a gente bate muito, e que a gente não concorda e põe em votação. A gente ganha quase todas as decisões do conselho, temos maioria. A questão é que não temos o poder do veto. Existem determinadas leis maiores que a deliberação do conselho. Mas nosso papel de conselheiros está presente nas resoluções e atas. (USUÁRIO Nº 1).

Outro ponto sobressalente nas falas e que é digno de nota aqui, diz respeito à presidência do Conselho Nacional de Saúde. Desta vez ela é exercida por um representante dos usuários, quebrando uma lógica histórica de “presidente de

¹⁰ Marcelo Queiroga foi o ministro da saúde até o final do mandato de Jair Bolsonaro, assumiu a pasta em 23/03/2022. Ricardo Barros foi ministro da saúde de 12/05/2016 a 02/04/2018.

conselho nato”, invariavelmente exercida pelos gestores em boa parte do controle social no SUS. A eleição do atual presidente do CNS é vista como uma vitória pelos representantes dos usuários e considerada como extremamente positiva para a representação e a participação dos mesmos.

Bom, em se tratando do nosso presidente do Conselho Nacional de Saúde, eu tenho o maior respeito pela pessoa dele, que é o Fernando Pigatto. É um autêntico representante dos usuários, um verdadeiro controle social! E eu votei nele. Votei porque gostaria muito de ver a representação dos usuários na presidência do conselho. E nós conseguimos, entendeu? (USUÁRIO Nº 3).

Como era de se esperar pela trajetória de lógica ascendente que, dos municípios até o espaço nacional, é característica e faz parte do perfil e processo de escolha dos conselheiros entrevistados, a representação dos usuários é considerada também num crescente de complexidade. Aqui algumas falas divergem das anteriores sobre a necessidade de um maior rodízio que reoxigene o espaço dos conselhos, aqui as falas reforçam que a experiência para o exercício da representação nacional tem extrema importância.

Bom, eu já tinha uma experiência pela representação que exerci durante 10 anos do Conselho Estadual, então ajuda...só que era diferente, aqui eu represento uma rede nacional. Então...O comparativo das duas experiências é: tem o mesmo rumo, mas é diferente. (USUÁRIO Nº 4).

Enquanto eu representava as necessidades e demandas dos usuários e usuárias bem da base do serviço, ou seja, [...] a amplitude era menor, já o que eu faço no Conselho Nacional de Saúde é mais complexo. (USUÁRIO Nº 4).

Associado à categoria de trabalho e cotidiano, essa classe da representação e participação também dialoga sobre os desafios do vínculo com a base representada e o papel a se desempenhar que os conselheiros julgam mais adequado. São perceptíveis a preocupação e o cuidado em como fazer com que as demandas sejam filtradas e organizadas até chegar ao espaço nacional.

Estou em um colegiado nacional, ou seja, eu só sou um representante. Eu deveria, em tese, acolher o que se decide lá naquele grupo e levar pro Conselho Nacional de Saúde. (USUÁRIO Nº 3).

Quando eu levo isso pro movimento, a complexidade é explicar pro pessoal como isso afeta nossas bases lá nos estados e municípios. (USUÁRIO Nº 1).

É necessário que a minha atuação esteja sempre conectada com a informação que me chega pelos grupos, e vendo o que existe de posicionamentos. Existem momentos que são muito difíceis para quem é representante [...]. O que representar se a gente não tem uma posição? (USUÁRIO Nº 4).

Existem então essas complexidades desses mecanismos de comunicação, de como representar essa demanda muito maior, que é do Brasil inteiro. (USUÁRIO Nº 4).

Indagados sobre qual estratégia os conselheiros utilizam para a manutenção de um vínculo com as bases representadas para contornar esse vazio de legitimidade, uma das falas aponta para o esforço que os mesmos têm de fazer para se comunicar e “provocar” essas mesmas bases para um efetivo exercício de representação e participação no CNS.

Tenho também procurado nesse exercício fazer um pouco disso [...]. Provocar nas pessoas: qual é a nossa posição? Então, com um determinado assunto, digo: tal coisa nos afeta, qual é a nossa posição? Para que eu possa voltar ao Conselho Nacional de Saúde e me posicionar realmente como um representante do movimento. (USUÁRIO Nº 4).

Outras falas, todas de um mesmo entrevistado (usuário nº 5) revelam o como os conselheiros também são criativos na estratégia de tentar se aproximar das bases através de linguagem mais apropriada e informar os representados. No sentido de quebrar as barreiras que a linguagem técnica e burocrática traz para a efetiva representação e participação, tentam traduzir a mesma linguagem para um entendimento mais compreensível para a população, para dessa forma deixá-la mobilizada.

Porque, você sabe como é, de fato, e tal. É as palavras esdrúxulas, isso é muito esdrúxulo, isso é contemporâneo [...]. Aí eu disse, olha, a população brasileira não conhece as vigilâncias, é a tal do trabalhador e trabalhadora ambiental, é a epidemiológica, é a sanitária [...] e a gente fez um cordel!

Sempre muito crítico do que a gente vivenciou, e aí eu fiz esse cordel: o que danado é vigilância em saúde? E aí trazia o diálogo entre o leigo, o cara que não entendia nada de vigilância, e o especialista.

E a outra conselheira fez um cordel sobre a atenção básica.

E lá na conferência a gente distribuiu pra galera. Então fiz nessa linguagem, e foi muito interessante, porque trouxe outro look pra conferência, outro look pra questão, pra discussão da vigilância em saúde. Então foi um aprendizado muito grande. (USUÁRIO Nº 5).

5.4.3 *Direito à saúde e os novos mecanismos de mercado que fragilizam o SUS*

Essa categoria traz elementos considerados extremamente importantes pelos discursos dos conselheiros na luta que o Controle Social assume em defesa do Sistema Único de Saúde. Ela traz a preocupação dos entrevistados quanto à identificação de uma agenda neoliberal que vem sendo implementada e das dificuldades da luta contra a lógica de austeridade fiscal que tem penalizado o sistema de saúde. Traz como um dos principais recursos para se contrapor a introdução desses mecanismos de mercado que fragilizam o direito a saúde, o controle ineficaz sobre a prestação de contas que o CNS tenta fazer, mas sem sucesso. Apesar desse último recurso de pressão contra o governo federal na diminuição dos recursos destinados a saúde, mesmo assim os conselheiros não conseguem ser capazes de fazer frente ao rolo compressor imprimido pelo próprio segmento da gestão na retirada dos direitos conquistados pela sociedade nas últimas décadas. Ela traz ainda, um discurso maior que permeia a visão de saúde para além dos paradigmas biomédicos clássicos e calcada numa concepção ampliada de direito a saúde, articulada com outras políticas sociais e econômicas que tem impacto na saúde do brasileiro. A principal estratégia e necessidade na visão dos entrevistados que poderia se contrapor ao inexorável processo de retirada de direitos da população brasileira, reside na conscientização da saúde como um direito inalienável de qualquer cidadão brasileiro, independente da condição de se pagar ou não um plano privado de saúde.

Nos governos Temer e Bolsonaro, fazemos uma luta contra o neoliberalismo. Mas acho que não dá conta. Não adianta ficar só se dizendo contra o neoliberalismo. Precisamos lutar por muitas outras coisas que precisamos entender na sociedade brasileira. (USUÁRIO Nº 1).

Apesar da unidade de corpo que sobressai nos discursos da categoria anterior sobre a representação, aqui percebemos que ela não funciona de forma tão harmoniosa quanto os discursos faziam parecer. Percebemos nas falas que há sim o embate e ele se dá exatamente entre as representações que compõem o CNS e, notadamente, relacionada a essa agenda neoliberal recorrente nos discursos.

Isso tem sido uma luta no conselho. Eu sou testemunha disso. Mas não há uma unidade. Por exemplo, os usuários e trabalhadores fecham com essa pauta. Eu não sei bem o fórum dos trabalhadores,

mas pelo que sei, só um ou outro não são contrários à agenda neoliberal, sobretudo na pauta da saúde. Então travamos essa luta no dia a dia. Defendemos a saúde pública. (USUÁRIO Nº 1).

Apesar dos discursos também identificarem o segmento dos prestadores de serviços privados como antagonistas no direito à saúde, paradoxalmente (e corroborando a categoria anterior), é no segmento da gestão que os conselheiros percebem seus maiores oponentes na implementação da agenda neoliberal na saúde. “O conselho é contra a privatização da saúde, com todas as letras, em sua maioria. Já o governo não, tanto Temer, como Bolsonaro, reforçaram a pauta neoliberal”. (USUÁRIO Nº 1).

Quando questionados sobre como funcionam esses mecanismos de fragilização do direito à saúde, os focos discursivos invariavelmente alcançam um horizonte de ameaças do desmonte do princípio da universalidade e mudanças que fragilizam a estratégia da Atenção Básica em Saúde.

Então [...] na minha opinião, temos uma luta muito grande pela atenção básica e primária, pois é o público que está nos 70%, precisamos cuidar disso. (USUÁRIO Nº 1).

Uma das primeiras ações do Michel Temer, foi fazer uma reestruturação na atenção primária em saúde, reduzindo os valores, tirando alguns princípios e diretrizes, como a questão da universalidade [...], então ele fez uma portaria que fragilizou a atenção primária, em uma perspectiva de deixar que o gestor tivesse flexibilidade. Mas, ora, quando você dá flexibilidade ao prefeito, ele gasta naquilo que achar melhor, e não prioriza determinados segmentos. Vai depender muito da cabeça, e da concepção de mundo e desenvolvimento que o prefeito tenha. Então, nós lutamos contra a portaria que reestruturou a atenção primária. (USUÁRIO Nº 1).

Como não poderia deixar de ser, outra importante forma de desmonte do direito a saúde identificado pelos conselheiros se dá através da Emenda Constitucional 95, que praticamente congelou por vinte anos o financiamento do Sistema Único de Saúde, atrelando novos aportes financeiros à inflação vigente do ano anterior.

Desde o início há ataques quanto ao financiamento. Pela Emenda Constitucional 95, o reflexo dela [...] em 2019, tinha perdido 22,5 bilhões de reais por conta desta emenda. Então é visto muito concretamente no sucateamento nas políticas de saúde. (USUÁRIO Nº 2).

Aqui também podemos inferir das falas uma espécie do que podemos chamar de judicialização do controle social para tentar barrar as medidas oriundas do governo federal.

Outro fato que prejudicou muito a questão da saúde é a Emenda Constitucional 95, também baixada no governo Temer [...] foi votada na Câmara, passou e isso de cara retirou mais de 4 milhões de reais¹¹ no primeiro ano da saúde pública. Inclusive, o Conselho Nacional de Saúde entrou com uma *amicus curiae* no STF contra a ela. [...] Quando a gente não pode ganhar no embate, às vezes a gente tem que entrar na justiça, como esse exemplo do STF. (USUÁRIO Nº 1).

A fala que situa a EC 95 como o golpe mais sentido pelos conselheiros no que eles entendem por direito a saúde é recorrente. E surge muitas vezes como um grito que articula desespero, solidão institucional e falta de legitimidade como pode ser percebido nas próximas falas.

A exemplo da EC 95, a emenda constitucional que congelou verba por vinte anos, não só na saúde, mas também na educação. Eles querem privatizar. Estão caminhando para isso. Eu fui totalmente contra, dentro do conselho, e infelizmente a Câmara dos Deputados aprovou, o Senado aprovou, e nós temos que revogar urgentemente se queremos um sistema único melhor e uma educação melhor. [...] Professor, eu não tenho visto mudanças para melhor. Eu tenho visto muitos impactos, na reforma trabalhista, na reforma previdenciária, na EC 95 que congela as verbas da saúde e da educação, terceirização, e outras mais. (USUÁRIO Nº 3).

Esse mesmo conselheiro, ainda perguntado se na sua visão o controle social consegue se contrapor e minimizar a agenda neoliberal imposta pelo governo federal e percebida e sentida pelos usuários, nos responde de forma negativa. Também há a interpretação que existe uma espécie de conluio maior, articulado com outras esferas do poder legislativo para enfraquecer a política nacional de saúde.

Sim! Foi ponto de pauta dentro do Conselho Nacional de Saúde. Nós reprovamos. Nós reprovamos a EC 95. [...] Não teve jeito. Atropelado. E se tornou um verdadeiro retrocesso. Infelizmente. Vai ser um retrocesso porque vai ser por vinte anos, entendeu? [...] Agora, se tratando de financiamento, se está ajudando ou contribuindo, de termos um Sistema único de Saúde melhor, uma saúde melhor para a população [...]. A EC 95 é o resultado de tudo isso. Não está não! Mas não foi só ele. Vê que aprovou a EC 95! Câmara dos Deputados, Senado, está entendendo? E são bilhões que a gente perde nas políticas de saúde todos os anos. (USUÁRIO Nº 3).

Porém, o ataque ao direito à saúde, ao contrário do que se poderia imaginar, não é exclusividade apenas dos governos pós-golpe de 2016 segundo outro importante fio narrativo identificado através dos discursos. Segundo os conselheiros,

¹¹ Aqui, muito provavelmente, o conselheiro se equivocou com o montante financeiro subtraído do orçamento da saúde.

a interpretação é que esses ataques e novos mecanismo que fragilizam o direito à saúde já germinavam antes e também eram motivo de luta e enfrentamento do CNS.

Você sabe que, na outra gestão, antes de eu entrar mesmo no conselho nacional, lá em 2014, o conselho nacional teve que se posicionar firmemente, ir para cima do governo, que é um governo que a gente acreditava ser democrático e progressista, porque eles já tinham assinado na ONU protocolos para fazer evoluir o sistema de saúde para cobertura universal de saúde, o famoso “CUS¹²”. [...] ou seja, sair de SUS para CUS. Isso já tinha ocorrido lá, este primeiro embate, no governo Dilma. Então é importante que a gente sempre se lembre disso. (USUÁRIO Nº 4).

Ainda sobre essa proposta de mudança da cobertura, os entrevistados identificam como mais uma das inúmeras tentativas de acabar com o princípio da universalidade que rege o sistema público de saúde brasileiro e marcam até um certo tipo de ironia presente na fala de mais de um entrevistado.

Rapaz, os ataques ao SUS são constantes. Há um tempo atrás, quiseram implementar o CUS, cê, ú, esse. (USUÁRIO Nº 2).

Estou tentando lembrar aqui. Não lembro o que seria o “C”. Vou pesquisar e digo pra você. Quiseram implementar um sistema universal de saúde e descaracterizando o SUS. Estão tentando ainda. A FEBRABAN, outras entidades, tentaram colocar um sistema parecido com o SUS, para acabar com o SUS, tirar o SUS. E aí, como sempre, houve muita luta. (USUÁRIO Nº 5).

Apesar disso, 2016 é considerado um ano de ruptura pelos conselheiros. A partir de então esses mecanismos já existentes e que começavam a corroer o direito à saúde, bem como o próprio Sistema Único, tomaram força e ganharam celeridade sem precedentes até então.

O fato é que, de lá para cá, e a questão do golpe, Michel Temer abrindo as porteiras para a questão da iniciativa privada, e a ANS ganhando uma força incrível, a ANVISA começando a ser modificada e perseguida por fazer seu papel de vigilância sanitária no país. Lembro de vários ataques! [...] Aí quando depois do golpe, e já nesse governo agora em 2019 [...]. Em 2017, a gente ainda teve a modificação da política de saúde mental. Foi modificada a RAPS, a Rede de Atenção Psicossocial do Brasil. Ou seja, CAPS e tudo mais, a introdução das comunidades terapêuticas. E em 2019, a gente vê que acabam praticamente com a política nacional sobre drogas, e vão acirrando a

¹² CUS é a sigla utilizada para designar Cobertura Universal de Saúde. Essa foi uma proposta com aval das agências internacionais para a criação de um pool mínimo de ações de saúde focalizado na população mais pobre, onde a renda funciona como um critério de corte para exclusão da cobertura do sistema público de saúde. (ANTUNES; MATHIAS, 2014).

questão da política de saúde mental do Brasil. (USUÁRIO N° 4).

Os discursos dos conselheiros também identificam outras formas de enfraquecimento do direito à saúde, mais sutis, porém não menos perigosas ou potentes, relacionados à flexibilização dos mecanismos de controle social dentro da gestão do sistema.

Depois ainda tem a 3992¹³, portaria também de 2017, que muda os blocos de repasse de financiamento para estados e municípios. Pronto! Ali é uma grande porteira que se abriu. Pronto. Você quer ver uma coisa que eu posso fazer a conexão?(USUÁRIO N° 4).

Na sequência, o mesmo conselheiro nos explica de forma muito didática em um exemplo como os movimentos sociais que eles representam são alijados da discussão e do controle sobre a execução orçamentária com essa nova forma de transferência de recursos fundo a fundo adotada. Aqui ele também chama atenção para como os usuários, e mais uma vez apesar do discurso anterior de unidade de corpo, tem atuado de forma isolada e tendo no segmento da gestão seu principal antagonista.

A gente sempre teve dificuldade, como movimento específico de AIDS, em monitorar, nos estados e municípios, a execução correta da verba de AIDS do repasse fundo a fundo para estados e municípios. Quando chega a 3992, aquilo que os gestores já faziam de tentar segurar a verba da AIDS para usar em outras coisas, eles começam a usar a argumentação de que agora é um bloco só. Mas é um bloco só pra receber a verba, e não para executar. A execução continua tendo os seis blocos de financiamento, seis especificidades, fora os objetivos e metas dentro de cada um deles. E, no entanto, a gestão começa a se articular em si mesma, nos espaços como a CIT e CIB, para fazer o que querem com as verbas. (USUÁRIO N° 4).

E é exatamente aqui, na flexibilização normativa das regras de gestão vigentes, que os conselheiros identificam um dos seus principais campos de luta, a fragilização do direito à saúde cristalizada nos novos mecanismos de mercado que acabam

¹³ No dia 28/12/2017, foi publicada a Portaria nº 3.992 acerca do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde. A nova normativa estabeleceu que a transferência dos recursos financeiros federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde na modalidade fundo a fundo, anteriormente repassados em cinco blocos de financiamento, passou a ser realizada em apenas uma conta financeira. Além disso, os recursos para investimentos foram transferidos para uma só conta corrente específica para os investimentos. BRASIL, 2017.

introduzindo toda uma lógica privatizante no Sistema Único de Saúde. E esse projeto segundo os discursos, está em expansão.

Isso [...] também é um embate muito grande porque a gente vê que o conflito de interesse em fazer com que a verba pública seja utilizada realmente para o que é público e necessário para a população está em disputa agora. (USUÁRIO Nº 2).

Pois temos uma média e alta complexidade toda, toda ela financiada hoje em dia através de terceirizações. Ou seja, o capital privado assumiu, de certa forma abocanhando toda a verba, porque é tudo na contratualização de sistema suplementar. Mas agora estamos indo para um modelo mais acirrado ainda. A atenção básica está começando a cair nesse modelo. (USUÁRIO Nº 4).

Ainda no processo de categorização dos discursos, salta aos olhos a importância que as falas dos conselheiros dão a elementos recorrentes de uma visão ampliada do processo saúde-doença, do que pode ser caracterizado aqui como um conceito ampliado de saúde. Segundo boa parte das falas, é impossível se discutir o direito a saúde sem também discutirmos qual o conceito que temos sobre o que é saúde.

O conceito de saúde para nós, não é cuidar do doente, é cuidar da saúde, da vida das pessoas. É ter uma vida digna, alimentação saudável, renda, programa de renda mínima para mais de 30% da população brasileira que vive em extrema pobreza, e está voltando para ao mapa da fome no Brasil. Infelizmente temos pessoas comendo osso, que a gente dá pra cachorro. (USUÁRIO Nº 1).

[...] Mas não compreendem que o SUS está nessa live, dentro do transporte, supermercado, presídio. (USUÁRIO Nº 5).

Esses mesmos usuários aprofundam essa visão localizando na articulação com as outras políticas públicas algo necessário para a melhoria da saúde da população brasileira. Também enxerga que essa articulação se deva dar inclusive entre os espaços de participação existentes para além do setor saúde.

Um elemento importante que trago pro debate é que precisamos sim lutar pela política pública de saúde e pelo SUS. Mas precisamos lutar por outras políticas públicas. Só a saúde pública isolada [...]. O Conselho Nacional de Saúde lutar só pela saúde, é importante. Mas não é suficiente! A gente precisa lutar por programas de renda para famílias, outras políticas públicas de educação, garantir o direito das populações vulneráveis no Brasil, como moradores de rua, as comunidades indígenas, quilombolas, ribeirinhas, as favelas. (USUÁRIO Nº 5).

Precisamos garantir que esse público seja inserido em outras políticas

públicas de forma articulada com as políticas nacionais de saúde. Vejo a necessidade de uma ação mais integrada interconselhos. A luta precisa ser mais integrada e associada. Não adianta um conselho sozinho lutar por sua política, temática, digamos assim. É importante, mas não é suficiente”. (USUÁRIO Nº 1).

Diria que isso é um aspecto da integralidade das políticas públicas e o papel dos conselhos de controle social. É uma coisa que a gente precisa avançar, para a frente, inclusive ajudar nessa luta de construir uma democracia mais sólida, mais consciente. (USUÁRIO Nº 5).

Apesar da importância que os conselheiros dão ao reconhecimento da entrada de mecanismos de mercado na sua agenda e do financiamento, um deles aponta uma espécie de hipertrofia dessa pauta nas discussões do conselho. “Acho que a principal pauta dessa gestão foi colocar muito forte a bandeira do financiamento no SUS. Isso é muito nítido pra gente. Inclusive eu tenho certa implicância com isso”. (USUÁRIO Nº 2).

Porém, logo em seguida ela retoma a importância e acerto da discussão do financiamento para o Estado brasileiro. Essa ironia na fala muito possivelmente indica uma certa frustração com relação a ineficácia do papel do controle social para se contrapor a lógica neoliberal, que vem sendo introduzida e identificada pelos usuários do CNS de forma quase sistemática.

Porque financiamento é superimportante, sem dinheiro não se faz nada, mas existem outras pautas importantes. Estão sucateando a educação, e o trabalhador [...] A gente foi sendo atacado por tudo quanto é pauta. Sucateamento da atenção primária, o desfinanciamento. Então acho que foi uma bandeira acertada do conselho colocar a bandeira do financiamento na centralidade.

Então existem pautas muito concretas nessa área. Então o conselho toma isso e tem uma resposta muito ativa, que incomoda diversos setores, porque consegue pautar isso no debate. Acho que foi uma bandeira acertada, o conselho conseguiu vocalizar sua opinião. Mas infelizmente, pra esses caras do mercado financeiro, isso não quer dizer muita coisa. (USUÁRIO Nº 2).

Sobre as estratégias para confrontação dessa agenda de austeridade, uma das principais que os conselheiros sinalizam é a informação e qualificação no entendimento desses mecanismos, bem como eles tem comprometido de forma brutal o financiamento do sistema de saúde. Mais de um conselheiro fez referência à lógica de trabalho descentralizada em comissões e o importante papel que uma delas tem para subsidiar a discussão do CNS com relação à essa agenda neoliberal.

A gente tem uma equipe técnica muito boa. A COFIN¹⁴, por exemplo, tem uma formulação muito robusta, os conselheiros sabem do que estão falando, fazem isso há muito tempo, com uma análise técnica muito aprofundada, artigos publicados por parte dos conselheiros, pautam o debate mesmo com a sociedade. Acho que essa foi a marca. (USUÁRIO Nº 2).

Esse empoderamento dos conselheiros através da informação qualificada e traduzida dos complexos cálculos econômicos permite uma segurança maior na tomada de decisões ao longo do tempo de exercício do mandato, se revelando em ação que começa a acontecer a partir de pouco tempo atrás. Os conselheiros, ao contrário do que fizeram historicamente, começam a esboçar uma reação ainda que tardia, a da não aprovação das prestações de contas do Ministério da Saúde conforme atribuição prevista na Lei 8142.

Você vê que tivemos, agora, na última reunião do Conselho Nacional de Saúde, a aprovação da prestação de contas. E eu não fui a favor, eu fui contra, porque não atinge nossos objetivos e os da população brasileira. [...] Foi reprovado, 77% de reprovação e muitos votaram com ressalva. Ninguém aprovou, mas aprovaram com ressalva. Eu entendo que esse “aprovar com ressalva” é muito ruim. Ou aprova ou não aprova. Achei melhor não aprovar!. (USUÁRIO Nº 3).

E aqui temos duas falas de um mesmo entrevistado que parecem encapsular o discurso da importância da informação e decodificação da linguagem econômica para a tomada da decisão que os conselheiros julgam mais qualificada e acertada e que orienta novas decisões de voto.

Não foi só minha visão. Foi a de toda a representação dos usuários. Nos reunimos antes e entendemos, a partir do momento que a COFIN apresentou os dados, que não se atinge os objetivos da política de saúde. (USUÁRIO Nº 2)

Sim, não tenha dúvida, importantíssimo. Nos ajuda e muito quando vamos fazer a prestação de contas. Só tenho a agradecer o papel que ela vem fazendo, tem sido de extrema importância e tem nos ajudado aí diante das deliberações e das prestações de contas do ministério. (USUÁRIO Nº 2).

¹⁴ A Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (Cofin) tem por finalidade subsidiar o Conselho Nacional de Saúde nas atividades específicas de promover e apoiar o processo de Controle Social pelos Conselhos de Saúde das demais esferas do poder, em especial, na disseminação das atividades relativas à questão orçamentária e financeira. Tem como função acompanhar o processo de execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde no contexto da Seguridade Social no âmbito do Orçamento Geral da União-OGU. Também colabora na formulação de diretrizes para o processo de Planejamento e Avaliação do SUS.

Apesar das consequências da pandemia para a participação social no CNS serem tratadas numa categoria a parte mais adiante, aqui é digno de nota que muitas dos discursos dos conselheiros consideram uma janela de oportunidade a visão positiva que a sociedade passou a ter sobre o SUS. Segundo os conselheiros, isso abre um flanco muito favorável em setores mais reativos para a discussão sobre o direito a saúde, agora de uma forma muito mais potente.

Acho que agora na pandemia que a gente tem conseguido colocar isso aí mais forte. As pessoas estão sentindo né? Falta de leitos, falta de equipamentos, muita gente morrendo, muitas pessoas precisando do SUS. Quem não usava o SUS, passa a reconhecer a importância. Há um movimento muito importante de reconhecimento que o SUS faz. [...] Sim. Essa coisa da vacinação [...] acho que a pandemia traz isso. E traz também essa dimensão que precisamos financiar para garantir que o sistema sobreviva. Então acho que foi muito acertado e se a gente tem sofrido consequências, é por falta de investimento nesse sistema. (USUÁRIO Nº 2).

Mas mesmo com esses recursos subnotificados ou subfinanciamento, o SUS mostrou seu valor agora na pandemia. Mostrava antes, mas o povo não conseguia ver. O que o povo via era o SUS da TV. Era o SUS que a mídia elitista trazia, o SUS das filas, o SUS da falta de medicação. (USUÁRIO Nº 5).

Aqui é importante frisar, que apesar de não haver ainda uma estratégia institucional do CNS para se utilizar desse momento favorável de visibilidade do SUS, há sinais pelas falas que o controle social precisa se comunicar melhor com a sociedade. Esse movimento de comunicação necessário percebido pelos conselheiros se dá no sentido de uma espécie de chamamento da população para a defesa da universalidade e das consequências que tal princípio ensejaram na proteção dos cidadãos, inclusive levando-se em conta a comparação com outros países que na visão dos usuários, carecem de um sistema de proteção social e de direito à saúde aos moldes do SUS.

Trouxe mais desigualdade e desemprego. Mas mostrou a importância do SUS ao povo brasileiro. Então, aí, fica até mais fácil [...]. Não por causa da pandemia. Mas ela trouxe isso, e a oportunidade de a gente dizer: olha, é o SUS que está te defendendo, e o SUS que querem acabar. Se você for para os Estados Unidos, precisa trabalhar de domingo a domingo para poder inclusive pagar um plano de saúde. Se tomar um comprimido no Hospital, precisa pagar. O que fazer de saúde nos Estados Unidos, e em outros países, tem que pagar. E nós, diante da historicidade do Brasil, conseguimos sim garantir na Constituição Federal que saúde é dever do Estado e direito do povo brasileiro. (USUÁRIO Nº 1).

Nesse sentido, é emblemática a fala a seguir. Ela encapsula um discurso também recorrente que serve como uma espécie de alento do sentimento de frustração que perpassa as falas dos conselheiros. Ela indica ensejar que, apesar dos pesares, os entrevistados parecem se situar numa espécie de “lado certo” da história, com seus avisos e previsões subestimados, contestados e rechaçados pelo discurso econômico neoliberal, e que se revelaram corretos no final das contas. “Sim, e a saúde não acompanha o gasto da inflação. Veja só essa pandemia para mostrar como estavam errados, né”? (USUÁRIO N° 3).

Porém, e mesmo assim, com o SUS alçado à condição de vitrine das políticas sociais durante a pandemia, com sua percepção e avaliação positiva pela população e outros setores estratégicos da sociedade que sempre antagonizaram com a ideia de um sistema público e universal de saúde, os ataques e a agenda de austeridade fiscal com o desfinanciamento do sistema se fizeram presente segundo os conselheiros.

O conselho também, agora na pandemia, fez várias restrições contra a questão dos recursos do SUS que não foram usados, recursos da pandemia de 2020, 30 bilhões que não foram usados. Foram retirados mais de 40 bilhões para 2021. Então todos esses ataques, e em meio a pandemia, onde o SUS precisaria de mais recursos. O Ministério da Saúde, que não é ministério, não é da saúde, está sendo da doença e do desmonte. (USUÁRIO N° 5).

Ainda teve a Covaxin, que está na CPI da covid. O conselho nacional também foi chamado pela CPI, já mandou vários materiais, entregou muitos documentos a CPI [...]. Mas, o Ministério da Saúde [...] tivemos quatro ou cinco ministros, com o Queiroga, em um ano e meio. Sabe? Isso mostra que o SUS é algo que eles querem destruir a todo o custo. Sempre quiseram destruir o SUS. Mas agora com mais força”. (USUÁRIO N° 5).

Sobre as estratégias que o controle social utiliza para tentar frear o desfinanciamento, a agenda de austeridade e a nova introdução de mecanismos de mercado, elas são difusas e parecem carecer de uma coordenação pelo alinhamento dos discursos. Para além da judicialização com o acionamento do Supremo Tribunal Federal que tem caracterizado a relação entre os poderes na república atualmente, percebe-se um esforço muito individual dos conselheiros. Esse esforço se dá na ocupação dos espaços que ainda lhes são garantidos ocupar, bem como uma atuação para fora do espaço deliberativo do CNS, principalmente com o poder legislativo.

Olha, eu vou trabalhar no sentido de reforçar o papel do Conselho Nacional de Saúde. Reforçar as comissões intersetoriais, que trabalham com as moções e recomendações que vão para a Mesa Diretora, e então vão para o conselho para as deliberações. E aí, fortalecer o trabalho das deliberações do conselho junto à Câmara dos Deputados e o Senado. (USUÁRIO Nº 3).

Outra forma de contraposição recorrente nas falas a essa agenda, os próprios entrevistados caracterizam-na como novidade na forma de controle que os conselheiros têm em mãos, prevista em lei orgânica do SUS, é a não aprovação da prestação de contas do Ministério da Saúde. Aqui há um fio narrativo comum entre os conselheiros, que consideram esse expediente do CNS como espécie de ruptura com o segmento da gestão, independente de governo, mas em função de uma concepção de Estado garantidor de direitos que os conselheiros têm. Esse rompimento segundo os mesmos, também foi consequência de uma lógica histórica de imposições por parte do MS, que é característica deslegitimadora do Controle Social há longa data já.

É, tu sabe que uma análise que a gente tem feito, no coletivo, inclusive sobre isso, e aí deixa mais claro que a gente não está fazendo, de certa forma, uma atuação baseada em governo. De outros governos ditos progressista a gente começou já. (USUÁRIO Nº 2).

O fato é que não dava mais para aceitar a gente aprovar com ressalvas questões (nas quais) as ressalvas nunca eram cumpridas, nunca traziam modificação para melhorar a execução do governo em certas áreas. (USUÁRIO Nº 5).

Primeiro, ele não estava considerando o papel formulador e regulador que o controle social tem sobre a gestão. Esse papel estava sendo desrespeitado. Ou seja, a gente enganou os bestas e conseguimos aprovar com ressalvas. Perdoe, mas eu já ia falar besteira, mas lasque-se as ressalvas. (USUÁRIO Nº 4).

O mesmo conselheiro segue aprofundando o diagnóstico da agenda de austeridade fiscal como um dos motivos para essa tomada de decisão e da tentativa de se criar um contrapeso para minimizar a lógica de desfinanciamento que asfixia o sistema de saúde. Essa argumentação tem considerável associação nos discursos, unindo a concepção ampliada do direito à saúde com as desigualdades produzidas pelo subfinanciamento do sistema público de saúde.

Nós temos áreas de execução pífia, vergonhosa: ciência e tecnologia, incorporação tecnológica, atenção básica, com execuções horríveis. Principalmente as áreas de saúde específicas de certas populações, tudo aquilo que traz equidade em saúde, a execução é horrível. (USUÁRIO Nº 4).

Então a gente nunca, no meu entender, conseguiu fazer equidade como deveria, mesmo com todas as políticas que a gente ajudou a criar e forçou a implantação e implementação. A grande questão nisso tudo é que o controle cansou de fazer aquilo que deveria. (USUÁRIO Nº 4).

O fato é que a saúde vem sendo desfinanciada de tal modo que a não execução nesse exato momento, você pode colocar como responsabilidade grave de não-consecução do direito à saúde lá na ponta, para a população. (USUÁRIO Nº 4).

Apesar das conferências nacionais de saúde não serem o foco aqui, algumas das falas dos entrevistados também relacionam esse mecanismo de participação com a fragilização do direito à saúde através da agenda de austeridade. Aqui os conselheiros trazem também um discurso deslegitimador da sua atuação e trabalho em função do não acolhimento pela gestão das recomendações e orientações que partem dos relatórios finais das conferências de saúde. Segundo os mesmos, isso também contribuiu para o caldo autoritário identificado pelos conselheiros e que culminou no rompimento entre usuários e gestão dentro da dinâmica e unidade de corpo que caracterizava os discursos dos conselheiros inicialmente.

É que nem dizer que foram incorporadas as diretrizes e propostas da 16ª Conferência Nacional de Saúde no Plano Nacional de Saúde 2020-2023, e quando você olha o plano nada está realmente incorporado. É uma ilusão de incorporação! Uma hipocrisia dizer que aquilo foi incorporado. Mentira! Não foi incorporado nada. E a mesma coisa são as ressalvas: de quatro em quatro meses, a gente aponta medidas corretivas, e não são absorvidas, não ajudam a modificar panorama nenhum. As execuções continuam piorando, e quando chega no relatório anual de gestão, que é a soma dos três quadrimestres, do que a gente adiantou a gente pedir medida corretiva? Nada! (USUÁRIO Nº 4).

Adiante, o mesmo conselheiro se revolta em sua percepção de que tais práticas de alinhamento com a matriz econômica pelo setor saúde trazem um risco real e concreto para o horizonte do sistema único de saúde. Utilizando-se de metáfora sobre o ambiente político ele segue na tentativa de explicar e situar a decisão de rompimento com o segmento da gestão que perpassa a quase totalidade das falas sobre a relação com o MS nos últimos anos de desfinanciamento do sistema de saúde. Esse ponto de convergência das falas é de extrema importância, porque apesar da situação dramática atual reconhecida e por diversas vezes apontadas pelos entrevistados, há um *continuum* de desrespeito, apesar de setores mais progressistas do campo da saúde fazerem questão de ignorar. Para este conselheiro, a situação descrita

definitivamente não pode mais ser tolerada.

É aquela coisa: a mãe deu um puxão de orelha, mas você continua subindo na goiabeira para olhar Jesus [...]. Vou fazer essa metáfora [...]. E não muda seu comportamento? Um dia você vai cair da goiabeira. Então é isso que a gente não está querendo, acabar com o SUS, que é o risco que a gente corre nesse exato momento. E nós não estamos radicalizando posição.

A gente está sendo responsável no limite da nossa prerrogativa real, que é: ou muda, ou isso não pode mais ser aceito. E que bom que começou nos outros governos, que eram mais progressistas, porque tenho visto muito colega do conselho nacional das antigas dizer: olha, a gente já brigou com o ministro X, Y e Z, que hoje em dia estão se colocando contra esse governo, mas também tiveram medidas que não foram tão democráticas, tão boas pro SUS como eram antes.

É, a gente tem essa crítica com essa linha histórica, que não começa atualmente [...] apesar de ter recrudescido e piorado com o Temer, a questão da própria emenda de tetos, mas vem de antes.

Então é aquela coisa, historicamente a gente vai vendo que nem tudo era bonito lá e que está muito pior agora. (USUÁRIO Nº 4).

Outro ponto que chama atenção na convergência dos discursos sobre o desfinanciamento é que este, em verdade, serve como cortina de fumaça para a introdução de novos mecanismos de mercado, caracterizando a privatização escamoteada do sistema público de saúde. São elencadas nas falas uma espécie de eufemismo de uma atuação pouco republicana dos últimos ministros da saúde por exemplo, que tem se dedicado mais a representação dos interesses privados para dentro do sistema, do que uma defesa do direito à saúde como política de Estado.

Porque nós estamos com o campo tão mal definido sobre o que ainda é governo e o que é iniciativa privada, o que é público e o que é privado, o que é responsabilidade e o que é favor. (USUÁRIO Nº 2).

Mas acho que outro exemplo muito claro é o quanto a gente está em um tensionamento agora sobre a questão da saúde suplementar querendo abocanhar os últimos quinhões de financiamento do SUS, e principalmente porque o atual ministro é médico e é ligado a todas operadoras nacionais e internacionais de saúde privada no Brasil. (USUÁRIO Nº 3).

Essa falta de definição e diluição entre o que é público e privado é identificada pelos discursos como parte da estratégia de desmonte do sistema público de saúde e um importante ponto de disputa entre o segmento dos usuários, da gestão e dos representantes dos prestadores de serviços, com enormes prejuízos ao financiamento do sistema.

Então existe disputa, porque a gente sabe que o SUS, desde sua implementação e criação não está terminado, está em construção. Mas existem setores dentro do Brasil que tentam destruí-lo. Quando não conseguem, vão minando o SUS. Um exemplo disso, é que cerca de 60% do orçamento do SUS é para o setor privado. E aí é uma negligência do próprio Estado brasileiro. Dentro desses entraves, sempre o privado lucra muito com o SUS, e nós sabemos que o SUS, se tivesse funcionamento certo e garantido, não só na pandemia, mas antes, faria muito mais. (USUÁRIO Nº 5).

São comuns os discursos indignados dos conselheiros que reverberam essa realidade sentida por eles. Aqui, a título de exemplo, temos uma fala que grita em forma de denúncia sobre os expedientes adotados pelo Ministério da Saúde. Ela auxilia na caracterização desse alinhamento com os setores da saúde suplementar que tem atropelado qualquer concepção de um direito a saúde calcada num financiamento público, necessário para a manutenção do sistema de saúde. A fala também é reveladora, mais uma vez, da angústia que caracteriza o universo de atuação do CNS, que não é legitimado como instância de formulação e um desejável braço auxiliar na elaboração e defesa da política de saúde proposta pela reforma sanitária.

E ele chega, e antes de se reunir com o conselho nacional, se reúne com as operadoras, com a Rede D'Or, com todas as grandes operadoras de saúde privada no Brasil. Então é pra que você entenda, esses são os exemplos daquilo que está se praticando nesse exato momento e, infelizmente, a nossa atuação acaba sendo sempre de apagar fogueira. É mitigar impactos daquilo que vem sendo feito acima de algo imprescindível, que eu vivo dizendo, e a ONU preconiza, que é o diálogo social. (USUÁRIO Nº 4).

Porém, mesmo diante do sentimento de impotência, quando indagado sobre como ele vislumbrava qual sistema de saúde teríamos hoje sem o controle social e sem o CNS, a resposta é contundente e reveladora da importância que os conselheiros dão para sua atuação na defesa do direito à saúde.

A gente ia estar pagando imposto, pagando plano de saúde acessível, que era o que o Barros queria, com um SUS que não ia dar mais nada, ia cobrar quando você fosse ser atendido: Ou seja, íamos pagar imposto e ainda pagar na hora de ser atendido. O SUS não ia mais ser público e a gente ia pagar duplamente. Era isso que ia acontecer nesse contexto. (USUÁRIO Nº 4).

5.4.4 Sentidos e percepções da democracia no Brasil atual

Aqui, temos a construção de uma categoria orientada pelos discursos que versam sobre a visão de democracia que os conselheiros têm e suas possíveis mudanças ao longo da história recente do país. Os discursos resgatam um imaginário ainda vivo nas falas sobre as origens do SUS, associado à reforma sanitária e ao legado da 8ª Conferência Nacional de saúde. Trazem uma caracterização conservadora e reacionária da sociedade brasileira que na visão dos conselheiros está presente também nas instituições. As falas demarcam as marchas de 2013 como um momento de virada e ruptura, que tem relação com um contexto maior de uma agenda neoliberal em curso e implementada a força em outros países à semelhança do Brasil. Esse foi um ano de uma espécie de abertura de caixa de pandora, que pelas falas culminam com um golpe de Estado e a supressão de diversos direitos sociais que a sociedade brasileira conquistou desde a redemocratização. Porém, para a totalidade dos entrevistados, apesar de essencial, é um ano de ainda difícil entendimento e compreensão. Também há queixas sobre o modelo de democracia adotado no país, com ênfase na representação em detrimento de mecanismos de participação. Esse modelo é causador e resultado nos discursos de uma baixa cidadania, que não é orientada por uma concepção maior dos direitos da população e que tem relação com nossa frágil democracia.

Invariavelmente, no início da conversa sobre a percepção de democracia que os entrevistados têm e como ela têm mudado ao longo da última década, há um resgate do período de redemocratização da república pós ditadura militar e da sua importância para refletirmos sobre o atual contexto político. Algumas falas inclusive caracterizam a democracia como quase um “regime de exceção” no país, haja visto sua inconstância na história brasileira. Podemos encontrar nas entrevistas o receio da volta de uma ditadura, receio esse que não era sentido pelos conselheiros até pouco tempo atrás. Também tem intensidade as falas que resgatam os ideais da reforma sanitária, marcando uma clara concepção histórica do papel do controle social para o exercício da democracia no país e seus vínculos com um conceito ampliado de saúde.

Se tratando de democracia, vamos pegar aí a Constituição de 88. Ulysses Guimarães, o falecido Ulysses Guimarães. Sou um defensor

da democracia, diretas já, e..liberdade, e valorizar sempre o que temos de bom, porque nós lutamos muito [...]. Acabar com a ditadura e trazer de volta a democracia. Se não tomarmos cuidado, nos últimos tempos, a ditadura pode voltar. (USUÁRIO N° 3).

A gente vive poucos anos de democracia. Se a gente for avaliar, tivemos mais golpes e mais períodos ditatoriais e de opressão do que democracia. (USUÁRIO N° 5).

Não é frase minha, mas quando eu entrei no conselho, através da conferência nacional de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, através do Sérgio Arouca, houve um debate muito rico, com a ideia que saúde é democracia e democracia é saúde. Assim, o gancho da saúde com a democracia é antigo [...]. (USUÁRIO N° 1).

As falas orientam discursos que inferem a democracia como um ideal a ser perseguido, mas ainda longe de ser alcançado na sua plenitude. Em mais de uma fala, a identificação de um conservadorismo que faz parte do traço cultural do país guarda relação com as rupturas que são muito mais uma característica, do que exceção na construção desse longo caminho como apontado inicialmente. Esse discurso comum sobre o traço do conservadorismo, inclusive com um viés religioso identificado nas falas, como característica da sociedade brasileira também tem relação na compreensão dos conselheiros com uma guinada à direita que caracterizou a experiência democrática da última década.

Por exemplo, a questão do ultraconservadorismo, e tudo isso nos revelou uma sociedade muito conservadora. Somos uma sociedade também, do ponto de vista da religião, com um fanatismo muito grande [...] bem como o falso moralismo e de princípios equivocados que, na minha opinião, a sociedade tem quanto à família. (USUÁRIO N° 2).

Acho que vivemos um país democrático, o Brasil, a gente teve ali o rompimento da ditadura militar, mas na minha opinião [...] é uma opinião mais pessoal, do meu sentimento: a gente vem nessa luta pela democracia e pelo estado democrático e de direito faz tempo. Mas na minha avaliação a nossa democracia é muito frágil, porque nós temos no Brasil uma sociedade, e isso se revelou na eleição do Bolsonaro, e a partir de 2013 também, uma sociedade muito conservadora. E isso se revelou muito forte agora no governo Bolsonaro. (USUÁRIO N° 1).

O ano de 2013, como não poderia deixar de ser, é emblemático para os conselheiros. Existe uma correlação entre os discursos que o caracterizam como um ano de ruptura sob vários aspectos. É um elemento chave para uma compreensão e orientação da percepção atual que os conselheiros têm sobre democracia, seus limites e esgotamentos. O aspecto conservador citado anteriormente que tomou à superfície do espaço público da política é só um deles. Também é recorrente o

discurso de como as manifestações de junho e a fragilização da política que caracterizou aquele momento, abriram espaço para entrada de uma nova racionalidade, que no fundo misturava uma moralidade política conservadora, com uma nova agenda econômica neoliberal. Porém, a memória dos conselheiros marca muito fortemente nos discursos a lembrança de uma mudança que ocorreu durante as marchas de junho, uma migração da agenda política de um polo a outro, como perceberemos em vários momentos das entrevistas.

Então a sociedade brasileira de 2013, em minha avaliação, Dilma estava ali naquele momento do governo [...], e a sociedade viu ali um momento em que tinha uma lacuna, o país não vinha no mesmo ritmo do presidente Lula, e viu ali um momento de fragilidade, e aproveitou esse momento e vácuo para entrar com aquelas manifestações. [...] Aí reforçou tudo que estou dizendo. Não havia ali moralismo, dos princípios equivocados de família, mas tinha um discurso de que a gente precisava ter um país [...]. E aí a Ponte para o Futuro¹⁵ era muito mais essa bandeira do neoliberalismo [...] que o Estado só não daria conta disso, que precisava investir, e o capital. A sociedade entrou nessa onda de que o modelo de Estado que a gente estava implementando ali não daria conta sozinho. (USUÁRIO Nº 1).

Outro ponto que exige reflexão propiciada pelas falas, é o de que as manifestações de 2013, históricas pelo seu tamanho e capacidade de mobilização das massas nas ruas, revela um esgotamento do próprio modelo de democracia representativa que caracteriza o Brasil. Segundo os conselheiros, depois de identificada essa migração na agenda das ruas, não houve capacidade aglutinadora de resposta pelos setores mais progressistas da sociedade que pudesse fazer frente aquela nova onda conservadora. É percepção de todos os entrevistados, que essa onda que começou naquele ano, inexoravelmente levou ao golpe parlamentar apenas três anos depois do seu início.

Isso se revelou em 2013, teve essa lacuna ali, e acho que não conseguimos [...]. O governo Dilma não conseguiu reverter esse quadro, porque a sociedade [...], o número de gente que foi para a rua

¹⁵ Foi lançado em 2015 pela Fundação Ulysses Guimarães e pelo MDB o documento intitulado “Ponte para o Futuro”, uma espécie de linhas gerais de governo (fora do período eleitoral diga-se de passagem) com o objetivo de sinalizar ao mercado o compromisso de Michel Temer (vice-presidente da república à época) com um programa neoliberal de adequação fiscal. No documento há várias medidas submetendo todos os objetivos da política econômica à política fiscal. Nele eram previstos a perda de direitos com uma extensa reforma trabalhista, forte arrocho dos gastos sociais à semelhança da Emenda Constitucional 95 e uma reforma da previdência com a supressão de garantias já conquistadas pela população.

contra foi muito maior do que o número de pessoas que foi defender. (USUÁRIO Nº 1).

Ali, pra mim, foi uma demonstração de que nós temos uma democracia representativa, mas não temos ainda uma democracia participativa no Brasil. Isso pra mim ficou patente. (USUÁRIO Nº 2).

Sobre os limites desse desenho de democracia, o envolvimento da população em novos formatos de participação que coadunem o exercício da cidadania com uma conscientização dos direitos é um contencioso histórico que o país ainda tem que avançar.

Avançar de uma democracia mais representativa, para uma democracia cidadã, participativa, onde as pessoas tenham consciência do pelo que estão lutando e porquê. Uma consciência crítica. Na nossa população, falta essa visão crítica da luta. A gente precisa dar conta de pensar esse papel de formação do cidadão. (USUÁRIO Nº 1).

Quanto instado a aprofundar mais alguns exemplos que dessem melhor dimensão da relação entre essa nova racionalidade política e o percurso histórico da última década, esse mesmo conselheiro traça um longo caminho que desemboca no atual governo Bolsonaro. Essa narrativa parte desde o massacre dos indígenas cada vez mais comuns, com o desmatamento das florestas e ruína do meio ambiente pelo agronegócio, que segundo ele tem o desfecho final na piora da situação de saúde dos brasileiros. Retoma ainda no final dos exemplos, a falsa moralidade vinculada a ideais conservadores de família que tem sido usado como subterfúgio para retrocessos nunca vistos até então.

Para que o governo pudesse implementar aquilo que acredita que é o desenvolvimento do nosso país, ele colocou uns ministros bem estratégicos, com um perfil que pudesse ajudar.

O perfil do Ricardo Salles¹⁶ nessa pauta de que o capitalismo e o modelo econômico importam muito mais do que a pauta ambiental, do ponto de vista da exploração dos recursos naturais.

Ele foi buscar na ministra Damares¹⁷ um perfil que pudesse trabalhar esse falso princípio do que é família no Brasil, a família como ponto de vista [...]. Um dos projetos da ministra, junto com o MEC, é implementar uma educação domiciliar. Que aí na família, os meninos não teriam contato com a sociedade, vão aprender aquele princípio

¹⁶ Ricardo Sales foi Ministro do Meio Ambiente de 09/12/2018 a 23/06/2021.

¹⁷ Damares Alves foi ministra da Mulher, Família e Direitos Humanos de 2019 a 2022.

apenas.

Então pôs no Ministério da Família uma ministra que tem esse perfil. E pôs, evidentemente, nessa pauta do neoliberalismo, no Ministério da Economia, o Paulo Guedes¹⁸, que tem todo esse perfil. E o alto conservadorismo [...] ficou na própria figura do presidente da república. (USUÁRIO N° 1).

Aqui temos outra fala que emoldura esse discurso onde matizes conservadoras se confundem com a própria lógica neoliberal, presente em outros lugares e momentos históricos e muito bem identificada pelos conselheiros no atual contexto da discussão sobre democracia feito por eles:

Com o governo Bolsonaro, aí eu trouxe esses elementos do alto conservadorismo, da questão do fundamentalismo religioso, e a questão desse princípio falso do moralismo da família. Tem também a questão do neoliberalismo, não dá pra negar. (USUÁRIO N° 3).

Sobre as marchas e o ano de 2013, há um importante depoimento de uma conselheira mais jovem (Usuária nº 2) que ocupou as ruas daquele ano na condição de manifestante estudantil, que traz algumas reflexões interessantes sobre o como é confuso para os conselheiros entender aquele ano. Muito provavelmente, em função da fala, essa dificuldade se deu pela migração da agenda e do polo político que foi característica daquele ano de ruptura como percebemos num discurso que toma um corpo próprio. Aqui vale a pena chamar atenção que a mesma conselheira afirmou de início nunca ter pensado muito sobre isso, mas mesmo assim, tem o entendimento que é imprescindível entender aquele ano. O ano de 2013 serve como uma espécie de fio condutor que leva até o emaranhado de tramas que trouxe as rupturas democráticas que caracterizam o período atual da história do Brasil. Para essa entrevistada, no início, existia uma concepção (para os jovens que ocupavam as ruas inicialmente) que aquelas manifestações faziam parte de um amadurecimento da democracia do país.

Eu acho que a gente, enquanto nação, enquanto país, foi amadurecendo nessa discussão do que é a democracia [...], estou tentando formular agora. Pelo menos para mim, que tenho 30 anos, não vivi a ditadura como meus pais viveram. [...] Acho que a gente estava acostumado com algumas conquistas que fomos tendo nos últimos anos, e não conhece tanto o outro lado, ou seja, como é viver num regime opressor. Há um amadurecimento político do Brasil, eu

¹⁸ Paulo Guedes foi o ministro da economia, assumiu a pasta no primeiro dia do Governo Bolsonaro e ficou até o último dia de governo.

vejo assim. Em 2013, naquela época, fui uma das pessoas que ficou mais confusa com Junho de 2013. Pensando agora sobre, eu não sabia muito como me posicionar. (USUÁRIA Nº 2).

Aqui vale a pena chamar atenção para a dificuldade não só do entendimento sobre o passado de 2013, mas sobre a dificuldade de entendimento do próprio presente vivenciado em 2013, na condição de jovem manifestante à época, politizada e segundo a própria entrevistada, uma “militante do campo progressista”.

É [...] eu não saberia analisar 2013. Acho que existem várias análises políticas, que a gente lê, mas que ainda não conseguiram chegar.

Eu tinha muita clareza que eu estava cursando a Universidade no interior por conta de muitas conquistas feitas antes, eu tinha clareza disso. Vinda de um processo de alcançar coisas, vinda de uma família em que minha mãe passou fome, minha vó também, meu tio foi assassinado nos garimpos. Portanto há uma história, e alcançar a universidade, para mim, e outros espaços, foi mudando meu jeito de ver o mundo, minha visão de mundo. (USUÁRIA Nº 2).

Mesmo assim, ao contrário de muitos falsos entendimentos que consideram junho de 2013 como uma simples orquestração da elite, através de um movimento unificado e elitizado que tentam caracterizar, segundo a própria entrevistada, havia um sentimento “político” que fazia com que os jovens mais engajados também quisessem estar lá. Ocupando esse mesmo espaço público da rua!

Eu estava fascinada pelos movimentos de 2013, mas não sabia direito em que ia dar. Acho que estava todo mundo assim, sem saber qual o final “disso tudo”, onde ia dar “isso”. Mas, também, numa sede muito grande de participar, de construir isso também. Acho que a coisa foi caminhando e não tivemos muitas respostas a essa sede de participar mais, de construir isso também. (USUÁRIA Nº 2).

Esse último trecho da fala é revelador, e guarda relação discursiva com as falas anteriores que sinalizam os limites do modelo de democracia representativa. Para essa entrevistada e manifestante à época, esse modelo não “deu conta de dar conta” de atender a nova demanda de participação dos jovens, que estavam inicialmente nas ruas clamando por mais Estado e mais políticas públicas. E mais uma vez, as falas dão encadeamento e consequência entre as marchas de 2013 e o golpe perpetrado apenas três anos depois. “Acho que a gente não conseguiu responder a essa efervescência. E aí, houve o golpe de 2016, um pouco depois”. (USUÁRIA Nº 2).

A entrevistada também traz seu sentimento pessoal e particular de frustração e tristeza com relação aos rumos que tomaram as ruas a partir de 2013, que na sua

visão, também pode ser estendido para toda sua geração. Geração essa, que segundo a mesma entrevistada, foi ingênua por não ser forjada na mesma luta democrática da geração anterior e hoje se sente extremamente decepcionada, sentimento esse que tem seu ápice com a eleição de Bolsonaro.

É muito sofrido para mim vivenciar esse processo. Então foi muito frustrante pra mim enquanto jovem vivenciar isso. Acho que nós, da minha geração, final da juventude, acho que a gente não tem tanta resistência. Por não ter participado dessa luta pelo Brasil democrático, acho que a gente é meio leite com pera mesmo. E foi muito frustrante pra mim, 2018, ano que o Bolsonaro se elegeu, foi pior ainda. Acho que eu até entrei em depressão, e não consegui entender na época, porque foi muito frustrante. (USUÁRIA Nº 2).

Essa frustração guarda relação com outro discurso apresentado anteriormente, novamente aqui a fala remonta ao conservadorismo oculto e sempre presente na sociedade brasileira, porém que a partir de 2013 se revelou de maneira brutal. Tanto pelo desmonte das conquistas das quais a própria entrevistada considera também fazer parte, tanto pelos discursos de ódio que saíram à luz do espaço público.

Principalmente pra mim, que vivenciei conquistas. Ver os retrocessos, ver vários discursos emergindo. Discursos que a gente achava que estavam superados no imaginário coletivo, mas não estavam. Discursos odiosos mesmo. A gente sempre soube que o Brasil era conservador, nossos pais são conservadores, a gente reproduz isso também no nosso cotidiano. Mas essa coisa do ódio mesmo, isso eu nunca tinha visto. E eu fiquei muito mal mesmo de ver esse outro Brasil, essa outra cara. (USUÁRIA Nº 2).

A entrevistada faz ainda uma última análise sobre as marchas de 2013, que dialoga com a falta de formação política e a baixa cidadania. Segundo sua fala, houve uma espécie de captura das pautas dos movimentos que tinham características diversas e estavam inicialmente nas ruas. Ela não entende muito bem como se deu a transformação de uma agenda mais progressista para uma de cunho conservador, mas mais uma vez recorre a esse elemento latente, adormecido, que ela identifica como conservadorismo e como a mola que catapultou a barbárie no Brasil recente.

Inclusive porque não foi um movimento uno, seriam várias coisas juntas. Acho que foi um movimento de revolta mesmo e emergem várias coisas ali. Acho que tem um ponto que é você dar voz e espaço a várias posições diferentes, que vão desde [...] sei lá [...] as mais progressistas, até neonazistas nas ruas. Então você vê de tudo. Então quando você dá palco pra essas coisas que estavam escondidas, você corre um certo risco. Você traz à tona muitas coisas que estavam no subterrâneo. Esse sentimento de indignação foi se transformando.

Enfim [...]. E pela nossa falta de formação política, eu acho, enquanto Brasil, as pessoas não souberam [...]. É muito arrogante eu falar isso, mas acho que as pessoas não souberam lidar com aquele sentimento, e ele foi sendo capturado pelos mais diversos interesses. E aí você vê uma pessoa que é retrato do brasileiro médio: com posições conservadoras, que todos nós reproduzimos, mas que vai pautando o seu projeto. Que é um projeto genocida! (USUÁRIA Nº 2).

Há uma outra interpretação discursiva para o ano de 2013 que também é recorrente e funciona como um fio condutor que perpassa várias das falas com bastante intensidade. Ela traz o Brasil como parte de um cenário mundial de disputa de hegemonias entre o Estado e o mercado, que tem como um dos seus obstáculos principais, a própria democracia e a vontade popular. Para esses conselheiros, os antigos desenhos de Estado-nação também não conseguem mais se sobrepor às forças da financeirização e do capital que entraram na agenda política brasileira com muito mais força a partir de 2013. A seguir temos 3 falas que capturam a essência desse viés interpretativo dos usuários entrevistados.

Porque tudo aquilo que acontece no panorama internacional também nos influencia aqui nacionalmente. A grande questão que muita gente talvez não perceba é o quanto algumas radicalidades começaram lá naquele período também [...], inclusive esse enfrentamento sobre qual modelo de democracia a gente quer e vive nesse exato momento. (USUÁRIO Nº 4).

Eu acho que tem a ver muito com essa possibilidade que é colocada para o mundo inteiro que [...] também [...] o governo da economia [...] olha, como é [...]. Não sei se é uma interpretação só minha: o governo da economia sobre os estados, sabe? Eles começaram a delimitar outras regras onde o capitalismo ultra neoliberal tem influenciado de tal maneira os estados que, assim [...]. (USUÁRIO Nº 3).

Grécia, Portugal, em vários lugares, fizeram surgir uns processos bem estranhos de tomada de atitude onde a economia manda em tudo, está acima de tudo. (USUÁRIO Nº 1).

Quase a totalidade dos entrevistados chamam atenção para esse tensionamento entre ascensão do neoliberalismo e democracia. “Essas radicalidades foram trazidas nesses contextos todos de modificações dos panoramas democráticos e políticos no mundo inteiro”. (USUÁRIO Nº 4).

Para este mesmo entrevistado inclusive, a consequência desse novo fenômeno não poderia ser pior, que é o surgimento de um fascismo de mercado, segundo palavras próprias.

A gente tem muita situação de exploração com concentração de riqueza em diversos lugares do mundo, e uma grande parte da humanidade mal consegue sobreviver, enquanto outros enriquecem. Então talvez essa coisa [...], esse tensionamento, tenha ficado mais evidente, e os modelos de governo tenha se acirrado para essa proposta que está caminhando literalmente para alguns modelos fascistas abertos. (USUÁRIO Nº 4).

Por fim, essa categoria traz o núcleo de um discurso crítico que tem relação com o esgotamento do modelo de coalização político partidário utilizado à época e suas consequências que desembocaram no golpe de 2016. Para mais de um conselheiro, essa estratégia foi equivocada ao permitir que uma agenda de ideologia confusa aceitasse inclusive a retirada de direitos sociais antes até mesmo da queda de um “governo progressista” identificado com as pautas mais populares.

Mas a gente sabe também, que esse tal de governo de coalização é uma das piores coisas que existiram para nós, populações periféricas e constantemente violadas. [...] Claro que existem momentos em que a política do Brasil é feita de coalizão, de governos buscando apoios. Só que a coalização que digo como errada foi feita com Dilma e PT e o MDB, que são na verdade, que são traíras. (USUÁRIO Nº 5).

5.4.5 Constrangimentos antidemocráticos e a fragilização do Conselho Nacional de Saúde

Aqui temos uma categoria que é estruturada por discursos carregados de angústia e preocupação com a atual situação do controle social no país. Ela dialoga com a percepção de uma nova gestão autoritária que tem caracterizado a relação entre os usuários e o Ministério da Saúde. Os conselheiros trazem em suas narrativas um histórico de deslegitimação, fragilização e ataques aos mecanismos de participação na última década. Essa percepção vem da comparação entre os últimos governos e em como a falta de legitimidade para atuação dos conselheiros se faz cada vez mais presente e de forma absolutamente autoritária. Os usuários sentem sua atuação cada vez mais asfixiada, inclusive com receio de extinção do Conselho Nacional de Saúde, diante de uma série de ameaças relatadas pelos entrevistados. Nessa categoria também são elencadas as diversas estratégias e expedientes que o governo Bolsonaro adotou para deslegitimar o controle social no SUS, que se deram principalmente pelo desfinanciamento, invisibilização e esvaziamento dos espaços de

participação. As falas também trazem um novo componente nessa forma autoritária que caracteriza a relação entre governo e controle social, que se dá pela militarização do Ministério da Saúde e da dificuldade de diálogo decorrente dessa nova lógica. Também são relatados vários exemplos desse novo autoritarismo e de como o CNS tem sido refém dessa relação, com ênfase nos constrangimentos para a realização da Conferência Nacional de Saúde Mental como um gritante exemplo de deslegitimidade recente do controle social.

Os entrevistados invariavelmente trazem nas suas falas sobre os desafios para participação uma relação histórica, *vis a vis* a categoria anterior, do regime democrático brasileiro na última década e as suas drásticas consequências para sua atuação como conselheiros, mais notadamente no governo Bolsonaro. Para eles, é importante notar que depois da ruptura com o golpe de 2016, esse autoritarismo deslegitimador do controle social no país começa a se fazer presente de forma muito contundente.

Veja bem, já no governo Temer, ali com o golpe, houve uma tentativa de fragilizar os espaços de controle social no Brasil. Eu fazia parte do Fórum Nacional de Educação, no governo Temer. Assim que o ministro da educação entrou, já baixou um decreto acabando com o Fórum. Na verdade, não acabou. Reestruturou, tirando várias entidades importantes para colocar aquelas que ele gostaria que ali estivessem. (USUÁRIO Nº 1).

O relato a seguir dá mostras do escárnio que já se fazia presente desde o golpe de 2016 e de como a vida dos conselheiros se fez sentir muito mais difícil depois desse ano. O exemplo também é revelador de como o governo federal tem atuado desde então no subterrâneo e na luz do dia para fragilizar o SUS com a introdução dos mecanismos de mercado, a despeito de qualquer decisão do conselho de saúde como apresentado em categoria anterior.

Por exemplo, o Barros, o ministro Barros, no conselho nacional, ele claramente trazia medidas prontas para a gente e falava com o conselho de uma maneira cínica, de uma maneira hipócrita, rindo da nossa cara [...] como se aquilo que ele estava dizendo, que para ele seria o bem que ele fazia para a saúde. No entanto, a gente sabe que ele estava articulando desde aquela época, tentando assumir a Hemobrás, tentando mudar a questão da atenção básica para ser assumida totalmente pela iniciativa privada, que não conseguiram levar adiante. (USUÁRIO Nº 4).

Esse ataque aos mecanismos de participação no país, apesar de também ser

encontrado no controle social do SUS, tem seus efeitos minimizados na política pública de saúde já que esse espaço é garantido por lei. Para os entrevistados, esse quesito de proteção legal resguarda a legitimidade e a autossustentação para atuação dos conselhos e dos mecanismos de participação. Também é ressaltada nas falas a resiliência que esse guarda-chuva legal tem dado ao controle social dentro do sistema de saúde.

Essa tentativa do governo Temer, foi feita em vários espaços. Com o Conselho Nacional de Saúde, não conseguiram. É criado por lei, dificilmente conseguem acabar com ele, só se mudar a lei, o que não é fácil. [...] Há uma luta muito grande. É um conselho muito grande, forte, com uma história de luta, com suas raízes na Constituição de 88, criado por uma lei. Para acabar, primeiro tem que ter o aval da Câmara, e ele não vai conseguir. Ele já viu que se for por aí, vai se fragilizar. (USUÁRIO Nº 1).

O conselho, apesar de ser deliberativo, é um conselho que, na atual conjuntura desse governo, [este] fez de tudo pra derrubar [...]. Não só o Conselho Nacional de Saúde, mas todos os conselhos que existem nesse país. E ele conseguiu. Conseguiu derrubar comissões, conselhos. Não são poucos, são muitos. Mas ele não conseguiu derrubar o Conselho Nacional de Saúde. Significa que o conselho é muito forte. (USUÁRIO Nº 3).

Os discursos trazem uma divisão comparativa entre os governos na relação com o controle social após a ruptura de 2016, ano que também é considerado como uma espécie de “antes e depois”. Para os conselheiros, nunca foi fácil dentro de uma normalidade, a relação com o segmento da gestão. Apesar disso, nunca assistiram ataques tão organizados e coordenados como os que se deram depois desse ano, que segundo eles fazem parte de uma ação deliberada do Ministério de Saúde para fragilização dos espaços de participação.

Quando você tem um governo mais democrático e popular, mesmo que não atenda todas as deliberações do conselho, entendo e compreendo o limite do gestor público [...]. Mas um governo democrático e popular pelo menos busca e buscou atender as demandas do conselho. Respeitou as deliberações do conselho. (USUÁRIO Nº 2).

Quando você entra no conselho, a partir do golpe de 2016 e agora mais recentemente, o governo, em alguns espaços, o governo tentou acabar. Como não conseguiu acabar com o conselho, também não apoia, e não leva nada que o conselho delibera. A gente delibera, mas é diferente, não há um governo que apoie. (USUÁRIO Nº 3).

Apesar do respaldo legal garantido pela lei 8142 que ajuda na legitimidade e

mais autonomia do CNS, na percepção dos conselheiros, é fato que o governo Bolsonaro tentou acabar com o conselho. Esta percepção, que é recorrente nos discursos, tem motivo real e tem relação nas falas com o decreto comemorativo de 100 dias de governo que extinguiu todos os espaços federais de participação, inclusive o CNS.

A gente assume [...] o governo, como ato comemorativo, dos seus 100 dias de governo, fez um decreto extinguindo todos os conselhos federais de participação, não sei se você lembra, aí foi judicializado [...]. (USUÁRIO Nº 3).

O 9759 [...] acabava com os colegiados participativos [...]. Para a gente foi uma bomba, né? Um horror. (USUÁRIO Nº 4).

Teve o decreto [...]. Pra comemorar cem dias de governo, lançaram o decreto [...]. Na realidade, para ser bem franco comigo e com minha percepção, se o governo pudesse, acabaria com o conselho. (USUÁRIO Nº 1).

Você viu aquele ataque que foi o decreto 9759, que ainda em 2019, com o Bolsonaro assumindo, tentou acabar com os conselhos nacionais, comitês. De 700, ficaram certa de 70. (USUÁRIO Nº 5).

Porém, mesmo com o “episódio comemorativo” através do decreto dos 100 dias que tornou pública a intenção real do governo de extinção em massa dos espaços de participação nas políticas públicas a nível federal, algumas falas relatam que já havia um embate muito grande com o governo Bolsonaro desde o primeiro dia de sua posse. Aqui também é válido ressaltar que existe uma outra ruptura identificada nas falas, para além de 2016 e muito mais brutal, que os conselheiros identificam na eleição do governo Bolsonaro em 2018. Para os usuários, praticamente se interrompeu o diálogo com a gestão a partir de então.

Sempre estava em pauta um ataque diferente. Ataque o tempo todo, nunca esgotava. Houve um esforço grande de pautar [...] durante os primeiros 100 dias, todo dia apresentava alguma coisa. E a gente tinha que responder rápido a isso: ter posição do conselho, ter opinião, soltar essa opinião pro mundo, enfim. (USUÁRIO Nº 2).

Agora, tem um detalhe. A partir do momento em que Bolsonaro assume, praticamente não houveram diálogos do ministério com o conselho. Eles não davam abertura, não davam abertura. (USUÁRIO Nº 5).

Para os conselheiros, há vários outros expedientes que minam e ameaçam o exercício do controle social para além da radicalidade do decreto dos 100 dias como podemos perceber pela fala anterior. Quando provocados para aprofundar como eles

identificam e sentem essas estratégicas de deslegitimação do conselho, os discursos permitem a divisão em 3 linhas principais. A primeira, que foi percebida mais imediatamente pelos conselheiros, foi o desfinanciamento não só do sistema, mas também do próprio controle social.

Pra começar, desde o início de 2019, e eu pego o início da gestão Bolsonaro, desde o começo, a gente era ameaçado com “não tem verba para trazer todo mundo pra Brasília. [...] Fomos ameaçados com cortes no conselho. Teve corte no conselho, de recursos do Conselho Nacional de Saúde. (USUÁRIO Nº 2).

Olha, existe a ameaça do desfinanciamento, visto de início nas próprias políticas de saúde. (USUÁRIO Nº 3).

A gente teve que fazer muito movimento ali pra garantir que os movimentos sociais pudessem ir à Brasília, porque é nosso momento de encontro. E desde lá a gente se vê ameaçado por isso, porque é a redução dos conselhos. Inclusive teve conselho que foi reduzido drasticamente, acho que foi o Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente. (USUÁRIO Nº 2).

Outra linha de movimentação que segundo as falas dos entrevistados tem sido utilizada pelo governo federal está na invisibilização do controle social. Apesar de aparentemente mais sutil do que o desfinanciamento das ações do conselho, essa invisibilidade deslegitimadora tem causado muito impactos e quase impossibilitou o diálogo com o governo Bolsonaro e a atuação do controle social. Esse mecanismo é recorrente em todas as entrevistas e traz um forte alinhamento discursivo em torno da percepção da existência de um constrangimento democrático que mina a atuação do controle social e da participação na política de saúde.

Por exemplo, uma coisa muito simbólica desse governo. A gente chama pra discussão. A gente promove [...]. Na verdade, assim, nas reuniões ordinárias do conselho, ao longo de 2019 e também iníciozinho de 2020, antes da pandemia, a gente tentava trazer representações do governo para falar no conselho e nada. (USUÁRIO Nº 2).

E a gente chama pros debates do conselho, e o pessoal do governo não ia. Quando ia alguém, era um assessor, e não o secretário, e aí não dava pra conversar. [...] Isso é mais uma amostra de como esse governo não valoriza, não está nem aí pro espaço de participação social, visto como um ator insignificante por esse governo. (USUÁRIO Nº 3).

Um impacto notório, que eu notei, desde que começou este governo, foi a ausência, a retirada do papel do ministro na participação nas reuniões do conselho. Torna nítido: não há diálogo, “Não quero dialogar com o controle social”. “Nós vamos fazer um governo de nós

para nós mesmos”. Isso já estava acontecendo, só que de outra forma, um pouco antes ainda, na época do Michel Temer. (USUÁRIO Nº 4).

Os conselheiros também identificam outros expedientes para invisibilização do controle social. É comum nas falas relatos de representantes do governo que não tem poder algum de decisão, que estão ali nos espaços devidos de participação para “cumprir tabela”. Para os conselheiros, esse tipo de representação esvaziada de poder, existe apenas para o governo mandar a falsa mensagem que ocupa os espaços na tentativa de dar um verniz de democracia para os setores históricos do SUS que são comprometidos com os ideais da reforma sanitária.

O governo está lá (no conselho) tem que participar, bota seus representantes, mas é uma participação [...] digamos assim [...] só presencial. Está lá, em muitos casos, e manda aquelas pessoas que não têm poder de decisão. Porque quando você não quer, primeiro você manda um representante que não decide, que fica ali, vai e vem, apanha, porque apanha mesmo na reunião do conselho, mas para ele, apanhar é normal, já faz parte do jogo. Isso tudo é um jogo, e faz parte da estratégia do governo. (USUÁRIO Nº 1).

Então é um governo que faz de conta que participa do conselho, não apoia o funcionamento do conselho, mas é obrigado a estar ali, presente, e a escutar. (USUÁRIO Nº 3).

A outra forma de fragilização e deslegitimação do controle social permitida pelo alinhamento discursivo das falas se dá pelo esvaziamento dos espaços de participação, onde vários exemplos são elencados pelos entrevistados. Esses exemplos de esvaziamento, e até mesmo interrupção do funcionamento de alguns colegiados, se relacionam também com a invisibilização desses espaços, muitas vezes sendo difícil uma separação nítida entre as duas formas de deslegitimação do CNS.

Uma coisa que peguei também, que é mais minha pauta: suspensão da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. O governo simplesmente decidiu autoritariamente que não mais teria. É um negócio que tá aí desde 2005, perpassou gestões, e acontece a suspensão das reuniões. Até hoje não voltou ainda. (USUÁRIO Nº 2).

Não tem justificativa, a gente chama o governo pra conversar, e ele não vai. Falaram aí recentemente que ia voltar e tudo, mas até onde eu sei, não voltou ainda. Esvaziamento dos espaços também. Aí, ao invés de tantas entidades para compor a comissão, você tem menos. Você esvazia o espaço [...]. (USUÁRIO Nº 2).

A fala a seguir é emblemática. Ela mostra o histórico e como funcionava essa engenharia de deslegitimação que a gestão Bolsonaro do Ministério da saúde

imprimiu na relação com o conselho. Primeiro, a da invisibilização pela total falta de diálogo, depois, o esvaziamento dos espaços que vão desde os quadros políticos do MS, chegando até mesmo aos quadros técnicos que historicamente sempre representaram e participaram dos espaços do conselho pela gestão. Esse esvaziamento, é tanto das pessoas, quanto de poder.

Porque as barreiras estavam sendo colocadas a cada momento, quando a gente buscava um diálogo e não alcançava era a primeira coisa. Depois, a ausência de participação no conselho nacional. Para você ter uma ideia, não foi só o ministro que deixou de participar das reuniões do conselho. E o ministro da Saúde é naturalmente o representante do governo federal no conselho. E ele não ia. Não fazia questão. Além disso, as áreas técnicas delimitadas para as outras vagas do ministério da saúde, deixaram de participar, não só das reuniões do conselho, como em grande parte, da maioria, das reuniões das comissões intersetoriais do conselho nacional. (USUÁRIO Nº 4).

Para os conselheiros, essa estratégia não declarada de invisibilização e esvaziamento são fatores importantes para o que eles chamam de “impossibilidade de diálogo”. Várias das falas fazem o alinhamento do discurso da falta de diálogo e da exaustão das tentativas de os conselheiros promoverem uma relação mais produtiva entre gestão e usuários. Segundo os entrevistados, essa relação era usual antes de 2016. Durante o governo Bolsonaro, cessou o diálogo, e quando existiu, foi permeado por uma relação autoritária de exercício de poder pelo Ministério da Saúde. Mais uma vez, aqui também os usuários consideram essa falta de diálogo tendo como seu clímax o governo Bolsonaro com sua eleição a partir de 2018.

O fato é que, creio que há ausência de posições de diálogo. (USUÁRIO Nº 1).

Cada ministro no governo Bolsonaro, nós tivemos que chamar reunião, pedir, implorar para ter uma reunião com o ministro por muito tempo, até sermos atendidos como Conselho Nacional de Saúde, porque queríamos minimamente iniciar um diálogo para ver se a gente conseguia alguma coisa que pudesse ser construída em conjunto. Ou seja, a gente sempre mostrou intenção de diálogo. Mas sempre havia barreiras. Então davam as mais absurdas respostas, a gente via ministro entrar e sair sem a gente sequer conseguir dialogar com ele, como o Teich, por exemplo. Foi tão pouco tempo, acho que um mês, um mês e pouquinho, que a gente nem conseguiu a reunião com ele. E os outros, quando a gente se reuniu, e principalmente o Pazuello, ele se achava realmente o dono da cocada preta, o bambambã da coisa, mesmo não sendo da área. (USUÁRIO Nº 4).

Outro fenômeno que também é novo e os conselheiros identificam como

enorme dificultador para o exercício da participação e do controle social é o que podemos chamar de “militarização” do Ministério da Saúde. Esse é um elemento recorrente nas falas e geralmente associado ao autoritarismo e ao “segredo”, com ocultação das informações que impossibilita a atuação dos conselheiros de várias maneiras. Estes se sentem constrangidos diante da situação e relatam muitas vezes que não há saídas para o controle social diante dessa lógica autoritária, que em si mesma, é o contrário da essência que legitima a existência de qualquer conselho de participação do cidadão.

Depois do Mandeta, o conselho foi marcado pela gestão dos militares, ministro, e toda uma equipe [...]. (USUÁRIO Nº 1).

[...] Rapaz [...] na verdade, era o Ministério (grifo próprio) da saúde. Cerca de 37 militares. Dificultou muito. Não só pra mim, mas para o controle social. O cara está atacando direto. E você vê que ele interfere. (USUÁRIO Nº 5).

Então você percebe essa mudança. Na hora que os militares assumiram o Ministério da Saúde, isso respinga no conselho também. Então esse tipo de postura dos militares respinga, e o apoio deixou de existir, e, para que conselho? Participação social? O governo não precisa disso. Então isso no governo militar é mais forte, do que no que não é militar [...], é de direita, mas pelo menos não interfere muito, dessa forma, nesse tipo de postura, que é do governo militar. (USUÁRIO Nº 1).

Há um relato de um conselheiro extremamente interessante, que demonstra o quanto é difícil conciliar a lógica de hierarquia que tem no exército seu principal vetor, com a lógica da gestão participativa. Os conselheiros se sentem não só invisibilizados, mas aqui também são vistos como agentes externos do sistema de saúde pelos militares. Inclusive são considerados como um enorme empecilho para a “fluidez das ordens”, característica dessa lógica militar, que agora se faz presente também dentro do Ministério da Saúde. A fala conta uma “história”, de como foi a primeira reunião com o primeiro ministro da saúde militar desde a redemocratização e de como os conselheiros digeriram e perceberam o simbolismo desse encontro. Ao final, ela dá caminhos para se perceber a angústia e desespero que os conselheiros sentiram no exercício da sua representação e participação naquela conjuntura.

Segue a fala na íntegra abaixo para que não se percam os relevos do absurdo relatado pelo conselheiro:

Esse desenho foi muito incrível. A primeira reunião que a gente teve

com esse ministro, que a gente chamou por meses e meses, e só fomos atendidos depois de uns três ou quatro meses. Quando ele nos mostra o organograma, esses vários círculos concêntricos, um dentro dos outros, e mostrando o que ele achava do SUS, que na realidade não era ele, mas era a área militar dele que tinha feito aquilo bonitinho para ele tentar engabelar as bestas [...]. Era na verdade um grande alvo! O que a gente enxergou, quando viu aquilo, e o militar entende isso, era o alvo onde você poderia, por exemplo, vou mirar ali e vou atirar. Então parecia isso. Foi uma coisa muito incrível de ver. Então [...] é para você notar que até essas coisas simbólicas, que a gente poderia não dar importância. O que isso simboliza na hora que a gente vai fazer uma reunião? Mas ali estavam mostrando os alvos daquilo que se pretendia fazer. E não deu outra. Fora essa reunião, não houve mais diálogo nenhum. Muita coisa se fechou. [...] É pra você tentar entender como é que a gente no último período teve dificuldade, de dizer: meu Deus, como é que a gente vai se relacionar com isto, e como a gente vai dar conta? (USUÁRIO Nº 4).

Outros relatos também gritam evidenciando o autoritarismo, descortesia e truculência por parte dessa gestão militarizada. É interessante perceber aqui que a cultura da “carteirada”, tão característica de uma relação assimétrica de poder herdada do nosso passado autoritário, também se faz presente de uma forma quase que didática para entender esse fenômeno.

Sem falar em, por exemplo, houve o caso de um secretário que passou pelo governo e ele foi falar numa dessas discussões no pleno. Se alterou, gritou com uma conselheira, ataque verbal mesmo. Coisas que você ouve e não acredita, pela grosseria. (USUÁRIO Nº 2).

É muito difícil, sabe. É muito difícil, além de enfrentar as lutas do dia-a-dia, enquanto Conselho Nacional de Saúde, nós enfrentamos essa ignorância, essa desumanidade do governo federal através do Ministério da Saúde. (USUÁRIO Nº 5).

Gritar alto com as pessoas do conselho. Nessa ocasião, foi ele que gritou com uma conselheira nossa: cala a boca, você não sabe do que está falando. Muito ruim a postura. Enfim, a gente vivenciou todo tipo de coisa. (USUÁRIO Nº 3).

Retornando a lógica do segredo, do autoritarismo e da falta de diálogo que essa lógica militarizada tem imposto ao controle social, para alguns dos conselheiros a justificativa tem uma finalidade mais sombria. Os entrevistados fazem uma correlação entre essa forma de deslegitimação do conselho com a existência do famoso “gabinete paralelo”¹⁹ dentro do Ministério da Saúde. Para eles, esses expedientes

¹⁹ O gabinete paralelo ficou conhecido e marcado pelas discussões na Comissão Parlamentar de Inquérito que investigou o enfrentamento da Pandemia de Covid pelo governo Bolsonaro. Essa expressão caracterizou tanto uma lógica negacionista da ciência que de fato fazia a engrenagem do MS funcionar, quanto pelos indícios de operações irregulares para compras

autoritários são ferramentas para desvios que vão desde a compra superfaturada de vacinas, até mesmo a imposição de uma lógica negacionista da ciência que tem caracterizado o governo federal no combate a pandemia.

Ou seja: nem o diálogo para construir as questões específicas estava havendo mais, porque eles não davam mais autorização, autonomia e liberdade para as áreas técnicas dialogarem para a construção de nada! A construção desse governo é fechada dentro de gabinete e não é mais nem Ministério da Saúde, é uma construção que se dá a partir da vontade da presidência da República. Ou seja, não há diálogo! E este é o panorama. [...] Muita coisa se fechou. A compra das vacinas, e todas as tentativas de fazer compra de vacina por intermediários, em um processo corrupto, de vantagem, o toma-lá-dá-cá, a velha política que este governo disse que não ia fazer, estava fazendo ali. Ou seja, chamando gabinete alternativo do Ministério da Saúde para decidir o kit cloroquina. Outros assessores que nem eram contratados estavam resolvendo a vacina para ver se conseguiam um dólar por vacina de propina. (USUÁRIO Nº 4).

Ele interfere [...] . O Teich, coitado, só fazia cochilar. Nem deu tempo de sentar na cadeira, quis interferir, e aí saiu. Ele cumpriu a missão né? Que é tentar colocar a cloroquina. E essas interferências vão de encontro e de ataque ao controle social e ao Conselho Nacional de Saúde. É contra tudo isso que ele faz que a gente luta. (USUÁRIO Nº 5).

Por fim, um último exemplo de deslegitimidade do controle social que é comum nas falas dos conselheiros se dá em torno das dificuldades para a realização da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Apesar das conferências nacionais e temáticas de saúde já serem um histórico antigo na vida do SUS, e até mesmo antes dele, os conselheiros relatam uma série de constrangimentos inéditos para sua realização. Segundo eles, temos aqui outro traço de autoritarismo do atual governo, que confunde as funções do controle social e tenta, dentro do amálgama das lógicas do desfinanciamento, invisibilização, esvaziamento e falta de diálogo com a sociedade, minar ainda mais o processo participativo.

Rapaz [...], não respeita, mas tem que ouvir. Não dizem que não respeitam, mas no momento em que o Ministério da Saúde, agora [...] o conselho nacional vai fazer sua 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental. No momento em que o ministério diz que ainda está avaliando sua própria participação, isso é uma falta de respeito. Nem só pelo conselho nacional, é contra a vida, a saúde da população brasileira. (USUÁRIO Nº 5).

Agora nós temos o bloqueio, o ministério dizendo que não aceita e não

irá apoiar a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, porque o tema não é bom de ser discutido em ano eleitoral, que seria 2022, ano que está prevista. Não interessa se é ano eleitoral, ela não é feita para interferir em processos representativos. É feita para planejar a saúde, é isso. Então a gente não está querendo fazer conferência para sacanear presidente, governador, ou quem quer que seja [...], mas esse governo, diante de tudo que aconteceu na pandemia, tem muito do que aflore na sociedade a realidade da saúde mental hoje em dia. (USUÁRIO Nº 4).

5.4.6 Pandemia e as dificuldades para o exercício da participação

A última categoria permitida pelo alinhamento das unidades semânticas de análise é sobre a pandemia e as dificuldades para o controle social em um mundo que se tornou virtual e que traz desafios impensáveis até então para as formas tradicionais de participação. Esse era um viés discursivo já esperado, principalmente quando a conversa com os entrevistados se dava em torno dos desafios do trabalho e sobre o cotidiano dos conselheiros. Sendo assim, ela tem relação discursiva com a primeira categoria sistematizada. Mas pela força e potência dos discursos, além da novidade que a realidade impõe para o exercício da participação, esses dilemas de um mundo virtual pandêmico serão tratados em separado aqui. Boa parte dos discursos ressaltam a importância do formato de participação presencial e o valor que os conselheiros dão a ela. As falas também fazem um contraponto entre a presencialidade e a virtualidade do home office, bem como os desafios que esse novo desenho traz para o Conselho Nacional de Saúde. Os conselheiros também relatam suas estratégias utilizadas para minimizar a invisibilidade e o esvaziamento já discutidos na categoria anterior, mas agora com um novo desafio que a virtualidade impõe para a participação. Também como era de se esperar, as falas dos entrevistados denotam indignação com a gestão desastrosa e negacionista do governo federal no enfrentamento da pandemia e apontam como o CNS tentou se contrapor, quando foi possível. São comuns as percepções e exemplos que os conselheiros têm dos desgastes devido ao aumento do trabalho que ocorreu durante esse novo mundo virtual e as dificuldades de se relacionar com suas bases, essência da sua representação. Entretanto, também há um legado positivo e uma aprendizagem que o controle social visualiza quando os entrevistados falam sobre a

atuação deles durante a pandemia e de como o conselho de saúde desempenhou importante papel nesse trágico momento da história, onde nesse momento que se escreve, aproximadamente 700.000 vidas brasileiras foram perdidas.

Os discursos contidos nessa categoria invariavelmente resultam da constatação de como o mundo presencial era melhor para os conselheiros e para o desempenho das suas funções. Essa constatação advém dos vínculos afetivos e históricos de identificação nas lutas, que são mais difíceis de serem estabelecidos, principalmente quando substituídos pela frieza das reuniões e encontros virtuais.

E agora, esse momento do atual governo, no momento da pandemia, que tem sido outro grande desafio para nossa atuação. Nós sempre valorizamos muito a participação presencial. Para nós é fundamental, porque o embate ali é permanente. [...]. A importância de ser presencial é ver as pessoas, o cara-a-cara, até o posicionamento, o gesto. Eu sempre gosto de falar com a câmara ligada porque acho que a expressão corporal também é importante". (USUÁRIO Nº 1).

A reunião presencial tem esse significado simbólico de presença, da luta, da expressão das pessoas. (USUÁRIO Nº 3).

Hora você tem que lutar mais, ter uma expressão maior de luta. Então a reunião presencial, a assembleia presencial, na minha opinião, ela é muito mais importante em função desses elementos que estou trazendo. (USUÁRIO Nº 5).

Em seguida, a partir desse reconhecimento da presencialidade como espécie de antiga *Ágora* perdida, as falas seguem com fluidez para a identificação de um novo mundo virtual que se abre e dos impactos que esse lugar da não presencialidade tem no seu cotidiano e dos novos desafios trazidos por ela.

O fato é que, com a dinâmica da própria pandemia, os espaços virtuais meio que tomaram conta de tudo. Essa dinâmica nunca esteve tão forte quanto agora. [...] No último período, talvez o que tenha dificultado muita nossa atuação, tenha sido essa questão do trabalho virtual, home office, eternamente. Então, começa a pandemia, e a gente começa a viver assim. (USUÁRIO Nº 4).

As falas a seguir são emblemáticas para percebermos como atividades tão costumeiras e que os conselheiros dominavam, se tornaram mais difíceis de serem executadas em um mundo virtual pandêmico. Essa adaptação tomou uma boa parte da agenda de trabalho e trouxe consequências diversas, que vão desde a ausência e diminuição na participação, até mesmo o desgaste físico e mental dos conselheiros como veremos mais adiante.

Certas deliberações que a gente toma e vota na votação presencial, se torna difícil de controlar de forma virtual. As ferramentas permitem registrar quem votou, quem não, quem levantou a mão, qual é o quórum, mas muitas vezes não sei que horas a pessoa entrou, se está presente o tempo todo. Se saiu e só voltou na hora da votação. Infelizmente, conselho tem tudo isso. (USUÁRIO Nº 1).

Nesse sentido, no início, vimos vários movimentos diferentes: algumas pessoas que não tinha o hábito de usar a internet para sua atuação, para reuniões virtuais, lives, essas coisas. Isso dificultou muito, no início, pela falta de habilidade e conhecimento. (USUÁRIO Nº 3).

A primeira percepção que é recorrente nas falas e é considerada problemática dá conta da perda de potência de participação. Para os entrevistados, esse “desaparecimento” dos conselheiros e da participação deles na nova agenda virtual de deu quase que instantânea e é consequência principalmente da dificuldade de transição dos conselheiros entre os dois mundos que se apresentavam.

O fato é que, há um ano e seis meses já em pandemia, muitas outras coisas surgiram como desafios. Por exemplo, pessoas que, quando partimos pro serviço home office, simplesmente desapareceram, não conseguem, pois estavam num movimento de querer participar das coisas da forma antiga, presencial. (USUÁRIO Nº 4).

E nem todos estão participando, nem todos estão participando, nem todos conseguem dar conta deste ambiente virtual. É um desafio muito grande: conseguir, no limite de nossas responsabilidades, atribuições e capacidades, dar conta de tudo, sendo que é muita coisa, e nesse ritmo tão acelerado, sempre virtual, que é tão cansativo. (USUÁRIO Nº 3).

Outro impacto sentido pelos conselheiros e não menos importante, se dá sobre as limitações da atuação dos conselheiros em relação a representatividade das lideranças e a participação da base dos movimentos sociais dentro do conselho de saúde. Se antes da pandemia já era difícil manter os elos orgânicos com os movimentos representados no conselho pelos usuários, agora os conselheiros se ressentem que essa dificuldade aumentou.

Depois da pandemia, a gente passou a ter que se haver com fazer militâncias e os processos de mobilização de outra forma, teve que aprender a fazer isso. (USUÁRIO Nº 3).

Início de 2020, depois do carnaval, a gente tem a ascensão, o advento da pandemia, que suspende nossas reuniões presenciais. Então foi um baque muito grande né? Eu tinha uma atuação muito mais próxima no conselho, e penso que todos os conselheiros, somos muito envolvidos nos movimentos que o CNS puxa. A gente tem muito essa veia da militância, dos movimentos sociais [...]. Eu, como direção de

um movimento social, não tenho mais esse ritmo. (USUÁRIO Nº 2).

Por fim, talvez a última consequência desse novo mundo permitida pelas entrevistas, muito sentida nas falas e também sentida no próprio corpo dos conselheiros, foi como esse novo formato virtual de reuniões, encontros, audiências, lives, grupos de trabalhos, etc., trouxe de esgotamento físico e mental para os entrevistados. Todos eles, sem exceção, se queixaram dessa nova rotina remota e dos impactos dela sobre a sua saúde.

Então é limitante. Agora, se surge o assunto, a gente tem que reunir, deliberar e tratar. Mas as pessoas, além do fato de terem sumido, pois não dão conta da atividade virtual. Muitas das que seguem trabalhando também estão no esgotamento. Nem eu sei como continuo aguentando isso, pois estou em vários espaços de centralidade da decisão. (USUÁRIO Nº 2).

Lembra que te falei? Estou com o joelho aqui estourado porque às vezes passo todos os dias da semana aqui, nesse lugar, sentado, com o joelho parado, muitas vezes. Então até isso tem a repercussão sobre a saúde das pessoas. É um monte de fatores, entendeu? (USUÁRIO Nº 4).

Apesar das incertezas e desafios que vieram com a virtualidade da participação, o conselho nacional nunca parou, muito pelo contrário como é possível perceber ao escutarmos os depoimentos que dão conta da agenda frenética de trabalho ao qual foram submetidos.

Então, o Conselho Nacional de Saúde, durante a pandemia, temos a mesa diretora de forma virtual, e ouvindo nós do fórum de usuários, e as comissões, usando muito esses instrumentos, mesmo sem reunião presencial. [...] Logo veio a pandemia, e o conselho optou por fazer as plenárias de forma virtual. No entanto, o conselho não parou. A mesa diretora reuniu-se sistematicamente, bem como as comissões, de forma virtual, por serem grupos menores. (USUÁRIO Nº 1).

Aqui é interessante notar, que apesar da redução da participação no mundo virtual, percepção unânime dos entrevistados, ao contrário do que podia se esperar, o trabalho aumentou. Para os conselheiros, o trabalho e a rotina ficaram frenéticos em função do excesso e abuso de reuniões de um mundo não preparado para entender o esgotamento que as virtualidades das reuniões trazem.

E houve um período em que o CNS não puxou reunião do pleno, reunião ordinária. A gente puxou mobilizações nacionais, atos virtuais, e vez ou outra a gente puxava um encontro, uma plenária, com todos os membros. O caráter do virtual trazia limitações pois não havia como estar com todos os titulares e suplentes na mesma sala, pois

tumultuaria. Isso gerou uma queda na participação [...]. E, depois da pandemia, tivemos que diminuir a frequência das reuniões ordinárias. O engraçado é que nós da comissão da qual eu faço parte e que coordeno, não paramos. Parece que o ritmo de trabalho aumentou muito mais, e foi ficando extenuante. (USUÁRIO Nº 4).

O ritmo condensou e ficamos sobrecarregados. Nas reuniões virtuais, a pessoa se esgota muito mais rápido do que nas presenciais. Antes, acho que tínhamos um processo mais intenso, e podíamos formular melhor as coisas. (USUÁRIO Nº 2).

Então, mudou muito, e mudou meu ritmo de trabalho. Eu comecei a trabalhar e isso fez o tempo escassear. As obrigações do conselho. [...] A dinâmica se tornou mais difícil de acompanhar. (USUÁRIO Nº 3).

Sobre as limitações das reuniões virtuais, há um depoimento de um conselheiro extremamente interessante. Ele nos conta sobre uma artimanha utilizada pelo conselho nacional para se precaver do abuso da virtualidade no pós-pandemia pelo governo federal. Como vimos anteriormente, a asfixia financeira para encontros presenciais dos conselheiros já era um expediente adotado pelo Ministério da Saúde e que fragiliza o controle social. Sendo assim, o CNS não permitiu durante o trabalho remoto a caracterização com a nomenclatura usual utilizada para o momento de deliberação do conselho, que é o suprassumo da legitimação para eles. Segue o relato na íntegra do conselheiro para que não se perca os nuances dessa jogada que o CNS utilizou para se precaver de abusos futuros do governo com a possibilidade do fim da presencialidade.

Reunião ordinária é presencial! Por quê? Porque a linguagem tem o poder. Quando se diz: reunião ordinária do conselho que vai ser virtual. Se isso se naturaliza, corre o risco de não ter mais reunião ordinária no formato preconizado: presencial. Então a gente não pode correr o risco de uma hora pra outra, o governo, muito acomodado com isso tudo, diga: ah, como estão fazendo reunião remota, não vai ter mais financiamento pra bancar ida a Brasília, que continuem no remoto. E isso fragilizaria muito os espaços de participação. (USUÁRIO Nº 2).

Quando indagados sobre quais assuntos compunham o trabalho na pandemia, várias das falas dão conta das tentativas de contraposição ao descalabro do planejamento adotado pelo governo federal para o enfrentamento da mesma. Foram muitas preposições, recomendações e “conselhos” ignorados pelo governo.

Então fizemos várias recomendações, por exemplo, no ano passado, ali por meados de setembro e outubro de 2020. O conselho já tinha informação de que aqueles medicamentos de intubação iam faltar. Então fizemos uma recomendação para o governo alertando que os

equipamentos deveriam ser adquiridos. Fizemos muitas recomendações a respeito das vacinas, a necessidade de se planejar com antecedência a compra para quando chegasse o pico. E o que aconteceu? Primeiro o negacionismo, e o governo não priorizou a compra, foi deixar para fazer isso no outro ano. Então prevenir, negociar antes, não aconteceu. (USUÁRIO Nº 1).

Então o Conselho Nacional de Saúde denunciou várias vezes que isso poderia acontecer, e temos várias recomendações feitas. (USUÁRIO Nº 3).

Aqui é digno de nota, que para além das percepções elitistas clássicas da capacidade de vocalização dos usuários diante da tecnicidade governamental, para os conselheiros, ocorreu exatamente o contrário no embate com o governo federal durante a pandemia. Foram eles que tentaram, inclusive de forma preventiva, influenciar o planejamento governamental, subsidiar o governo com uma racionalidade técnico e científica.

Então, eu diria que na pandemia, o conselho acompanhou muito, de forma preventiva, o que aconteceria, através dos estudos da OMS, da FIOCRUZ, da própria academia, prevendo tudo. O conselho alertou milhares de vezes sobre o isolamento físico, cuidados com higiene, máscara, o conselho alertou muito ao governo e aos gestores através de recomendações, que são documentos públicos. (USUÁRIO Nº 1).

As falas também trazem, ao final de tudo, uma avaliação muito positiva do desempenho do conselho pelos usuários conselheiros. Aqui, talvez o saldo mais importante foi ter exatamente quebrado uma das estratégias de fragilização utilizadas pelo governo federal na relação com o conselho que é a da invisibilidade. Apesar do mundo virtual, a instituição do controle social através do conselho nacional conseguiu quebrar essa limitação de “ser visto” e ocupar os espaços de debate público mais importantes.

Mesmo com todas as limitações da pandemia, conseguiu se colocar muito no debate. Não é à toa que nos principais espaços de opinião da área da saúde, o conselho está presente como um ator muito relevante, com opiniões fortes, colocando o debate para a sociedade. Na CPI da COVID foi visível, com muitas referências ao conselho. Então acho que foi um trabalho árduo, que a gente teve que fazer, mas penso que valeu a pena, pois a gente conseguiu colocar no debate a nossa opinião. (USUÁRIO Nº 2).

Essa nova visibilidade conquistada pela ocupação de um espaço público em função dos embates com o governo na pandemia também trazem uma sensação, ao final de tudo, de reconforto para os conselheiros. Diferentemente das angústias das

falas que caracterizam a fragilidade do controle social, agora os núcleos dos discursos trazem uma visão da importância do controle social para a sociedade brasileira e para o sistema de saúde e a sensação do dever cumprido.

Mas acho que, nessa pandemia, pra mim, o conselho passou por uma mudança, uma resignificação do olhar. Acho que a gente estava acomodado, eu penso. Será que o movimento do conselho faz diferença para a sociedade? No cotidiano dos serviços? Para a participação em si? Quando eu vejo que conseguimos ser um ator tão importante como fomos na pandemia, vejo a grandeza do que é esse espaço, que não ficou parado no tempo. Há uma força institucional muito grande, de se colocar, e eu não fazia ideia disso, mesmo sendo conselheira, de que poderíamos nos mostrar tanto assim. Acho que também pelo fato de a saúde ter ganhado espaço no debate público, já que a saúde nunca foi prioridade no Brasil. (USUÁRIO N° 2).

Talvez o legado máximo que foi deixado na pandemia na ótica do controle social (e de certa maneira esse tema já foi tratado na categoria sobre o direito a saúde) reside no reforço que a sociedade pode dar agora à importância de um sistema público universal de saúde, que apesar dos problemas, foi o grande diferencial do país no enfrentamento da pandemia.

Quero destacar isso. Do ponto de vista da saúde pública do Brasil, e do próprio SUS, o que o SUS nos ensinou, se não fosse o SUS, teria sido muito pior, e qual é o papel do Conselho Nacional e dos conselheiros de saúde daqui para a frente. (USUÁRIO N° 5).

6 DISCUSSÃO

A discussão aqui apresentada traz o cuidado com o fio narrativo propiciado pelas falas e, assim sendo, também segue a lógica sequencial dos resultados a partir do alinhamento discursivo das unidades semânticas de análise. Elas permitiram o aprofundamento e o espelhamento teórico com a literatura, além do mergulho em uma história que se faz presente e de forma frenética. Essa é uma característica do cenário brasileiro, o que pode trazer algumas consequências diante da rápida transformação do mesmo e da democracia brasileira com seus impactos no controle social que a tese se propôs a investigar. O aprofundamento teórico permitido pelas falas dos entrevistados, bem como o exercício de dar voz a alguns silenciamentos necessários e evidenciados pela literatura, conformam a lógica perseguida pela discussão. Porém, essas categorias não devem ser entendidas como estanque ou torniquete teórico, elas não têm a proposta de servirem como tipologias para o enquadramento da teoria na discussão, já que as pontas de interface entre elas não permitem tal determinação. Essas interfaces partem de um roteiro interpretativo que estruturou toda a análise do trabalho (Ver Roteiro-guia com a categorização para os resultados e discussão), ele ajuda no entendimento do caminho percorrido pela pesquisa e em como a discussão ora é apresentada. Esses pontos de contato orbitam, colidem e permitem novas interpretações nas categorias centrais apresentadas a partir daqui na discussão.

6.1 Trabalho e cotidiano dos conselheiros nacionais de saúde

Como apontando anteriormente nos resultados, o trabalho e o cotidiano dos usuários no Conselho Nacional de Saúde são caracterizados como exaustivos, tanto pela quantidade de atividades coletivas presentes no dia a dia, quanto pelo desafio que envolve a burocracia que é característica na gestão pública brasileira. Essa constatação já era esperada como introduzida na revisão bibliográfica e faz parte do que podemos chamar de dificuldades históricas para viabilização do controle social, os autores geralmente caracterizam essa dificuldade como burocratização das rotinas com o afastamento da população dos seus processos (CORTES, 2010; SHIMIZU et

al., 2013; BISPO JUNIOR, 2018). Também é válido chamar a atenção que se buscou que essa lógica reverberasse nos discursos dos conselheiros, porque a aposta era de que a rotina, o trabalho e o cotidiano dos conselheiros, pudessem dar pistas de uma participação mais ou menos efetiva do ponto de vista dos usuários. Como é lógico esperar pelas características da sua composição, esse seria o segmento que sofre os maiores prejuízos no exercício de sua representação em função das rotinas burocratizadas.

É válido ressaltar que essa categoria dialoga com duas outras sublinhadas na obra de Boaventura Santos ao analisar as novas formas de democracia no sul global, que ele assinala como “capacidade de autossustentação” e “legitimidade do processo” (SANTOS, 2005). A entrada de novos atores de forma sustentável na arena de decisão do Estado exige uma complexa nova normatização para legitimar esses espaços, que acaba trazendo um volume de trabalho incompatível com a atuação dos conselheiros de saúde nas estruturas formais de participação, como é o nosso caso. Como consequência principal dessa rotina e nova burocracia, os representantes acabam se afastando das suas bases e fragilizando esse elo representativo sobremaneira.

Nas falas, apesar de ressaltadas as regularidades das reuniões e da sua importância, há silenciamento de como são pautadas a questão da necessidade em saúde²⁰, o que inviabiliza formulações junto ao gestor que trabalhem nesse sentido, mesmo que um conceito ampliado de saúde esteja presente nos discursos (trataremos disso mais a frente). Na relação de produção de serviços e ações de saúde, processos de participação deveriam ter em conta formulações de políticas com finalidades de atuar nas determinações sociais dos grupos em território nacional. No campo da Saúde Coletiva, dar conta dessas necessidades significaria trazer o conceito de determinação social do processo saúde-doença para instauração de lógica de trabalho que atuasse nas raízes dos problemas, dos determinantes e também das doenças propriamente ditas, com encaminhamento da política pública de saúde em

²⁰ Necessidades em saúde devem ser abordadas no âmbito concreto operacional do conceito, pois grande parte da literatura traz esse conceito como objeto de prática de formulação em saúde. Dentro desse escopo, processos de produção em saúde (articulação social dos diferentes processos de trabalho em saúde) têm como objetivo responder as necessidades sociais, sinônimo de manutenção e reprodução do modo de produção. Assim, necessidades em saúde são de reprodução social, que por não serem naturais nem gerais, são necessidades de classes. (STOTZ, 1991).

direção ao direito universal.

Esse silenciamento sobre o trabalho dos conselheiros baseado no planejamento consonante com as necessidades em saúde tem explicação nas falas que dão conta da rotina exaustiva e caracterizada como “pesada e burocrática” pelos entrevistados. A teoria sobre a burocracia teve como um de seus maiores ápices as contribuições de Max Weber, que partia do pressuposto que o traço mais relevante da sociedade ocidental no século XX, residia na ideia da organização como agrupamento social, analisando como se estabelece o poder nesses agrupamentos. Trabalhou com a ideia de um modelo ideal, com organizações concebidas por funções formalmente definidas, hierarquia de autoridade descendente e responsabilidades definidas. Foi assim que Weber idealizou a expressão burocrática para dar significado a um tipo ideal de organização, entretanto, não havia um sentido depreciativo ou sequer valorativo no entendimento da burocracia enquanto fenômeno social, diferentemente das idealizações simbólicas presente na fala dos conselheiros. Para além de uma compreensão pejorativa que o termo pode trazer para o nosso entendimento aplicado ao controle social, na concepção weberiana inicial a burocracia era formalmente definida como aparelho técnico-administrativo composto por especialistas, escolhidos de acordo com critérios racionais para desempenhar tarefas variadas e de importância dentro de determinado sistema social (WEBER, 2002).

A questão da burocracia também foi relevante para o pensamento marxista, com Marx abordando a noção de burocracia e a relação entre as instituições detentoras de poder com os grupos sociais subalternos a elas, definindo esse elo como essencial para o entendimento de como são dominados os próprios detentores das decisões. Segundo Marx, o Estado burocrático e sua administração, mesmo diante das melhores intenções, da mais profunda humanidade e da maior inteligência, não podem cumprir sua tarefa prática, e invariavelmente reproduzirá o fenômeno que na vida cotidiana chamamos de “burocratismo” (BOTTOMORE, 2001). Essa abordagem caracteriza ainda toda a engenharia burocrática atuando conforme racionalidade e interesses próprios, apresentados como interesses públicos ou gerais, impondo-se dessa maneira à sociedade:

A burocracia tem em suas mãos a essência do Estado, a vida espiritual da sociedade, como sua propriedade privada. O espírito universal da burocracia é o segredo, o mistério, que ela assegura internamente

pela hierarquia e contra grupos externos pelo seu caráter de corporação fechada. (BOTTOMORE, 2001, p. 73).

A lógica do segredo apontada por Marx como condição *sinequanon* para existência do burocratismo também parece perpassar os discursos dos usuários no CNS. As convergências discursivas dão conta de uma baixa autonomia frente a burocracia nas suas rotinas de trabalho, haja visto que em diversas situações trabalham com informações filtradas, de véspera e pouco compreensíveis que chegam do Ministério da Saúde. É impossível consultar as bases dos movimentos sociais e entidades representadas dentro dessa lógica, com um distanciamento que aumenta com o passar do tempo, impedindo os conselheiros de atuar em consonância com as reais necessidades de saúde da população, como explorado anteriormente. Mais uma vez o elo entre o aparato burocrático e a fragilização da representação se faz presente! Além do mais, essa lógica que distancia os representantes das suas bases, submerge o conselheiro no exercício do seu mandato em uma rotina tirânica, com o tempo de trabalho quase totalmente dedicado a compreensão da complexa máquina da burocracia, reuniões e leitura de documentos, estes muitas vezes considerados incompreensíveis pelos conselheiros. Para os usuários, há uma sensação permanente que muitas vezes o CNS tem sido usado apenas para legitimação das ações do gestor, mesmo assim, não há nos discursos indícios de estratégias para superação dessa relação de baixa democracia verificada nas falas.

Outro discurso que emergiu associado ao cotidiano, e que segundo os usuários causa enorme esgotamento, se dá pela hipertrofia representativa e falta de lideranças para atuação no Conselho Nacional de Saúde. Os conselheiros identificam pouca diversidade nas lideranças dos movimentos sociais representados e se veem obrigados muitas vezes a participar de diversas outras representações, inclusive associadas a outras políticas públicas que vão além da saúde. Esse é um problema histórico não só no Brasil, mas em toda América Latina! Vários autores trouxeram contribuições que dialogam com a fraqueza da sociedade civil e a informalidade do processo de representação em nossa realidade de experiências de participação. Cortes (2002), à título de exemplo, interpretou as iniciativas de participação nos cuidados em saúde como algo que contribuiu para exploração da pobreza através da utilização de uma espécie de trabalho gratuito. Além disso, em muitos casos auxiliaram para a descaracterização e enquadramento de movimentos populares, até

mesmo acentuando a violência política através da supressão e exclusão de lideranças de organização de base. Para esses autores, os conselhos e conferências de saúde não podem ser considerados experiências autônomas de participação (CANTOR, 2005; BRICEÑO-LEON, 1998; CORTES, 2002). Entretanto, existe enorme discordância dessa radicalidade pessimista, tanto na literatura, quanto nas evidências empíricas que a participação trouxe para a tentativa de uma lógica redistributiva de poder (CORTES, 2010; GOHN 2015; PAIVA, 2014; ROLIN, 2013). Essas evidências sintetizam uma série de dinâmicas sociais caras a saúde que sofrem impacto com as políticas de participação, como representatividade e surgimento de novas formas de representação, interações entre os atores sociais, alterações nas lógicas institucionais, cultura política, percepções sobre a dinâmica do processo de saúde e adoecimento, além de novas concepções sobre a própria lógica de democracia em um sentido mais inclusivo. Esses achados dão indícios que contribuem para uma maior porosidade das instituições, mesmo que de maneira mais ou menos tímida, a depender dos contextos sociais e processos históricos particulares de cada experiência.

Alguns estudos (RIFKIN, 2014; ROCHA; MOREIRA; JUNIOR, 2018) sinalizam ainda que a dinâmica do funcionamento dos conselhos são um dos determinantes à efetiva participação. Está intimamente ligada à forma de condução destes fóruns, inclusive com diferenças de posturas de gestores em relação ao controle social. Essa forma de organização do trabalho e o apoio da gestão para dar condições ao funcionamento dos conselhos ajuda a explicar inclusive maior ou menor envolvimento do usuário. Nos conselhos, a sobrecarga de debates minuciosos relacionados a despesas a serem realizadas a título de exemplo, contribui significativamente para o esvaziamento do seu sentido de representação. Também é lógico inferir pelas falas, que há limitação das questões que entram na pauta e nas discussões, decisões e deliberações de determinadas políticas. Como veremos mais a frente, se reproduz no Ministério da Saúde decisões tomadas quase secretamente nos gabinetes, muito longe do escrutínio público. Sobre a relação entre usuários e os representantes da gestão, é patente que ela tem deteriorado fortemente como não poderia deixar de ser diante do novo cenário autoritário que tomou conta do espaço público.

Para além da relação da interferência no desejável funcionamento dos conselhos de saúde, as manipulações das discussões através do uso de linguagem

tecnocrática também obscurecem a compreensão cabal dos temas em questão por parte dos usuários. Essa artimanha é histórica (LABRA; GIOVANELLA, 2007) e também ajuda a caracterizar a falta de transparência na prestação de contas do segmento da gestão dentro dos conselhos de saúde, não poderia deixar de ser diferente também a nível federal como identificado nas falas. No espaço do CNS, é possível inferir diante dos discursos que as principais características da burocracia, linguagem e tecnicidade, tem fator negativo até mesmo no momento maior de legitimidade e representatividade participativa dos usuários, que é o próprio voto no exercício deliberativo. O alinhamento discursivo dos usuários nos permite enxergar de maneira contundente como essa engrenagem de invisibilidade, baixa informação, comunicação e relação assimétrica de poder com o segmento da gestão, penaliza o papel deliberativo que os usuários deveriam exercer. Aqui é válido resgatar a fala emblemática de um usuário, que espera em muitos momentos os outros conselheiros votarem, para então poder fazer seu julgamento baseado em outros vínculos de confiança e afetivos que não deveriam ser a questão definidora de voto.

Porém há um silêncio gritante nas falas, tanto de conselheiros mais antigos quanto dos mais novos, relacionando processos de instrumentalização para o exercício das suas funções diante de uma realidade tão marcada pela burocracia e necessidade dos usuários lidarem com a máquina pública. Apesar de ser válido considerarmos que os usuários representados no CNS já terem passado pelo crivo da experiência em conselhos municipais e estaduais, também é válido o entendimento que o exercício da representação a nível federal é revestido de complexidade muito maior para sua atuação. Esse “não saber o que fazer” joga os novos representantes que entram no espaço do CNS no colo dessa burocracia culturalmente consolidada. Esse pseudoempoderamento também se faz presente na rotina dos conselheiros mais antigos, porém, podemos assinalar que estes já estão contaminados pelo cotidiano e cultura da ata, reforçando um círculo não virtuoso difícil de ser quebrado. E é esse ciclo, da falta de capacitação gerando e sofrendo com procedimentos burocráticos dentro do CNS, que pode ser um motivo de explicação para uma participação menos efetiva nas deliberações dos conselheiros. Esse eterno retorno também parece contribuir na elucidação de outro silenciamento discursivo, pois os usuários não refletem nas falas sobre como as discussões e decisões do Conselho Nacional de Saúde tem sido divulgada para a população representada para além dos expedientes

tradicionais de cultura de boletins. Podemos inferir que não faz parte da rotina ou é insuficiente, pelo menos para estes conselheiros entrevistados, a comunicação com suas bases, muito em função dessa rotina extenuante e burocratizada.

Outro nexos discursivo que permeia as falas sobre a angústia dos usuários diante da burocracia guarda relação às novas tecnologias intrínsecas a essa rotina burocratizada, e aqui agravadas por um mundo que se fez virtual diante da pandemia. Apesar de a pandemia ter acelerado esse processo de digitalização da participação, como outros tantos fenômenos em curso que foram acelerados, já germinavam no conselho algumas dessas razões que dificultam ainda mais o exercício de participação relatadas nas entrevistas. Um autor que auxilia a oxigenar essa discussão é o antropólogo anarquista David Graeber com sua teoria que desconstrói a ideia de progresso e do fim do trabalho supostamente implicado a ela. Em um dos seus ensaios mais originais, “Of flying cars the declining rate of profit” – Dos carros voadores e o declínio na taxa de lucro –, Graeber (2012) raciocina sobre a onipresença da burocracia em nosso cotidiano também como fruto do novo aparato tecnológico. Ao traçar a história do século XX e da guerra fria sob a lupa da utopia industrial, ele analisa como os carros voadores e o trabalho exercido por robôs povoou o imaginário social e da ficção científica, que na verdade eram muito mais caracterizados por um desenvolvimento tecnológico com proposta de disciplina social. “Até a década de 1970, a corrida espacial funcionou como uma “poetic technology” (tecnologia poética), que se utiliza de meios racionais, técnicos e burocráticos para tornar realidade fantasias impossíveis e impensáveis. Após este período, o desenvolvimento tecnológico e a investigação científica passaram a ser cada vez mais orientados e organizados por processos burocráticos e hierárquicos” (GRAEBER, 2015, p. 17). A resultante principal desse fenômeno seria o fim do que ele chama de “tecnologias poéticas”, na qual toda a espontaneidade que poderia surgir da ocupação da máquina pública por movimentos sociais tem sido asfixiada.

Ainda em outro ensaio, “The utopia of rules, or why we really love bureaucracy after all” – A utopia das normas, ou por que na realidade, depois de tudo, amamos a burocracia –, Graeber (2015) tenta entender os motivos da aceitação quase servil da burocracia e o que se faz em nome da suposta racionalidade e como se fragiliza a liberdade nessa lógica de regras. Da mesma forma, traz em sua análise o como a burocracia ...

[...] cria situações nas quais a busca da liberdade em relação ao poder arbitrário acaba simplesmente produzindo mais poder arbitrário e, por consequência, regras que acabam por asfixiar a existência. Em um sentido metafórico, ela cria jogos que não são em nada divertidos e que deixam cada vez menos lugar para o jogo espontâneo. (GRAEBER, 2015, p. 13).

Nada melhor para ser emoldurado por esse pensamento de Graeber do que as dificuldades impostas por essa lógica burocrática para as novas formas de experimentalismo democrático supostamente inclusivas. Essa é uma das categorias centrais ressaltadas por Boaventura Santos (2005) ao analisar as potências e fragilidades nas novas formas de democracia no sul global. A ideia força motriz do “Democratizar a democracia” bate como uma onda na pedra da burocracia e sua própria ontologia que se tornaram os espaços de participação na lógica de Graeber. Resta saber se essas novas experimentações poderão no futuro erodir de alguma maneira as instituições, tal qual a onda na pedra como alegoria para fazer as duas teorias dialogarem.

Ressalta-se ainda que nas entrevistas, um dos usuários não percebe a burocracia como algo tão delimitador assim para o exercício das suas funções e dos seus elos representativos. Essa não percepção da presença da burocracia em nossas rotinas, de certa maneira une a lógica do segredo apontado por Marx com a lógica da invisibilidade burocrática presente em nossas vidas e incorporadas na imagem simbólica do nosso cotidiano discutido por Graeber. A enorme caixa de ressonância que se tornou a vida reverberando a burocracia nos impede do pleno conhecimento de como ela funciona. Nesse sentido, o desvelamento da trama burocrática defendido por Graeber é um dos desafios mais urgentes da atualidade.

Mais do que procedimentos e normas de “administração” e “gestão”, como comumente se entende os rituais burocráticos, trata-se do domínio político de uma classe social que pretende, dentre outras coisas, expandir suas formas de organização ao conjunto das sociedades. (GRAEBER, 2015, p. 43).

O mérito da sua interpretação, foi dar luz a ação da burocracia como uma dinâmica de força própria, que aplicado ao entendimento do cotidiano do Conselho Nacional de Saúde por exemplo, nos faz entender melhor a transformação de toda a força de determinado movimento social em simples ferramenta da gestão administrativa. Graeber ainda faz uma afirmação provocadora e categórica ao afirmar que “o neoliberalismo fez-nos entrar na era da burocracia total”, e como veremos mais

adiante, as falas dos conselheiros identificam que o encontro do neoliberalismo com a burocracia se deu com muita força no espaço do controle social.

6.2 Representatividade e participação dos usuários no Conselho Nacional de Saúde

A presente categoria está associada a discursos que guardam relação com a categoria do trabalho e do cotidiano dos conselheiros, porém ela compõe um eixo próprio que podemos explorar sob a égide da “angústia por legitimidade representativa” dos usuários. Depois de mais de trinta anos com o CNS atuando na esteira da criação do SUS, podemos afirmar que diferentemente das dificuldades encontradas na literatura sobre o funcionamento dos conselhos municipais, esse espaço está legitimado perante o que podemos chamar de “as forças vivas” do SUS. Essa legitimidade nos discursos se dá tanto por autoridades e trabalhadores do setor, como pela gama de entidades representadas no conselho nacional, porém ao explorarmos as falas com maior profundidade vamos perceber que ela ainda traz alguns desafios para sua efetivação. Esse processo tem sido fruto também de uma difícil aprendizagem pedagógica, cultural e comportamental, onde se aceita a premissa do diálogo como motor para resolução dos conflitos entre os diferentes segmentos representados no CNS. Para os entrevistados, essa é a base para a criação de consensos e dissensos dentro do espaço de participação, tendo como manta os ideais da reforma sanitária que foram consolidados com muita força ao longo do tempo de implementação do SUS. Porém, não só é difícil o compartilhamento de poder que seria necessário para a atuação desejável dos usuários, como também para estes, há a constatação de condutas de cooptação, manipulação e desacato das resoluções emanadas desse colegiado, o que afeta negativamente a sua própria atuação como é constatado nas entrevistas.

A legitimidade dos usuários é condição decisiva para a postura de defesa intransigente feita por eles dos princípios do SUS, tanto no seu cotidiano, como também periodicamente através das conferências de saúde. Entretanto, mesmo com tantos êxitos reconhecidos, essa legitimidade historicamente tem sido suprimida por práticas de clientelismo, corrupção e atropelo dos direitos dos cidadãos (LABRA;

GIOVANELA, 2007; PAIN, 2017; PAIVA, 2020). Isso aponta para um desafio de complexidade maior, que transcende o arcabouço normativo que orienta o funcionamento do conselho de saúde, é a própria mudança da cultura político institucional do país que deve ser superada segundo os entrevistados para um exercício de poder mais efetivo. Nas falas dos conselheiros, essa angústia por legitimidade é gritante e constrangedora! Os usuários, sentindo-se desprestigiados e desamparados pelo segmento da gestão, tentam garantir sua legitimidade inclusive com expedientes que judicializam essa relação, ou até mesmo utilizando-se do legislativo para fortalecer seus embates e decisões não acatadas pelo executivo federal. Outra forma de fortalecimento da representatividade, que ao contrário do que era esperado saiu de forma tímida e quase silenciada nas falas, se dá pela própria aproximação com as bases que tendem a ir se enfraquecendo ao longo do exercício do mandato, muito em função da extenuante rotina burocratizada conforme discutido na categoria anterior. Estudos confirmam que uma maior ou menor legitimidade na participação tende a ser uma variável em função do vínculo do representante com sua população representada e da organicidade desse vínculo (DEMO, 2001; SANTOS, 2005; GERSHMAN, 2007; VASQUEZ, 2002; RIFIKIN, 2014). No caso do CNS, podemos inferir diante dos discursos que toda a responsabilidade da representação é delegada aos seus representantes, aumentando ainda mais a angústia diante da fragilidade desse não elo com suas bases, prejudicando assim a própria representação exercida.

Apesar de não serem eleitos pela população, a legitimidade dos usuários no conselho é consequência da sua estreita vinculação com a sociedade e da interlocução desenvolvida com a população representada (SERAPIONE, 2016; 2018). Essas duas características são centrais na obra de Boaventura Santos (2005) ao analisar as experiências de participação, tanto a representatividade das lideranças, como envolvimento das suas bases no processo de representação, aponta que são sinalizadores importantes para medir a efetividade da participação. Para o condicionamento de maior êxito à participação, a presença ativa dos envolvidos, capacidade de reivindicação das necessidades em saúde e o envolvimento da população na elaboração de estratégias para resolução dos problemas, são determinações centrais para reforçar o caráter participativo nas políticas públicas. O envolvimento das bases ainda segundo esse raciocínio, também é um importante

marcador para a avaliação qualitativa das experiências de participação, já que ela abre possibilidades de entender a organicidade dos associados na associação (LABRA; FIGUEIREDO, 2007). Podemos inferir com base no referencial teórico, que essa baixa capacidade de articulação com as bases que sobressai nos discursos, ajuda a explicar um componente que é favorável à baixa renovação dos usuários no espaço do conselho.

É comum nas manifestações dos usuários a ambivalência que resulta de um exercício de representação que vem sofrendo esvaziamento político pela dificuldade de vínculos com os movimentos sociais. Os usuários podem representar uma entidade ou um segmento específico da sociedade, mas o exercício da representação depende de organizações políticas com porosidade, articulação, capacidade de vocalização e potencialidades para alterar os jogos de poder (LABRA; GIOVANELLA, 2007). Nesse sentido, a angústia que caracteriza esses discursos é aumentada devido à baixa visibilidade da atuação dos usuários, atribuída a deficiências na publicização e difusão dos resultados das atividades no CNS.

Outro fator ressaltado que dá relevo à angústia por legitimidade nos discursos está na relação dos usuários com o segmento da gestão dentro do CNS. Sobre o lugar do gestor nessa legitimidade, a literatura sobre o associativismo enfatiza o comprometimento das autoridades públicas com processos participativos como um dos fatores chaves na interpretação de determinantes da participação. É considerado como condição para o êxito de experiências de participação o investimento das instituições por meio das suas autoridades no que é chamado de “efeito demonstração” (COELHO, 2007; CONKLIN et al., 2012; RIFKIN, 2014; PAIVA, 2014). Ou seja, os espaços de participação nas políticas públicas não atraem participantes, ou tendem ao esvaziamento, quando a população não percebe a relação entre a participação e sua vida cotidiana. A posição das autoridades de saúde nesse jogo político pode ser considerada como decisiva, já que no nosso caso são elas que dão o substrato para o funcionamento dos colegiados e sinalizam a porosidade do governo para acatar as demandas e sugestões do controle social, tanto no caso do conselho, quanto nas conferências de saúde (CORTES, 2010; DURAN; GERSCHMAN, 2014). Essa relação entre usuários e gestores influencia na conformação de agenda, funcionamento dos fóruns de participação, além das próprias possibilidades de cumprimento das decisões tomadas no colegiado e principalmente na possibilidade

de contraposição das pressões exercidas pelos prestadores de serviço. É válido notar que nas entrevistas os usuários não caracterizam a relação com os prestadores como um problema principal, mas sim com a gestão, que na prática parece exercer o papel que deveria ser desempenhado pelo setor privado no conselho, revelando uma anomalia nos sentidos de representação dos segmentos dentro do CNS. Como veremos mais adiante, esse parece ter sido um vetor que caracteriza os desmontes e ataques ao SUS oriundos do próprio Ministério da Saúde, que deveria se contrapor ao segmento privado para aumentar a proteção do sistema público de saúde. Nesse sentido, o comprometimento dos gestores com o controle social também é mal avaliado pelos usuários, que se queixam da provisão orçamentária e do tipo de informação, regularidade e o modo como ela é prestada, à título de exemplo. Todos esses quesitos corroboram com a ideia de que, no momento que se escreve, não há legitimidade dos usuários perante os gestores, e estes não têm comprometimento com possibilidades de condições para o desenvolvimento de uma lógica participativa adequada. Essa constatação, como veremos mais a frente, é sentida como uma estratégia pelos usuários para fragilizar o controle social e posteriormente, a própria lógica do direito à saúde.

Com relação às dificuldades de renovação do CNS e a falta de lideranças orgânicas dos movimentos sociais na base, quando consideramos que existem milhares de conselhos de saúde de forma capilarizada no país, a questão de quem participa se faz desafiadora e sofre alterações em função da cultura associativa local até o âmbito nacional e do grau de associativismo (LABRA; GIOVANELLA, 2007). E sobre as condições para debater a permanência desses usuários como conselheiros, nos cabe indagar: Devem pautar-se por princípios afins com a renovação democrática do colegiado ou com base na experiência acumulada do candidato? Nas falas sobre suas trajetórias até a chegada no espaço nacional do conselho de saúde, podemos encontrar as duas situações. Podemos inferir pelos discursos, que a experiência acumulada traz o risco do profissionalismo do conselheiro, tendo em vista que é frequente a recondução ao cargo do conselheiro em função do carisma e/ou por seus conhecimentos acumulados. Não obstante, é possível deduzir que essa cultura presente nas pequenas localidades sem oxigenação de diversidade de movimentos sociais e tradição de participação, também reverbera para dentro do espaço nacional. Também corroboram essa argumentação diversas falas dos entrevistados que nos

fazem dar conta da participação em diversos outros conselhos temáticos para além do da saúde, denunciando um perverso afunilamento das lideranças, com baixa divisão do poder no nível local e que também pode ser sentida no espaço nacional.

Alguns estudos sobre a participação no nível local que nos ajudam a entender o que acontece a nível nacional dão conta que determinados processos políticos institucionais auxiliam na mudança do perfil da participação da sociedade civil nas políticas públicas (BISPO JUNIOR, 2018; HALDANE et al., 2019). Obviamente, há no país devido à baixa cidadania uma cultura onde a participação se materializa devido a vínculos desses atores com as autoridades públicas, muitas vezes a autoridade política pelos gestores é exercida através do chamamento dos aliados para ocupar os espaços de participação. É nesse sentido que as novas formas de experimentalismo democrático que caracterizam a experiência do controle social também se inserem no Brasil e na América Latina. Novos processos de inclusão democrática poderiam de certa maneira representar um mecanismo para evitar a exclusão dos que não participam dessa rede sociopolítica (BOAVENTURA, 2005; 2016). Não só os atores e seus movimentos sociais que de certa forma foram mais visíveis nos discursos, mas também a própria essência de reoxigenação das pautas de reivindicação com a entrada de novas demandas que sempre estiveram periféricas no debate institucionalizado da política de saúde são percebidas pelos entrevistados. Nesse sentido, as falas dos conselheiros trazem esse reconhecimento, ressaltando o como pautas feministas, antirracistas, da população LGBTQIA+, ambiental, entre outras, “começam a ser incorporadas como caminho sem volta” (palavras de conselheiro). Essas novas agendas nos dão a dimensão desse movimento positivo quanto a inclusão de novas formas de se pensar a democratização do espaço público e de como podem proporcionar avanços significativos da sociedade para o enfrentamento de dilemas sociosanitários que se caracterizaram como paisagem na triste tradição democrática brasileira.

Ainda há outra contradição nos discursos dos entrevistados que merece ser explorada com maior detalhe. É presente a ideia de um espírito de corpo que orienta os consensos em torno das votações e das deliberações do CNS. Essa dimensão tem uma relação forte com os ideais da reforma sanitária e os conselheiros alegam que, no momento das decisões, independente do segmento representado no CNS, esse “espírito de união” é a força motriz que une os usuários com os demais segmentos.

Porém, ao analisarmos mais detalhadamente alguns discursos, percebe-se que há uma divisão elitista entre os usuários e os demais. Inclusive com um forte depoimento de um usuário que percebe discriminação e não se sente integrado principalmente em função da linguagem técnica utilizada nas discussões. Essa linguagem é uma barreira que traz constrangimentos no momento de maior legitimidade do exercício de sua função que é o voto, ele aguarda a movimentação de outros usuários, para então tomar sua decisão. E essa adequação do voto se dá em função de outros vínculos afetivos para além da discussão das necessidades em saúde do seu grupo representado. É patente na literatura consultada que, a despeito do discurso do espírito de corpo dos entrevistados, a constatação que a vocalização técnica da discussão acaba discriminando e excluindo exatamente esses conselheiros que em função de diversos motivos, tem seus vínculos mais orgânicos com a base representada. Esse contrassenso aparente é o que podemos caracterizar como uma espécie de “deslegitimação elitista” do usuário *versus* a “legitimidade das bases”. Para minimizar essa noção de não pertencimento dentro do espaço do colegiado, alguns dos usuários lançam mão da estratégia de manter o vínculo orgânico com suas bases de forma mais oxigenada. Nesse sentido eles se contrapõem de certa maneira à legitimidade conquistada pelos conselheiros mais antigos que já incorporaram inclusive a fala e os traquejos elitizados que fazem parte de uma certa distinção que aparenta caracterizar um status de participação no interior do CNS. E é exatamente na estratégia criativa de um outro tipo de comunicação com os movimentos sociais representados que esses conselheiros mais orgânicos apostam suas maiores fichas para superar o problema de deslegitimação elitista que eles encontram.

Na tentativa de encontrar se essa estratégia tem o apoio institucional ou não, consultando a Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde do CNS, percebe-se que não há um envolvimento da instituição sobre esse “novo” formato de diálogo com as bases. Sobressaem as velhas formas de cartilhas, comunicados e informações frias, não acessadas e descontextualizadas da realidade das bases representadas no CNS. Também é válido ressaltar que na literatura consultada, (PAIVA, 2014; SARDINHA, 2017) a discussão sobre as estratégias de comunicação do CNS é muito focada na divulgação dos direitos dos usuários, porém não há muita interlocução dessa importante premissa do conselho com formas mais acessíveis e criativas para sensibilização dos movimentos sociais na base. Podemos

inferir, inclusive corroborando as falas dos entrevistados, que esse vínculo comunicacional mais orgânico se dá de forma isolada e autônoma, dependendo da relação dos próprios usuários representados com a sua base, o que acaba no final das contas recrudescendo mais ainda a angústia por legitimidade e o afastamento entre representado e representante.

6.3 Direito à saúde e os novos mecanismos de mercado que fragilizam o SUS

Essa é uma das categorias mais robustas oriundas das falas dos conselheiros entrevistados. Não apenas pela quantidade de unidades semânticas que sobressaíram nos discursos, mas também pelo valor que os usuários entendem como um dos principais pilares do sistema público e universal de saúde e que vem sofrendo reveses num crescente cada vez maior e com mais força. É na trincheira da luta pelo direito à saúde que os conselheiros identificam seu principal campo de batalha. Infelizmente, o adversário principal segundo a ótica dos entrevistados, ao contrário do que deveria ser, se encontra no segmento da gestão dentro dessa mesma trincheira.

Boa parte dessa luta diária travada pelos conselheiros se dá a partir da constatação e do diagnóstico da difusão de uma agenda neoliberal para dentro do Estado de Bem-Estar Social. Essa agenda com mecanismos de erosão para sua efetivação corroe a própria democracia e o sentido de cidadania adotados no Brasil a partir da promulgação da constituição de 88. Para entendermos melhor esse fio narrativo traçado pelos conselheiros, precisamos escrutinar o como essa agenda neoliberal tem avançado para dentro da política pública de saúde ao longo do tempo desde a implantação do SUS, até o seu auge no pico trágico do atual momento. As falas dão conta de um histórico de ataques através de sucessivas introduções de mecanismos de mercado e privatização velada do setor público de saúde e nos permitem entender o como foi difícil a blindagem do direito à saúde nesse percurso. Apesar de constar na revisão bibliográfica uma cronologia recente da entrada desses mecanismos que atentam contra o direito à saúde, para os usuários entrevistados, esse processo de corrosão se dá independente de governo, através das artimanhas da sempre presente agenda da austeridade fiscal, porém de uma forma nunca vista

anteriormente como a que se vê atualmente.

Essa narrativa dos discursos nos exige algumas considerações históricas para melhor entender sobre o que os conselheiros nos falam e esse olhar nos remete aos primeiros passos do SUS encontrando o novo renascimento do Estado mínimo. Apesar das conquistas ao final dos anos 80 com a promulgação de uma carta cidadã que cravava a ideia dos direitos sociais em um novo imaginário coletivo, junto com os anos 90 e com o fim do mundo bipolar da guerra fria, varria o ocidente a ideia de um novo tipo de liberalismo de mercado. Essa lógica ajuda a caracterizar o SUS nas falas que o localizam como uma política historicamente contra hegemônica. Alguns autores inclusive defendem a tese de que o Brasil sequer atingiu uma concepção de Estado de Bem-estar Social com sua dotação orçamentária destinada a contento para garantir os direitos sociais. No momento da criação do SUS, não podemos esquecer e há que se frisar, o país se encontrava em acelerada transição para um modelo econômico neoliberal (CAMPOS; MISHIMA, 2005; SANTOS, 2009).

Se na década de 1980 vivemos a transição sonhada para uma democracia com ampliação dos direitos sociais, na década seguinte o jogo virou. Após instituímos o direito à saúde, iniciou-se o ajuste estrutural da economia e do Estado, no qual em tese, o que sobraria para o Estado era apenas o papel de regulador dos mercados e fiscalizador da conduta dos agentes econômicos. Para dar conta da nova ordem global, os Estados foram sendo pressionados via organismos internacionais financiadores a viabilizar as privatizações e as novas relações entre o público e o privado, obrigando também uma redefinição dos espaços institucionais geridos pelo poder público (CANTOR, 2005). Inúmeros autores trabalham com a noção de enfraquecimento da ideia moderna de Estado Nação pela nova lógica da mundialização do capital, já que a partir de então, quem constrói a governança são os organismos internacionais e oligopólios transnacionais. Alguns exemplos desses novos leviatãs [S1]²¹ são o Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional,

²¹ Em seu livro “Os novos leviatãs e a Polis democrática”, Atilio Borón (2001), caracteriza como os “novos leviatãs” os conglomerados de mercado de imensas empresas transnacionais que impedem a implementação de uma verdadeira democracia. Esses conglomerados que atuam de forma supranacional têm dominado o mercado globalizado e são apontados pelo autor como um enorme retrocesso do próprio capitalismo nas últimas três décadas. Geram maior polarização da sociedade em consonância com o empobrecimento dos países, aumento de desigualdade, desemprego como nova lógica de reserva de mercado, além da marginalização de grande parte das massas na participação dos meios de produção, inclusive na condição

Organização Mundial do Comércio e novos conglomerados financeiros (CHESNAIS, 1996; SANTOS, 2005).

É imprescindível para o entendimento desse modelo econômico a ideia de uma política social com contenção dos gastos públicos, com um Estado que a priori só deveria intervir com o intuito de garantir um mínimo para o alívio da pobreza e produção de serviços que a esfera privada não poderia ou não desejaria em função de menores lucros (MENEZES, 2020). Essa escolha política pelo Estado brasileiro desde sempre acarretou graves danos ao financiamento do SUS de acordo também com a narrativa identificada nas falas dos entrevistados. É penoso constatar que isso se deu no seu nascedouro sob o guarda-chuva da exclusão de camadas que puderam negociar os planos privados de atenção à saúde com afastamento dos sindicatos da luta pela universalidade e a focalização social dos programas públicos de saúde para os mais necessitados.

Outros autores (SANTOS, 2005; 2006; HARVEY, 2008) identificam o vetor do neoliberalismo para além da relação Estado versus mercado, mas também nos planos cultural, político e ideológico em detrimento de uma lógica econômica real. Isso decorre do fato que a ideologia neoliberal se tornou comum para toda a superestrutura do ocidente a partir do final do século passado. Boron (2001) nos ajuda na identificação desse sucesso ideológico e cultural que também é percebido pelos conselheiros, segundo este autor, podemos identificar o neoliberalismo enquanto fenômeno através de quatro dimensões que estão presentes na lógica que sustenta os ataques ao direito à saúde.

A primeira diz respeito ao inexorável movimento constatado nas últimas três décadas que pende para mercantilização dos direitos conquistados pela população, transmutados agora em bens e serviços passíveis de aquisição no mercado e desvinculados de qualquer Estado garantidor. Saúde, educação e seguridade social deixam de fazer parte do hall dos direitos inalienáveis da população e se transformam em meras mercadorias resultantes do escambo entre compradores e fornecedores à revelia de qualquer embate político.

A segunda dimensão identifica o desequilíbrio entre as forças do Estado e do

mercado como um fenômeno objetivo e recrudescido no campo simbólico e ideológico que demonizou o Estado. Sendo assim, foram arraigadas no imaginário coletivo potentes definições culturais que associam o Estado com características deletérias de ineficiência e mau funcionamento e o mercado como algo virtuoso e que se contrapõem a essa concepção de um Estado perdulário e incapaz.

A terceira dimensão é no campo da cognição criativa de uma espécie de senso comum neoliberal, que penetra muito profundamente no chão das crenças populares. Esse movimento gera uma visão conformista que perpassa todas as classes sociais que agora passam a ser orientadas por um pensamento único e infalível.

A última dimensão diz respeito a inevitabilidade do neoliberalismo enquanto fenômeno histórico, com o convencimento de vastos setores das sociedades capitalistas e a quase totalidade de sua elite política, de que não há alternativas viáveis que orientem a formatação da economia e da sociedade de outra maneira, se não pelo atrelamento da última a primeira.

De certa maneira, essa categorização proposta por Boron dialoga com a própria trajetória e ascensão do neoliberalismo trabalhada por outro autor de fundamental importância. David Harvey traça um panorama histórico, econômico e social, sublinhando o que seriam as “sofisticadas estratégias implementadas pelas elites a fim de restaurar, melhorar ou construir um poder de classe avassalador” (HARVEY, 2008, p. 78). Harvey trabalha na perspectiva marxista de classes que atravessa e sustenta sua obra, onde uma das suas principais discussões está situada exatamente em não perceber o neoliberalismo como uma saída natural à estagnação econômica vivenciada no fim dos anos 70. Para ele, essa construção ideológica única e onisciente desde então tem sido capitaneada por grupos específicos, com objetivo de adoção de soluções predeterminadas que deslegitimam o Estado e a ideia do direito social em favor do mercado. Também podemos situar esse raciocínio no que Boaventura Santos (2005) chama de globalização neoliberal hegemônica, com sua crítica ao império cognitivo, através da produção do conhecimento localizado nos países do Norte e reproduzido de forma acrítica e predatória nos países do Sul, inclusive com suas descontextualizações históricas, sociais e culturais. Aqui temos o escrutínio demonstrado de como desde meados da década de 90 (a década onde a criação do SUS encontrou o neoliberalismo) a nova matriz neoliberal que ele chama de

governança vem atuando. Podemos entender essa matriz como uma:

Estrutura basilar, ou de engaste, e simultaneamente de um ambiente fomentador de toda uma rede de ideias pragmáticas e de padrões de comportamento cooperativo, partilhado por um grupo de atores selecionados e seus respectivos interesses acoplados ao mercado total. (SANTOS, 2005, p. 23).

Essas dimensões estão presentes em muitas das identificações que os conselheiros fazem da agenda neoliberal e em como ela tem atropelado uma série de prerrogativas do controle social, inclusive da sua legitimidade na fiscalização e formulação das políticas públicas. Elas também nos trazem uma pergunta que ajuda a acompanhar a angústia que sobressai nas falas dos entrevistados: Se não há possibilidades de governança e autodeterminação para os estados-nação decidirem seus próprios rumos para fora da camisa de força do neoliberalismo, sobre quais decisões os novos espaços de participação surgidos nos últimos trinta anos no país irão se debruçar?

Esse questionamento abre outro flanco para uma discussão sobre quais artimanhas e estratégias os usuários através do CNS imprimem para barrar esses novos mecanismos de mercado presentes na agenda neoliberal. Quando instados ao diálogo de como tem se dado a função legal do CNS de contraposição ao desmonte do princípio da universalidade através dos ataques ao direito à saúde, as respostas são muito vagas e dão a entender que falta uma estratégia unificada de enfrentamento. Inclusive, diga-se de passagem, não há sinais de que novos movimentos, ou mais criativos, tenham sido realizados pelos conselheiros. Principalmente no sentido de superar a falta de legitimidade institucional que os usuários sentem pelo segmento da gestão, o que tem impedido inclusive um diálogo para superação desse impasse haja visto a intransigência que Ministério da Saúde tem demonstrado na negociação e no trato com o CNS. Diante dessa lógica de guerra que o controle social tem sido submetido no país nos últimos anos, notadamente no último mandato presidencial de Jair Bolsonaro, o expediente utilizado pelos conselheiros ainda se dá principalmente através do que chamam de judicialização da relação com o Ministério da Saúde.

A literatura define judicialização das políticas públicas como um processo de crescente uso do sistema de justiça para o questionamento dos erros ou omissões na

produção das políticas públicas (OLIVEIRA, 2019). Dentro dessa lógica o sistema judiciário age de forma intermediária na elaboração e implementação das políticas, e dentro desse contexto podemos caracterizar a judicialização. Aqui temos o Ministério Público e a Defensoria atuando de forma protagonista na intermediação das demandas sobre políticas de saúde que são levadas ao judiciário, com a sociedade civil através dos seus movimentos sociais atuando de forma indireta ao inserir suas demandas nos tribunais responsáveis. São diversas as políticas públicas passíveis de judicialização que são um reflexo da amplitude de direitos garantidos pela Constituição (RODRIGUES, 2022), mas saúde e educação são os temas que predominam na literatura. Porém, os trabalhos que sobressaem na bibliografia consultada são sobre instituições e atores que têm provocado o judiciário com foco no Ministério Público. A literatura não acompanha a produção do que os conselheiros entendem como judicialização das suas relações com o segmento da gestão, ou sobre como o CNS tem usado desses expedientes para barrar a fragilização do direito à saúde.

Ainda no sentido de tentar verificar a correspondência entre as falas que colocam a relação com o judiciário como uma das estratégias de contraposição do CNS ao segmento da gestão, se buscou no documento intitulado “Judicialização da Saúde no Brasil: Perfil das demandas, causas e propostas de solução” algumas dessas ações. Esse documento traz o resultado de um extenso estudo do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) sobre a compreensão da judicialização da saúde através de análise da representatividade nacional dessas ações, com uma classificação própria com identificação dos tipos de demandas e características das decisões judiciais em curso no país. Apesar de um crescimento de 130% nas demandas anuais relativas ao direito à saúde de 2008 para 2017, não há sequer referência aos conselhos de saúde ou ao Conselho Nacional de Saúde. Inclusive, segundo o próprio relatório:

Os principais assuntos discutidos nos processos são: “Plano de Saúde”, “Seguro” e “Saúde”, seguidos de “Tratamento Médico-Hospitalar e/ou Fornecimento de Medicamentos”. Nota-se, em particular, uma participação muito elevada dos assuntos “Plano de Saúde” e “Seguro”, revelando a litigância judicial na esfera da saúde suplementar, assunto ainda pouco investigado na literatura. Utilizando-se de pesquisa booleana no repertório dos acórdãos foi identificado a proporção das ações coletivas com a temática direito à saúde. A conclusão desse recorte do estudo é de que apenas 2,3% das ações podem ser consideradas coletivas, de um total de 13% de ações que

tratam de temas coletivos. (CNJ, 2019).

Uma das possíveis explicações para essa falta de correspondência entre as falas, os estudos e a literatura talvez se dê em função do enfoque nas ações individuais que tem caracterizado o acionamento do judiciário. Infelizmente, em função de uma lógica de direito que também é resultado dessa concepção ideológica neoliberal que perpassa todo o sistema legal da sociedade, as ações coletivas para acesso à medicamentos, por exemplo, perderam espaço para as ações individuais. Não à toa as críticas relativas à judicialização da saúde dizem respeito a cinco características principais: uso de ações individuais; incapacidade do Judiciário em tratar do problema enquanto questão social e complexa que não se resolve com oferta apenas de medicamento; ações e sentenças que privilegiam pessoas do topo da pirâmide social; distorção e subversão das competências federativas; e favorecimento do setor farmacêutico. No caso das ações civis públicas, Rodrigues (2022) é categórico ao afirmar que “o foco na tutela individual pode levar a grandes perdas na discussão sobre direitos coletivos. No caso da sua atuação extrajudicial, apesar de estar focada na tutela coletiva, não está direcionada ao acesso a direitos sociais”. Percebe-se dessa forma, que a garantia do direito à saúde de forma individualizada não possibilita a alteração do quadro de desigualdade social existente no país, prejudicando aqueles cidadãos que não tem acesso à justiça e trazendo sérias consequências para a gestão orçamentária. (RIBEIRO, 2014).

Podemos inferir diante do exposto que um grave quadro se revela para interpretação. Não apenas o judiciário não atua em consonância com o que os conselheiros alegam acontecer, como em realidade, acaba atuando de maneira a recrudescer as desigualdades em saúde e a enfraquecer a própria lógica do direito à saúde. Fazem isso na maneira que dispõem de toda a força da sua burocracia institucional para jogar dentro de uma lógica absolutamente privada e desconsiderando toda a sua relevância para tratar da saúde como direito positivo e atuar em consonância com a defesa da política pública que está sob ataque.

Outro ponto interessante que sobressai dentro da categoria da defesa do direito à saúde é a concepção ampliada e alargada de saúde para além dos paradigmas biomédicos tradicionais que os usuários trazem nas falas. Essa concepção funciona como um motor importante que impulsiona os discursos para a discussão da política

nacional de saúde dentro do campo das políticas sociais que têm sido sistematicamente debilitadas no país em função do neoliberalismo. Há inclusive um sentimento de autocritica nos discursos que sinaliza perda de potência do CNS ao trabalhar algumas questões isoladas no campo da saúde e ainda desprovidas de mecanismos de intersectorialidade do controle social. Aqui a questão da qualidade de vida aliada ao desenvolvimento e destruição do meio ambiente funcionam como elementos estruturantes desses discursos que dialogam de certa maneira com a própria concepção de promoção da saúde presente no arcabouço do SUS. Sobre os condicionantes que se articulam com essa visão de promoção da saúde e de um conceito mais ampliado do processo saúde e doença, a maior preocupação dos entrevistados reside na destruição sem precedentes do meio ambiente. Para os entrevistados, os impactos que esse fenômeno tem na política nacional de saúde ainda é de difícil aferição e monitoramento, mas certamente foram recrudescidos pela lógica neoliberal imposta a ferro e fogo pelo governo Bolsonaro.

É fartamente documentada na literatura como o moderno sistema capitalista depende dos recursos naturais em dimensão desconhecida em qualquer outro sistema social historicamente determinado. No atual momento de incremento do neoliberalismo e dos novos leviatãs, transformam-se até mesmo os problemas criados em função das relações de produção e consumo das sociedades em oportunidade de negócios. São inventadas novas ridículas soluções-mercadorias como água potável engarrafada gourmetizada, complexos de academias, os mais variados produtos da indústria de segurança, dispositivos antipoluição, medicamentos para aplacar a dor da existência, etc., tudo está à venda e passível de comercialização pelo Deus mercado! E nesse sentido, seguindo a lógica que orienta a preocupação dos conselheiros, os riscos tecnológicos e socioambientais oriundos desses novos processos de produção e consumo, bem como a degradação ambiental e os agravos nas condições de saúde das populações, são distribuídos de forma desigual entre os segmentos da sociedade. Essa estratificação dos impactos na saúde determina uma teia complexa que articula as dinâmicas econômicas, políticas e sociais, as quais “geram, nomeiam, localizam, negociam, regulam, controlam, eliminam ou potencializam os riscos do processo saúde-doença” (RIGOTO; AUGUSTO, 2007). É natural concluirmos dentro dessa lógica, portanto, que a vulnerabilidade dos diferentes extratos sociais consequente desses novos riscos à saúde é introduzida

desigualmente inclusive nos territórios. Outros fatores para além do fio determinista da biomedicina como qualidade da alimentação, escolaridade, possibilidades e formas de acesso a informação, grau de cobertura e existência de políticas públicas entre outros, implicarão em diferenças nos tipos e na extensão dos impactos dos riscos que estarão submetidas estas populações (RIBEIRO, 2007; NAJAR; PERES, 2007).

E de fato os conselheiros têm razão! A apropriação e distribuição dos recursos, inclusive os ambientais que é o motivo maior da preocupação nos discursos, são definidos por embates políticos onde a resultante deles depende das disputas entre as forças hegemônicas dos mercados e dos movimentos sociais que são representados inclusive no espaço do CNS. Esses processos também são marcadores dos níveis de democratização das instituições políticas (SANTOS, 2005). Nessa perspectiva, é fácil a compreensão de como os movimentos sociais reverberam através das falas dos usuários quando eles questionam a noção de desigualdade entre os cidadãos expostos a maiores riscos ambientais e da preocupação dos mesmos do impacto na saúde das populações (RIGOTO; AUGUSTO, 2007). As falas dos usuários que afirmam que o meio ambiente saudável também é direito à saúde da população são preciosas. Quando pensamos em democracia e meio ambiente, não podemos deixar de questionar a brutal concentração e assimetria de poder na apropriação dos recursos ambientais. As dinâmicas políticas e sociais em sociedades desiguais orientam a carga mais pesada dos danos ambientais consequentes do errático modelo de desenvolvimento, como as adotadas no atual governo, às populações de baixa renda, populações periféricas, aos desvalidos da terra e aos vulneráveis (RIBEIRO, 2007).

Porém, ainda que os conselheiros reconheçam que esses poderosos determinantes econômicos e sociais estejam situados externamente ao setor saúde, não há estratégia de intervenção articulada com outras áreas de participação social. Em verdade, sentem-se impotentes porque passam ao largo de tais relações. Os discursos parecem indicar inclusive, que se adota uma posição muito mais retórica quanto aos determinantes extra setoriais do que a construção de efetivas alianças com outros setores de participação que poderiam somar para elaboração de políticas públicas que possam minimizar os impactos de uma agenda tão cruel, como a que se encontrava em curso no Brasil sob o governo Bolsonaro.

Apesar do certo descolamento dos discursos sobre as estratégias de judicialização da saúde e da participação Intersetorial para enfrentamento da agenda neoliberal, alguns expedientes mais específicos têm sido adotados pelo CNS na tentativa de modificar o jogo político com o segmento da gestão. Os discursos apontam para o entendimento da reprovação das contas apresentadas pelo Ministério da Saúde desde o ano de 2016 como um momento de ruptura. Foi visto anteriormente que pela Lei 8142 uma das atribuições legais dos conselheiros de saúde é a fiscalização da gestão através da apreciação das suas prestações de conta, principalmente por meio da avaliação do Relatório Anual de Gestão (RAG) do Ministério da Saúde²². Em um movimento que os entrevistados consideram como de novidade, os conselheiros iniciaram uma ação coordenada de não anuir mais com ressalvas esse relatório, como fazia parte quase de uma infeliz tradição de conformidade do CNS com a prestação de contas apresentada a sociedade. E é válido observar aqui que não por coincidência, apesar da série histórica dos ataques do direito à saúde ser anterior a esse momento, que ele tenha sido disparado exatamente após o golpe de 2016 com a introdução do Ponte para o Futuro, piorando ainda mais o que tem sido caracterizado como desfinanciamento do Sistema Único de Saúde.

Não há maiores detalhes nas falas dos entrevistados de como tem se dado essa ruptura de fato, mas em entrevista ao portal da Fiocruz, o coordenador-adjunto da Comissão de Orçamento e Financiamento (Cofin), Getúlio Vargas Junior destaca alguns dos motivos para a reprovação do relatório ainda no ano de 2021. “Em 2020 o valor mínimo investido em saúde só foi atingido graças aos recursos adicionais para o enfrentamento da Covid-19, não fosse isso o valor investido teria ficado cerca de R\$ 2 bilhões abaixo do piso” (ANTUNES, 2021), lembrando que os RAG do Ministério da Saúde vêm sendo reprovados desde 2016. “Mesmo que fossem reeditados os índices de investimento das RAG anteriores seria insuficiente para que o conselho pudesse apontar uma aprovação, uma vez que eles já foram rejeitados por estarem abaixo da necessidade”. Além disso, o orçamento apresentado para 2020 foi feito com base no Plano Nacional de Saúde 2020-2023 apresentado pelo MS, que também foi rejeitado pelo CNS, entre outros motivos por não dialogar com as diretrizes da 16ª Conferência

²² A análise do RAG – instrumento de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) que mostra o quanto do orçamento federal foi empenhado e executado em cada ação de saúde ao longo do ano – é uma prerrogativa do Conselho segundo a lei complementar 141, tarefa que cabe à Comissão de Orçamento e Financiamento (Cofin) do CNS.

Nacional de Saúde, realizada em 2019. “Foi uma conjunção de diversos fatores que levou os conselheiros a, mais uma vez, reprovarem o RAG”. E completa:

O SUS nunca teve recursos suficientes para cumprir com suas prerrogativas, o subfinanciamento é um problema histórico. Só que a partir de 2016, com aprovação da Emenda Constitucional 95, a gente percebe que aquele orçamento que historicamente não foi adequado começa a perder recursos. E não por acaso desde então há uma necessidade do CNS rejeitar os relatórios anuais de gestão, porque a gente percebe que ano a ano tem diminuído os investimentos e a qualidade do gasto em saúde. (ANTUNES, 2021).

Porém, assim como os usuários entrevistados, além de toda a sorte de fontes consultadas, não há um entendimento do que na prática essa reprovação pode resultar de penalização ao MS para além do constrangimento e uma futura cobrança e mobilização da sociedade organizada em torno do desfinanciamento do SUS. O mesmo conselheiro sinaliza na entrevista concedida que agora o CNS deve elaborar e votar uma resolução sobre a reprovação das contas, que deverá então ser homologada pelo Ministério. No ano de 2022 o mesmo fenômeno se repetiu de forma mais avassaladora ainda, com a reprovação unânime de todos os conselheiros nacionais de saúde do RAG de 2021.

Aqui vale algumas notas sobre os instrumentos utilizados pelo CNS para tentar resistir ao assédio imposto pela agenda neoliberal e como os conselheiros se utilizam deles. Segundo o regimento interno do órgão, o CNS se manifesta oficialmente de três formas. Uma delas é a moção, definida como “uma forma de manifestar aprovação, reconhecimento ou repúdio a respeito de determinado assunto ou fato”. A resolução é o ato mais geral e conclusivo, tem caráter normativo, o que requer tempo para aprofundamento, estudo, debate e esclarecimento dos conselheiros. Uma resolução deve ser homologada pelo ministro da Saúde no prazo de até 30 dias e, posteriormente, publicada no Diário Oficial da União. “Se não for homologada em tempo hábil sem nenhuma justificativa, as entidades que integram o CNS podem buscar a validação da resolução, recorrendo à Justiça e ao Ministério Público” (FIOCRUZ, 2022).

Já a recomendação “é uma sugestão, advertência ou aviso a respeito do conteúdo ou forma de execução de políticas e estratégias setoriais”. Em geral, trata de temas relevantes que não estão na alçada direta do CNS. Foi essa a ferramenta

escolhida pelo Conselho para manifestar-se em relação às alterações na PNAB por exemplo. E não o instrumento mais forte à disposição do Conselho, a resolução. De acordo com o médico sanitarista Jorge Kayano (POLI, 2019, pag. 34), que atua na área de democracia e participação do Instituto Pólis, “o artigo 14-A introduzido em 2011 na Lei Orgânica da Saúde, a 8.080, é claro: cabe à CIT negociar e pactuar propostas “quanto aos aspectos operacionais do SUS” – desde que tais propostas estejam em acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único e da atenção à saúde vigentes. Portanto, pactuados e aprovados nas conferências. O CNS deveria ‘lembrar’ os gestores que, de acordo com a legislação, ele deve ser ouvido antes da publicação das pactuações”, argumenta. E emenda: “Cabe ao CNS vigiar para impedir que a CIT passe não só a operacionalizar ações e programas, mas também decidir sobre as políticas, passando por cima das deliberações das conferências e do Conselho”. Por isso, de acordo com Kayano (2019), a tradição pela opção de recomendação tem se mostrado um equívoco. “Erro de leitura sobre o que deveria ser efetivamente o objeto da deliberação do CNS, e também uma avaliação errada da tal ‘correlação de forças’. A opção pela recomendação, em geral, se deve à avaliação de que o Conselho não vai conseguir obrigar o ministro a homologar uma resolução contrária aos seus interesses”.

Um outro exemplo de deslegitimação do CNS foi o caso da revisão da Política Nacional de Atenção Básica, a PNAB. As mudanças foram propostas pelo Ministério da Saúde em agosto de 2017 e eram apoiadas pelos conselhos de secretários municipais (Conasems) e estaduais de saúde (Conass). As três representações formam a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Na ocasião, o CNS se mobilizou e recomendou à CIT que “não deliberasse pela revisão da PNAB” enquanto “um amplo processo de debate” estivesse em curso. De nada adiantou: em 21 de setembro daquele ano, a portaria 2.436, assinada pelo ex-ministro Ricardo Barros, instituiu a nova PNAB. Aqui vale a pena resgatar que algumas das falas dos entrevistados também apontam a flexibilização dos mecanismos de controle social dentro de novas pactuações interfederativas como formas sutis de fragilização do direito à saúde. O atual presidente do CNS Fernando Pigatto, que goza de enorme prestígio junto aos conselheiros, explicou em entrevista (SANTOS, J.V., 2019) que quando o Executivo extrapola os limites de sua atuação, o CNS costuma acionar deputados e senadores para tentar sustar medidas tomadas pelo Ministério da Saúde à revelia do Conselho.

“E, no âmbito do Judiciário, acionamos as entidades que integram o CNS para que ingressem com ação”, acrescenta.

A posição institucional do CNS é de que essa negativa diante da prestação de contas do MS possa servir para que Ministério Público e outros setores organizados da sociedade civil acionem gestores e outros responsáveis para esclarecimento dos apontamentos levantados pelo controle social. Aqui é possível perceber um ciclo que se completa a partir das falas dos conselheiros. Como não há outras estratégias de pressão e constrangimento do MS, os conselheiros voltam a ideia da judicialização, que como vimos não tem funcionado a contento, para tentar quebrar o isolamento interno ao jogo com os gestores com uma possível interlocução com o legislativo para somar esforços nesse embate desigual.

E é nesse sentido que os entrevistados sinalizam com muita força discursiva o como o controle social vem sendo atropelado junto com os retrocessos que tem caracterizado o desmonte do arcabouço institucional do SUS construído a tão duras penas. É no desmonte da ideia do direito à saúde que grande parte da sua impotência toma forma e relevo nas narrativas que os conselheiros trazem. Como podemos falar em um sistema universal de saúde enquanto direito de maior cidadania com um SUS tão reduzido? Um sistema que deixa de ser único por ter que concorrer com o mercado por recursos, clientela, força de trabalho e aceitação da sociedade ainda pode ser chamado de sistema único? As falas dos usuários reproduzidas neste trabalho apontam que infelizmente e objetivamente, se nada for feito, teremos um SUS cada vez menor, atuando de forma precária, caso a atual lógica de desfinanciamento persista. Estas premissas conformam um horizonte para o retorno de um sistema de saúde cada vez mais excludente, tal qual era caracterizado antes da Reforma Sanitária. Ainda não se tem previsão de quais critérios serão propostos para a estratificação da população dentro dessa matriz neoliberal, menos ainda a abrangência e qualidade do cuidado que será disponibilizado para a população brasileira. Mas é óbvio vislumbrar que a alteração da lógica previdenciária inscrita no guarda-chuva da seguridade social pelo regime de capitalização, desmonte e precarização das políticas de assistência social, educação e saúde, trarão consequências desastrosas para a população. Paradoxalmente esse retorno ao passado se dá sob o falso signo da novidade. “Nova política”, “novo governo”, “novo pacto federativo”, “nova previdência” tem sido as expressões que compuseram de

forma infame os discursos do governo Bolsonaro e de como a nova direita tem vendido o país. Entretanto, no momento em que se conclui o mandato derrotado na hora que se escreve, os projetos que foram conduzidos pelo governo federal estão muito mais para um *looping* ao passado, quando não se havia política social efetivadora de direitos, com o status de cidadania atrelado ao poder aquisitivo, distante de qualquer lógica de direito a saúde.

6.4 Sentidos e percepções da democracia no Brasil atual

A democracia brasileira no eterno fio da navalha! Poderíamos, se possível, resumir nessa fatídica frase o espírito que emana dos discursos dos usuários quando eles falam sobre os sentidos percebidos sobre a democracia e como ela tem sido vivenciada nessa quase última década de percalços, retrocessos e ruptura. Apesar de uma falsa sensação da democracia parecer ter sido um caminho inexorável que se trilhava nas primeiras duas décadas de implantação do SUS, os discursos não deixam dúvida dos equívocos que essa impressão infringiu no movimento sanitário como um todo no país. E não apenas no movimento sanitário, mas na sociedade em geral, nos movimentos sociais organizados e nas próprias rachaduras que abalam hoje as instituições. Não há certezas quando a democracia é o foco de análise diante da história brasileira e dos seus breves suspiros desde a implantação da República, inclusive essa mesma resultante de um golpe militar. Apesar da aparente obviedade, não é óbvia a ideia polissêmica que os entrevistados tentam emoldurar quando trabalham um quadro geral sobre como entendem o mundo atual em que vivem e lutam, e quais conexões esse momento histórico tem com seu lugar de fala, de conselheiros de saúde na linha de frente dessa batalha.

Antes de entrarmos nesse percurso identificado pelos conselheiros da democracia recente no país, são válidas algumas considerações sobre o sentido polissêmico da palavra e o lugar de fala de quem fala sobre ela. Mesmo que as unidades discursivas nos permitam o mergulho na democracia mais no sentido dos seus propósitos e promessas não cumpridas e em como os conselheiros percebem essa trajetória, é válido considerar o debate sobre a imprecisão do termo em função

do guarda-chuva hegemônico de cima para baixo a partir do pós-guerra no século passado. Chantal Mouffe (2010) tem uma interessante aproximação sobre esses contornos difusos que ajudam nesse panorama sobre a concepção dos conselheiros da própria democracia. Ela nos provoca sobre o que seria definir democraticamente a democracia e traz o problema de como se define a maioria e quem escolhe quais pessoas deveriam participar dessa discussão. Dessa maneira, temos um paradoxo:

Já que para que haja democracia, de início seria necessária a definição de quem participaria dela mesmo, para então nos debruçarmos sobre o que os integrantes do processo democrático decidem, com a exclusão da opinião daqueles que não participaram desse processo. (MOUFFE, 2010, p. 235).

Consequentemente, tal lógica de definição já não é em si democrática e transmite a ideia de regresso infinito. Diante do exposto, conclui sobre a:

[...] impossibilidade de definição democrática da própria democracia, até mesmo porque, não há somente uma definição do que esta seja ou represente, contextos culturais e históricos devem ser considerados e, portanto, democracia trata-se, em verdade, de uma forma de inscrição democrática e não de um conceito rígido. (MOUFFE, 2010, p. 237).

É possível a conclusão sob essa égide de pensamento que a complexidade conceitual deveria ser entendida como inerente à própria democracia, posto que sua própria ontologia reside do seu aspecto correlacional e textual, na medida em que corresponde a uma tradição e a determinados tipos de cultura, o que é absolutamente válido para longe das amarras coloniais e hegemônicas de entendimento sobre ela. É dessa maneira que não há como se falar em democracia em perspectiva puramente substancial, já que não se realiza por si só, mas se efetiva articulada a outras circunstâncias, culturais, históricas, ambientais, entre tantas outras possíveis, incluso aqui a missão a que se destina os conselhos de saúde (MOUFFE, 2010, p. 238).

Posto isso, os conselheiros ao iniciarem seu jogo de olhar sobre a percepção que tem sobre a democracia, remontam sempre ao momento que consideram nosso marco zero, uma espécie de início de tudo, que foi nossa redemocratização e a nova assembleia constituinte que possibilitou inclusive a criação do SUS. Para eles, apesar de alguns erros de leitura do movimento sanitário em considerar a discussão sobre a democracia como um fenômeno quase consolidado, com uma discussão muito focada nos procedimentos e formalismos da participação, é necessário celebrar as

conquistas herdadas do processo histórico que possibilitou os novos espaços de participação social pós 1988. Lembremos que esse legado da redemocratização e das lutas da reforma sanitária também estão presentes no que os conselheiros chamam de espírito de corpo que caracteriza várias das relações e dinâmicas dos conselheiros no espaço do CNS.

Para o entendimento dos discursos, para a discussão importante e necessária do que chamamos de ruptura, é preciso um mergulho na história recente e dramática do país. Não mais as sutilezas utilizadas pelos gestores com perfis menos porosos à participação vêm à tona nesse momento. Dessa vez, temos um brutal retrocesso que nos leva de volta a um passado que os conselheiros imaginavam superado. Talvez uma das teses principais aqui seja a de que a ruptura existente se dê com relação às promessas que pareciam promissoriamente estar sendo atingidas a partir da redemocratização do país. Pelas falas dos entrevistados, até o direito ao voto hoje exige o zelo da sociedade mais vigilante, nada está mais definitivamente garantido. Essa ruptura tem início datado e podemos localizar nas marchas de junho de 2013 a abertura dessa espécie de caixa de pandora. Essa abertura reverberou de forma surpreendente à revelia desse olhar atento da sociedade e corroeu desde então todas as instituições políticas trazendo um novo conservadorismo que assumiu o espaço e o debate público a partir das ruas desde aquele fatídico ano.

Até mesmo pela novidade dentro do arco longo da história, esse percurso errático que se inicia com as marchas daquele ano ainda trouxe pouca reflexão na literatura sobre o entendimento do que significou na vida dos conselheiros de saúde. Porém, já há algumas aproximações no campo do debate acadêmico que dão luz ao entendimento do que os conselheiros caracterizam como o recrudescimento de um conservadorismo²³ (algumas falas definem ainda como ultraconservadorismo) que estava silencioso, mas que a partir de 2013 ganha dimensões nunca vistas desde a

²³ No campo ideológico da direita há um núcleo fundante em seu programa historicamente construído: o conservadorismo. Como bem esclarece Antônio Pierucci, “o conservadorismo é antes de mais nada uma proposta de sociabilidade. [...] é uma combinação de práticas (de distinção, hierarquização, desprezo, humilhação, intolerância, agressão, profilaxia, segregação), de discursos espontâneos e discursos doutrinários abrangendo a esfera pública e a vida privada, de soluções políticas e econômicas mas também de restauração moral, de racionalizações e afetos, princípios e estereótipos, fantasmas e preconceitos girando em torno ou nascendo em raio de uma obsessão identitária, isto é, de uma necessidade sempre referida de preservação ao outro, de um ‘eu’ ou um ‘nós’ ameaçado [...]” (PIERUCCI, 1990, p. 10).

redemocratização recente do país (CYRIL-LYNCH, 2021). O ano de 2013 é confuso também para os entrevistados, mas o veem como um disparador das mazelas identificadas dentro e fora de toda engrenagem de participação que sabotam o Sistema Único de Saúde. Os conselheiros dividem em dois principais grupos os motivos para a ruptura iniciada naquele ano, o primeiro de ordem doméstica, com a incapacidade das instituições darem vazão à insatisfação das ruas e das promessas não cumpridas da democracia. E outro externo, com o Brasil ocupando o noticiário internacional como mais um país onde a democracia e a soberania popular seriam varridas pelo neoliberalismo.

Para o grupo discursivo que entende 2013 como um fenômeno interno, havia ali um processo de intensa oxigenação da sociedade que não teve vazão para dentro das instituições em função das limitações do próprio desenho representativo de democracia utilizado no Brasil. Para essa compreensão, os mecanismos participativos não puderam dar conta dessas demandas e absorver esses novos atores, notadamente jovens de início, que gostariam de entrar no espaço da política. Soma-se a essas limitações da representação, a própria cultura autoritária das instituições, que também formou uma parede onde as ondas vindas da rua batiam e voltavam sem o entendimento delas sobre o que acontecia do lado de fora. As consequências não poderiam ser mais desastrosas!

Alguns autores já trabalhavam com a identificação do repúdio às instituições da democracia representativa como tendência autoritária, inclusive de caráter neofascista (SANTOS, 2013; CHAUI, 2013). Para estes, os novos manifestantes cancelavam uma concepção de mundo conservadora disseminada pela grande mídia, que condiciona problemas de legitimidade dos partidos e políticos a condutas individuais moralmente questionáveis, no lugar de pautar os problemas de um sistema político de coalizão que favorece tais práticas. É válido lembrar, entretanto, que a crise de representatividade não é uma criação da mídia ou da nova direita. Faz parte de um panorama geral, que ocorre em função da transformação dos partidos em um plasma de interesses, que se organizam em coligações desprovidas de consistência ideológica, como no caso do Brasil que obriga mais de 30 partidos como decorrência da sua legislação eleitoral. Essa profusão de partidos, não condicionados por qualquer clivagem ideológica, buscam apenas a manutenção do poder flutuando entre as polaridades que assumem o executivo. Esse cenário, apesar do entendimento dos

conselheiros como uma exclusividade interna nossa, também ocorre e preocupa as democracias europeias por exemplo, com as eleições se transformando em espetáculos midiáticos que atraem menos cidadãos, com maiores taxas de abstenção a cada pleito realizado (SANTOS, 2005; ROMÃO, 2013). No Brasil, esse desenho ficou caricaturado pelo medebismo, partido herdeiro das lutas democráticas na ditadura e que se curvou ao neoliberalismo, se tornando um dos artífices principais do golpe parlamentar que destituiu uma presidente eleita pelo voto popular em 2016.

É necessário que o entendimento da pertinência das análises das jornadas de junho de 2013 não seja para o oferecimento de abordagens teórico e metodológicas preditivas, mas que seja possível jogar luz para uma melhor compreensão das emergências de eventuais novos protestos espontâneos e repentinos de massa (GONDIM, 2016; PEREZ, 2019). Aqui é importante uma provocação: Como passou tão despercebida aos espaços de participação no país a construção de uma nova cultura política e divergente da ordem instituída como movimentos tais quais o Movimento Passe Livre e dos Comitês Populares da Copa naquele ano? A articulação inicial desses movimentos com suas demandas específicas mostrou como passaram ao largo dos espaços instituídos de participação, inclusive quando tomaram forma e corpo uma abrangência de pautas que abraçavam a efetivação dos direitos sociais, incluso aqui o do direito à cidade e à saúde.

É possível afirmar que esse outro elemento menos visível, o descontentamento que antecede a ação coletiva, tinha relação direta com a conjuntura política e socioeconômica. Aqueles protestos funcionaram como catarse para esse sentimento consequente das promessas não cumpridas da democracia e propiciaram, ao menos inicialmente, uma oportunidade para que o descontentamento passasse à indignação, que por sua vez foi potencializada pela falta de legitimidade e insuficiência dos canais institucionais para dar vazão ou equalizar esse sentimento, oculto, velado e difuso até aquele momento. Essa indignação, tal qual o discurso emblemático da conselheira de saúde que participou das marchas de junho, encontrou duas alternativas para sua expressão, primeiro a internet, depois as ruas. Esses novos movimentos sociais funcionaram como a enzima desses protestos de massa, inéditos no país em seu formato horizontal e na profusão das pautas apresentadas. O abuso no uso da nova comunicação digital articulou os manifestantes e divulgou as denúncias de forma instantânea, transformando-se em alternativa à grande mídia tradicional e exigiu uma

reconfiguração da narrativa hegemônica que estava lendo as ruas naquele momento.

Não se pode subestimar, para efeito de qualquer análise, o papel transformador das novas mídias digitais para articulação dos movimentos sociais. Seu alcance pode ser melhor compreendido se o uso da internet e das redes sociais puder ser entendido como mais um “repertório da ação” dos novos movimentos sociais, tal qual Tilly (2006) imprime ao termo, como um “conjunto limitado, familiar e historicamente criado de meios à disposição das pessoas engajadas em confrontos políticos”. Temos aqui um novo repertório que possibilita a adoção de outros recursos durante as interações, e fazendo analogia com a improvisação no jazz, onde ela está presente, mas suas variações são limitadas. É possível acrescentar para qualquer sorte de análise, que o uso maciço das novas mídias digitais é elemento chave para o repertório contemporâneo dos movimentos sociais, combinado com outras tradicionais formas de protesto. As redes sociais, por exemplo, permitem o livre acesso e o engajamento de um enorme quantitativo de manifestantes, de forma descentralizada, orgânica e quase instantânea. Diferentemente das outras mídias tradicionais, viabilizam a formatação imediata dos seus usuários tanto na produção, como na difusão das informações. Dessa maneira, permite a criação de novos vínculos, mesmo sem o contato face a face das ruas, do chão de fábrica, ou das lutas dos sindicatos, por exemplo.

Temos dessa maneira uma nova concepção de vida pública, com o espaço deixando de ser um elemento de fricção ou distanciamento das relações sociais, onde se quebram barreiras de contato entre diferentes pessoas que não seria possível numa manifestação tradicional anterior ao uso dessas novas ferramentas. Porém, o papel das novas mídias digitais não deve ser superestimado, já que sua função foi potencializadora e não criativa de mobilizações, não se pode tratá-las como um Deus ex machina (GONDIM, 2016). Segundo Castells (2013), seria um exagero identificarmos nessa nova forma de mídia uma “cultura autônoma” e interpretarmos ela como uma superação do que entendemos por mídia tradicional. Elas também são frequentemente controladas pelos grandes oligopólios transnacionais, organizadas de forma vertical, com interesses parciais e agem utilizando-se inclusive de algoritmos que podem manipular a opinião dos usuários. Estes usuários, não empresariais ou institucionais, “não detém o controle técnico e econômico da mídia digital, à semelhança do que ocorre com o público dos meios de comunicação de massa”

(CHAUÍ, 2013).

Perez (2021) nos brinda com um intenso mergulho nas produções acadêmicas sobre o ano de 2013. Ao analisar 134 publicações brasileiras sobre o tema, faz uma sistematização crítica da literatura sobre as jornadas de junho, suas características e consequências, afirmando que o ano de 2013 foi um “ciclo de protestos que comportou uma variedade de atores, pautas e repertórios, produzindo diversos legados”. As interpretações quanto às origens e motivos das mobilizações de massa daquele ano são divergentes, mas as duas linhas principais coincidem com a visão dos conselheiros. A primeira de ordem interna que aponta a baixa porosidade das instituições para absorver as novas e velhas demandas sociais que explodiram, como já discutido aqui. E a outra de ordem externa, onde os conselheiros localizam o Brasil numa nova ordem mundial desestabilizadora das democracias para dar espaço a entrada de uma nova agenda neoliberal nestes países. Aqui, as jornadas de junho têm sido com frequência comparadas com outros ciclos de protestos em outras partes do mundo (KNIJNIK et al., 2013; PEREZ, 2021). Lembremos que três anos antes, em 2010, enormes protestos ocorreram no cenário internacional, como os Indignados na Espanha, o Occupy Wall Street nos Estados Unidos e as jornadas da Praça Tahir no Egito. É importante frisar, que apesar das familiaridades entre os ciclos iniciais de protestos internacionais, não é possível inferir que as manifestações de junho de 2013 no Brasil foram impulsionadas ou orientadas por essa lógica de manifestação global. As marchas de junho compartilham de algumas características dos movimentos contemporâneos, mas carregam idiosincrasias internas como a concretização de direitos que não se efetivaram ou a reivindicação inclusiva de novos direitos (CARNEIRO, 2012; BRINGEL; PLEYERS, 2015). Apesar dessas manifestações que explodiram no mundo não poderem de forma alguma ser caracterizadas como ponta de lança do neoliberalismo como alguns discursos dos conselheiros sinalizam, não há a menor dúvida que todas elas guardavam o signo do anti-establishment como germe principal motivador dos históricos acontecimentos.

Depois de traçado esse momento inicial de intensa mobilização política que caracterizou 2013, outra pergunta surge como uma das mais importantes, tanto para reflexão acadêmica, quanto para toda a sociedade brasileira: Como foi possível, com a pluralidade de pautas que demandavam mais direitos sociais, uma guinada tão aguda para um conservadorismo reacionário de cunho fascista neoliberal? Não só os

conselheiros não têm essa resposta, como há um vácuo de entendimento inclusive entre os setores mais progressistas da sociedade. Talvez possamos ainda apenas datar essa migração de agenda e manifestantes, que ocorreu imediatamente após a realização da copa e recrudescido meses depois em função da eleição presidencial de 2014. A campanha presidencial já demonstrava um alto grau de acirramento e que já espelhava no debate público alguns ecos a partir das ruas. Essa ressonância trazia elementos do que podemos caracterizar como a “cosmovisão dessa nova direita que saiu do armário” (MESSENERG, 2017). Essa transformação das ruas posterior a realização da copa do mundo e anterior ao pleito eleitoral de 2014 já revelava a presença predominante de grupos conservadores e da “nova direita” nas ruas. E a despeito das suas fragmentações internas em termos de tonalidades ideológicas, já expunham naquele momento publicamente orientações de caráter autoritário e segregador, inclusive podendo ser possível a caracterização de pautas neofascistas. Esses movimentos, à semelhança das marchas de 2013, fizeram uso massivo das redes sociais, sendo os mais notórios o Movimento Brasil Livre (MBL), o Vem pra rua e os Revoltados Online.

Vários estudos já caracterizaram o perfil ideológico dos manifestantes da nova direita, inclusive sobre a rede de apoio que propiciou suporte para sua atuação (TELLES, 2015; TATAGIBA et al., 2015). Porém, ainda há que se avançar sobre as configurações simbólico-discursivas que alinham cognitivamente a ação destes atores sociais. Nesse sentido, Messenberg (2017) faz um mergulho profundo no que caracteriza como cosmovisão discursiva da nova direita que tomou as ruas a partir do ano de 2014, trazendo importante contribuição sobre o debate pós guinada de agendas em questão. Segundo esse estudo, poderíamos dividir em três grupos essa visão de mundo da nova direita, duas delas coincidem com os discursos dos conselheiros. O primeiro diz respeito ao antipetismo e a narrativa mítica do complô, essa cosmovisão não sobressaiu nas falas dos entrevistados, mas é importante trazer à discussão aqui apresentada. Ainda que esses manifestantes fizessem uso de dados factuais, eram estabelecidas transformações qualitativas da realidade, onde se abdica a relativização histórica dos fatos. “O fascista crê, firmemente, que esteja em marcha uma conspiração, empunhada por uma sociedade secreta, cujos contornos não estão e nem precisam ser muito esclarecidos” (MESSENERG, 2017, p.17). Esses inimigos imaginários vão desde organizações, partidos, instituições, grupos específicos e

qualquer um que não compartilhe de sua bolha simbólica. A visão de mundo desses atores é tacanha e maniqueísta, com uma clivagem entre o que entendem representar o bem e o mal na sociedade. Resgatando Sennet (2014), com sua obra seminal “O declínio do homem público – as tiranias da intimidade”, temos aqui a própria moralização do espaço público, com uma nova interpretação despolitizada da realidade, na medida em que operam com base no deslocamento para o plano moral do que é produto da ação humana.

Outro elemento latente da nova direita e muito frisado pelos conselheiros tem relação com o conservadorismo moral. Podemos caracterizar o conservadorismo como resistência e reação às transformações políticas nas sociedades modernas (secularização, cosmopolitismo e expansão de direitos individuais e coletivos) com a exaltação das bases do que entendem por sociedade tradicional (família, nação e a religião) (HIRSCHMAN, 1992). Essa triangulação simbólica se entrelaça entre a cosmovisão dos formadores de opinião da nova direita e apresenta centralidades e graus de radicalismos diferentes. Os discursos que acompanham o campo semântico desse moralismo conservador também trazem à tona de forma extremada, como tão bem ressaltado pelos conselheiros, comportamentos e atitudes homofóbicos, racistas, sexistas e xenófobos. Essas intolerâncias têm relação com algumas ideias força como o superdimensionamento da violência e criminalidade, a crítica aos direitos humanos, a oposição às cotas raciais, entre outras, além da reação a qualquer política de inclusão das populações periféricas historicamente marginalizadas. Para esses manifestantes, por exemplo, “há a percepção unânime que as cotas raciais ferem o princípio da meritocracia e dividem ainda mais a sociedade com recrudescimento do racismo no país” (MESSENERG, 2017 p. 19).

Junto da intransigência diante do diferente, essa classe média, o “homem mediano” que ocupou as ruas, também se manifestava o repúdio em ter que dividir o espaço social que sempre foi seu monopólio, além do próprio medo da perda de privilégios históricos. Apesar da crise econômica que deu motivação à revolta em 2013, tal qual a história de vida da conselheira que ocupou as ruas naquele ano, há mais de uma década vinham ocorrendo alterações significativas no padrão de consumo das classes mais baixas, além de um princípio de mobilidade social nunca visto até então. Jessé Souza (2015) é cirúrgico na sua crítica à classe média ao afirmar que:

Mais do que dividir espaços, as manifestações de ódio da classe média brasileira, durante os protestos de 2015, expressavam o seu pânico em perder privilégios seculares. Privilégios esses que obviamente não são vistos como tais, mas enquanto resultado natural de um processo justo de concorrência e mérito. (SOUZA, 2015, p. 135).

A outra ponta desse tripé que caracteriza a cosmologia da nova direita que ocupou as ruas muito evocada pelos conselheiros, se relaciona novamente ao neoliberalismo. Porém, dessa vez não mais como a matriz econômica que devora o direito à saúde. Aqui ele aparece fagocitando a própria democracia e se incorporando ao plasma neofascista que brota das ruas em um processo de retroalimentação. Não há como pensar na convivência pacífica entre neoliberalismo e democracia, até mesmo pelas consequências empíricas do neoliberalismo que penalizam principalmente a maior parte da população de baixa renda, ele não se sustenta no voto. O neoliberalismo precisa de outras artimanhas para sobreviver à democracia, o que o coloca ao lado de outros processos históricos onde a democracia foi solapada para que ele pudesse vingar e ser testado. Talvez não há exemplo mais emblemático do que as experiências sul-americanas da Escola de Chicago no Chile de Pinochet, na Argentina da junta militar e no Brasil sob os mais de vinte anos de ditadura.

O neoliberalismo é um sistema também normativo e tenta expandir a lógica do capital para todas as relações sociais. A nova direita que tomou as ruas sob o signo discursivo da exaltação à livre iniciativa e do empreendedorismo individual que tem no Estado seu principal dificultador é indicadora dessa “razão de mundo” discutida por Dardot & Laval (2016). É um fio narrativo recriado dos velhos chavões liberais e despida de consistência e virtudes empíricas, há uma regularidade de formas e conteúdo que sugerem uma produção discursiva obviamente padronizada. Essa formatação desprovida de singularidade e originalidade indica que esse pedaço da cosmologia da nova direita que ocupou as ruas tenha relação com a atuação dos *think tanks* de direita no Brasil. O objetivo principal dessas instituições é a difusão massiva do ideário liberal para influenciar os governos nacionais na construção de políticas públicas alinhadas com o livre mercado (ROCHA, 2015). Aqui talvez a sugestão de uma influência externa de alguns conselheiros para justificar a existência das grandes mobilizações de massa que tomaram as ruas possa ter sentido, porém ela se fez presente de forma mais contundente após a guinada ideológica de 2014 das ruas e ainda não era maioria no ano de 2013.

Outra característica sobre essa cosmovisão neoliberal digna de nota aqui, é a contradição dos próprios ideários liberais que defendem. São eloquentes defensores de um Estado mínimo, mas em contrapartida demandam do próprio Estado o incentivo de modelos comportamentais que objetivam a transformação dos cidadãos em empreendedores e consumidores. Propagam a ideia de livre mercado numa economia global, mas são recorrentes os discursos nacionalistas que identificam no globalismo uma das ferramentas do que entendem como marxismo cultural. Defendem a livre iniciativa, mas desconsideram os limites do não reconhecimento de direitos individuais básicos que são condicionantes na teoria liberal clássica para qualquer discussão sobre meritocracia. E todas essas contradições, se dão em nome de um ideário falacioso de liberdade e da própria democracia. Em seu nome, construíram os fundamentos de uma quase nova religião que tem no individualismo sua principal denominação comum, com o derretimento da própria ideia de comunidade política.

Há ainda outra aproximação que exige seriedade teórica e cuidado com os paralelismos históricos, mas não se pode silenciar, que é próprio flerte com o autoritarismo e o fascismo²⁴ que essa nova direita tem imprimido na conjuntura do país. Apesar de ainda insuficientemente explorado na literatura, o recrudescimento de posicionamentos fascistas no Brasil é espelho de um fenômeno maior que vem assombrando diversos outros países também nessa última década. Não é exclusividade nossa, porém tal qual a concepção do fascismo enquanto plasma que se adapta às circunstâncias históricas e culturais, há particularidades de sua adaptação no Brasil que apontam para a exigência de estudos mais aprofundados sobre o fenômeno, sua transformação e adaptação a nossa realidade. Dardot e Laval (2016) apontam que essa retomada do fascismo tem suas novas raízes exatamente nas transformações subjetivas decorrentes da hegemonia neoliberal, na medida em que o fortalecimento do egoísmo social reforçado pelos ideários da nova direita nos

²⁴ O conceito de fascismo aqui empregado é compreendido nos termos definidos por Umberto Eco (2002) como “Ur-Fascismo ou Fascismo eterno”. Trata-se de uma “nebulosa” com características peculiares, mas que não constituem um sistema, podem muitas vezes se contradizerem e estão também presentes em outras formas de despotismo, são elas: (1) culto da tradição; (2) recusa da modernidade; (3) culto da ação pela ação; (4) não aceitação de críticas; (5) medo da diferença; (6) apelo às classes médias frustradas; (7) obsessão pelo complô; (8) sentimento de humilhação pela riqueza ostensiva e pela força do inimigo; (9) princípio da guerra permanente; (10) elitismo; (11) culto do heroísmo; (12) desdém pelas mulheres e condenação de hábitos sexuais não conformistas; (13) “populismo qualitativo” (ECO, 2002).

leva ao esquecimento e até mesmo à recusa da solidariedade. Nancy Fraser (2017) também traz contribuições à discussão sobre as interfaces entre o neoliberalismo e o fascismo ao afirmar que o avanço da nova direita pelo globo sinaliza na verdade um colapso da hegemonia liberal e insere experiências como o Brexit e o trumpismo como fenômenos indissociados da combinação entre austeridade, livre comércio, trabalho precarizado e mal remunerado e o capitalismo financeirizado.

Por fim, após emolduradas as cosmovisões da nova direita e sua expansão no mundo e aqui, devemos ficar atentos ao sinal vermelho que vem das novas reconfigurações das ruas, que acontecem inclusive nesse momento da escrita, pós resultado eleitoral onde se avizinha o fim do governo Bolsonaro. Foucault (1977) nos lembra que não apenas o fascismo histórico de Mussolini e Hitler rondam nossa democracia, “ [...] mas também o fascismo que está em todos nós, que ronda nossos espíritos e nossas condutas cotidianas, o fascismo que nos faz gostar do poder, desejar essa coisa mesma que nos domina e explora” (FOUCAULT, 1977, p. 2). A falsa ideia de uma polarização entre uma centro esquerda e uma nova direita fascista que tem pautado as discussões do espaço público nos últimos dez anos no Brasil, dá relevos a essa previsão foucautiana. Ela fere de morte a possibilidade do diálogo democrático ao inscrever na nova visão de mundo da política nacional a noção entre nós e eles, com a inviabilidade cada vez maior da construção de consensos e canais de mediação. Vivenciamos hoje um perigoso caldo de intolerância que propiciou num passado muito recente uma experiência ultra autoritária de governo e que ainda não está apaziguada, *vis a vis* as demandas por uma intervenção militar por exemplo, que infelizmente ainda emana das ruas.

6.5 Constrangimentos antidemocráticos e fragilização do Conselho Nacional de Saúde

Se na categoria anterior trilhamos um caminho de deterioração da nossa democracia recente a partir de uma ruptura vinda das ruas com a tomada desta pela nova direita, aqui as unidades discursivas apontam como essa mesma ruptura foi cristalizada no controle social. Ela traz um núcleo próprio que diz respeito aos achaques que o Conselho Nacional de Saúde vem sofrendo, principalmente a partir

da destituição de uma presidente legitimamente eleita, mas que tomaram proporções inaceitáveis que caracterizam a gestão do governo Jair Bolsonaro no Ministério da Saúde. Se historicamente, é normal que seja assim dentro de uma lógica democrática, a relação com o segmento da gestão sempre foi caracterizada pelo embate com os outros segmentos, uma escalada autoritária sem precedentes durante o governo Bolsonaro nos é relatada pelos conselheiros. Praticamente todas as condicionalidades para efetivação dos mecanismos de participação social foram sistematicamente atacadas a partir de um núcleo duro do Ministério da Saúde que os entrevistados relacionam com o que entendem por militarização do órgão. Para eles, os ecos das ruas a partir de 2014 que pediam a volta dos militares no poder não poderiam ter ressoado de forma mais dramática para o controle social, do que o que foi vivenciado por eles durante a gestão do MS sob o governo Bolsonaro.

Quando na categoria anterior o autoritarismo era uma das chaves para o entendimento da cosmovisão da nova direita a partir das ruas, agora ele é essencial para entrarmos no universo dos movimentos sociais representados nos conselhos de participação que conseguiram sobreviver ao governo Bolsonaro. E “conseguir sobreviver” aqui não é um aforismo de menor importância, mesmo diante dos quase 700.000 mortos por covid no momento dessa escrita. É possível afirmar, diante dos expedientes adotados pelo governo federal na sua presidência, que não houve mediação de esforços para a asfixia e morte do que conhecemos como controle social. Junto às tentativas formais e explícitas, como o exemplo de um decreto presidencial que extinguiu praticamente todos os conselhos de participação no nível federal, outras artimanhas e ardis menos visíveis eram postos em prática pelo mesmo governo para minar as bases de participação popular no país. É sobre esses mecanismos que os usuários entrevistados nos contam e pedem extrema atenção.

Antes de entrarmos na ruptura e no autoritarismo cristalizado no Ministério da Saúde pelo fenômeno da militarização que os conselheiros reputam como o ápice dos ataques à participação social, um breve percurso histórico do CNS desde o golpe de 2016 se faz necessário. Apesar dos conselheiros trazerem na memória uma relação por muitas vezes permeada de tensões e embates com o segmento da gestão, eles ainda consideram o período anterior a 2016 caracterizado por uma legitimidade institucional reconhecida pelo executivo. Foi anterior a esse período, e a partir da lei 8142, que o CNS ganhou envergadura, passando a ser percebido como consequência

de uma nova lógica da sociedade que demandava maior participação nas políticas de saúde. Durante esse intervalo de tempo, ganhou relevância no planejamento, avaliação e monitoramento das ações de saúde, inclusive ganhando protagonismo na articulação de diferentes atores que reforçaram os ideários da reforma sanitária. Foi por meio do CNS que a sociedade organizada e democrática passou a atuar de forma contundente na discussão e defesa principalmente do direito à saúde (BRAVO et al., 2020; BARROS; BRITO, 2021; BRAVO et al. 2022).

Muito provavelmente, os conselheiros entrevistados caracterizam a forma autoritária dos anos Temer pelo atropelo do órgão que se relaciona ao programa Ponte para o Futuro e às tentativas de enfraquecimento do direito à saúde. Essa nova matriz neoliberal orientada pela introdução de mecanismos de mercado estava presente desde então, ela orientou tanto o governo Temer, quanto Bolsonaro. A fragilização mais sentida pelos conselheiros começa nessa época, ainda em 2016, com desrespeito aos expedientes de controle das políticas públicas e as decisões do governo federal em relação ao subfinanciamento crônico da saúde, que se agudizou para um quase desfinanciamento total com a implementação do teto de gastos. Foi durante esse governo “provisório” que foi escancarada a adesão a essa agenda neoliberal que tinha como norte as consignas do livre mercado, as privatizações, os ataques a legislação trabalhista, a retirada de direitos sociais, os critérios focalizadores das políticas públicas, a transformação da lógica de seguridade social em seguro privado, etc. (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018; ANDREAZZI et al., 2019).

Porém, entre 2016 e 2019, ainda era possível o CNS trabalhar e desempenhar minimamente seu papel. Prova disso é o aumento expressivo das recomendações emitidas pelo CNS que dão indicativos sobre a intensificação da atuação do controle social. Esse aumento tem relação com uma tendência de maior participação popular nas políticas públicas em períodos transicionais de agenda do governo eleitoral, recrudescido pela crise política que culminou em um golpe parlamentar (BRAVO et al., 2020). Essa tendência crescente nas recomendações do CNS na Era Temer resultou das dinâmicas internas e novas correlações de forças políticas estabelecidas no interior no colegiado. De acordo com Silva & Lima (2019), a composição do CNS teve intenso engajamento através da representação dos usuários, que ocorreu em detrimento da participação mais ativa do segmento da gestão, que já naquele

momento não priorizava e nem dava importância para o espaço do controle social na saúde. É possível dessa forma inferir que a composição do CNS também é reflexo das dinâmicas sociais dos diferentes momentos históricos, como não poderia deixar de ser. A atuação do CNS sempre sofrerá influências e tende a reverberar para dentro de si a dinâmica da conjuntura política do país, bem como dos diferentes atores e seus interesses que compõem o conselho em determinado momento.

Como discutido em categoria anterior, esse atropelo sem possibilidade de contraposição do controle social, foi o roteiro de todo o governo provisório de Michel Temer. O estudo de Barros & Brito (2019) analisou os discursos do Ministro da Saúde no período, deixando claro a intencionalidade do segmento da gestão de adoção da agenda neoliberal com desmonte do SUS através de ataques à própria reforma sanitária. Nesse sentido, abre um flanco para a discussão do que o governo de transição entendia como reforma, que em realidade, é muito mais uma contrarreforma, com tonalidades privatistas que foram rapidamente impostas aos diversos segmentos representados no CNS. Junto também vieram uma série de dispositivos para controle e restrição orçamentária, tendência de hipertrofia do mercado, adoção de discurso ideológico de desqualificação do SUS, “popularização” dos planos de saúde com ampliação da segmentação do mercado (BRAVO; PELAEZ; MENEZES, 2020). É óbvio supor que essa agenda não teria anuência ou aceitação do CNS, até mesmo pelo espírito de corpo da reforma sanitária que orienta o colegiado como discutido anteriormente. Também é óbvio concluir que o esvaziamento do CNS pelo segmento gestão já era desde aquele momento uma estratégia de governo para implementar a ferro e fogo essa agenda neoliberal. Lembremos que os usuários sinalizaram o esvaziamento e a invisibilização, além do desfinanciamento do CNS, como dispositivos sutis para enfraquecimento do controle social sentido por eles.

Porém veio o ano de 2018, e as queixas dos conselheiros daquele momento de presidência “transitória” jamais poderiam prever o que viria junto com ele e a eleição de Jair Bolsonaro. É impossível reproduzir aqui um sumário mínimo à altura dos quase 30 anos de atuação parlamentar que seja justo com o histórico de ataques à democracia perpetrados por Jair Bolsonaro. Em termos de propositura legislativa, não teríamos muitos indícios, já que foi um parlamentar do baixo clero, de atuação medíocre, mas que se elegeu sucessivas vezes na esteira do voto da família militar carioca, as eternas “viúvas da ditadura”. São nos discursos e na polêmica que

poderíamos entender melhor a verve que, somada a uma nova visão da sociedade a partir da reconfiguração do debate público no país, catapultou o parlamentar à presidência da república. De exaltação à lógica da tortura, da ameaça de morte dos seus adversários, da perseguição explícita às minorias e opositores [...] tudo já havia sido dito no sentido de não deixar dúvidas das suas intenções de subversão da democracia. Porém, tal qual na República de Weimar, amplos setores da sociedade contemporizaram e imaginaram que haveria uma contenção das instituições da sua índole ao assumir a presidência. Ledo engano que a história não poderia nos permitir repetir jamais, os prognósticos que cancelavam essa ideia não poderiam se mostrar mais equivocados.

É válido ressaltar inclusive, que essa tem se tornado uma tônica comum trabalhada na obra “Como as democracias morrem”, invariavelmente os processos de chegada ao poder de *outsiders* autoritários em alianças com atores da elite política que pensavam instrumentalizá-los, se veem por eles engolidos. De acordo com os autores, “o retrocesso democrático hoje começa nas urnas”, e “autocratas eleitos mantêm um verniz de democracia enquanto corroem sua essência”, de maneira que se torna impossível a contenção institucional dos mesmos. O risco maior da erosão das democracias é que, muitas das vezes, “muitos dos esforços do governo para subverter a democracia [...] podem até mesmo ser retratados como esforços para aperfeiçoar a democracia” (LEVITSKY; ZIBLATT, 2018, p. 17).

E essa infra legalidade caustica também fez morada no Brasil nos últimos anos. Segundo afirmação de Oliveira (2022, p. 2), “a constatação de que o início da era Bolsonaro marca uma mudança crítica e disruptiva nos conselhos de políticas públicas não é exagerada ou partidarizada”. Alguns estudos (BRAVO; PELAES; MENEZEZ, 2020; BEZERRA et al., 2022) ainda iniciais a partir da reflexão desses quatro anos de gestão bolsonarista no executivo federal também vão na mesma direção, eles não deixam dúvidas que a radicalidade antidemocrática desse momento é diferente. O direito à participação se converteu em ódio à participação!

Já foi mencionado aqui, mas há que se acrescentar ainda que esse repúdio à participação ganhou configuração institucional antidemocrática a partir de abril de 2019, com a publicação do Decreto n. 9.759 (BRASIL, 2019). Esse “ato comemorativo” dos cem dias de governo Bolsonaro propunha a extinção em massa dos espaços de

participação e criava novas diretrizes, regras e limitações para aqueles que permanecessem. Houve uma reformulação do decreto em função do posicionamento contrário do STF e ele foi reeditado um mês depois, porém a sua essência permaneceu a mesma. Extinguia a maioria dos colegiados federais, aqueles que conseguissem ter sobrevivido ficariam submetidos a regras mais fechadas de composição e funcionamento, invadindo inclusive a autodeterminação desses espaços quanto ao tempo de duração das suas reuniões (OLIVEIRA, 2022). Esse decreto também revogou a Política Nacional de Participação Social, criada ainda no governo Dilma como resposta para incentivar a participação política em decorrência dos movimentos de rua de 2013. Por maioria do seu colegiado o STF indicou que o decreto de extinção dos conselhos não poderia afetar os conselhos de políticas públicas instituídas por lei federal (como no caso do CNS através da Lei 8142), pois essa seria uma atribuição do congresso nacional, cabendo ao presidente a extinção de órgãos colegiados criados por decretos e atos normativos inferior a estes. Porém, fato é que a manutenção desse ato normativo, mesmo com as limitações após a judicialização, ainda possibilitou o aniquilamento massivo dos conselhos. Não houve justificativa pública para além da ideológica, que caracterizava o controle social não como um auxiliar na formulação e controle das políticas públicas, mas como uma camisa de força que impedia que uma nova agenda econômica pudesse ser implementada pelo governo.

Na prática o que o governo almejava era a paralisação da participação social, inclusive com alteração dos seus quadros, das suas lideranças e movimentos sociais. Em levantamento feito pelo jornal O Globo (2019), após findo o prazo dado pelo governo Bolsonaro para decidir quais seriam os colegiados extintos, o cenário constatado foi de terra arrasada. Dos 2.593 órgãos colegiados existentes no nível federal, somente 32 deles, ou seja 1,2%, foram mantidos, inclusive com aqueles que sobraram tendo reformulada sua composição para anulação ou redução da participação dos representantes da sociedade civil. (SACONI; ALEIXO; MAIA, 2019). É válido trazer à memória que no mesmo dia da publicação do decreto o ministro da Casa Civil e porta-voz do governo, Onyx Lorenzoni, justificou o ato argumentando que se tratava de nova conduta do executivo para “limpar o entulho ideológico” deixado pelas administrações petistas (GOV.BR, 2019). Interessante notar que essa fala guarda enorme relação com uma das caracterizações do neofascismo brasileiro, que

identifica no inimigo externo e nas instituições a narrativa mítica do complô. Logo mais tarde esse discurso foi reforçado pelo próprio presidente Jair Bolsonaro, que afirmou que a ideia era não deixar o governo refém dos conselhos com “pessoas indicadas por outros governos” (FOLHA DE SÃO PAULO, 2022), o que reforça a ideia de total incapacidade de compreensão ou aceitação dos mecanismos de democracia participativa trazidos pela constituição de 1988.

Esses expedientes corrosivos do governo Bolsonaro já estão sendo discutidos sob o guarda-chuva do direito com o termo “Infra Legalismo Autoritário”. Sintetiza uma nova forma de governar onde:

A estratégia está na desvirtuação de leis e descaracterização de políticas públicas, sem que elas sejam revogadas, mas por meio de decretos e mudanças administrativas que teriam como objetivo regulamentar leis. Incluso aqui medidas para diminuir a participação social. (ASSIS, 2021, p. 3).

Esse novo tipo de autoritarismo ocorreria de formas mais sutis e se inicia geralmente por meio de decisões simbólicas e discursos polarizadores que objetivam a construção de ilegitimidade da oposição. Ele avança capturando ou neutralizando as instituições de controle, inclusive às de participação, removendo os membros mais independentes, de preferência substituindo-os por fanáticos leais (KOZICKI et al., 2021). Dessa maneira, enfraquece a reação dessas instituições e limita o poder delas diante do autocrata, inclusive aumentando a coerção dos adversários e desnivelando as regras do jogo democrático. E mesmo que as orientações autoritárias desses líderes autocráticos já tenham sido reconhecidas e declaradas como no caso do histórico do Bolsonaro enquanto homem público, elas acabam sendo normalizadas pelas elites econômicas e políticas que neles percebem a chance de derrota de adversários. Como na história da ascensão do fascismo no século XX que se repete, contemporizam com o veneno que envenena a própria democracia, e acabam se intoxicando com o avanço do governo que ajudaram a chegar ao poder.

Na mesma linha trabalhada por Sennett (2014) e Moufe (2015) sobre a moralização do espaço público, Oliveira (2022) discute o deslocamento discursivo acima mencionado, que vai do plano político para o plano moral. Esse deslocamento também se dá pela desqualificação dos movimentos sociais, justificando a extinção dos conselhos pelo suposto inchaço da administração pública federal e confundindo

propositalmente a sociedade como se ali fosse um reduto político-partidário. Aqui não mais se faz possível uma discussão dos conselhos enquanto direitos e democracia, mas na condição de manutenção de privilégios, altos custos e atrelando sua lógica de funcionamento a determinada ideologia. Dessa maneira temos uma total e disruptiva inversão de valores, atacando a lógica essencial para a participação.

Se anteriormente a esse período, uma das necessidades do executivo era conclamar, incentivar e mobilizar a sociedade para sua efetiva participação, agora os conselhos passam para a condição de inimigos desta, agora como parte do *establishment* que precisa ser atacado e destruído. O direito à participação se transforma em ódio à participação na medida em que também opõem a gestão pública eficiente à institucionalidade democrática, reposicionando a tradição autoritária como aspecto valorativo a ser perseguido pelas instituições, como tão bem apontado pelos conselheiros entrevistados. Nesse sentido é possível outra caracterização do governo Bolsonaro, que além de um condutor mais radical da agenda neoliberal através do seu ministro da economia Paulo Guedes, desta vez também atuou como um condutor negacionista da participação social através da gestão militarizada no MS durante a pandemia. Esse negacionismo da ciência, junto com o totalitarismo e o fetichismo militar que ajudam a caracterizar o Ur-fascismo do Humberto Eco, dão as pistas do funcionamento das salas frias onde as decisões sobre as políticas de saúde foram tomadas no governo Bolsonaro.

Por fim, é impossível fechar qualquer tipo de análise ou discussão sobre os constrangimentos antidemocráticos e fragilização do Conselho Nacional de Saúde sem abordar o que os conselheiros nos trazem sob a lógica da militarização do Ministério da Saúde. Esse fenômeno é considerado por eles como uma espécie de ápice do autoritarismo que caracterizou o governo Jair Bolsonaro. Esse contexto, que teve seu trágico auge durante a pandemia, não é exclusividade da realidade brasileira. Diamint (2018) nos ajuda no entendimento analisando como o problema militar retornou de maneira transversal para os governos latino-americanos. Segundo a autora, é necessário a retomada da reflexão sobre nossa cultura autoritária e militar, apesar de superadas as formatações históricas de golpes com tanques nas ruas, como experimentado por praticamente todos os países do continente. Diferentemente desse passado recente, não mais os militares precisam do clássico expediente de destituição de governos progressistas. Atualmente são instados pelas próprias

autoridades e por uma parcela significativa da sociedade²⁵ como infelizmente é o nosso caso, para integrarem formalmente governos eleitos. Segundo a autora, agora os governos eleitos se utilizam deles para projetos próprios em uma espécie de simbiose corrosiva para a democracia, nada poderia ser mais apropriado para a situação vivenciada pelo país.

No contexto brasileiro, algumas primeiras aproximações tentam dar conta do fenômeno da militarização na saúde, mas elas parecem ser insuficientes para explicação de uma gestão tão autoritária que fincou raízes dentro do MS. Essas explicações abordam a gestão militarizada de forma deveras processual, na lógica da composição clássica para aferir governabilidade aos governos. (KOZICKI et al., 2020) por exemplo, sustentam que em função da dificuldade de encontrar quadros técnicos dentro do partido do PSL que elegeu Bolsonaro, houve um preenchimento destes pela base de apoio do seu projeto de poder que partiu também dos quartéis.

Além das implicações que essa militarização dos quadros do executivo federal traz para os pressupostos de profissionalização da gestão e neutralidade política da caserna, elas também conferem credibilidade à teoria de Levitsky e Ziblatt (2018) quanto aos dispositivos autocráticos infralegais lançados a mão por governos autoritários. Nada mais contraditório à lógica da participação social do que a marca indelével da hierarquia autoritária dos militares, que é a própria essência da linha de comando necessária à existência de qualquer exército, desde que o mundo é mundo. Não à toa, que já apesar dos 7 militares ministros num universo de 22 ministérios à época (CARDIM; LIMA, 2020), a manutenção de um militar da ativa e sem experiência alguma na área da saúde como ministro interino no mais importante órgão, na maior crise mundial do século devido a pandemia, pode ser apontada como a marca mais proeminente da militarização do governo Jair Bolsonaro.

²⁵ Pesquisas de opinião revelam um quadro preocupante: as Forças Armadas, no Brasil, são consideradas as instituições mais confiáveis pela população. Em levantamento divulgado em 2019, 42% dos entrevistados afirmaram confiar muito nos militares, 38% confiar um pouco, e somente 19% disseram não confiar. Já em relação aos partidos políticos, o cenário é radicalmente diverso: apenas 4% dos entrevistados confiam muito nas agremiações, ao passo que 36% confiam um pouco e 58% afirmaram não confiar. Levantamentos como este demonstram que o prestígio conferido pela população aos militares é muito superior àquele dado às instituições que têm como função a representação política. (DATAFOLHA, 2019).

6.6 Pandemia e as dificuldades para o exercício de participação

Essa é uma categoria que saiu como uma espécie de surpresa sem surpresas. Não houve intencionalidade durante a montagem dos roteiros das entrevistas de que sobressaíssem as dificuldades específicas para a participação durante a pandemia, mas de certa maneira elas já eram esperadas diante do viés do isolamento que ainda marcava o trabalho dos conselheiros. Apesar de menor quantidade de unidades semânticas, não por isso a torna menos importante para uma aproximação com abordagem qualitativa. Ela pode nos ajudar tal qual a “lógica da lupa”, que é um raciocínio que traz a possibilidade de durante a pandemia percebermos com maior acuidade os problemas e as virtudes da sociedade em função da organização para o enfrentamento da mesma. Ela nos ajuda sublinhando questões importantes que passaram eventualmente despercebidas nas categorias que abrangem a participação em saúde de forma mais essencial. Dessa maneira faremos o uso dela como uma lupa, para que aprofundemos a lógica do trabalho e cotidiano debruçados em frente a um computador, com a própria ideia de participação participando em modo remoto. Ela também permite algumas outras aproximações, principalmente na caracterização do CNS no olho do furacão de um Ministério da Saúde onde as decisões não mais são tomadas à revelia apenas do controle social, mas agora de todo o pensamento científico. E por fim, falar sobre pandemia e das dificuldades correlatas para o exercício da participação também tem respaldo importante na necessidade de construção da memória futura, haja visto o baixo aprendizado institucional ao longo da nossa história de SUS e de que lições podemos aprender com um trabalho virtual, desvirtualizado dos vínculos tradicionais de acolhimento necessários para a própria participação.

Boa parte da literatura consultada diz respeito à participação como ferramenta extra dos governos no enfrentamento da pandemia, principalmente para a capacidade de mobilização da população (BISPO; MORAIS, 2020; SOLTO; TRAVASSOS, 2020; OLIVEIRA et al., 2021). Porém, inicialmente um dos núcleos discursivos dessa categoria nos fala de uma lógica de “bunker” de atuação dos conselheiros no formato virtual de participação. Os entrevistados caracterizam problemática de difícil resolução algo que já era questão central para o controle social, que já se fazia presente na vida

dos usuários e que diz respeito à legitimidade e representatividade. Como era de se supor, o distanciamento das bases sociais que aumentou durante a pandemia também recrudescer esse antigo problema. Obviamente como todas as mudanças na vida, a alteração para uma formatação virtual das reuniões e atividades do CNS também poderia trazer ganhos para o controle social. Para contornar o desfinanciamento do CNS, que foi sublinhado pelos entrevistados como uma das estratégias de asfixia da participação a partir do governo Temer e da agenda de austeridade, ela poderia ser encarada como positiva. Os encontros virtuais reduziram custos e trariam agilidade para uma série de expedientes que tinham que passar por longas pactuações em Brasília até a tomada de decisão coletiva. Porém, esses impactos e mudanças se distribuem de forma desigual entre os segmentos representados no CNS, e obviamente, os usuários foram a representação mais penalizada com a virtualidade da participação. Os motivos são bem conhecidos pela literatura e pela discussão dos movimentos sociais, mas tal qual a ideia da lupa, durante a pandemia questões como a desigualdade no acesso à internet, educação digital, ambiência de trabalho para participação virtual, entre outros, se agudizaram ainda mais para os usuários.

Nossos entrevistados também nos contam sobre interações sociais superficializadas, da fria temperatura do ambiente virtual, da dificuldade de um vínculo afetivo que eles consideram essencial para a oxigenação do controle social e que de forma abrupta foi reduzido a cinzas pela pandemia. Essas interdições repentinas de contato presencial já são desde 2010 um campo consolidado de estudo para a Sociologia e a Antropologia Digital (NASCIMENTO, 2016; WITTE, 2012), mas o isolamento pandêmico somado às novas tecnologias de comunicação ainda requerem um aprofundamento urgente pelas universidades. No campo biomédico essa discussão também tem avançado, mas principalmente em função das mudanças de padrão na relação médico e paciente após o boom comunicacional da Internet 2.0, autocuidado, disseminação online de informações de cuidado em saúde, associativismos, identidades construídas após adoecimento, além de um amplo espectro possível a partir da interação *online*. Deslandes & Coutinho (2020) trazem uma contribuição teórico-metodológica importante sobre os ambientes digitais em tempos de Covid-19, ao organizar essas interações em alguns tópicos que são significativos para o universo da participação. São eles: sociabilidade digital, o “ambiente digital” e o borramento de fronteiras entre real/virtual, os diferentes usos

culturais das plataformas digitais e as plataformas como produtoras de gêneros discursivos. Muito possivelmente, essa ideia de desvirtualização dos vínculos sentida pelos conselheiros tem relação com o próprio conceito do que entendemos como “virtual”. Para Lévy (2011), o conceito de virtual pode ser qualificado como o desprendimento do aqui e agora, trabalhando de certa forma na lógica da ausência, onde os elementos estão “nômades e dispersos”, a virtualidade das reuniões são um hipertexto sem território, que embora exista um suporte físico, não possui *ipso facto*, lugar algum. O virtual é assim “toda entidade desterritorializada, capaz de gerar manifestações concretas em diferentes momentos e locais, sem, contudo, estar ela mesma presa a um lugar ou tempo em particular” (LÉVY, 2011 p. 11).

Afora a perda de potência da participação e do enfraquecimento dos vínculos entre os conselheiros, e destes com as suas bases, a virtualização do trabalho em função do isolamento também agudizou antigos problemas da estafante rotina de trabalho já discutida na primeira categoria. A burocracia que antes consumia todo o tempo de trabalho dos conselheiros, agora também consome seus próprios corpos. Em mais de uma fala há a queixa da deterioração física em função da participação virtual, que agora é realizada de forma solitária (por mais paradoxal que soe) e atrás de uma máquina de computador ou aparelho de celular. Estudos realizados sobre a saúde na pandemia decorrente do trabalho remoto dão conta de que os fenômenos relatados pelos entrevistados são comuns, os sintomas físicos mais associados a essa modalidade de trabalho vão desde dores musculares, fadiga ocular, aumento na frequência de cefaleias, aumento da fadiga, sobrepeso, entre outros (OGATA, 2020; PRADO, 2022). Soma-se a isso, os transtornos mentais associados ao trabalho remoto se agravaram em muito, aumentando consideravelmente a taxa de ansiedade, depressão, estresse pós-traumático e problemas de sono (LIMA et al., 2022). Mesmo assim e apesar disso o CNS nunca parou, muito pelo contrário, os usuários foram unânimes em afirmar que o volume de trabalho aumentou e “ficou frenético” (*ipsis litteris*) durante o isolamento.

Talvez essa parte do panorama ajude na compreensão do porquê os conselheiros tinham desconfiança da permanência perene do formato remoto à época das entrevistas. Um dos principais receios dos usuários, era que o governo federal adotasse o trabalho remoto do CNS de modo permanente, inclusive como outro expediente para asfixia do controle social, que justificado pelo desfinanciamento das

atividades do CNS seria o tiro mortal no que eles conhecem como participação. A possibilidade do abuso da virtualidade pós pandêmica deveria ser combatida no seu nascimento, e assim o fizeram. A própria nomenclatura já consolidada pelo controle social foi mudada à época, notadamente aquela relacionada à deliberação, considerada o suprassumo de uma participação empoderada pelos entrevistados. Um exemplo disso, é que passaram a não mais chamar de reuniões ordinárias seus encontros periódicos, para que o governo federal não justificasse a possibilidade de deliberações virtuais como um dos motivos para a permanência no trabalho remoto para suposta contenção de custos.

Se dentro da lógica hipertrófica da lupa que nos permite perceber tudo de forma superdimensionada, a relação com o Ministério da Saúde que já era considerada problemática pelos conselheiros, durante a pandemia tomou proporções históricas. Ela ressaltou com capacidade telescópica o pior dos mundos de um governo que já era autoritário, mas que agora traz a chaga negacionista da nova direita, e que não poderia ter piores consequências no encontro desse elemento com um cenário pandêmico, do que o que foi vivenciado no país. E novamente alguns arquétipos da nebulosa Ur-fascista trabalhados por Umberto Eco (2002) podem ser encontrados na lógica que orientou o governo federal também no combate à pandemia. O próprio negacionismo do contágio por exemplo, contaminado pelo irracionalismo da ação, tendo nas motocicletas pandêmicas uma de suas piores alegorias que estimulavam a concentração de pessoas onde se alargava um horizonte necessário de constrição para salvar vidas e um sistema de saúde em colapso.

Para o Ur-Fascismo não há luta pela vida, mas antes “vida para a luta” e a ideia proposta para a “conquista” da imunidade de rebanho se inscreve nessa batalha onde há de se glorificar os fortes, apesar das vidas perdidas dos não aptos que entram como um cálculo necessário e moralmente exequível para não fazer parar a economia. O elitismo é outro aspecto padrão de qualquer ideologia reacionária enquanto fundamentalmente aristocrática. Para Humberto Eco, todos os elitismos aristocráticos e militaristas implicaram no curso da história no desprezo pelos “fracos”. Não seria muito diferente para o Ur-fascismo a transmutação de um elitismo popular, desta vez para um elitismo biológico no contexto pandêmico. E essa nova espécie de elitismo de massa, espelhada e inspirada no fascismo clássico, também precisa de um líder carismático que suprimisse essa debilidade das massas. Bolsonaro vestiu

esse papel, ou pelo menos tentou, com determinação e insistência onde lhe foi possível sua atuação. Não à toa teve inclusive garantido o sigilo secular sobre seu cartão de vacinação, pois a um líder que se propunha ao papel que foi prestado, não caberia o manto de fraqueza diante da imunidade mediada pela ciência. Tal qual a ode ao tradicionalismo (outra peça fundamental da nebulosa fascista), essa também teria que ser conquistada através do contato com a morte e de forma indiscriminada e naturalizada. Aqui a passagem na integra se faz necessária, pois ela é reveladora de características comuns à metamorfose sofrida pelo Bolsonarismo durante a pandemia, que se radicalizou de forma mítica na figura do herói conservador:

Em qualquer mitologia, o herói é um ser excepcional, mas na ideologia Ur-Fascista o heroísmo é a norma. Este culto do heroísmo é estreitamente ligado ao culto da morte: não é por acaso que o mote dos falangistas era: “*Viva la muerte!*” À gente normal diz-se que a morte é desagradável, mas é preciso enfrentá-la com dignidade; aos crentes, diz-se que é um modo doloroso de atingir a felicidade sobrenatural. O herói Ur-Fascista, ao contrário, aspira à morte, anunciada como a melhor recompensa para uma vida heroica. O herói Ur-Fascista espera impacientemente pela morte. E sua impaciência, é preciso ressaltar, consegue na maior parte das vezes levar os outros à morte. (ECO, 2002. p. 54)

E foi sobre esse contexto da própria recusa da ciência somada a obsessão pelo complô e teorias conspiratórias que os conselheiros se debruçaram para tentar colocar o SUS como contracorrente dessa “nova ordem”. As falas nos permitem dividir essa atuação do CNS durante a pandemia em dois grandes movimentos. O primeiro diz respeito a interlocução e mobilização das diversas forças vivas do SUS e do movimento sanitário para conscientização da importância desde medidas preventivas e isolamento, até mesmo sobre a necessidade de um financiamento adequado para o enfrentamento desta e de futuras pandemias (SOUTO; TRAVASSOS, 2020). É válido lembrar que a nova doença atingiu como um meteoro o teto de gastos que desfinanciou um sistema já subfinanciado. O orçamento programado para a saúde, já aquém da necessidade careceu de aporte financeiro, mas foi premente recordar aos gestores que a saúde, além da organização da rede assistencial para tratar da pandemia, precisou manter em funcionamento os outros serviços do SUS. Servo et al. (2020) nos lembram que foram editadas cerca de 40 medidas provisórias pelo governo federal que aportaram R\$ 673,5 bilhões em créditos extraordinários para combate a pandemia, porém, a saúde ficou com menos de 10% desse valor, onde um terço desse montante sobrado era destinado exclusivamente a vacinação, o que

revela em toda dramaticidade o como um sistema de saúde desfinanciado teve que lidar com a austeridade como um agravante da pandemia.

O outro movimento do CNS diz respeito sobre seu próprio papel propositivo junto às políticas públicas e ao governo federal. Nos estudos já realizados que escrutinaram as orientações emanadas do controle social (AQUINO; MARQUES, 2021; TEIXEIRA et al., 2022) é possível percebermos a luta contra a lógica negacionista que impregnou o governo federal. Aqui uma observação se faz necessária, não foram expedidas resoluções sobre a covid, apenas recomendações:

As recomendações são atos normativos expedidos pelo colegiado ou ad referendum por seu presidente, considerados menos complexos e que independem de homologação da autoridade sanitária máxima da esfera de governo. Ou seja, a resolução possui maior força vinculativa de seu conteúdo ao ato do gestor, enquanto que as recomendações se destinam somente a orientar a gestão quanto à necessidade de seguir o posicionamento do órgão colegiado em relação à política de saúde. (TEIXEIRA et. al., 2022, p. 5).

Muito provavelmente, esse caminho escolhido pelos conselheiros seja consequência do autoritarismo trabalhado na categoria anterior, e foi a forma que o CNS considerou a mais eficaz de posicionamento diante dos desmandos catastróficos do MS. E aqui não temos algo de menor relevância, visto que estamos constatando a própria perda da essência do papel deliberativo do controle social de certa maneira. A não homologação do governo federal dos atos normativos do CNS durante a pandemia reforça a tese do descumprimento dos dispositivos legais de participação no SUS e ajuda na caracterização feita pelos usuários entrevistados. Aqui é importante pontuar alguns exemplos de recomendações (AQUINO; MARQUES, 2021) que nos auxiliam na constatação de uma inversão da racionalidade científica, lembremos que a “gestão mística” dos problemas nacionais também é outra característica comum identificada nos clássicos regimes fascistas do século XX, aqui no Brasil, os conselheiros nos falam dela com a alcunha de “gabinete paralelo²⁶”.

²⁶ Em maio de 2021, a CPI da Pandemia instalada no Senado Federal revelou a existência e o funcionamento de um gabinete paralelo no Ministério da Saúde. Pessoas sem nenhum cargo ou atribuição oficial transmitiam a Jair Bolsonaro diretrizes conflitantes com as orientações da pasta da Saúde – então chefiada por Luiz Henrique Mandetta –, participavam de reuniões do governo e interferiam em negociações sobre insumos médicos. O funcionamento de uma estrutura paralela – sem atribuição formal de função, sem controle, sem transparência e sem responsabilidade legal – afronta a Constituição de 1988. Um ano depois, o jornal Estado de São Paulo revelou também uma estrutura de gestão paralela do

Alguns exemplos de recomendações do CNS durante a pandemia:

Garantia das condições sanitárias e de proteção social para enfrentamento das necessidades emergenciais da população diante da pandemia da COVID-19.

Medidas de transparência na divulgação dos dados estatísticos e notificações compulsórias dos agravos em saúde.

Medidas de distanciamento social mais restritivas (lockdown) nos municípios com aceleração de novos casos de COVID-19 e com taxa de ocupação dos serviços atingindo níveis críticos.

Retirada de material de comunicação alusivo à não obrigatoriedade de vacinação enquanto estratégia de enfrentamento da pandemia da Covid-19.

Medidas que visam a garantia do acesso à vacinação enquanto estratégia de enfrentamento à pandemia da Covid-19.

Os conselheiros se ressentem com toda a razão, que se fossem cumpridas as orientações que partiram do CNS, certamente a brutal mortandade que caracterizou o Brasil pandêmico comparado a outros países seria mais baixa. Vidas seriam poupadas se um governo, além de negacionista, fosse aberto aos inúmeros expedientes que o tentaram sensibilizar dos equívocos na linha de enfrentamento da pandemia adotado pelo Brasil. Poderíamos perfeitamente caracterizar a luta dos conselheiros contra o negacionismo autoritário do governo federal analisando as resoluções acima, há a necessidade inclusive de aprofundamento dos estudos que relacionem os dilemas entre a participação a nível local, com o ocorrido a nível nacional. Mas elas também têm a potência do registro de memória viva, que jamais poderá ser esquecida para servir as futuras gerações sobre o tenebroso período recente da história brasileira. Esse é um legado que a participação social nos deixa, juntamente com o próprio sistema de saúde que foi o maior anteparo contra a política de morte negacionista testada no Brasil. Para os conselheiros, nunca ter parado, mesmo que submetidos à irrelevância por parte do governo federal e a toda

Governo Bolsonaro dentro do Ministério da Educação. Sem vínculo formal com a administração pública e sem ligação com o setor de ensino, pastores evangélicos participavam de agendas fechadas em que se discutiam as prioridades da pasta e a definição do uso de recursos destinados à educação no Brasil. (ESTADÃO, 2022).

brutalidade da lógica militar, é uma prova da importância do seu papel na pandemia e na história.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sempre existe o desejo arriscado, que ao final de um trabalho de pós-graduação, as conclusões e considerações finais se tornem uma espécie de esfera Aleph borgiana onde através desse ponto final tudo se feche e faça sentido, trazendo um novo tipo de conhecimento pleno que nos permita entender o todo através dessa passagem. Já aviso aos eventuais leitores que chegaram até aqui que infelizmente, ou felizmente, não é o caso. É uma tentação para o pesquisador, mas que no ponto de vista deste que escreve, não é possível ser alcançada após o mergulho nas turbulentas e turvas águas que caracterizam a participação social e a própria democracia nessa última década onde o Conselho Nacional de Saúde esteve submerso. Essa era a intenção inicial deste estudo. Porém, como tudo na vida, a pesquisa também precisa um ponto final, mas muito mais para a abertura de novas esferas que dão entendimento, do que para atribuição de uma compreensão total, ela em verdade, abre novas brechas para novos olhares de interpretação dos seus significados.

Posto isso, vamos tentar aqui nos aproximarmos dessa esfera de entendimento sobre o que podemos “concluir” e o que podemos deixar em aberto para novos caminhos e outras possíveis conclusões e diálogos que a presente tese possa fazer no futuro. Poderíamos dividir o trabalho em duas grandes metades da esfera de entendimento, a primeira, sendo entendida como uma análise interpretativa que é tradicional nos estudos sobre a participação, que se dão sobre as condicionalidades e problemas clássicos na discussão sobre a temática e que se reproduzem no CNS. A outra é de ordem nova, uma espécie de história do momento que tenta entender o mergulho suicida que a sociedade brasileira deu nessa mesma correnteza que caracterizou a nossa democracia na última década, pela ótica dos conselheiros.

Sobre o que se entende como abordagem tradicional dos estudos de participação e controle social, podemos incluir os achados do presente estudo sobre o funcionamento, a rotina, a burocracia e a luta por legitimidade que os conselheiros de saúde, com os usuários como marca maior desse movimento, travam desde o início de sua existência e atuação para o desempenho de suas funções. Também não

poderia ser diferente para o Conselho Nacional de Saúde, mesmo com blindagem legal maior, e uma certa legitimidade ascendente a partir do crivo dos municípios, passando pelos estados, que credita uma maior qualidade de atuação desses conselheiros. Porém, como é óbvio concluir, aumentam também as complexidades dos problemas e dos desafios que fazem parte do cotidiano dos conselheiros nacionais de saúde. E é sobre esse cotidiano que surgem as primeiras brechas para entendermos alguns dos principais desafios que caracterizam o trabalho dos conselheiros de saúde. Encontramos diante das entrevistas um universo marcado pela luta entre o desejo da ação participativa e a contenção burocrática do mesmo através dessa quase insana camisa de força.

E aqui temos uma constatação do que podemos enquadrar como dificuldade histórica para viabilização e vocalização do controle social, quando associamos as rotinas burocratizadas e o distanciamento das bases que dão representatividade aos usuários dentro do CNS. Esse elo que se retroalimenta, teve um novo revestimento que tornou mais dura ainda sua estrutura em função de um novo mundo que se fez presente para os conselheiros em função da pandemia, do isolamento social, do trabalho remoto e da virtualidade da participação. Aqui esses problemas que são quase clássicos para a participação, abrem diálogo com a necessidade de um aprofundamento teórico por parte da academia de que novo mundo é esse, e da inexorabilidade dessa conversão futura que assusta e aflige os usuários. Essa transformação da burocracia do papel, para a burocracia virtual desterritorializada requer ainda análises e debates não só pelo seu importante lugar na memória da pandemia, mas principalmente porque a possibilidade da reinvenção futura do controle social tem respaldo real, não apenas no imaginário dos conselheiros de saúde. Se antes a fria linguagem técnica já era um constrangimento que pesava muito mais para o segmento dos usuários silenciando sua legitimidade de lugar de fala, nesse novo mundo desprovido dos vínculos afetivos escondidos por detrás de um computador ou celular, ela tomou um peso maior ainda, dificultando ainda mais seu exercício deliberativo. Podemos concluir nesse sentido, que também houve uma fragilização dos usuários onde eles buscavam e sustentavam sua maior legitimidade diante dos embates com a gestão por exemplo, que se dá exatamente na articulação com suas bases e os movimentos sociais que representam. Outra possível conclusão dessa maneira, é que no embate entre a "deslegitimação elitista do usuário versus a

legitimidade das bases", o mundo virtual com suas novas tecnologias deu peso ao primeiro nessa balança, que já era desproporcional antes da pandemia como foi analisado.

E aqui temos um problema que tem relação central com a principal rachadura do próprio Sistema Único de Saúde, que paradoxalmente também é seu maior alicerce. É no direito à saúde que o SUS sofre seus maiores ataques, e é exatamente nessa trincheira que os conselheiros travam sua maior batalha contra o subfinanciamento crônico, agravado pela agenda da austeridade fiscal que corroem notadamente o princípio da universalidade e do direito à saúde. A legitimidade dos usuários é condição decisiva para a postura de defesa intransigente que eles fazem do SUS, e aqui a relação entre a fragilização do controle social, da participação popular e da própria democracia, como condicionantes para implementação de uma agenda neoliberal tão marcadamente identificada pelos conselheiros, segue o fluxo de outras experiências e lugares vizinhos na história.

Também é importante frisar o lugar de fala, das próprias falas presentes nos resultados e que por si só, independentes de discussão, já dão o significado da luta e da disputa que os usuários travam nesse embate. Elas nos dão conta de um histórico de ataques ao longo da implementação do SUS do direito à saúde, por sucessivos governos, inclusive daqueles anteriores aos que se tornaram a ponta de lança da recém tentativa de implementação de um neoliberalismo autoritário no país. Também foi possível a identificação do neoliberalismo para além do aspecto puramente econômico, aqui os conselheiros nos auxiliam no seu entendimento como um vetor maior, que também se faz presente nos planos culturais, políticos e ideológicos e em como as escolhas políticas sobre o público e o privado são tomadas no país. Afinal de contas, se não há outra formatação econômica possível para além da mercantilização dos direitos e do escambo da saúde enquanto mercadoria, qual o papel que resta para um SUS garantidor desse direito à saúde? Essa pergunta é muito mais resultante desse vetor neoliberal que impregnou até mesmo as crenças mais populares da inevitabilidade do seu êxito histórico, porém, ela foi desafiada e vencida pela presença de um sistema público e universal de saúde durante a maior crise sanitária do último século.

A segunda metade da alegoria da esfera alephiana que o trabalho permite

interpretar, e aqui sim, muito mais na abertura inconclusa sobre novas aproximações, se dá no lugar da história capturada pela pesquisa e que guarda relação com esse novo momento de respiro e esperança que sopra o país a partir de 2023. Ela torna possível o olhar sob a condução das falas para o próprio ciclo disruptivo da democracia que vivenciamos desde 2013 e como ele atingiu em cheio o controle social. O ano de 2013 é fatídico para esse entendimento, e ele traz em seu signo a marca do novo tempo identificada por Hannah Arendt nos raros momentos disruptivos que datam a própria história.

Esse ano ainda é de difícil entendimento para os conselheiros, mas é a própria esfera escondida no sótão borgiano que reúne os vértices necessários para a compreensão e conhecimento. Suas impressões e interpretações dialogam com a própria democracia brasileira e coincidem com algumas primeiras aproximações de uma incipiente literatura produzida no espaço acadêmico. As jornadas de junho daquele ano são um fenômeno novo, mas que foi sedimentado pelas promessas não cumpridas da nossa democracia e da falta de direitos sociais que recrudescer o sentimento incontestável da revolta agravado pela crise econômica que o país enfrentaria e dava seus primeiros sinais. Aquelas manifestações também têm relação com outra promessa não cumprida da democracia, a de que essa daria conta através das suas instituições da existência de canais diretos com a sociedade que permitissem a participação política, principalmente dos jovens que não viveram nem a ditadura, nem o período de redemocratização. Esses momentos históricos começaram a ficar distantes na memória geracional. E essas mesmas instituições que deveriam avançar para além dos desenhos representativos de democracia, se mostraram pouco porosas para identificar, absorver e dar trato a essas demandas que vinham a partir da rua, ocupada por novos atores que fugiam de uma leitura tradicional de interpretação daquela realidade.

E sobre as novas configurações do espaço público a partir das ruas, o que acontece depois daquele ano ainda deixa não só os conselheiros atônitos, mas também persiste um vácuo de entendimento da literatura sobre o tema que precisa ser aprofundado. Mais do que as manifestações de 2013 pautadas de início por uma agenda de maior inclusão social, a guinada ideológica conservadora carece de novas abordagens teóricas de compreensão, inclusive para antecipação da repetição desse ciclo vivenciado nos últimos dez anos. E muito provavelmente temos aqui o principal

fruto dessa virada de mesa, que foi a entrada em cena do que podemos entender sob o eufemismo de “nova direita” brasileira. Não obstante os poucos sinais e referências que dão significado a essa guinada e inversão de pautas, desse multiverso do início das manifestações de 2013, o mesmo não se pode dizer da cosmovisão que assumiu o protagonismo das grandes manifestações ocorridas no país desde então, salvo raras exceções. E apesar das suas fragmentações internas em termos de tonalidades ideológicas, já expunham desde aquele momento publicamente orientações de caráter autoritário e segregador, inclusive podendo ser possível a caracterização de pautas neofascistas.

E essa é uma das constatações possíveis aqui, e do ponto de vista deste que escreve a mais alarmante. Que algumas características da “nebulosa fascista” assumiram formas orgânicas a partir das ruas e de um espaço público moralizado, mesmo que eternamente presentes e adormecidas, e tomaram conta do próprio Estado brasileiro a partir da eleição de Jair Bolsonaro. Foram essas características que os conselheiros têm marcadas na memória, nesses últimos quatro anos de um governo autoritário negacionista, e que permitem um diálogo próprio com os constrangimentos para o exercício do controle social e do desastroso enfrentamento da pandemia por uma gestão militarizada no Ministério da Saúde.

E agora sim, finalmente por fim, a conclusão maior desse trabalho, que é a confirmação própria dos conselhos de saúde (representados em sua concepção mais potente e estratégica pelo CNS) como um dos componentes de maior vanguarda e potência para a defesa do SUS! Sem os conselheiros, sem os usuários, provavelmente mais nada teríamos. E encerrando em forma de homenagem com sua própria fala, quando indagado o que aconteceria ao SUS sem o controle social, um deles nos responde de forma categórica: “A gente estaria pagando imposto, pagando plano de saúde, com um SUS que não ia dar em nada, ia cobrar quando você fosse atendido. Ou seja, íamos pagar imposto e ainda pagar na hora de ser atendido. O SUS não ia mais ser público e a gente ia pagar duplamente. Era isso que ia acontecer!”

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. **Hommo sacer**: o poder soberano e a vida nua I. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

AGOSTINI, R; CASTRO, A. M. de. O que pode o Sistema Único de Saúde em tempos de necropolítica neoliberal? **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 43, n. spe8, p. 175-188, 2019 . Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001300175&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2020.

ANDREAZZI, MARIA M.F.S.DE FÁTIMA SILIANSKY DE; SANCHO, LEYLA GOMESL.G.; E SCHUTZ, GABRIEL EDUARDOG.E. Agendas empresariais no sistema de saúde brasileiro, 2016-2019. **Serviço Social & Sociedade** [online]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.257>. Epub 13 Set 2021. ISSN 2317-6318. Acesso em: 14 dez. 2022.

ANDRES, E. A. de. Necropolítica da habitação: 40 anos desmantelando a “informalidade” em Madrid (1979-2019). **EURE** (Santiago), Santiago, v. 46, n. 139, p. 5-27, set. 2020. Disponível em:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0250-71612020000300005&lng=es&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.4067/S0250-71612020000300005>. Acesso em: 01 nov. 2020.

ANTUNES, A. Pelo quinto ano consecutivo, CNS reprova contas do Ministério da Saúde. **EPSJV/Fiocruz**. 24 set. 2021. Disponível em:

<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/pelo-quinto-ano-consecutivo-cns-reprova-contas-do-ministerio-da-saude>. Acesso em: 27 jul. 2022.

ANTUNES, A; MATHIAS, M. Cobertura Universal de Saúde: a nova aposta do capital. **EPSJV/Fiocruz**. 03 dez. 2014. Disponível em:

<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/cobertura-universal-de-saude-a-nova-aposta-do-capital>. Acesso em: 20 ago. 2022.

AQUINO, I. S. de; MONTE, I. C.; MARQUES, P. L. P. Atos normativos do conselho nacional de saúde no combate a pandemia da Covid-19: um estudo documental / Normative acts of the national health council in combating the Covid-19 pandemic: a documental study. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 7, n. 6, p. 56372–56384, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n6-173. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/31016>. Acesso em: 20 dez. 2022.

ARENDT, H. **A condição humana**. Tradução Roberto Raposo. Revisão técnica: Adriano Correia. 8 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

ARRETCHE, M. A política da política de saúde no Brasil. In: LI MA, N.T. et al. (org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 285-306.

ASSIS, LUIZ EDUARDO ALTENBURG de.L.E.A. Legalismo autocrático na

Administração Pública e o controle pelo Poder Judiciário. **Revista digital de direito administrativo**, vol. 8, n. 2, p. 112-135, 2021.

BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N.T. et al. (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 407-449.

BALLAROTTI, B. et al. Reflexões de médicos sobre o trabalho na Estratégia de Saúde da Família sob a gestão das Organizações Sociais. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 23, e180082, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100239&lng=en&nrm=iso. Epub June 10, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/interface.180082>. Acesso em: 17 nov. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.

BARROS, B.T.S.; BRITO, A.E.C.. A política de saúde sob o governo Temer: aspectos ideológicos do acirramento do discurso privatista. **O Social em Questão**, v. 21, n. 44, p. 67-86, 2019.

BARROSO, S.; SCHIERHOLT, S.R. **Os impactos neoliberais nas políticas de saúde: do “Mais mudanças, mais futuro” ao “Ponte para o futuro”**. II Mostra de Trabalhos de Conclusão de Curso de Enfermagem da FCE/UnB, 2019. Disponível em: <http://cotacoes.economia.uol.com.br/bolsas/cotacoes-historicas.html?indice=.bvsp>. Acesso em: 20 mar. 2019.

BEZERRA, C. de P.; ALMEIDA, D. R. de; GURZA LAVALLE, A.; DOWBOR, M. W. Deinstitutionalization and resilience of participatory councils in the Bolsonaro government. **SciELO Preprints**, 2022. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.4218. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/4218>. Acesso em: 14 dez. 2022.

BHUYAN, K.K. Health promotion through self-care and community participation: elements of a proposed programme in the developing countries. **BMC Public Health**. v. 16, n. 4, p. 11, 2004.

BISPO JUNIOR, J. P. Avanços e desafios da participação institucionalizada no sistema de saúde do Brasil. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 117, p. 99-122, dez. 2018.

BISPO JUNIOR, J.P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 7-16, Jan. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 Mar. 2020.

BISPO, J.P.; MORAIS, M.B. Participação comunitária no enfrentamento da COVID-19: entre o utilitarismo e a justiça social. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2020, v. 36, n. 8 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151620>. Epub 03 Ago 2020. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151620>. Acesso em: 16 dez. 2022.

BOBBIO, N. **Qual democracia?** São Paulo: Edições Loyola, 2010.

BOIVIN, A.; LEHOUX, P.; BURGERS, J.; GROL, R. What are the key ingredients for effective public involvement in health care improvement and policy decisions? A randomized trial process evaluation. **The Milbank Quarterly**. v. 92, n. 2, p. 319-50, 2014.

BORON, A. **Os “novos Leviatãs” e a pólis democrática**: neoliberalismo, decomposição estatal e a decadência da democracia na América Latina. In: SADER, E.; & GENTILI, P. (orgs.). Pós-neoliberalismo II: que Estado para que democracia? 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 07-67.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2001.

BRASIL. Agência Senado. **Promulgada Emenda Constitucional do Teto de Gastos Públicos**. 2016. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/12/15/promulgada-emenda-constitucional-do-teto-de-gastos>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Segmento usuário**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/composicao/Tabela_segmento_05_03_2021.pdf. Acesso em: 20 mar. 2021.

BRASIL. **Decreto Nº 9.759, de 11 de abril de 2019**. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/30901900/publicacao/30905452>. Acesso em: 01 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Economia. **Novo regime fiscal**. 2016. Disponível em: <http://www.fazenda.gov.br/noticias/2016/junho/novo-regime-fiscal>. Acesso em: 01 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.992/2017**. Dispõe sobre a organização dos blocos de financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde. Disponível em: <http://portaria3992.saude.gov.br>. Acesso em: 20 jul. 2022.

BRASIL. Tesouro Nacional. **Aspectos fiscais da saúde no Brasil**. 2018. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/318974/AspectosFiscaisSa%C3%BAde2018/a7203af9-2830-4ecb-bbb9-4b04c45287b4>. Acesso em: 17 nov. 2019.

BRAVO, M.I.S.; MENEZES, J.S. Democracia, participação e controle social: as lutas em defesa da saúde. **Em pauta**, Rio de Janeiro, jul/dez 2022, n. 50, v. 20, p. 88 – 108.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; DE MENEZES, J. S. B. A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências. **SER Social**, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 191–209, 2020. DOI: 10.26512/ser_social.v22i46.25630. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. Acesso em: 7 dez. 2022.

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

BRICEÑO-LEON, R. El contexto político de la participación comunitária en América Latina. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 141-7, 1998.

BRINGEL, B.; PLAYERS, G. (2015). 'Junho de 2013,... Dois dois anos depois: polarização, impactos e reconfiguração do ativismo no Brasil'. **Nueva Sociedad**, n. 259, p. 4-17, 2015.

BUSS, P. Prefácio. In: LIMA, N.T. et al. (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 11-13.

CALGARO, F. Cada centavo economizado na saúde irá para assistência da população, diz novo ministro. **G1**. 02 jan. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/01/02/novo-ministro-da-saude-luiz-henrique-mandetta-assume-cargo-em-cerimonia-em-brasilia.ghtml>. Acesso em: 25 abr. 2019.

CALVINO, I. **O visconde partido ao meio**. São Paulo: companhia de Letras, 1996.

CAMARA, R.H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerai, Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 6, n. 2, p. 179-191, jul. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202013000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 mar. 2022.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2004, v. 57, n. 5, p.611-614. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>. Epub 27 Fev 2009. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>. Acesso em: 14 mar. 2022.

CARDIM, M.E.; LIMA, B. Pazuello nomeia mais quatro militares para o Ministério da Saúde. **Correio Braziliense**. Brasília, 20 mai. 2020. Disponível em: <politica,856782/pazuello-nomeia-mais-quatro-militares-para-o-ministerio-da-saude.shtml>. Acesso em: 27 jul. 2022.

CARNEIRO, H. (2012) 'Apresentação'. In: HARVEY, D. et all. **Occupy. Movimentos de protesto que tomaram as ruas**. São Paulo: Boitempo, Carta Maior, 2012. p 04-14.

CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma de Estado. In: FLEURY, S. (org.). **Saúde e democracia: a luta do Cebes**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-111.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CASARA, R. **Estado pós-democrático: neo-obscurantismo e gestão dos indesejáveis**. Rio de Janeiro, ed. Civilização Brasileira, 2018.

_____.Saúde pública e pós-democracia: do Estado Democrático de Direito ao Estado Pós-Democrático. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe3, p. 33-40, nov. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000700033&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 mar. 2020.

CASTELLS, M. (2013), **Redes de indignação e esperança**: movimentos sociais na era da Internet. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

CELUPPI, I.C, et al. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 302-313, abr. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200302&lng=en&nrm=iso. Epub Aug 05, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912101>. Acesso em: 17 nov. 2019.

CHAUÍ, M. (2013), “As manifestações de junho de 2013 na cidade de São Paulo”. **Mídiafazmal: Análise crítica da mídia**, 2013., Disponível em: <http://midiafazmal.wordpress.com/2013/06/27/marilena-chauisobre-manifestacoes-2013-2/>. Acesso em:26 nov. 2022.

COCCO, G. A Constituição do trabalho metropolitano: junho-outubro de 2013. The constitution of metropolitan labour: June-October 2013. **Liinc em Revista**, [S. l.], v. 10, n. 1, 2014. DOI: 10.18617/liinc.v10i1.693. Disponível em: <https://revista.ibict.br/liinc/article/view/3542>. Acesso em: 30 nov. 2022.

COELHO, V.S.P. A democratização dos conselhos de saúde: o paradoxo de atrair não aliados. **Novos estudos**, n. 78, p. 77-92, 2007.

CONKLIN, A.; MORRIS, Z.; NOLTE, E. What is the evidence base for public involvement in health -care policy? Results of a Systematic Scoping Review. **Health Expectations**, n. 18, v. 2, p. 153 -165. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Judicialização da saúde no Brasil**: perfil das demandas, causas e propostas de solução. Relatório Analítico Propositivo. Justiça Pesquisa: Direitos e Garantias Fundamentais, 2019.

CORREIA, M.V.; SANTOS, V.M. **Privatização da saúde via novos modelos de gestão**: as Organizações Sociais em questão, Brasil. In: BRAVO, M.I.S. et al (org.). A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ - Rede Sirius, 2015. p. 33-41.

CORTES, S.M.V. **Conselhos e conferências de saúde**: papel institucional e mudanças nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (orgs.). Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2010, p. 102-128.

_____.**Conselhos e conferências de saúde**: papel institucional e mudanças nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Orgs.). Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: CEBES, 2010, p. 102-128.

_____. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 7, p. 18-49, 2002.

CORTES, S.M.V.; SILVA, M.K.; RÉOS, J.C.; BARCELOS, M. Conselho Nacional de Saúde: histórico, papel institucional e atores Estatais e societais. In: CORTES, S. M. V. (org.). **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 41-71.

COSTA, A.P. da; MARTINS, C.H.S.; SILVA, H.C. Necroeducação: reflexões sobre a morte do negro no sistema educacional brasileiro. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 25, e250043, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782020000100234&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 nov. 2020.

COSTA, N.R. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 4, p.1065-1074, abr. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.28192016>. Acesso em: 03 mar. 2020.

COUTINHO, C. N. **O leitor de Gramsci**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

CRISTIANO, C.; FREITAS, E. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

CYRIL-LYNCH, C.E.; PASCHOETO-CASSIMIRO, P.H. O populismo reacionário no poder: uma radiografia ideológica da presidência Bolsonaro (2018-2021). **Aisthesis**, Santiago, n. 70, p. 223-249, dic. 2021. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-71812021000200223&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 28 nov. 2022.

DALLARI, S. G. et al. O direito à saúde na visão de um conselho municipal de saúde. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 531-40, out./dez. 1996.

DANTAS, A.V. Coronavírus, o pedagogo da catástrofe: lições sobre o SUS e a relação entre público e privado. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2020, v. 18, n. 3 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00281>. Epub 29 Maio 2020. ISSN 1981-7746. Acesso em 17 dez. 2022.

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Boitempo, 2016.

_____. Anatomía del nuevo neoliberalismo. **Viento Sur**. n. 164, jul. 2019. Disponível em: <https://vientosur.info/anatomia-del-nuevo-neoliberalismo/>. Acesso em: 11 mar. 2020.

DATAFOLHA. **Brasileiros veem Forças Armadas como instituição mais confiável**. 15 abr. 2019. Disponível em: <https://datafolha.folha.uol.com.br/opiniaopublica/2019/04/1987746-brasileiros-veem-forcas-armadas-como-instituicao-mais-confiavel.shtml>. Acesso em: 08 ago. 2022.

DEMO, P. **Pesquisa e informação qualitativa**. Campinas: Papirus, 2001.

DESLANDES, S.; COUTINHO, T. Pesquisa social em ambientes digitais em tempos de COVID-19: notas teórico-metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública** [online], 2020, v. 36, n. 11 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223120>. Epub 23 Nov 2020. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223120>. Acesso em: 01 dez. 2022.

DIAMINT, Rut. ¿Quién custodia a los custodios?: democracia y uso de la fuerza en América Latina. **Revista Nueva Sociedad**, n. 278, p. 24-35, nov. /dez. 2018.

DONADONE, J. C. A saúde pública intermediada por organizações sociais: arranjos e configurações nas últimas duas décadas no Brasil. Latinoamérica. **Revista de Estudos Latinoamericanos**. v. 59, p. 69-98, 2014.

DOXSEY, J.R.; DE RIZ, J. **Metodologia da pesquisa científica**. [apostila]. ESAB – Escola Superior Aberta do Brasil, 2002-2003.

DURAN, P.R.F.; GERSCHMAN, S. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 884-896, set. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300884&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 mar. 2020.

ECO, Humberto. **O Fascismo Eterno**. I, in: AGUIAR, E. (trad). Cinco Escritos Morais. Rio de Janeiro: Editora Record, 2002.

ESCOREL, S.; AROUCA, L.E. Democracy and participation: moving beyond dichotomies. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. spe, p. 39-48, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000500039&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 mar. 2020.

ESTADÃO. **Mais um gabinete paralelo**. 19 mar. 2022. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/opiniao/mais-um-gabinete-paralelo/>. Acesso em: 27 jul. 2022.

ESTEVEZ, A. Biopolítica e necropolítica: constitutiva ou oposta? **Spiral** (Guadalaj.), Guadalajara, v. 25, n. 73, p. 9-43, dez. 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-05652018000300009&lng=es&nrm=iso. <https://doi.org/10.32870/esprial.v25i73.7017>. Acesso em: 02 nov. 2020.

FALEIROS, V. P. et al. **A construção do SUS**: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 297p.

FERRARI, I.F.; JANUZZI, M.E.S.; GUERRA, A.M.C. Pandemia, necropolítica e o real do desamparo. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 564-582, set. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142020000300564&lng=en&nrm=iso. Epub Oct 30, 2020. Acesso em: 01 nov. 2020.

FERREIRA, C.C. Vozes de uma dor sem nome: necropolítica e maternidade no Brasil. **Rev. Direito Práx.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 732-738, mar. 2020.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-89662020000100732&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 01 nov. 2020.

FILIPPON, J. A. Abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 107, p. 1127-1137, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103- Acesso em: 09 mar. 2020.

FIOCRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/dicionario-jornalistico/conselho-nacional-de-saude>. Acesso em: 01 set. 2022.

FLEURY, S. Capitalismo, democracia, cidadania - contradições e insurgências. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe3, p. 108-124, nov. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000700108&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 mar. 2020.

FLEURY, S.; BAHIA, L; AMARANTE, P. (org.). **Saúde em debate**: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2007. 232p.

FLEURY, S.; OUVENEY, A.M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C., et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-64.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: _____. **Microfísica do poder**. 11ª reimpressão. Tradução e organização de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1995, p. 79-98.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2008, v. 24, n. 1 p. 17-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Epub 11 Jan 2008. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 15 mar. 2022.

FRASER, N. El final del neoliberalismo progressista, 2017.

_____. Reconhecimento sem ética? **Lua Nova**, v. 70, p. 101-138, 2007.

FUNCIA, F.R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 24, n. 12, p. 4405-4415. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 09 mar. 2020.

Fundação Friedrich Ebert Stiftung; Fórum 21; GT de Macro da Sociedade Brasileira de Economia Política; Plataforma Política Social. **Austeridade e retrocesso: Impactos Sociais da política fiscal no Brasil**. 2018. Disponível em: http://brasildebate.com.br/wp-content/uploads/DOC-AUSTERIDADE_doc3-_L9.pdf>. Acesso em: 15 out. 2019.

GALF, R. Bolsonaro buscou minar participação social por decretos e teve freio no

STF. **Uol**. 17 jan. 2022. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2022/01/bolsonaro-buscou-minar-participacao-social-por-decretos-e-teve-freio-no-stf.shtml>. Acesso em: 13 dez. 2022.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (org). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GERSCHMANN, S.A. **Democracia social e atores políticos**: um estudo da reforma sanitária brasileira. 1994. 350p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual de Campinas.

GERSHMAN, S. Conselhos municipais de saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p. 1670-81, nov./dez. 2004.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOY, A. S. (1995b). Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n.(4), p. 65-71. 1995b.

GOHN, M. G. Vozes que gritam e vozes silenciadas na América Latina. **Civitas**, v. 15, n. 3, p. 491-509, 2015.

GONÇALVES, L. A. P. et al. Saúde coletiva, colonialidade e subalternidades - uma (não) agenda?. **Saúde em Debate** [online]. v. 43, n. spe8, p. 160-174. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S812>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S812>. Acesso em: 01 nov. 2020.

GONDIM, I.; LINDA M. P. Movimentos sociais contemporâneos no Brasil: a face invisível das Jornadas de Junho de 2013. **Polis** [Online], n. 44, | 15 set. 2016. Disponível em: <http://journals.openedition.org/polis/11944>. Acesso em: 22 nov. 2022.

GOV.BR. **Planalto**. Onyx Lorenzoni apresenta balanço dos primeiros 100 dias de governo. 11 abr. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/noticias/2019/04/onyx-lorenzoni-apresenta-balanco-dos-primeiros-100-dias-de-governo>. Acesso em: 03 jul. 2022.

GRAEBER, D. Of Flying Cars and the Declining Rate of Profit. **The baffle**, v. 19, 2012.

_____. **The utopia of Rule**: on technology, stupidity, and the secret joys of bureaucracy. London: Melville House Publishing, 2015. 146 p.

GRAY, L.M.; WONG-WYLIE, G.; REMPEL, G.R.; COOK, K. Expanding qualitative research interviewing strategies: zoom video communications. **Qual Rep**. [Internet]. 2020, v. Disponível em: <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol25/iss5/9>. Acesso em: 25 jul. 2022.

GUIMARÃES, J.R.; SANTOS, R.T. Em busca do tempo perdido: anotações sobre os determinantes políticos da crise do SUS. **Saúde em Debate** [online]. v. 43, n. spe8, p. 219-233. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S816>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S816>. Acesso em: 03 nov. 2020.

GUIRADO, M. Entre Discurso e Ato, há muito mais do que se imagina. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 30, e190027, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642019000100230&lng=pt&nrm=iso. Epub 14-Nov-2019. Acesso em: 09 mar. 2020.

HALDANE, V.; CHUAH, F.L.H.; SRIVASTAVA, A.; SINGH, S.R.; KOH, G.C.H; SENG, C.K. et al. Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. **PLoS ONE**, n. 14, v. 5, 2019.

HARVEY, D. **O Neoliberalismo**: História e Implicações. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

HILÁRIO, L.C. Da biopolítica à necropolítica: variações foucaultianas na periferia do capitalismo. **Sapere Aude**, v. 7, n. 13, p. 194-210, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5752/P.2177-6342.2016v7n13p194>. Acesso em: 09 mar. 2020.

HOSHINO, T.A.P.; CHUEIRI, V.K. de. As cores das/os cortes: uma leitura do RE 494601 a partir do racismo religioso. **Rev. Direito Práx.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 2214-2238, set. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-89662019000302214&lng=en&nrm=iso. Epub Sep 16, 2019. Acesso em: 02 nov. 2020.

IPEA. **Participação em foco**. Extinção dos conselhos afeta participação social nas políticas públicas. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/participacao/destaques/163-noticias-destaques-pequeno/1816-extincao-conselhos-politicas-publicas>. Acesso em: 15 dez. 2022.

JUNIOR, A.B. A necropolítica e as resistências no discurso pictórico-político de Adriana Varejão. Faces de Eva. **Estudos sobre a Mulher**, Lisboa, n. Extra, p. 81-92, out. 2019. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-68852019000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 nov. 2020.

KNIJNIK, E.; LIMA, L.; ORTELLADO, P. (2013). **A derrubada do aumento**: uma narrativa política. In: POMAR, M. Vinte centavos: a luta contra o aumento. São Paulo: Veneta, pp. 22-221.

KOZICKI, K.; CHUEIRI, V. K. de; SILVA, R. D. P.; BONATTO, M. Militarização da Saúde: Crise e as Relações Cívico- Militares no Governo Bolsonaro. **Direito Público**, [S. l.], v. 17, n. 96, 2021. DOI: 10.11117/rdp.v17i96.4618. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/4618>. Acesso em: 13 dez. 2022.

LABRA, E. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N.T. et al. (org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 353-383.

LABRA, M.E.; FIGUEIREDO, J. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro: Fiocruz /

Red de Investigación em Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur, 2007.

LACLAU, E.; MOUFFE, C. Hegemonía y Estrategia Socialista: hacia una radicalización de la democracia. **Siglo XXI**, Madrid, 1987.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LEVITSKY, S.; ZIBLATT, D. **Como as democracias morrem**. Rio de Janeiro: Zahar, 2018. 272 p.

LÉVY, P. **O que é o virtual?** 2 ed. São Paulo: Editora 34, 2011.

LIMA DE SOUZA, C. H.; VIEIRA PIMENTEL DE OLIVEIRA, S.; DO REGO SANTOS, M. E.; AMORIM DA SILVA, L. ; QUEIROZ CARNEIRO, L. ; CAVALCANTI DE LIMA, V. L.; CORDEIRO DE FREITAS, M. . Impactos sobre a saúde mental dos trabalhadores postos em home-office com o advento da pandemia de covid-19: uma revisão integrativa de literatura. **Revista de Casos e Consultoria**, [S. l.], v. 13, n. 1, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/28813>. Acesso em: 17 dez. 2022.

LIMA, B. (2018). **As manifestações de junho de 2013 e a representação política**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2018.

LIMA, F. Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. **Arch. Bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 70, n. spe, p. 20-33, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000400003&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 01 nov. 2020.

LIMA, N.T. et al. (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 502p.

LOUREIRO, M. I.; GRAÇA, L. A(s) crise(s) e a(s) resposta(s) da saúde pública. **Rev. Port. Sau. Pub.** vol.30, n.2, p.103-104, 2012.

MAIA, C.P R.C. **Entre desafios e potencialidades** [manuscrito]: avaliação da participação comunitária em um programa de controle da esquistossomose e de promoção da saúde. Cláudia Peres da Rocha Fernandes Costa Maia. Belo Horizonte: 2015.

MARQUES, C.F. et al. O que significa o desmonte? desmonte do que e para quem?. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 39, n. spe2, e225552, 2019 .Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000600301&lng=en&nrm=iso. Epub Nov 14, 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003225552>. Acesso em: 02 nov. 2020.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.

MENEZES, A.P.R.; MORETTI, B.; REIS, A.A.C.S. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate** [online], v. 43, n. spe5, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>. Acesso em: 07 nov. 2022.

MESSEMBERG, D. A direita que saiu do armário: a cosmovisão dos formadores de opinião dos manifestantes de direita brasileiros. **Sociedade e Estado** [online]. 2017, v. 32, n. 03, p. 621-648, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-69922017.3203004>. ISSN 0102-6992. Acesso em: 25 nov. 2022.

MILTON, B.; ANTTREE, P.; FRENCH, B. The impact of community engagement on health and social outcomes: a systematic review. **Community Development Journal**, v. 47, p. 316–34, 2011.

MINAYO, M.C.S. O desafio da pesquisa social. In MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed. São Paulo : Hucitec, 1994.

MINAYO, M.C.S.; MINAYO-GOMÉZ, C. Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A. (orgs.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-42.

MONARREZ FRAGOSO, J.E. La amnesia nacional de las víctimas de la tortura. **Estud. sociol**, México, v. 35, n. 104, p. 239-265, ago. 2017. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-64422017000200239&lng=es&nrm=iso. <https://doi.org/10.24201/es.2017v35n104.1512>. Acesso em: 02 nov. 2020.

MONTEIRO, M.G. **Trayectoria y cambios de dirección em las políticas públicas: análisis e la reforma del sistema sanitario brasileño (1975-2015)**. Tese. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, 2016.

MORAIS, H.M.M. et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, e00194916, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000105017&lng=en&nrm=iso. Epub Feb 05, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00194916>. Acesso em: 17 nov. 2019.

MOREIRA, M.R. Reflexões sobre democracia deliberativa: contribuições para os conselhos de saúde num contexto de crise política. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. spe, p. 25-38, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000500025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 mar. 2020.

MORETTI, B. O SUS, a coca-cola e a desvinculação de receitas: como retirar R\$ 2 trilhões da saúde. **Brasil Debate** [internet], 2019. Disponível em:

<http://brasildebate.com.br/o-sus-a-coca-cola-e-a-desvinculacao-de-receitas-como-retirar-r-2-trilhoes-da-saude/>. Acesso em: 21 set. 2022.

MORGAN, L. M. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. **Health Policy and Planning**, v. 16, n. 3, p. 221-230, set. 2001.

MOUFFE, C. Entrevista. **Revista da Faculdade de Direito - UFPR**, Curitiba, n.51, Curitiba, 2010, p. 237-254, 2010.

_____. Por um modelo agonístico de democracia. **Revista Sociologia e**

Política, n. 25, nov. 2005. Curitiba, 2005, p. 11-23.

_____. **Sobre o Político**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2015.

MUSTAFA, P.S. Estado Capitalista brasileiro: análise dos direitos sociais em tempos de ortodoxia neoliberal. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 100-109, abr. 2019. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802019000100100&lng=en&nrm=iso. Epub May 09,

2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02592019v22n1p100>. Acesso em: 17 nov. 2019.

NASCIMENTO, L.F. A Sociologia Digital: um desafio para o século XXI. **Sociologias** [online]., 2016, v. 18, n. 41. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/15174522-018004111>. ISSN 1807-0337. <https://doi.org/10.1590/15174522-018004111>. Acesso em: 16 dez. 2022.

NASCIMENTO, P.S.; MARTINS, A.R.M. Reflexões sobre a burocracia na perspectiva de uma “antropologia anarquista”. **Revista de antropologia da UFSCar**, p. 243-246, jan. /jun. 2017.

OCKÉ-REIS, C.O.; GAMA, F.N. **Radiografia do gasto tributário em saúde: 2003-2013**. Brasília: Ipea, 2016. 35 p.

OGATA, A. J. N. **Relatório Técnico I: Impacto na saúde e no bem-estar do trabalho em regime de home-office durante a pandemia de SARS-COVID-19**. FGV SAÚDE, 2020.

OLIVEIRA, A.C. Participação social nos conselhos de políticas públicas na “era Bolsonaro”: o caso do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Interseções**, Rio de Janeiro, v. 24 n. 1, p.172-195, jun. 2022.

OLIVEIRA, G.J. A extinção de conselhos e fóruns participativos pelo Decreto n. 9.759/19: enfraquecimento da democracia participativa e desdemocratização da Administração federal. **Revista digital de direito administrativo**, vol. 7, n. 2, p. 60-79, 2020.

OLIVEIRA, L.S.V. TEIXEIRA, A.N.; LOBÃO, M.A.S.; FARIAS, C.M.A. Conselhos em “quarentena”? Participação e controle social na política urbana na pandemia da Covid-19. **Revista de Políticas Públicas**, v. 25, n. 1, p. 83-103, 2021.

OLIVEIRA, V.E. (org.). **Judicialização de políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, [s.l.], v. 377, n. 9779, p.1778-1797, mai. 2011. Elsevier BV. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60054-8). Acesso em: 09 mar. 2020.

PAIM, J. S. Reflexiones teóricas sobre sujetos de la praxis y sujetos de la antítesis para la Reforma Sanitaria Brasileña. **Salud Colectiva** [online]. v. 13, n. 4, p. 599-610, 2017.

_____. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PAIVA, F.S. de; STRALEN, C.J.V.; COSTA, P.H.A. da. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 487-498, fev. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200487&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 mar. 2020.

PARTIDO DO MOVIMENTO DEMOCRÁTICO BRASILEIRO. **Uma ponte para o futuro**. Brasília: Fundação Ulysses Guimarães, 2015.

PASCHE, D.F. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 312-314, 2007.

PATEMAN, C. **Participação e teoria democrática**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1992.

PEREZ, O.C. Relações entre coletivos com as Jornadas de Junho. **Opinião Pública** [online], 2019, v. 25, n. 3, 2018 p. 577-596. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-01912019253577>. Epub 17 Jan 2020. ISSN 1807-0191. Acesso em: 20 nov. 2022.

PIERUCCI, A.F. Ciladas da diferença. **Tempo Social**, v. 2, n. 2, p. 7-37, 1990.

PINTO L.F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica. **Ciênc. Saúde Colet.** v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

PIOLA, S. F. et al. **Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 4, p. 19-70, 2013.

POLI: Saúde, educação e trabalho. **Memórias de luta: a importância da participação social nas políticas públicas**. Rio de Janeiro: EPSJV Fiocruz, 2019. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/poli65_0.pdf. Acesso em: 05 ago. 2022.

PRADO, Sofia S. et al. O impacto do home office na saúde dos trabalhadores durante a Pandemia da COVID-19: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of**

Development, v. 8, n. 1, p. 2631-2638, 2022.

RASSELA, D.; BASU, S.; HONE, T. et al. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. **PLoS Med.** 2018 Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002570>. Acesso em 28 out. 2020.

REIS, A.A.C. dos et al . Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 40, n. spe, p. 122-135, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000500122&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 mar. 2020.

RIBEIRO, D.S. **O direito à saúde em tempos neoliberais**: a judicialização da saúde como estratégia para a garantia de direitos? Dissertação (Mestrado). 2014. UFJF, 2014, 167 p.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 81-92, jan./mar. 2017.

RIFKIN, S. B. Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature, **Health Policy and Planning**, v. 29, n. 2, p. 98–106, set. 2014.

RIFKIN, S.B.; MULLER, F. BICHMANN, W. Primary health care: on measuring participation. **Soc Sci Med.** v. 26, n.9, p. 931-40, 1998. doi: 10.1016/0277-9536(88)90413-3. PMID: 3388072.

RIZZOTTO, M.L.F. A reafirmação da democracia e do direito universal à saúde em tempos de ultraneoliberalismo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1717-1718, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601717&lng=pt&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05682018>. Acesso em: 23 mar. 2020.

ROCHA, M.B.; MOREIRA, D.C.; JÚNIOR, J.P.B. Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, e00241718, Dez. 2018. Disponível em: <http://cadernos.enp.fiocruz.br/csp/artigo/934/conselho-de-saude-e-efetividade-participativa-estudo-sobre-avaliacao-de-desempenho>. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00241718>. Acesso em: 09 nov. 2020.

RODRIGUES, P.H.A. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **Hist. cienc. saude**, Manguinhos, Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, p. 37-60, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100037&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 mar. 2021.

RODRIGUES, R.V.; OLIVEIRA, V.E. Ministério Público, judicialização e atuação extrajudicial em saúde. **Revista Direito GV** [online]. 2022, v. 18, n. 3, 2022.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6172202231>. Epub 21 Out 2022. ISSN 2317-6172. <https://doi.org/10.1590/2317-6172202231>. Acesso em: 26 out. 2022.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013.

ROMAO, W. (2013) As manifestações de junho e os desafios à participação institucional. **Boletim de Análise Político-Institucional**, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Rio de Janeiro, v. 4, p. 11-17, 2013.

ROUSSEAU, A.; KNAEBEL, R. (David Graeber) entrevista do anarquista norte-americano a propósito do seu último livro. **Portal Anarquista**. Disponível em: <https://colectivolibertarioevora.wordpress.com/2015/11/02/david-graeber-entrevista-do-anarquista-norte-americano-a-proposito-do-seu-ultimo-livro-burocracia/>. Acesso em: 25 jul. 2022.

SACONI, J.P.; ALEIXO, I.; MAIA, G. Decreto do governo Bolsonaro mantém apenas 32 conselhos consultivos. **O Globo**. 29 jun. 2019. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/decreto-do-governo-bolsonaro-mantem-apenas-32-conselhos-consultivos-23773337>. Acesso em 01 jul. 2022.

SANTOS, B.V. A crítica da governação neoliberal: O Fórum Social Mundial como política e legalidade cosmopolita subalterna. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 72, p. 4-77, Outubro 2005: 7-44. Disponível em: <https://journals.openedition.org/rccs/979>. Acesso em: 25 ago. 2022.

SANTOS, B.S. **A gramática do tempo**. Para uma nova cultura política. Porto: Edições Afrontamento, 2006.

_____. **Epistemologies of the South: Justice Against Epistemicide**. Boulder: Paradigm Publishers, 2014.

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

SANTOS, B.S.; ARAUJO, S; BAUMGARTEN, M. As Epistemologias do Sul num mundo fora do mapa. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 18, n. 43, p. 14-23, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222016000300014&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/15174522-018004301> Acesso em: 25 mar. 2021.

SANTOS, B.S.; AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. S. (org). **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

SANTOS, F. (2013), “Primavera brasileira ou outono democrático?” , **enInsight Inteligência**, .n. 62, 2º trimestre, pp. 33-38, 2013.

SANTOS, F.M. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. In: BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, p. 2011- 229p. **Revista Eletrônica de Educação**. São Carlos, SP.

SANTOS, J.V. Sem os cortes recentes na saúde, enfrentamento da pandemia seria menos dramático. Entrevista especial com Fernando Pigatto. **IHU online**. 25 mar. 2020. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/categorias/159-entrevistas/597408-sem-os-cortes-recentes-na-saude-enfrentamento-da-pandemia-seria-menos-dramatico-entrevista-especial-com-fernando-pigatto>. Acesso em: 14 out. 2022.

SANTOS, L.G.M; PEDRO, R. Máscara e homem negro: entre o contágio e o racismo em um regime necropolítico. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 32, e020017, 2020 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822020000100416&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 nov. 2020.

SANTOS, N.R. A Reforma Sanitária e o SUS: tendências e desafios após 20 anos. **Saúde debate**, v. 81, n. 33, p. 2009; 81(33): 13-26, 2009.

SARDINHA, A. Práticas e protocolos comunicativos na deliberação de políticas públicas de saúde: um estudo da comunicação no processo decisório em um conselho deliberativo. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v.11, n.4, out.-dez. 2017.

SATAFLE, V. **Para além da necropolítica**. Racismo Ambiental. out. 2020. Disponível em: <https://racismoambiental.net.br/2020/10/24/para-alem-da-necropolitica-por-vladimir-safatle/>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 4, p. 663-666, abr. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000400663&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE010415>. Acesso em: 17 nov. 2019.

SCHIERHOLT, S.R. **O controle social e a participação em saúde na RIDE-DF: acertos e descaminhos na visão dos usuários**. 2008. 111 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

SCHMIDT, B.; PALAZZI, A.; PICCININI, C. A. Entrevistas online: potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 8, n. 4, p. 960-966, 2020. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/4877/pdf>. Acesso em: 16 de set. 2021.

SCHUMPETER, J. A. **Capitalismo, socialismo e democracia**. Rio de Janeiro: Fundo da Cultura, 1961.

SENNETT, R. **O declínio do homem público: as tiranias da intimidade**. Rio de Janeiro: Record, 2014.

SERAPIONI, M. Participação pública nos sistemas de saúde. Uma introdução. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v.117, p. 91-98, 2018.

SERAPIONI, M.; MATOS, A. R. Participação em saúde: entre limites e desafios, rumos e estratégias. **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa, v. 31, n. 1, p. 11-22, jan. 2013.

_____. Participação em saúde: experiências brasileiras e do Sul da

Europa – a modo de apresentação. **O público e o privado** – n. 27, jan./jun. 2016.

SERVO, L.M.S. et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **Saúde em Debate** [online], v. 44, n. spe4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407>. Epub 23 Ago 2021. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407>. Acesso em 17 dez. 2022.

SHIMIZU, H. et al. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], 2013, v. 18, n. 8, p. 2275-2284, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800011>. Epub 02 Abr 2013. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000800011>. Acesso em: 22 dez. 2022.

SILVA, A.X.; CRUZ, E.A.; MELO, V. Importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2007, v. 12, n. 3, p. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000300018>. Epub 19 Abr 2007. ISSN 1678-4561. Acesso em: 25 ago. 2022.

SILVA, B.T. **Composição atual do Conselho Nacional de Saúde**: questões para debate. Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/pensamentos/?id=87881c50c293005f1463a1e459ce3229>, 2016. Acesso em: 21 out. 2020.

SILVA, B.T.; LIMA, I.M.S. Análise política da composição do Conselho Nacional de Saúde (2015/2018). **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. 1-25, 2019.

SILVA, T.H.S. **Força ou consenso**: a Reforma Sanitária Brasileira entre o dilema reformista e o Minotauro da saúde. Dissertação mestrado. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

SOUSA, J.R. de; SANTOS, S.C.M. dos. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 1396–1416, 2020. DOI: 10.34019/2237-9444.2020.v10.31559. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/RPDE/article/view/31559>. Acesso em: 14 mar. 2022.

SOUTO, L.R.F. et al. Civilização ou barbárie. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe3, p. 125-144, nov. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000700125&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 mar. 2020.

SOUTO, L.R.F.; TRAVASSOS, C. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19: construindo uma autoridade sanitária democrática. **Saúde em Debate** [online]. 2020, v. 44, n. 126. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012600>. Epub 16 Nov 2020. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012600>. Acesso em: 16 dez. 2022.

STOLTZ, E.N. **Necessidades de saúde**: mediações de um conceito (contribuições das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de Planejamento em Saúde). 1991. 1 v. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio

de Janeiro, 1991.

STREECK, W. As crises do capitalismo democrático. **Novos estud.** - CEBRAP, São Paulo, n. 92, p. 35-56, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000100004&lng=en&nrm=iso. <https://doi.org/10.1590/S0101-33002012000100004>. Acesso em: 23 mar. 2020.

TATAGIBA, L.; TRINDADE, T.; TEIXEIRA, A.C. **Protestos à direita no Brasil (2007-2015)**. In: CRUZ, S.V.; KAYSEL, A.; CODAS, G. (Orgs.). *Direita, volver!: o retorno da direita e o ciclo político brasileiro*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 42, n. 2, p.11-21, out. 2018. FapUNIFESP. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s201>. Acesso em: 20 mar. 2020.

TEIXEIRA, C.F.; SILVEIRA, P. (orgs.). **Glossário de análise política em Saúde**. Salvador: EDUFBA, 2016.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N.T. et al. (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 451-479.

TEIXEIRA, L.A.; LIMA DE CASTRO, J.; SANTOS LIMA, J.; TOMAZ DE LIMA, R. Atuação do Conselho Nacional de Saúde frente à pandemia de covid-19: uma análise documental. **Revista Ciência Plural**, [S. l.], v. 8, n. 3, p. 1–19, 2022. DOI: 10.21680/2446-7286.2022v8n3ID28241. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/28241>. Acesso em: 20 dez. 2022.

TELLES, H.S. Corrupção, legitimidade democrática e protestos: o boom da direita na política nacional? **Revista Interesse Nacional**, Ano 8, n. 30, Jul.-Set. 2015.

TESTA, M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud (segunda parte). **Cadernos Médicos Sociais**, n. 39, p. 3-28, 1987.

_____. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas; Abrasco, 1992. 226p.

_____. **Pensar en salud**. 3. ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004.

TILLY, C. (2008), **Contentious performances**. Nova Iorque: Cambridge University Press, 2008.

UFSCar, v. 6, no. 1, p.383-387, mai. 2012. Disponível em: <http://www.reveduc.ufscar.br>. Acesso em: 27 jul. 2022.

VALVERDE, C. **De la necropolítica neoliberal, a la empatía radical. Violencia discreta, cuerpos excluidos y repolitización**. Madrid: Icaria, 2015.

_____. **Entrevista de Clara Valverde publicada inicialmente em El Diário**.

Espanha, 11 de julho de 2017. Traduzido por Luiz Morando. Disponível em: <https://resistaorp.blog/2019/04/23/o-neoliberalismo-aplica-a-necropolitica-deixa-morrerpeessoas-que-nao-sao-rentaveis>. Acesso em: 11 out. 2020.

VÁZQUEZ M.L.; SIQUEIRA E.; KRUIZE DA SILVA I.C. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. **Gac Sanit**, v. 16, n. 1, p. 30-38, 2002.

VAZQUEZ, C.L.; TONELI, M.J.F.; OLIVEIRA, J.M. de. Necropolítica, políticas públicas interseccionales y ciudadanía trans*. **Ex aequo**, Lisboa, n. 40, p. 141-156, dez. 2019. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-55602019000200010&lng=pt&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.22355/exaequo.2019.40.09>. Acesso em: 02 nov. 2020.

VIEIRA, F.S. **Crise econômica, austeridade fiscal e saúde**: que lições podem ser aprendidas? Brasília: Ipea, 2016. 34 p.

VIEIRA, F.S.; BENEVIDES, R.P.S. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Ipea, 2016. 25 p.

_____. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de estudos e pesquisas sobre as Américas**, [s.l.], v. 10, n. 3, p.1-28, 23 dez. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21057/repam.v10i3.21860>. Acesso em: 10 mar. 2020.

WEBER, M. O que é a burocracia. **Revista do Conselho Federal de Administração**, 2002, 88 p.

WHO. **Declaration of Alma-Ata in International Conference on Primary Health Care**. Alma Ata, USSR: World Health Organisation, 1978.

WILNER, A.; SANTOS, A.L. Um negócio de impacto. **Gv Executivo**, São Paulo, v. 17, n. 3, p.6-10, jun. 2018.

WITTE, J. C. A Ciência Social digitalizada: avanços, oportunidades e desafios. **Sociologias**, [S. l.], v. 14, n. 31, 2012. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/sociologias/article/view/34927>. Acesso em: 17 dez. 2022.

ANEXO 1
ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADO COM REPRESENTANTES
DOS USUÁRIOS NO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

1. Como é o seu cotidiano relacionado a atuação no conselho de saúde?
2. Como funciona a dinâmica da relação com os outros segmentos além dos usuários representados no CNS?
3. Quais as maiores dificuldades para atuação como usuário no CNS?
4. O que você entende por democracia? Como você acha que seu entendimento mudou (se é que mudou) a partir das manifestações de 2013?
5. Como você entende o direito a saúde e a defesa da universalidade pelo controle social no Brasil?
6. Como esse direito tem sido trabalhado dentro de uma agenda de austeridade econômica, novos mecanismos de mercado, crescimento dos planos de saúde, privatização do sistema de saúde etc.?
7. Como funciona a dinâmica da relação com os setores da sociedade que você representa no Conselho Nacional de Saúde?
8. Você percebe algum tipo de constrangimento para atuação como conselheiro nesse momento? E para o CNS enquanto instituição?
9. Como o trabalho do CNS se relaciona com o momento atual da democracia brasileira?

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade de Brasília Faculdade de Ceilândia

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “**Democracia e Direito a Saúde no Brasil em momento de ruptura**”, sob a responsabilidade do pesquisador Sérgio Ricardo Schierholt. O projeto pretende investigar como o direito a saúde e a democracia preconizada para o funcionamento do Sistema Único de Saúde tem se relacionado em momento de intensas transformações que o país vivencia.

O objetivo desta pesquisa é entender como as lideranças sanitárias e em saúde coletiva percebem os principais desafios e fragilidades do direito à saúde, além de entender como essas mesmas lideranças percebem as transformações que nossa democracia tem passado nos últimos dez anos e quais impactos essas transformações tem no direito à saúde.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação se dará por meio de uma entrevista que terá duração aproximada de 50 minutos e será gravada.

Os riscos aos participantes podem ser caracterizados como não-previsíveis, por se tratar de pesquisa com entrevistas mediante questionário semiestruturado. Para minimizar os riscos de coletividade que farão parte do estudo, será garantido ao participante o total anonimato na pesquisa e em toda a sua divulgação, sendo permitida a retirada do material derivado da sua participação na pesquisa a qualquer momento, se solicitado pelo mesmo.

Os benefícios para os entrevistados serão indiretos, mas servirão para movimentos sociais, a academia, bem como para as próprias lideranças e outros setores estratégicos do SUS, refletirem sobre a relação entre democracia e saúde, em momento de intensas transformações pelo qual o país passa. Além do mais, a pesquisa propiciará novas relações entre as lideranças em saúde e a Universidade de Brasília, aproximação essa mais do que necessária e que pode propiciar novas reflexões e interpretações para o movimento sanitário e a saúde coletiva.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Os professores/pesquisadores arcarão com o custo do traslado ida e volta para o campus e o lanche. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação, que será voluntária.

Rubrica do participante da pesquisa: _____

Rubrica do pesquisador responsável: _____

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação nessa pesquisa, você receberá assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, obedecendo os dispositivos legais vigentes no Brasil. Caso você/senhor/senhora sinta algum desconforto relacionado aos procedimentos adotados durante a pesquisa, o senhor(a) pode procurar o pesquisador responsável para que possamos ajudá-lo.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Sérgio Ricardo Schierholt (61.981351517), disponível inclusive para ligação a cobrar. Se preferir, você também pode nos contactar pelos e-mails: sergiors@unb.br.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (61) 3107-8434 ou do e-mail cep.fce@gmail.com, horário de atendimento das 14h:00 às 18h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.