



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ARGÉRIA MARIA SERRAGLIO NARCISO

**O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA:
UM CAMPO RELACIONAL DE DISPUTAS**

ARGÉRIA MARIA SERRAGLIO NARCISO

**O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA:
UM CAMPO RELACIONAL DE DISPUTAS**

Tese apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em Serviço Social pelo Programa de Estudos em Pós Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina.

Orientadora: Prof^a Dr^a Márcia Pastor.

Londrina
2016

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central
da Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

N222c Narciso, Argéria Maria Serraglio.

O Conselho Municipal de Saúde de Londrina : um campo relacional de
disputas / Argéria Maria Serraglio Narciso. – Londrina, 2016.
185 f. : il.

Orientador: Márcia Pastor.

Tese (Doutorado em Serviço Social e Política Social) – Universidade
Estadual de Londrina, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Programa de
Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social, 2016.
Inclui bibliografia.

1. Bourdieu, Pierre, 1930-2002 – Teses. 2. Conselho Municipal de Saúde
de Londrina – Teses. 3. Política de saúde – Teses. 4. Controle social – Teses.
5. Campo relacional de disputas – Teses. 6. Serviço social – Teses. I. Pastor,
Márcia. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Estudos Sociais
Aplicados. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social.
III. Título.

CDU 36:614.2

ARGÉRIA MARIA SERRAGLIO NARCISO

**O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA:
UM CAMPO RELACIONAL DE DISPUTAS**

Tese apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do título de DOUTORA em Serviço Social pelo Programa de Estudos em Pós Graduação em Serviço Social e Política Social da Universidade Estadual de Londrina.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a Dr^a Márcia Pastor
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a Dr^a Maria Luiza Amaral Rizzotti
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a Dr^a Ana Cleide Chiarotti Cesário
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof^a. Dr^a Brígida Gimenez Carvalho
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Dr^a Valéria de Araujo Elias
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 01 de junho de 2016.

Ao Tião (*in memoriam*), incentivador dos meus sonhos, meu grande amor e minha maior saudade;

Às minhas filhas Beatriz e Laura, que dão sentido, amor e cor à minha vida.

AGRADECIMENTOS

Aos conselheiros do CMSL, pela dedicação ao “ofício”, especialmente àqueles que concederam gentilmente a entrevista;

À minha orientadora Professora Doutora Márcia Pastor pelas orientações, dedicação e por ter assumido comigo o desafio de discutir o controle social neste caminho ainda pouco explorado;

À Professora Doutora Ana Cleide, exímia interlocutora da teoria de Pierre Bourdieu, pelas suas imprescindíveis contribuições;

À minha mãe Beatriz, por possibilitar que eu chegasse até aqui;

Aos meus familiares, pelas orações, torcida e compreensão das minhas ausências;

Às assistentes sociais e amigas do AEHU, Carmem, Rosana e Susy, pelo apoio incondicional no doutorado e na vida;

Às colegas de anos de trabalho, Elsa, Iraceles, Jocélia e Marinalva, pela retaguarda e incentivo;

À equipe da Biblioteca da UEL, Crístielle, Natali, Bete, Neide, Olga, Regina e Aparecida Di Maria pela normalização, cafés e amizade;

Às assistentes sociais do HU – Londrina, Cléa, Eliana, Lúcia, Renicler e Maria Tereza, pelo apoio e incentivo à capacitação profissional;

Às amigas, Denise Galhardi, Cida Assad e Lucia Helena, por me ajudarem a superar barreiras que pareciam intransponíveis;

Ao Valdir Grandini, pelas conversas inspiradoras e pela amizade;

Ao Dr. Hugo Verenhitch, por colaborar para manter o foco nesta desafiadora trajetória;

À equipe de vigilância do AEHU, Arlindo, Cícero, Cida, Cláudio, Daniel, Francisco, Irene e Juraci, pelos incontáveis cafés e refúgio nos intervalos de estudo;

À Universidade Estadual de Londrina e ao Hospital Universitário pelo incentivo à capacitação técnica.

Todo caminho da gente é resvaloso. Mas também, cair não prejudica demais – a gente levanta, a gente sobe, a gente volta!... O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.

(Guimarães Rosa)

NARCISO, Argéria Maria Serraglio. **O Conselho Municipal de Saúde de Londrina: um campo relacional de disputas**. 2016. 185f. Tese (Doutorado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo abordar o Conselho Municipal de Saúde de Londrina-PR (CMSL) como instância de gestão da política local de saúde e como campo relacional de disputas entre os conselheiros, buscando compreender as relações e mecanismos de dominação existentes e como esses interferem no exercício do controle social. Escolheu-se, para isso, a perspectiva teórica do sociólogo Pierre Bourdieu, denominado *conhecimento praxeológico* por ser pertinente à compreensão da dimensão relacional, que evolui as relações de poder, com destaque ao poder simbólico. A busca por um aprofundamento teórico ocorreu por meio de extensa pesquisa bibliográfica sobre política de saúde, controle social e sobre as formulações teóricas de Pierre Bourdieu. Foram utilizadas três fontes para a coleta de dados: observações sistemáticas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Londrina (CMSL); levantamento documental realizado nos arquivos públicos da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina e no CMSL e entrevistas com oito conselheiros dos diferentes segmentos do CMSL. A análise de dados, foi realizada com base em três categorias teóricas formuladas por Bourdieu: campo, *habitus* e capital. Como resultado, identificou-se que o Conselho Municipal de Saúde de Londrina é atuante e propositivo, mas apresenta dificuldades no exercício do seu papel fiscalizador, decorrente tanto de fatores relacionados à burocracia como ao poder simbólico. A análise da dimensão relacional do CMSL apontou que a efetivação do controle social não depende apenas da representação política e da mobilização da sociedade, mas da relação de forças determinadas pelas constantes disputas de interesses dos segmentos ali representados. Para alterar as relações de dominação identificadas no estudo, é preciso que exista um maior número de agentes detentores de capital (informacional, político, burocrático) e possuidores de *habitus* (informacional, político e coletivo), baseado nos princípios defendidos pela Reforma Sanitária e comprometidos com a implementação e a defesa do Sistema Único de Saúde.

Palavra-chaves: Conselho municipal de saúde. Política de saúde. Controle social. Campo relacional de disputas. Pierre Bourdieu.

NARCISO, Argéria Maria Serraglio. **The municipal council of health of Londrina: a relational field of disputes.** 2016. 185p. Tese (Doutorado em Serviço Social e Política Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

ABSTRACT

This study was aimed to accost the Municipal Council of Health of Londrina-PR (MCHL) as an instance management for the local health policy and as relational field of dispute among counselors, seeking to understand the existing mechanisms of domination and how they can interfere in the exercise of social control. It was chosen for this the theoretical perspective of the sociologist Pierre Bourdieu, called praxeological knowledge by being relevant to the understanding of the relational dimension that envelops the power relations, highlighting the symbolic power. The search for a deepening theoretical occurred through an extensive literature search on health policies, social control and on the theoretical formulations of Pierre Bourdieu. Were used three sources for data collection: systematic observations of meetings of the Municipal Council of Health of Londrina (MCHL) documents survey conducted in public archives of Londrina Municipal Health Bureau, (MCHL), and interviews with eight counselors from different segments of MCHL. The data analysis was based in three categories formulated by Bourdieu: field, *habitus* and capital. As a result, was found that the Municipal Council of Health of Londrina is active and propositional, but has difficulty in exercising its oversight role, due to both factors related to bureaucracy as the symbolic power. The analysis of the relational dimension of MCHL shows that the effectiveness of the social control depends not only on political representation and of society mobilization, but the relation of power determined by the constant disputes of interests from segments represented there. To change the relations of domination identified in the study, there must be a greater number of holders of capital agents (informational, political, bureaucratic) and holders of *habitus* (informational, political and collective) based on the principles defended by the Sanitary Reform and committed to the implementation and defense of the Health Unic System.

Keywords: Municipal council of health. Health policy. Social control. Relational field dispute. Pierre Bourdieu.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino, Pesquisa em Serviço Social
AEHU	Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEBs	Comunidades Eclesiais de Base
CIST	Comissão Intersetorial da Saúde do Trabalhador
CLS	Conselhos Locais de Saúde
CMSL	Conselho Municipal de Saúde de Londrina
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
DMP	Departamentos de Medicina Preventiva
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
GAECO	Grupo de Atuação Especial de Combate a Organizações Criminosas
GRASS	Grupo de Assistentes Sociais da Área de Saúde de Londrina
HU	Hospital Universitário de Londrina
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NASFs	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOBs	Normas Operacionais Básicas
OSs	Organizações Sociais
PAB	Piso da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 - O CAMPO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	21
1.1 APONTAMENTOS INICIAIS SOBRE A POLÍTICA SOCIAL	21
1.2 A ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE NO BRASIL	23
1.3 O PROTAGONISMO DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA	26
1.4 DESAFIOS À IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA	32
1.5 A REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO E IMPACTOS NA SAÚDE	35
CAPÍTULO 2 - O CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE EM LONDRINA	45
2.1 PRINCIPAIS ABORDAGENS DE CONTROLE SOCIAL	45
2.1.1 O Controle Social na Política de Saúde	52
2.2 A TRAJETÓRIA DO CMSL ARTICULADA À GESTÃO DA POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE	55
2.2.1 Antecedentes Históricos da Organização dos Serviços de Saúde em Londrina	56
2.2.2 A Implantação do Conselho Municipal de Saúde de Londrina	60
2.2.3 As Implicações da Gestão Municipal 2009-2012 na Saúde	64
2.2.4 A Gestão Municipal de Saúde em Londrina de 2013 até 2015	67
CAPÍTULO 3 - A SOCIOLOGIA DE BOURDIEU COMO SUBSÍDIO À DISCUSSÃO DO CAMPO DA SAÚDE	71
3.1 O CAMPO E O PODER SIMBÓLICO	76
3.2 O <i>HABITUS</i> DO CAMPO: UM CONCEITO RELACIONAL	83
3.3 OS CAPITAIS COMO CONDIÇÃO PARA A DISPUTA	86
CAPÍTULO 4 - O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA: SUA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO, OS AGENTES E SUAS POSIÇÕES NO CAMPO	93
4.1 A COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA	93
4.2 O CONSELHEIRO ENQUANTO AGENTE	99

4.2.1	A Concepção de Política de Saúde sob o Prisma dos Agentes	103
4.3	A ESTRUTURA E O FUNCIONAMENTO DO CMSL	109
CAPÍTULO 5 - O CONSELHO DE SAÚDE E SUAS PRÁTICAS		
DECORRENTES DE <i>HABITUS</i> E CAPITAIS EM DISPUTA		130
5.1	O <i>HABITUS</i> INFORMACIONAL E A POSSE DE CAPITAIS ESPECÍFICOS PARA A PRÁTICA DOS CONSELHEIROS	134
5.2	A IMPORTÂNCIA DO <i>HABITUS</i> POLÍTICO NA PRÁTICA DO CONTROLE SOCIAL	141
5.3	O <i>HABITUS</i> DECORRENTE DA CULTURA POLÍTICA BRASILEIRA COM TRAÇOS DE PATRIMONIALISMO	149
5.4	A IMPORTÂNCIA DO <i>HABITUS</i> COLETIVO NO FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL	155
CAPÍTULO 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS		161
REFERÊNCIAS		166
APÊNDICES		179
APÊNDICE A - Roteiro de observação sistemática		180
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista		181
APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido		182
ANEXOS		184
ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa		185

INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende analisar o Conselho Municipal de Saúde de Londrina-PR (CMSL) como instância de gestão da política local de saúde e como campo relacional de disputas entre os conselheiros, buscando compreender as relações de dominação existentes e como elas interferem no exercício do controle social.

Tem, também, como finalidade, contribuir com um exame minucioso dos sentidos que os conselheiros atribuem às suas práticas e às funções inerentes ao Conselho.

A motivação da autora pela temática da política pública de saúde vem de longa data, desde o período de estágio em Serviço Social no Hospital Universitário de Londrina (HU)¹ em meados da década de 80 e posteriormente atuando como assistente social no Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário de Londrina desde 1988 até a presente data (2016).

Ainda em 1988 (ano de criação do Sistema Único de Saúde), foi fundado o Grupo de Assistentes Sociais da Área de Saúde de Londrina (GRASS), um grupo de estudos e de representação constituído para discutir Saúde e Serviço Social. O GRASS tem desempenhado um papel reconhecido tanto pela categoria profissional como também nas instâncias de controle social na saúde, ou seja, nas Conferências Municipais e no Conselho Municipal de Saúde, o qual, desde a década de 1990, tem ocupado uma das vagas destinadas ao segmento de trabalhadores da área. O GRASS sempre participou da composição do CMSL, seja na condição de titular ou de suplente, propiciando a representação da categoria profissional nesse espaço de controle social.

A autora também desenvolveu assessoria a grupos de patologias crônicas na mobilização e organização do controle social, pela compreensão de saúde como direito universal², da integralidade das ações e da efetividade da construção de um modelo social de saúde. Desde 1990, acompanha as discussões centrais do Conselho e, no período de 2006/2007, foi conselheira municipal de saúde, representando o segmento dos trabalhadores de Serviço Social pela entidade GRASS. Portanto, o interesse pelo tema faz parte das indagações profissionais da autora, iniciando com a participação nas Conferências de Saúde e

¹ O HU de Londrina até 2004 era denominado Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná. Está inserido na alta complexidade da política pública de saúde – 100 % SUS –, sendo o maior prestador público do interior do Paraná.

² A saúde é um dos direitos fundamentais, cuja origem é possível de ser encontrada no jusnaturalismo, ao se referir à lei natural do direito à vida que antecede o contrato e o Estado de Direito. Como parte integrante da lei positiva, fruto do Contrato, torna-se um direito social que, na legislação do SUS, é traduzido como universal, ou seja, garantido a todos (BOBBIO, 1992).

nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Paralelamente, desde 2010 acompanha o Fórum Popular em Defesa da Saúde Pública de Londrina e Região, que constitui outro espaço de discussão mais crítica da questão de saúde, sendo imprescindível para a defesa e para o avanço do Sistema Único de Saúde.

Conforme exposto, a definição do objeto de estudo está vinculada a interesses e circunstâncias socialmente condicionados; é resultado da inserção na vida real, como define Minayo (2010, p. 16) quando afirma que “nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema de vida prática”. Assim, o presente estudo emergiu das vivências do exercício profissional na dimensão interventiva e investigativa na área de saúde, não raro permeada de contradição e perplexidade em um período de retração do Estado nas políticas sociais; e da participação no Conselho Municipal de Saúde, no período citado, como conselheira, trabalhadora e pesquisadora, resultando em constantes indagações sobre as relações de dominação existentes nessa instância de representação e deliberação.

A complexidade entre o papel legalmente atribuído aos Conselhos e o seu desempenho efetivo na gestão da política municipal de saúde tem levado ao questionamento sobre a contribuição que, de fato, esses órgãos têm dado na perspectiva de ampliar o debate sobre a definição de prioridades, na fiscalização dos gastos em saúde e na garantia da prestação de serviços públicos de qualidade nessa área.

Após ter acompanhado parte do processo histórico do CMSL, percebeu-se no ano de 2012 uma diminuição da participação dos usuários e trabalhadores da saúde, dentre eles os assistentes sociais, no espaço de controle social, especialmente das reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Isso tem despertado para o questionamento das razões que podem estar interferindo nessa perda de interesse ou no esvaziamento desse espaço de participação.

Outra questão relaciona-se à percepção da falta de interesse de alguns conselheiros e da população sobre o papel do Conselho, e até mesmo a sua desqualificação como instância de representação e deliberação.

A percepção desse desânimo, acompanhado de certo ceticismo em relação ao CMSL, foi um dos fatores importantes para a realização deste estudo. Mas como buscar a compreensão da questão? Sabe-se que a forma de apreensão da realidade é variável, existindo um leque de possibilidades, dependendo do ponto de vista científico do investigador que formula o objeto e da forma de revelá-lo, ou seja, o modo científico do tratamento do tema (LAHIRE, 2005). A percepção de que hoje se tem um cenário já conhecido como pós-participativo no Brasil leva a pesquisar questões para além da compreensão da participação e de suas conexões normativas, garantidas por lei (LAVALLE, 2011).

A escolha desse lugar teórico-metodológico coloca o pesquisador diante de “[...] questões por vezes espinhosas que ampliam nosso conhecimento sobre processos de participação relativamente estáveis” (LAVALLE, 2011, p. 2), do controle social em curso. Tal escolha se fez necessária para que se pudesse compreender particularidades e contradições que se sabiam existir no âmbito do CMSL, instância de gestão pública onde se percebia, pelas críticas ouvidas, que a eficácia do controle social não dependia apenas da autenticidade da representação política e de vínculos estabelecidos com a sociedade, mas de dificuldades inerentes ao próprio funcionamento do Conselho.

A compreensão que se defende é a de um Conselho de Saúde enquanto instância pública plural, de disputa de ideias e de divergências, onde possa ocorrer o debate democrático, condição para a consolidação da dimensão política voltada para a efetivação de espaços onde se constroem propostas que atendam ao interesse comum. Embora já existam muitos estudos sobre o controle social na saúde, entende-se ser necessária esta investigação que pretende compreender como as relações de dominação incidem sobre a participação dos representantes da sociedade civil no processo de gestão, a partir da experiência do Conselho Municipal de Saúde de Londrina, questão ainda não estudada.

Considerando essas indagações, define-se o seguinte objeto de estudo: o Conselho Municipal de Saúde de Londrina configura-se como um campo relacional de disputas sujeito a mecanismos de dominação que podem incidir no controle social?

Como forma de apreender a subjetividade que envolve esse objeto e por entender que, além da função de representação e deliberação política do CMSL, existe também um aspecto de disputa que coloca os conselheiros/agentes³ em intensa concorrência, é que se optou por utilizar as formulações teóricas de Pierre Bourdieu, como perspectiva complementar ao estudo do controle social. “[...] não podemos capturar a lógica mais profunda do mundo social a não ser submergindo na particularidade de uma realidade empírica, historicamente situada e datada, para construí-la [...]” (BOURDIEU, 2011, p. 15). Para Bourdieu (2011), uma das funções das pesquisas é revelar ou desvelar aquilo que não se quer saber, ou que não se quer que se saiba. Coisas que, de alguma forma, as pessoas sabem, mas que estão situadas num nível de profundidade em que não se vai procurá-las. Ressalta que tais coisas ocultas podem ser inconscientes ou implícitas.

A escolha por incorporar o referencial de análise de Pierre Bourdieu está também

³ O autor Pierre Bourdieu (2011) utiliza o termo agente, referindo àquele que age. Embora neste momento o termo nomeie o conselheiro, ao longo do trabalho, poderá nomear outros indivíduos ou mesmo instituições. Uma discussão teórica mais específica, de acordo com Pierre Bourdieu, será apresentada no capítulo 3.

alicerçada no fato desse autor reconhecer a importância do assistente social, quando o considera como militante político, com lutas em defesa das minorias. Em seu livro *A Miséria do Mundo*, Bourdieu (1997, p. 227) expressa: “O trabalhador ou assistente social só pode dar o que tem: a confiança e esperança mínima para tentar encontrar uma solução. Deve lutar sem tréguas, em duas frentes de batalha: o individual e por uma razão ainda mais forte, da coletividade”. Essa citação reforça a importância deste trabalho em prol da coletividade e traduz, nesta tese, o sentido que possui a atuação do assistente social no controle social, em defesa da política pública de saúde.

Vale ressaltar que essa perspectiva bourdieusiana não desconsidera que a sociedade capitalista é formada de classes, tampouco que nela existe um embate de forças sociais, mas entende que esses espaços devem ser recortados para “[...] em cada caso, *construir e descobrir* [...] o princípio da diferenciação que permite reengendrar teoricamente o espaço social empiricamente observado” (BOURDIEU, 2011, p. 49).

Partindo de uma visão capitalista da sociedade, cujo desenvolvimento baseia-se na divisão do trabalho e de classes, na disputa econômica, na forma desigual, com a qual se divide o produto do trabalho entre as classes, para além da esfera econômica, essa disputa também ocorre na modalidade simbólica: “Assim como não existem, puras relações de forças, também não há relação de sentido que não estejam referidas e determinadas por um sistema de dominação” (MICELI, 1974, p. xiii).

Cabe ainda dizer que o pensamento do sociólogo Pierre Bourdieu, ainda pouco presente na área do Serviço Social, além de ser um desafio para a pesquisadora, deve ser visto como uma das leituras possíveis da realidade. Como entendia o próprio Bourdieu (2011), os esquemas explicativos não esgotam as práticas reais, apenas pretendem organizar a percepção do maior número possível de elementos. Assim, os *constructos bourdieusianos* vieram ao encontro do objeto de pesquisa das relações estabelecidas no CMSL, como possibilidade de tornar visíveis ou de explicitar os meandros da dominação, muitas vezes opacos ou mesmo ocultos, bem como os mecanismos de reprodução do poder simbólico.

À medida que foi ocorrendo o aprofundamento dos estudos, foi-se identificando a importância de Bourdieu, como militante e intelectual; suas experiências que o capacitaram à construção de conceitos “para resolver problemas inseparavelmente empíricos e teóricos” (BOURDIEU, 2011, p.7). Assim, dele se aproxima este trabalho, escolhendo suas formulações teóricas para guiar as questões para as quais os estudos já existentes sobre o controle social não ofereciam respostas.

Desse modo, o diálogo estabelecido com o pensador foi sendo sedimentado, a partir

de inquietações acerca das relações que se estabeleciam no campo da política de saúde e no Conselho como lócus de disputas. Chamavam a atenção da pesquisadora as disposições incorporadas, os *habitus* coletivo e individual e a utilização de capitais pelos agentes, descortinando-se, em relação ao controle social, um panorama diferente aos olhos de quem observava.

A compreensão do Conselho como um lócus pertencente ao campo da saúde vinculou, como já dito, o presente estudo à teoria bourdieusiana com suas formulações teórico-metodológicas principais, com destaque para os conceitos de campo, capitais e *habitus*. Decisiva para essa escolha foi a experiência empírica, reveladora de que existem outras questões implícitas presentes no controle social. São questões internas de cunho relacional que incidem no processo de organização e participação institucional.

Porém, ao mesmo tempo que se abria uma possibilidade de estudar o controle social sob essa perspectiva teórica, havia preocupação da autora que se considerava uma *outsider* (CARVALHO, 2014), alguém que se via e poderia ser vista como estranha e estrangeira em relação às reflexões teóricas e empíricas propostas pelo autor. Mas, ao ver que as formulações de Bourdieu possibilitavam desvelar os mecanismos ocultos da dominação e identificar as posições ocupadas pelos agentes nesse lócus do campo da política de saúde – decorrentes da posse de diferentes capitais –, seguiu-se o caminho apontado pelo sociólogo. Foi assim que, neste estudo, passou a ganhar relevância o CMSL, lugar privilegiado de gestão de política pública e de participação da sociedade.

Para o desenvolvimento da pesquisa, optou-se por uma investigação que se aproxima dos estudos de caso. O termo “estudo de caso” advém das pesquisas em medicina e psicologia, compreendendo estudo de um caso individual para explicar a dinâmica da patologia de uma doença. No campo das ciências sociais, o caso não se relaciona ao indivíduo, embora possa estudar um grupo deles, mas comumente se relaciona às estruturas, organizações ou a uma prática social (DESLANDES; GOMES, 2007). É indicado quando o pesquisador possui pouco controle sobre o contexto e quando se colocam questões do tipo “como” e “por que”. Para Yin (2010, p. 39): “[...] o estudo de caso, é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo e em profundidade, em seu contexto de vida real, especialmente quando o limite entre o fenômeno e o contexto não estão claramente evidentes”.

Para tanto, foram definidos como **objetivo geral**: analisar o Conselho Municipal de Saúde de Londrina como um campo relacional de disputas que pode incidir sobre a atuação dos conselheiros no exercício do controle social. E como **objetivos específicos**:1)

compreender o processo de construção da política de saúde brasileira, enfatizando a relevância do Movimento da Reforma Sanitária na proposição do controle social como uma das estratégias da gestão; 2) reconstruir o contexto do surgimento do Conselho Municipal de Saúde de Londrina e sua implementação na gestão da política de saúde local; 3) compreender os pressupostos teórico-metodológicos que constituem a teoria bourdieusiana para a formulação do arcabouço teórico-conceitual de análise; 4) desvelar a estrutura de funcionamento do CMSL e identificar as posições ocupadas pelos agentes nesse campo; 5) identificar como os capitais e *habitus* individuais podem interferir nas relações de dominação e no processo participativo dos agentes.

No que tange aos procedimentos éticos para a realização da pesquisa, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CEP-UEL), (Anexo A), e pela instituição parceira, a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Londrina. Por conseguinte, a coleta de dados somente foi iniciada após cumprimento dessas exigências. Não houve a identificação dos entrevistados, sendo preservada também a identidade dos conselheiros durante a observação sistemática.

Quanto aos **procedimentos metodológicos** utilizados para compreensão do objeto de estudo, a investigação, como já citado, recorreu ao referencial teórico bourdieusiano por entender que esse paradigma se mostra pertinente ao questionamento sobre as relações que ocorrem no Conselho e no seu *modus operandi*.

A busca por um aprofundamento teórico ocorreu por meio de extensa pesquisa bibliográfica sobre política de saúde, controle social e sobre as formulações teóricas de Pierre Bourdieu publicadas em livros, artigos, teses e dissertações. Utilizaram-se também as fontes da imprensa escrita, como periódicos, jornais, e publicações na mídia virtual, *sites* oficiais, especialmente sobre a política de saúde de Londrina.

Três fontes de coleta de dados caracterizam a pesquisa empírica. A primeira se constituiu no registro de observações sistemáticas das reuniões do Conselho no período de dezembro de 2013 a junho de 2015, totalizando 16 reuniões, como forma de identificar as relações de forças que se estabelecem entre os agente/conselheiros. Para Marsiglia, esse saber sistemático permite “perceber ângulos e dimensões que não tínhamos percebido no momento em que os fatos estavam ocorrendo e, chegar a uma observação mais completa da realidade” (MARSIGLIA, 2006, p. 385).

Dessa forma, as observações sistemáticas das reuniões do CMSL permitiram a compreensão de como se dão as relações nesse campo e a identificação dos *habitus* adquiridos, como resultantes das estruturas e instituições fortemente arraigadas. Com base no

Roteiro de Observação Sistemática (Apêndice A), foram identificadas as condições do ambiente físico, os recursos materiais, a participação verbal por meio das falas, a concessão do tempo do discurso e o conteúdo das argumentações utilizadas.

Observaram-se, ainda, os gestos, os posicionamentos, as disposições incorporadas e as relações de poder que poderiam favorecer ou dificultar a participação. Buscou-se também identificar a estrutura e a representação das Comissões existentes, a capacidade de intervenção dos agentes individuais e coletivos nesse campo que configura o Conselho e como os capitais poderiam interferir nas relações de dominação existentes. As observações sistematizadas serviram de referência, ou de cotejo, para a análise das entrevistas.

A segunda fonte de coleta, a documental, compreendeu os arquivos públicos, em específico os registros e documentos do CMSL. Entre os documentos levantados, destacam-se: as legislações relacionadas ao Conselho, com enfoque na sua composição e regulamentação e Atas das reuniões objeto de observações sistemáticas (2013-2015). Em relação às Atas, elas também serviram como complemento ao entendimento do material discursivo principal da pesquisa, isto é, as entrevistas realizadas com os conselheiros.

Também foram utilizados dados estatísticos secundários, obtidos nas bases do SIOPS (Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde), com a intenção de complementar nossa compreensão do objeto, destacando a sistematização e interpretação dos valores investidos na política de promoção da saúde pública de Londrina.

A terceira fonte de pesquisa constituiu-se no registro do discurso oral, por meio da realização de entrevistas, orientadas por roteiro de questões semi-estruturadas (Apêndice B). A composição do Conselho Municipal de Saúde em 2014 contemplava 14 representantes de usuários dos serviços de saúde e 14 representantes dos demais segmentos.

O primeiro critério adotado para selecionar a amostra foi a experiência de dois mandatos seguidos no CMSL, por considerar necessário um conhecimento prévio do campo e das relações ali estabelecidas abrangendo o período de 2012-2014. Do total de 28 conselheiros (2014-2015), identificou-se que 17 eram titulares no mandato anterior (2011-2013). Optou-se pela escolha de 50% dos 17 conselheiros. Dentre estes, foram selecionados os que possuíam maior tempo no Conselho e, além disso, procurou-se também contemplar a representação dos quatro segmentos: usuários, trabalhadores, prestadores e gestores. Desse modo, a definição da amostragem foi realizada com base numa parte representativa da população da pesquisa, e ficou delimitada em oito entrevistados (as) assim distribuídos:

- a) **Um** representante do gestor da política de saúde, considerando que este é responsável pela condução da política municipal de saúde junto com o CMSL.

- b) **Um** representante dos prestadores contratados ou conveniados ao SUS.
- c) **Três** representantes dos trabalhadores em serviços de saúde, de forma a contemplar a representação de entidades sindicais de trabalhadores em Instituições de Saúde e de profissionais liberais que atuam na área de saúde.
- d) **Três** representantes de usuários dos serviços de saúde, contemplando representação de segmentos diferentes.

A partir da concordância dos conselheiros e com o preenchimento do Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), foram realizadas oito entrevistas com agente/conselheiros titulares do CMSL, do período de 2012 a 2013, reconduzidos ao mandato de 2014 a 2015⁴. As entrevistas foram gravadas e transcritas entre outubro de 2014 e agosto de 2015, no local de trabalho dos conselheiros ou nas dependências do Conselho.

Como forma de garantir o anonimato dos entrevistados e seguindo denominação cunhada por Bourdieu, foram identificados por Agente (A), seguido do número pela ordem de sequência da entrevista. De modo que o primeiro entrevistado foi A1, o segundo A2, A3, e assim por diante, até completar o número de entrevistados, ou seja, A8. A transcrição do texto buscou ser a mais fiel possível ao registro oral, utilizando inclusive outras fontes, como o caderno de campo com anotações das percepções e a própria lembrança do pesquisador. “[...] a consciência de que durante a pesquisa, estará trabalhando com dois materiais distintos: as narrativas orais, que o pesquisador registra e que estão presentes durante a análise, e o material escrito, que lhe exige novas atenções” (DEMARTINI, 1992, p. 54).

A Tese foi estruturada em cinco capítulos. O Capítulo 1 aborda a política nacional de saúde pela perspectiva de sua construção histórica, na busca de compreensão do surgimento de um *habitus* coletivo decorrente do Movimento de Reforma Sanitária, e os impactos no SUS após a década de 1990, decorrentes da ofensiva neoliberal. O Capítulo 2 discute as abordagens de controle social, a história do Conselho Municipal de Saúde de Londrina, articulada à gestão municipal, debatendo os avanços e desafios dessa experiência de gestão democrática. O Capítulo 3 traz as formulações teórico-metodológicas de Pierre Bourdieu, como subsídio ao entendimento do CMSL como campo de disputas entre os agentes que o compõem, entendido como lócus privilegiado do campo concorrencial dessa política pública. No Capítulo 4, dá-se início à análise de dados, abordando o CMSL enquanto lócus de gestão

⁴ Ressalta-se que, até a 12ª Conferência Municipal de Saúde (agosto de 2011), historicamente, o mandato dos conselheiros municipais de saúde era dois anos e que foi ampliado para mais dois anos naquele ano, seguindo orientação das instâncias estadual e federal.

do campo da saúde pública, pela ótica dos conselheiros, a partir das formulações (campo, poder simbólico, *doxa*) de Bourdieu, evidenciando as disputas travadas nesse campo relacional. No Capítulo 5, são abordados os capitais e *habitus* que guiam as ações dos agentes entrevistados, assim como as percepções que eles possuem dos demais conselheiros presentes no campo. Por fim, são trazidas as considerações finais, a partir do estudo empreendido, e a avaliação dos alcances dos objetivos propostos.

Neste trabalho buscou-se explorar questões relativas à dinâmica interna do Conselho por se considerar que as disputas existentes dificultam as discussões e deliberações. Espera-se que o desvelamento sobre como ocorrem as relações nesse campo de poder possa trazer novos elementos à compreensão dos obstáculos, contribuindo tanto para os que se dedicam ao estudo sobre democracia participativa e sobre os conselhos, como instância de gestão das políticas sociais, como também para aqueles que atuam e militam nesse espaço privilegiado de participação, com vistas à efetivação dos direitos sociais.

Acredita-se que estudos como este poderão contribuir também com a produção de conhecimento sobre política de saúde e controle social e na qualificação da intervenção do Assistente Social, conforme o desafio proposto por Martinelli (2011, p. 503): “[...] temos que fortalecer a produção teórica do conhecimento em Serviço Social, pela mediação da pesquisa, condição indispensável para subsidiar a construção de saberes, comprometidos com a qualidade do exercício profissional”.

Por fim, pretende-se, ainda, contribuir com um novo olhar, que emergiu da vivência no controle social e que, a partir deste estudo, amplia a compreensão da dinâmica relacional e do funcionamento dos conselhos.

CAPÍTULO 1

O CAMPO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

As reflexões constantes neste capítulo consistem em uma reconstrução histórica da política brasileira de saúde. Para isso, parte-se das primeiras iniciativas de atenção à saúde no Brasil, com destaque para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua implementação que se delineou na agenda de construção de um Estado democrático de direito, especialmente a partir da luta do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira. A análise do processo de desenvolvimento da política brasileira de saúde considera as disputas travadas entre Estado, sociedade civil e mercado no contexto neoliberal. Aponta os descaminhos da proposta original e as lutas e resistências a favor do SUS público e universal, contrário às privatizações.

O capítulo está dividido em cinco partes. A primeira traz alguns apontamentos sobre a política social. A segunda descreve o surgimento das primeiras iniciativas de atenção à saúde no Brasil, na Primeira República e no início do século XX, chegando até meados de 1970, quando emerge a crise do setor saúde. A terceira visa recuperar o significado do movimento pela Reforma Sanitária no contexto do final dos anos 1960 e anos 1970 sua força social, política e inovadora na reconstrução democrática na época e na implantação do SUS, enquanto política pública de direitos. Na quarta parte, são apresentadas as lutas travadas para a criação e implementação do SUS e, finalmente, na quinta parte, são discutidos os impactos decorrentes das proposições neoliberais para a política nacional de saúde, chegando ao contexto atual.

1.1 APONTAMENTOS INICIAIS SOBRE A POLÍTICA SOCIAL

No início do século XX foi desencadeada uma grande crise do capitalismo, conhecida como a Grande Depressão, que se iniciou no sistema financeiro americano, com a quebra da Bolsa de Valores de Nova York em 1929, e se alastrou pelo mundo, acarretando desemprego maciço e queda nos rendimentos da população e de empresas (SALVADOR, 2010; NETTO, 2011).

Anos depois, outra crise resultante da II Guerra Mundial proporcionou o desenvolvimento de um novo modelo de Estado, conhecido como Welfare State, que foi implantado na Inglaterra em 1942, a partir da proposição de John Keynes. O Welfare State visava a intervenção do Estado para resolver os impactos da crise e para garantir direitos aos cidadãos. Teve seu auge nos anos 1950 e 1960, mas no decorrer dos anos de 1970 esse

modelo entrou em crise.

Com isso, o Estado passou a assumir um importante papel na regulação do mercado, com intervenções políticas no funcionamento da economia e na distribuição social dando origem ao Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), que representou um avanço na perspectiva dos direitos sociais. Nos anos 40, o relatório Beveridge⁵, baseado na teoria keynesiana⁶, define que cabe ao Estado o papel de intervir para restabelecer o equilíbrio econômico, por meio de uma política fiscal, creditícia e de gastos, realizando investimentos ou inversões reais que atuem nos períodos de depressão.

As lutas dos trabalhadores industriais, desde o século XIX, pressionaram o Estado a intervir nas expressões da questão social, especialmente através da proposição de políticas sociais, que alcançaram maior desenvolvimento ao longo do período depressivo que se estendeu de 1914 a 1939. A existência das políticas sociais é uma necessidade engendrada no capitalismo, tendo o capital, o Estado e o trabalho como principais elementos (NETTO, 2011).

Para os liberais, as políticas sociais deveriam garantir assistência mínima a alguns indivíduos (crianças, idosos e deficientes) que não tinham como competir no mercado de trabalho. Assim, as profundas modificações sofridas pelo capitalismo levam o Estado a criar mecanismos de tratamento das desigualdades geradas na própria sociedade visando à proteção social dos indivíduos e coletividade.

Através da política social, o estado burguês no capitalismo monopolista procura administrar as expressões da “questão social” de forma a atender às demandas da ordem monopólica conformando pela adesão de categorias e setores cujas demandas incorporam sistemas de consensos variáveis, mas operantes (NETTO, 2011, p. 30).

Na mesma direção, Behring (2009) afirma que as políticas sociais representam respostas do capitalismo às demandas postas pelas classes vulnerabilizadas pela questão social.

Trata-se de analisar as políticas sociais como processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e

⁵ O Relatório Beveridge propunha uma completa revisão do esquema de proteção social existente na Grã-Bretanha e inovou por ser nacional e conter um eixo distributivo, ao lado do contributivo. Instituiu medidas significativas para a implantação da política social como direito (PEREIRA, 2011).

⁶ Keynes rompe com o ideário do liberalismo clássico quando afirma que não há equilíbrio natural no capitalismo, que não há igualdade entre produção e demanda e que o mercado não é autorregulável (BEHRING, 2009).

sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo, nos seus grandes ciclos de expansão e estagnação (BEHRING, 2009, p. 5).

A política social possui natureza contraditória e “[...] pode assumir tanto um caráter de espaço de concretização de direitos dos trabalhadores, quanto ser funcional à acumulação do capital e à manutenção do status vigente” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 195).

Portanto, a correlação de forças incide sobre os rumos da política social e pode expressar mudanças nas relações entre as classes sociais (VIEIRA, 1983). O mesmo autor esclarece:

Acompanhando a perspectiva fragmentadora e um tanto abstrata da realidade social, a política social tem servido para designar diretrizes referentes à Educação, à Saúde, à Previdência Social, às condições de trabalho e de lazer, à Habitação e à Assistência Social (VIEIRA, 1983, p. 10).

Este trabalho versa sobre uma dessas políticas – a política de saúde - aqui considerada como um campo de disputas entre aqueles que representam diferentes interesses (Estado, sociedade, capital) e que, dependendo do resultado em determinada conjuntura, pode ampliar o acesso da população a ações e serviços de saúde. A seguir será apresentada a trajetória da Política de Saúde no Brasil, desde os antecedentes da ação estatal até os dias atuais, articulando-a às determinações sócio-históricas.

1.2 A ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES EM SAÚDE NO BRASIL

As ações em saúde coletiva no Brasil, desde o final do século XIX até o início do século XX, foram marcadas pela adoção do modelo de campanhas sanitárias para combater as endemias urbanas no Brasil, lideradas pelo médico Oswaldo Cruz⁷, que propunha o estabelecimento de medidas severas, como a realização de vacinação compulsória contra a varíola e a interposição de barreiras que quebrassem a relação agente/hospedeiro, adotando um estilo repressivo de intervenção médica tanto no indivíduo como na sociedade (SEVCENKO, 1993).

No ano de 1904, ocorre, na conformação da política de saúde brasileira, a primeira

⁷ Oswaldo Cruz tinha poderes para sanear o Rio de Janeiro e eliminar a peste, mas as medidas adotadas, sobretudo pelos vacinadores com pouca “habilidade”, introduziram as campanhas sanitárias de cunho nitidamente militar (SEVCENKO, 1993).

grande manifestação popular, denominada a “Revolta da Vacina”⁸. Teve essa conotação devido ao caráter arbitrário e impositivo da vacina à população, que, sem informações sobre os efeitos que poderia causar, rebelou-se contra o governo, causando um grande motim popular.

Até 1920, as ações de saúde tomaram um caráter de assistência individual, assumindo cunho eminentemente privado. Em 1923 o governo instituiu, por meio da Lei Eloi Chaves, as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), organizadas por empresas e financiadas por empregados e empregadores, voltadas para a higiene e saúde do trabalhador, entre outros objetivos. Inicialmente, abrangeu os ferroviários e, em 1926, foi estendida aos portuários e marítimos (BRAVO, 2006a; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

Na década de 1930, foram criados, no Brasil, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) para prestação de serviços previdenciários e assistência médica a categorias de trabalhadores mais organizados. Entretanto, as expressões da questão social, em geral, e as de saúde, em particular, já colocadas na década de 20, precisavam ser enfrentadas de forma mais qualificada (BRAVO, 2006b).

A organização do movimento sanitarista no período da Primeira República (1889-1930) transformou a saúde em questão social e política, quando, a partir de um encontro, apresentou, às elites oligárquicas, alternativas para os efeitos negativos do quadro sanitário e de doenças transmissíveis. Foram propostas políticas públicas de saúde e de saneamento, com o fortalecimento do Estado, para enfrentar os problemas de integração nacional e da civilização (LIMA; FONSECA; HOCHAMN, 2005).

O sistema de proteção social⁹ nasceu e se desenvolveu durante dois governos: de Vargas¹⁰ (1930-1945) e dos militares (1964-1984), dentro de características autoritárias com processos de gestão burocratizados e centralizados no governo federal. O Estado utilizou o binômio repressão-assistência “com a finalidade de aumentar o poder de regulação da sociedade, suavizar as tensões e conseguir legitimidade para o regime autoritário, como

⁸ A Revolta da Vacina foi deflagrada em 11/11/1904, durou uma semana, e houve um grande motim popular com tombamento de bondes e carroças, lojas saqueadas, postes de iluminação destruídos e apedrejados. Pelotões dispararam contra a multidão, e as ruas do Rio de Janeiro viveram uma guerra civil. Foi abordada com profundidade na obra: A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes, de autoria de Sevcenko (1993).

⁹ “A proteção social, como atividade coletiva [...] desenvolveu-se juridicamente na forma dos direitos garantidores da condição ou *status* de cidadania e institucionalmente na formação de complexos de proteção social, estabelecidos nacionalmente.”(FLEURY; OUVRENEY, 2008, p. 29).

¹⁰ O governo de Getúlio Vargas caracterizou-se como um governo centralizador e contrário às reivindicações sociais. O Estado se apresentava como pai da sociedade. As políticas sociais foram armas utilizadas para justificar, diante da sociedade, o sistema autoritário. Entre as reformas realizadas por Vargas, destaca-se a institucionalização da saúde pública (BERTOLLI FILHO, 2004).

também servir de mecanismo de acumulação do capital” (BRAVO, 1996, p. 29).

A era Vargas (1930-1945) pode ser apontada como o princípio de estruturação básica do sistema de saúde brasileiro, com ações marcadas pelo nacionalismo político. Esse período pode ser caracterizado por duas frentes: a de organização do sistema público de saúde, com ações de caráter preventivo e campanhista, e de assistência médica, com ênfase no caráter curativo, atrelada à previdência social (MELO, 2015).

Entre 1946 e 1963, emergem nos grandes centros urbanos as doenças infecciosas e parasitárias, como a malária, com a conotação de “doença econômica”, provocando debates sobre os gastos com saúde. Essa associação entre saúde e desenvolvimento marcou o campo da saúde pública. Com base na ampliação da concepção de saúde, relacionada a condicionamentos econômicos e sociais, teve início, no segundo governo Vargas, uma corrente ideológica denominada “sanitarismo desenvolvimentista”, para a qual os níveis de saúde da população dependia do grau de desenvolvimento econômico de um país ou da região, que perdurou até o golpe militar de 1964 (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008). Data desse período o surgimento de empresas de saúde privadas, as quais passaram a disputar o financiamento do Estado na saúde (MELO, 2015).

No governo Juscelino Kubitschek (1956-1961), dentro da proposta desenvolvimentista, a saúde não é considerada como área prioritária, e as poucas ações voltam-se para o aumento de leitos hospitalares e criação de grandes hospitais por regiões, deixando para segundo plano os investimentos nos postos de saúde, que eram as bases da saúde coletiva (ESCOREL, 2008).

O período do regime militar brasileiro, de 1964 a 1985, foi marcado por problemas sanitários nacionais, com o surgimento de surto de malária, de dengue e de meningite (CARVALHO, 1995). Até 1964, a assistência médica era prestada pelos IAPs, compostos por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos próprios da instituição.

No ano de 1966, ocorre a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensão (IAPs) com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Essa foi uma medida de centralização administrativa e financeira, com padronização de atendimento a todos os trabalhadores com carteira assinada. O INPS, alegando incapacidade própria para o atendimento, passa a comprar os serviços de terceiros, e tal ação estimulou a iniciativa privada e convênios com empresas de “medicina de grupo” (ESCOREL, 2008).

Nos dois primeiros governos ditatoriais militares - Castelo Branco (1964-67) e General Costa e Silva (1967-1969), o êxito econômico consolidado por associação de capitais

monopolistas transnacionais com regimes autoritário - burocráticos¹¹ e mediados pela intervenção cada vez maior do Estado, é utilizado como justificativa para excluir parcelas da sociedade civil da participação política, valendo-se, inclusive, de violenta repressão para combater as iniciativas de mobilização sindical e de organização popular.

Na sociedade brasileira, o golpe de 1964 provocou profundas transformações que foram significativas para o setor da saúde, tanto na política estatal, como no campo de lutas empreendidas pelos movimentos sociais. A ditadura brasileira inscreveu-se no cenário internacional como contrarrevolução preventiva em escala planetária, com rebatimentos em países do Terceiro Mundo, e tinha como objetivo internacionalizar o capital, imobilizar os protagonistas sociopolíticos envolvidos nesse processo, além de mobilizar tendências contrárias à revolução (NETTO, 2011).

No final da década de 1970, com o fim do “milagre econômico” decorrente da incapacidade de manter as elevadas taxas de crescimento econômico para a manutenção do poder, somado ao acentuado êxodo rural, observou-se o crescimento da população urbana à margem do sistema de saúde. O governo militar (General Médici) começa, então, a receber críticas ao modelo político econômico e, a partir de 1974, com a vitória da oposição (MDB) nas eleições em vários estados, a sociedade passou a viver um clima de crescente mobilização (SCOREL, 2008). É nesse período de abertura democrática que o Movimento Sanitário se inscreve como de cunho social.

1.3 O PROTAGONISMO DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA

O Movimento da Reforma Sanitária surge no final da década de 1960 e início da década de 1970 (considerado como o período mais repressivo da ditadura militar), quando se transformou a abordagem da base teórica e ideológica do pensamento médico social com a introdução da abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde¹². Essa alteração foi realizada nos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP), criados nas faculdades de medicina em 1968, e foi considerada “as bases universitárias do movimento sanitário” (SCOREL, 2008).

¹¹ Os regimes autoritário-burocráticos têm duas tarefas a cumprir: restaurar a ordem da sociedade, reprimindo toda e qualquer manifestação contrária, e regular a economia por meio de arrocho salarial e a transnacionalização da estrutura produtiva. (O'DONNELL, 1982 apud SCOREL, 2008).

¹² A abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde baseia-se na teoria do materialismo histórico e dialético [...] para analisar os processos de saúde e doença, que " envolve considerar a determinação da infra-estrutura econômica na distribuição desigual das doenças entre as classes sociais" (SCOREL, 2008, p. 394).

Os programas de medicina comunitária, até 1970, eram desenvolvidos especialmente pelos DMPs, utilizados como campos de estágios de internos e residentes, de forma a propiciar “experiências extra-muros, fora dos hospitais” (SCOREL, 2008, p. 394), em ações dos serviços de saúde, com uma ampliação da cobertura assistencial em locais onde essa cobertura não existia. Apesar da existência de um ambiente desfavorável à abertura democrática e à participação social, esses programas, em muitos casos, “terminavam se constituindo em laboratórios não de uma proposta oficial, mas de prática de organização e politização comunitária”, tornando-se o embrião das propostas de participação popular (CARVALHO, 1995, p. 19).

A proposta de Atenção Primária à Saúde, sistematizada pela Conferência Internacional de Alma Ata¹³, em 1974, contribuiu para a formulação do pensamento crítico na política de saúde, em oposição ao sistema de saúde vigente, e passa a ser difundida em diferentes países. No caso do Brasil, ocorre sobretudo através dos referidos Departamentos de Medicina Preventiva das Universidades Brasileiras (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JUNIOR, 2001).

Na época, ganha corpo o Movimento pela Reforma Sanitária como contradiscurso de uma teoria crítica histórico-social da doença e contrapolítico, nasce da democratização do saber pelos opositoristas do modelo de saúde vigente.

Denominou-se esse processo de movimento, não só por representar a aglutinação organizada de entidades e pessoas com objetivos e formas de manifestações articuladas no cenário social e político, como por ser espécie de ato contínuo do chamado movimento sanitário, que deu corpo e forma à Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2006, p. 17).

A proposta de Reforma emergiu no próprio Estado, com a participação dos trabalhadores dos órgãos de planejamento da saúde, e encontrou o seu *braço civil* na instituição do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), em 1976 (SCOREL, 2008)

O CEBES passou a ser o principal espaço de oposição ao governo autoritário, consolidando-se como centro de difusão dos debates críticos ocorridos entre profissionais e intelectuais na luta pela democratização da saúde e da sociedade. A criação da Revista *Saúde*

¹³ A Conferência Internacional de Alma Ata foi organizada pela OMS e UNICEF em Alma-Ata, capital do Cazaquistão. A Conferência foi assistida por mais de 700 participantes e resultou na adoção de uma Declaração que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental, e uma das mais importantes metas sociais mundiais. Ampliou a visão do cuidado da saúde em sua dimensão curativa, para as dimensões de proteção e prevenção, além do envolvimento da própria população (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE OS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

em Debate passa a ser um importante veículo no processo de ampliação da informação e do debate pela democratização e defesa dos direitos sociais, em particular o direito universal à saúde (CEBES, 2014; ESCOREL, 2008).

A mudança ocorrida no âmbito do regime autoritário-burocrático com a extinção do AI-5¹⁴, no ano de 1978, possibilitou a abertura para o processo de democratização. Em 1979, foi fundada a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-Abrasco¹⁵. Essa rede de relações envolveu intelectuais, lideranças populares e sindicais, profissionais do sistema de saúde, estudantes e parte da população¹⁶ e consolidou o Movimento Sanitário (ESCOREL, 2008; ABRASCO, 2014).

A realização do I Simpósio de Política Nacional da Câmara dos Deputados, em 1979, conferiu ao Movimento Sanitário visibilidade na cena política e possibilitou uma ampliação de sua organicidade, articulando, com os demais movimentos sociais, formas de difundir e detalhar o projeto de saúde para a população.

A área da saúde foi pioneira nesse processo de participação da população, devido à efervescência exercida por forte pressão dos movimentos sociais, sociedade civil organizada, junto ao Movimento de Reforma Sanitária, na luta pela mudança no modelo de saúde, que demonstrava inadequações frente à realidade sanitária nacional (AROUCA, 1998).

O modelo de saúde vigente centrava a prática médica no indivíduo, possuía um caráter curativo, insuficiente para modificar o perfil de morbimortalidade de doenças possíveis de controle e prevenção. Além disso, a falta de critérios para compra dos serviços nos hospitais privados era incompatível com as necessidades da população, assim como a centralização e a fragmentação dos ministérios (saúde e previdência) executores da política de saúde (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1989). Em meio a esse contexto, no ano de 1980, foi realizada a 7ª Conferência Nacional de Saúde, cuja proposta era debater a implantação do Prev-Saúde¹⁷, com os seguintes objetivos:

¹⁴ O AI5 – Ato Institucional nº 5 - foi o quinto de uma série de decretos emitidos pelo regime militar brasileiro nos anos seguintes ao Golpe Civil-Militar de 1964 no Brasil. Redigido em 1968, dava poderes extraordinários ao Presidente da República e suspendia várias garantias constitucionais. Foi um instrumento utilizado pelo regime militar que permitia a cassação de direitos políticos e intervenção nos municípios e estados.

¹⁵ Formado a partir da junção do pessoal de nível superior na área da saúde pública, a saber: técnicos, profissionais, estudantes e professores de programas de Pós-Graduação em Medicina Social e Saúde Pública, imbuídos do propósito de criar uma associação que agregasse os interesses dos diferentes cursos da área e que marcasse uma nova postura frente aos saberes e às práticas do campo da saúde.

¹⁶ À época, ainda era incipiente a organização da população. Teve nas Comunidades Eclesiais de Base, (CEBs), vinculadas à Igreja Católica, a organização com base na politização (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1989).

¹⁷ O Prev-Saúde – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde visava à articulação dos Ministérios da Saúde, Previdência e Assistência Social. Foi influenciado pelo ideário “Saúde Para Todos no Ano 2000” aprovado pela OMS- Organização Mundial de Saúde na Conferência de Alma-Ata em 1978 (ESCOREL, 2008).

[...] a universalização da cobertura de serviços básicos; a articulação das diversas instituições do setor saúde para a oferta de serviços; a hierarquização da oferta de serviços por níveis de complexidade, tendo a atenção primária como porta de entrada; a regionalização dos serviços; a utilização de técnicas simplificadas; e a participação comunitária (BRASIL, 2006, p. 103).

A proposta do Prev-Saúde, por ser voltada para o setor público envolvendo abertura democrática, enfrentou resistências de grupos privatizantes e conservadores, ligados ao Ministério da Saúde e da Previdência Social, e foi alterada várias vezes, perdendo as suas proposições iniciais (ESCOREL, 2008).

Em 1984 ganha força a resolução federal que define o reordenamento da política nacional de saúde a partir das Ações Integradas de Saúde (AIS). De acordo com Escorel (2008, p. 423):

A partir das AIS, a história da política de saúde deixa de narrar aquilo que vinha sendo realizado por cada um dos ministérios e passa a centrar-se na implementação de propostas de articulação interinstitucional e nas estratégias para a unificação dos sistemas de saúde.

As Ações Integradas em Saúde são realizadas nos postos e centros de saúde, que passam a oferecer assistência médica, além dos tradicionais programas de saúde pública, e contam com a participação de entidades representativas na formulação das políticas públicas (ESCOREL, 2008).

Foram então, instituídos diversos tipos de conselhos¹⁸ e comissões na esfera da gestão, com o envolvimento, tanto dos prestadores de serviços, como dos trabalhadores e usuários que passaram a integrar órgãos colegiados de gestão e o espaço estatal legítimo de representação de diferentes segmentos sociais.

Fleury descreve que, no período que antecedeu a 8ª CNS, no ano de 1985, a Abrasco trabalhou fazendo a preparação da conferência, cujo resultado foi o documento “Pelo Direito Universal à Saúde”, que “foi uma *bibliazinha* discutida nacionalmente”. (FLEURY apud BRASIL, 2006, p. 84, grifo nosso). O cenário político também era favorável, pois, em 1985, começava o período que ficou conhecido como “Nova República”, quando José Sarney assumiu a Presidência da República. Entretanto, o grande marco de participação popular foi a

¹⁸ Foram criados Conselhos Comunitários como espaços para levar as demandas da população às lideranças locais, os Conselhos Populares, de caráter mais informal e autônomo do Estado, e os Conselhos Administrativos, voltados para a gerência dos serviços, e exerciam pouca influência sobre as políticas (TATAGIBA, 2002).

8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, com o tema *Democracia e Saúde*. Apesar de ser a oitava, foi a primeira Conferência Nacional de Saúde da história brasileira aberta à participação de trabalhadores e usuários do sistema de saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde reuniu cerca de cinco mil pessoas, das quais, mil delegados advindos dos mais diversos segmentos sociais de todo o país, incluindo representações sindicais, associação de profissionais de saúde, movimentos populares em saúde, o Cebes, a Abrasco, e marcou o início da participação institucional da sociedade na arena estatal (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 436). Foi inédita do ponto de vista da participação popular¹⁹ e conseguiu aprovar a unificação do sistema de saúde, cujas propostas consubstanciadas serviram de base ao projeto de Reforma Sanitária Brasileira, e terminou por circunscrever a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (CARVALHO, 1995; ESCOREL, 2008).

Após a 8ª CNS, um dos seus desdobramentos foi a conformação de uma comissão paritária para escrever o capítulo da saúde e apresentar na Plenária Nacional de Saúde ocorrida no ano de 1987. As origens dessa organização são citadas por Silva (apud BRASIL, 2006, p. 88):

O CEBES, a ABRASCO, o CONASEMS²⁰, criado durante a conferência, na escadaria do Centro de Convenções (em Brasília), a CUT e os sindicatos de Brasília foram algumas das forças que puxaram a Plenária Nacional. Os movimentos sociais dos anos pré-constituição, na área da saúde, visavam a um novo paradigma e a uma nova forma de considerar a questão da saúde da população, coletiva e individualmente, como direito e como questão de todos, sobre a qual os sujeitos implicados tomam decisões.

A Assembleia Nacional Constituinte transformou-se numa arena política em que os vários interesses em disputa se organizaram em dois blocos polares. O primeiro era composto por grupos empresariais, liderados pela Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e pela Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais). O segundo bloco reunia as forças defensoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional da Saúde na Constituinte, que congregava 167 entidades representativas do setor (BRAVO, 2006b, p. 10).

A principal disputa do campo da saúde, na Assembleia Constituinte, ocorreu entre os representantes dos hospitais privados e o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Este último saiu vitorioso ao incluir as proposições formuladas na Constituição Federal de 1988,

¹⁹ As conferências anteriores foram marcadas pelo caráter proeminentemente técnico e pela inexpressiva participação popular.

²⁰ Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde.

reconhecendo o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), universal, público, participativo, descentralizado e integral.

A defesa da estatização do Sistema Único de Saúde, feita por parte da esquerda que compunha o Movimento da Reforma Sanitária, é relatada por Sonia Fleury (apud BRASIL, 2006, p. 93) e denota algumas das diversas faces dos embates:

Acho que nós, de toda a esquerda, tínhamos uma visão bastante ingênua de que seria possível um sistema estatal, quando a base material toda já era privada. Então, era desconhecer a realidade, a não ser que se nacionalizasse, acabasse com o setor privado, o que seria uma intervenção de uma brutalidade enorme. Ou seja, quando nós vamos para o movimento de criar o sistema único, com a base material privada, tinha que ser através de convênios. E essa foi uma tensão muito grande porque nos dividia.

Contou também com o envolvimento das autoridades políticas da época, do próprio Presidente da República e dos ministros envolvidos na nomeação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária - CNRS, responsável pela elaboração dos relatórios e documentos técnicos e, como produto final, a criação da seção de saúde que, posteriormente, se tornou “quase cópia carbônica” da Constituição Federal de 1988 (SANTOS apud BRASIL, 2006, p. 86).

Sabidamente esta lei de nascimento tão árduo, foi produto de intensas negociações entre vários segmentos da sociedade civil, do legislativo e executivo, e em que pese não contemplar plenamente os interesses do conjunto de trabalhadores, acabou mais interessante do processo constituinte [...] (MERHY, 1992, p. 11).

O texto constitucional, com relação à Saúde, após vários acordos políticos e pressão popular, foi aprovado, atendendo, em grande parte, às reivindicações do movimento sanitário, excetuando as demandas que se defrontavam com os interesses empresariais e do próprio governo, especialmente a ausência de questões centrais sobre as fontes de financiamento (BRAVO, 2006b).

Conforme foi possível identificar, as configurações que antecederam a criação da política de saúde evidenciaram ser esse um campo de disputas, cujos embates não só ocorreram no processo pré-constituinte, mas permaneceram e até foram acirrados a partir da reforma do Estado Brasileiro, como se verá adiante.

1.4 DESAFIOS À IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

A Constituição Federal de 1988 introduziu avanços na ampliação de direitos sociais com a institucionalização de um Sistema de Seguridade Social²¹, tendo como tripé a saúde, a assistência social e a previdência social.

O texto constitucional incorporou, em grande parte, os principais ideários defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária da 8ª CNS, e, pela primeira vez, as ações e Serviços de Saúde passaram a ser direitos dos cidadãos e obrigação do Estado.

O Art.196 define a concepção ampliada de saúde:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitários às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

São apresentadas no Art. 198, Seção II - Saúde, as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; a integralidade de atendimento, priorizando-se ações preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais; e a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Com a aprovação do Sistema Único de Saúde em 1988, a participação mais ampla nas decisões do governo tornou-se bandeira dos setores sociais e, embora tenha avançado no ponto de vista de definição em lei, o seu detalhamento foi remetido para a legislação complementar. Assim, o grande desafio posto ao movimento sanitário, a partir da aprovação da Constituição Federal de 1988, passava a ser, então, a efetivação do controle social, o que exigiu um novo processo de articulação.

Um ano após a criação do SUS, em 1989, o então presidente José Sarney passa a imprimir medidas, conservadoras e privatizantes à política de saúde, com as quais destituiu membros do movimento sanitário que ocupavam cargos, e assinou o decreto de transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde. O Movimento da Reforma Sanitária e o Congresso Nacional pressionaram o governo Sarney, em 1989, para a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (LOS), e as negociações se concentraram em torno da aprovação da lei complementar que regulamentaria o SUS (SCOREL, 2008).

O governo Collor (1990-1992), em uma posição claramente contrária ao processo de

²¹Está inscrita no Art. 193, no Título VIII “Da Ordem Social”. A seguridade social é orientada por princípio e “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos à saúde, à previdência e assistência social” (BRASIL, 1988).

democracia participativa, sob a égide da política neoliberal, não hesita em vetar, quando da aprovação da Lei 8.080/90²², os artigos referentes à participação da comunidade e do financiamento, entre outros temas de interesse da Reforma Sanitária (ESCOREL; MOREIRA, 2008).

Com a continuidade da organização e da pressão popular, três meses depois foi aprovada a Lei 8.142 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b), contendo disposições sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). As leis orgânicas versam sobre as diretrizes da organização do SUS, das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, da participação da comunidade, constituindo-se a base legal para o sistema brasileiro de saúde.

A descentralização, como comando único, implica que os governos federal, estaduais e municipais tenham autonomia e responsabilidade na definição de ações e serviços de saúde pertinentes a cada esfera. Mais do que isso, tenham autonomia em propor ações de acordo com suas realidades regionais e/ou municipais, de modo a democratizar o processo decisório de gestão. A Lei 8.080 define as competências específicas de cada um dos gestores, mas outros instrumentos (portarias, decretos, resoluções) regulamentam essas atribuições, com destaque para as Normas Operacionais Básicas (NOBs).

No período de 1991 a 1996, o sistema de saúde brasileiro editou três NOBs: A NOB 01/91, A NOB/93 e a NOB/96. Cada uma delas trouxe novas formas de relação entre os gestores e de alocação de recursos no setor. Assim, conforme ocorria a implantação do SUS, surgiam novas normatizações que definiam os modelos de gestão e transferência de receita da união para estados e municípios.

A primeira delas, a NOB 01/91, normatizou a organização do sistema, a internação hospitalar pelo SUS, estabelecendo as transferências de recursos da união para estados. Para Bueno e Merhy (1997), as diretrizes do financiamento e pagamentos por procedimentos foram um retrocesso porque transformavam os sistemas estaduais e municipais em meros prestadores de serviços.

A segunda norma, a NOB /93, veio redefinir o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo-se em instrumento imprescindível para a viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão.

²² A Lei 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. No Art. 2º, dispõe que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado promover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (BRASIL, 1990a).

A NOB/93 previa como formas de gestão: incipiente, parcial e Semiplena. Com essa regulamentação, os municípios habilitados na condição de Gestão Semiplena passaram a ter autonomia para a administração, enfatizando a municipalização.

A NOB/96 instituiu que os municípios habilitados na condição de gestão plena assumissem a responsabilidade sobre o conjunto de ações e serviços no âmbito de seu território. Criou duas formas de gestão plena: A da Atenção Básica e de todo o sistema, cujas transferências passaram a ser diretas do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais, mediante a criação do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo, independente da produção de serviços, definido pelo valor de (R\$10,00) do *per capita*/ano. Criou também, o PAB variável, para o incentivo de ações e programas estratégicos como por exemplo o Programa Saúde da Família (PSF).

A NOB/96 veio aprofundar o caráter inovador do (PSF), explicitando uma nova fórmula de cooperação para a operação da política de saúde, envolvendo municípios polos, secretarias estaduais e o nível central do Ministério da Saúde. Esses são elementos facilitadores da implementação do PSF segundo Viana e Dal Poz (1998).

No ano de 2002, foi publicada a primeira Norma Operacional de Assistência à Saúde- NOAS 01/02 (BRASIL, 2002) com vistas a promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Essa norma aponta para o reconhecimento da regionalização da atenção à saúde como uma macroestratégia para a consolidação dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, avançando em direção à descentralização.

A partir de então, os gestores municipais, além de serviços inerentes à atenção básica, devem ofertar também o acesso aos serviços de maior complexidade, buscando atender a demanda regional. Cabe destacar que o financiamento para esses novos serviços é dado pela ampliação do valor fixo do PAB²³, criando o conceito de atenção básica ampliada.

No ano de 2006, surgiu o Pacto pela Saúde (2006) como estratégia de operacionalização do SUS no Brasil. Destaca-se a definição de responsabilidades sanitárias e

²³ A portaria n. 2.121/GM de março de 1998 implanta o Piso da Atenção Básica (PAB). Ela dispõe modo de financiamento tendo por base o *per capita*, além do modo já existente de compra de serviço com base na oferta. O PAB de cada município é calculado *per capita* e transferido “fundo a fundo”, e vem substituir a forma de financiamento anterior, vinculada a prestação de serviços. Os recursos advindos do PAB são divididos em PAB fixo e PAB variável. Enquanto o primeiro é transferido de acordo com a *per capita* do município, o segundo está atrelado à adesão do município a programas prioritários do governo federal.

de gestão por meio de três componentes: o pacto pela vida (PV), o pacto em defesa do SUS (PDSUS) e o pacto de gestão (PG). Este último, por sua vez, define a responsabilidade sanitária dos gestores e estabelece as seguintes diretrizes para a gestão do SUS: “a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde” (BRASIL, 2006).

O Decreto 7508/2011 (BRASIL, 2011) trouxe novas formas de gestão, com a implantação do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), estabeleceu uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde, sendo a principal delas o aprofundamento das relações interfederativas e a instituição de novos instrumentos, documentos e dinâmicas na gestão compartilhada do SUS.

Apesar da aprovação do SUS, “as questões centrais sobre financiamento do novo sistema ficaram pouco definidas, não tendo sido estabelecido um percentual sobre os orçamentos dos quais se origina” (BRAVO, 2006a, p. 11), revelando a complexidade em consolidar recursos necessários para o funcionamento de um sistema nas proporções que envolvem o país.

Entretanto, ao mesmo tempo que se tentava implantar o SUS, desde 1989 teve início uma inflexão privatizante, quando o presidente Fernando Collor de Mello, com respaldo de organismos internacionais, trouxe ao contexto político nacional medidas de orientação neoliberal com predominância de corte dos gastos públicos e existência de políticas residuais compensatórias (PAIM, 2008).

Mais recentemente, em 2015, houve alteração da Lei 8.080/90, com a aprovação da Lei 13.097/15, permitindo a participação direta e indireta, inclusive o controle da gestão por parte de empresas de capital estrangeiro na assistência à saúde. Mas, estas medidas, tiveram início com as reformas constitucionais promovidas desde 1995, e refletem diretamente nas políticas sociais, como será discutido em seguida.

1.5 A REFORMA DO ESTADO BRASILEIRO E IMPACTOS NA SAÚDE

Nos anos de 1990, identifica-se um redirecionamento do papel do Estado, por parte do governo, influenciado pela política de ajuste neoliberal, defrontando-se com os avanços do texto constitucional na garantia de direito à saúde, houve um forte ataque por parte do grande capital, aliado aos grupos dirigentes (BRAVO, 2006a).

Com a retomada do ideário liberal conservador, via neoliberalismo²⁴, que surgiu a partir de meados da década de 1970, com reflexos no Brasil dos anos 1990, observou-se a implantação de uma plataforma neoliberal com visível redução do papel do Estado em favor da acumulação capitalista.

O governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995 a 1998 e 1999 a 2003), cumpriu com mais empenho o receituário neoliberal através da elaboração e implantação da “reforma do Estado” que visa readequar as políticas de Estado aos objetivos de uma economia “globalizada”. Aponta, como condições para solucionar a crise da economia brasileira, inserir o país na dinâmica da “globalização”. Com a desregulamentação da economia, ocorrem a flexibilização da legislação do trabalho, a diminuição dos gastos públicos, a privatização das estatais, além da abertura do mercado aos investimentos transnacionais, entre outras medidas.

Conforme expressa, em suas próprias palavras, a proposta de reforma do “novo” Estado, o então ministro Bresser Pereira é enfático ao dizer que um dos componentes ou processos básicos da reforma do Estado dos anos 1990 será:

[...] a delimitação das funções do Estado, reduzindo seu tamanho em termos principalmente de pessoal através de programas de privatização, terceirização e publicização (este último processo implicando na transferência para o setor público não-estatal dos serviços sociais e científicos que hoje o Estado presta) [...] (PEREIRA, 1997, p. 17).

A partir de então, a direção política dá-se no sentido de redução da presença do Estado na condução das políticas sociais, e a conseqüente transformação dessas políticas em residuais, promovidas por um Estado mínimo e dito regulador de um mercado soberano e liberalizado. A alternativa apontada pelo Plano Diretor da Reforma do Estado é a mudança do modelo gerencial, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram estatais, sob alegação de ganhos de eficiência, maior controle dos resultados, redução dos custos e aumento da produtividade.

Essa mudança gerou uma tensão constante advinda das iniciativas governamentais que afetaram diretamente a política de saúde, como a privatização dos serviços, entrando em colisão com as conquistas obtidas pelos movimentos sociais consagradas na Constituição Cidadã de 1988, tais como a defesa dos direitos sociais e as formas de participação direta,

²⁴ O neoliberalismo nasceu logo depois da II Guerra Mundial na Europa e na América do Norte onde imperava o capitalismo. Intensificou-se em 1973, após a grande crise do modelo econômico, decorrente de uma profunda recessão causada pelas altas taxas de inflação e baixas taxas de crescimento. Como solução, surge um Estado forte, que não intervém no poder econômico, combate o poder “excessivo” dos sindicatos e na contenção de gastos sociais (ANDERSON, 1995).

indispensáveis ao controle social e ao fortalecimento do processo democrático com ênfase na conquista e ampliação de cidadania.

Neste sentido, o Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador. Depara-se, então, com ações no sentido contrário, de esgotamento, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade.

Segundo Andreazzi et al. (2011, p. 91-92), esta é uma orientação do Banco Mundial com recomendações ao Brasil, nos anos 1990:

Constam, nesses documentos, o estabelecimento de um pacote de benefícios de saúde-padrão e a limitação do acesso a serviços de atenção terciários, ambos, uma recomendação constante no relatório geral do Banco Mundial em 1993. E, ainda, o incentivo à concorrência na prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, envolvendo indistintamente os setores públicos e privados, bem como a adoção de formas de copagamentos [...].

Nessa direção, o governo à época, FHC, em 1995, através da reforma do Estado Brasileiro, orientou para a disciplina fiscal, a liberalização comercial e a privatização. As funções do Estado deveriam ser as de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las. De acordo com Andreazzi et al. (2011), esta reforma segue as proposições dos organismos financeiros internacionais, com destaque para a descentralização das ações públicas, sem atrelar, legalmente, o cofinanciamento dos serviços.

O rebatimento dessas orientações recaiu diretamente no sistema de proteção social, com destaque nos serviços de saúde pública,

[...] No país a transformação das unidades de saúde da administração direta do Estado em ente privados sem finalidades lucrativas nas formas de organizações sociais, fundações de direito privados e similares, tem sofrido uma trajetória crescente, principalmente a partir do impulso gerado pelo governo federal à reforma do Estado em meados dos anos 1990 [...], não sem resistência de setores organizados da população (ANDREAZZI et al., 2011, p. 91).

Nas palavras de Soares (2005), “a supremacia do privado” estendeu-se ao social, e esses setores dos sistemas de proteção social considerados “rentáveis” (como previdência e saúde) foram privatizados em nome da preservação de atender os mais “pobres”. O governo FHC não conseguiu efetivar com abrangência esse novo modelo de gestão devido à resistência social e política.

No ano de 1994, em meio à crise fiscal e econômica, o governo FHC lança o PSF (Programa Saúde da Família) como forma de reordenar o modelo de saúde para reestruturar a atenção básica, na perspectiva de ofertar maior resolubilidade no primeiro nível de atenção, prevenção e promoção da saúde. Abarcou, ainda, a proposta defendida pelo movimento sanitário: a criação do “Plano de Ações e Metas Prioritárias, as estratégias de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família”.

A partir de 1998, o Programa Saúde da Família tornou-se uma estratégia estruturante da organização do SUS, visando à integração e promoção das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados.

No ano de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, que define os percentuais de gastos em saúde nas três esferas do governo. O projeto inicial previa alocar 10% da receita bruta da União, 12% dos Estados e 15% dos Municípios. Cabe ressaltar que, desde o ano de 2003, tramitou na Câmara Federal o Projeto de Lei para regulamentar a Emenda Constitucional 29, que só ocorreu em 2012²⁵, sem uma definição clara do mínimo de gastos federais para a saúde, frustrando uma luta de anos por melhoria no financiamento da saúde.

No primeiro mandato do Governo Lula (2003-2006), houve a implantação de vários programas e serviços na área da saúde, com destaque para o *Programa Brasil Sorridente*, com expansão do cuidado odontológico e cobertura nos níveis mais complexos; a criação do *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência* (SAMU) para o atendimento pré-hospitalar às Urgências e Emergências; a criação do *Programa Farmácia Popular*; a ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); ações para a Saúde do trabalhador com a *Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador* (RENAST); ações relativas à saúde da população negra, dos quilombolas, dos indígenas e dos assentados (MENICUCCI, 2011).

O segundo mandato do presidente Lula (2007-2010) foi caracterizado como continuidade no prosseguimento dos programas criados no primeiro mandato, com aperfeiçoamento da atenção básica, a expansão da Estratégia Saúde da Família, a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), além da ênfase no incremento à pesquisa e ao desenvolvimento tecnológico para a produção de insumos, hemoderivados, vacinas, medicamentos e equipamentos (MENICUCCI, 2011).

Embora houvesse avanços no governo Lula em ações para a melhoria das condições

²⁵ Que será abordada ainda neste capítulo.

de vida e dos determinantes da saúde da população, por meio de Programas de Transferência de Renda, assim como de sua articulação com o desenvolvimento social, o mesmo não ocorreu na perspectiva de fortalecimento das diretrizes propostas pelo SUS. O governo Lula foi pressionado por alianças que contribuíram para que chegasse ao poder e, para governar, deu continuidade à política econômica conservadora e ao sub-financiamento da saúde (BRAVO; MENEZES, 2014; SOARES, 2010).

Quanto ao primeiro mandato do governo Dilma (2010-2014), um dos destaques para o SUS foi a criação, em 2013, do Programa Mais Médicos, a partir de três eixos: ampliação do número de escolas médicas e do número de vagas, inclusive no setor privado; alterações nas diretrizes da formação de residência em medicina, com ênfase na formação geral e de família, e a permanência de médicos no interior. O Programa foi intensamente debatido pela opinião pública, com posições contrárias e favoráveis.

As críticas mais contundentes partiram de entidades de defesa da categoria médica, especialmente contrárias à dispensa da prova de revalidação do diploma de médicos estrangeiros que vieram para o país trabalhar no Programa. Outra distorção, segundo Bravo e Menezes (2014), encontra-se na abertura de novas vagas de medicina no setor privado, em vez de ampliá-las nas faculdades públicas, e pelo fato de que a contratação dos médicos não ocorre via concurso público, não tendo como assegurar a continuidade do trabalho, e o estabelecimento de uma carreira própria do SUS.

Apesar disso, o Programa avançou muito, pois ampliou o número de médicos nas regiões mais distantes do país, em localidades mais vulneráveis que não contavam com esse atendimento pelo SUS. Foram contratados 14.462 mil médicos (BRASIL, 2016). Essa ampliação expressiva na cobertura da Estratégia Saúde da Família deverá provocar impactos positivos nos indicadores de saúde e evidenciar maior estruturação e qualificação na rede de apoio e diagnóstico, com ampliação da cobertura da Atenção Básica à Saúde da população (PINTO et al., 2014).

Bravo e Menezes (2008) advertem que outro fator preocupante foi a mudança do discurso de diversos protagonistas do movimento sanitário, muitos como gestores, como o ex-ministro da saúde José Gomes Temporão, apresentando, inclusive, como uma das proposições, um novo modelo de gestão dos hospitais públicos e a criação das Fundações Estatais.

Uma das medidas de continuidade das ações de contrarreforma do Estado editadas pela presidente Dilma Rousseff foi a aprovação da Lei 12.550/2011 (BRASIL, 2011) que criou

a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)²⁶, a qual desvincula os Hospitais Universitários das Universidades. Essa lei compromete a formação e qualificação dos profissionais de saúde que trabalham na saúde pública, uma vez que a empresa irá atuar na lógica de mercado, colocando em risco a independência das pesquisas realizadas no âmbito dos Hospitais Universitários.

A orientação do governo Dilma é que os Hospitais Universitários, em todo o Brasil, devem “aderir” à EBSERH, ressaltando os “benefícios” dessa adesão, como maior agilidade na contratação (por não ser concurso público), nas compras de materiais, com a dispensa de processos licitatórios, o que é questionável, pelo princípio da legalidade e por vários exemplos de corrupção e desvio de recursos em todo o Brasil. Contudo, essas medidas adotadas pelo governo Dilma não são aleatórias, mas condicionadas pelo Banco Mundial para o repasse de recursos aos Hospitais Universitários Federais, por meio do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários de todo o Brasil (REHUF). A condição para esses repasses de recursos é a adesão à EBSERH (CORREIA, 2010).

A presidenta Dilma Rousseff acaba por incorporar medidas com ênfase no privado, não que isso seja um posicionamento pessoal dela, mas para cumprir o receituário neoliberal, herdado dos governos anteriores, implantado pelo governo FHC na perspectiva de contrarreforma do Estado brasileiro. Nessa lógica, os defensores desse projeto justificam que a ineficácia do Estado decorre da estabilidade dos servidores e da burocracia, que emperram as ações de gestão, e apontam como alternativa a privatização (MATOS, 2014).

No ano de 2012, a Lei Complementar 141/2012 (que regulamenta a EC-29) detalha quais despesas são consideradas gastos com saúde e define novos valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União (variação nominal do PIB referente ao ano anterior), Estados (no mínimo 12% da arrecadação dos impostos estaduais) e Municípios (no mínimo 15% da arrecadação dos impostos municipais). Estabelece ainda critérios de divisão dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde (BRASIL, 2015b).

Porém, nas palavras de Gastão Wagner Campos (2013), “a não inclusão dos 10% do orçamento [da União] tornou-a quase inócua”, e o único aspecto positivo nessa Emenda foi a definição do que é despesa de saúde, evitando, assim, que estados e alguns municípios desviassem o recurso da saúde para outras finalidades.

Mais recentemente, a entrada do capital financeiro, por meio da Lei 13.097/2015

²⁶ A EBSERH foi criada como empresa pública federal, unipessoal, dotada de personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação.

(BRASIL, 2015a), demonstra um novo golpe contra o sistema público de saúde. A partir dessa Lei foi alterada parte do texto da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) de forma a permitir a participação direta ou indireta de capital estrangeiro na assistência à saúde, fortalecendo ainda mais o setor privado. Até então era prevista a entrada do capital estrangeiro apenas como exceção, mas, a partir desse novo dispositivo legal, a assistência à saúde tende a aprofundar a segmentação do sistema de saúde.

Para Fillipon (2015, p. 1127),

Tal lei, carecendo de mecanismos regulatórios e de discussões prévias nas instâncias de controle social, falhará na promoção de maior competitividade entre provedores e acarretará, como consequência de longo termo, a inviabilidade do subsistema público de saúde nacional.

Diante dessa conjuntura, o grande desafio é resgatar a bandeira do movimento da Reforma Sanitária e reafirmar os princípios constitucionais do SUS. Hoje, um movimento nacional que tem lutado contra o processo de privatização do SUS é a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde²⁷, que reúne várias entidades e tem utilizado as redes sociais para, através da defesa de ideias, de opiniões de grupos sociais defensores do SUS constitucional, fazer uma organização de resistência à onda de privatização.

Nos últimos governos da República brasileira, embora a determinação legal aponte para a universalização do direito, o que se tem visto na prática é o contrário, uma dominância do projeto neoliberal nas ações governamentais, com a orientação política seguindo estratégias de privatização, de contenção de gastos a partir de medidas de “austeridade” que consistem em promover valores como renúncia fiscal, disciplina e “seletividade”, ou seja, a “seleção de demandas” (CAMPOS, 2006, p. 18-19).

Além disso, para enfraquecer o SUS, existe na mídia, continuamente, notícias negativas sobre a eficiência da saúde pública, buscando com isso “naturalizar” a idéia de que o atendimento no setor privado é sempre melhor. Castro (2014) alerta que essas estratégias políticas e midiáticas adotadas desde FHC têm por objetivo desmontar a estrutura pública de saúde do Estado, desvinculando os ganhos sociais representados pelo Sistema Único de Saúde através do sucateamento da máquina pública, da restrição de investimento público e da renúncia fiscal de diferentes esferas do governo em prol dos planos privados de saúde.

²⁷ A Frente Nacional Contra Privatização da Saúde é composta por diversas entidades, movimentos sociais e Fóruns de saúde, centrais sindicais, e objetivam defender a luta por um SUS 100% público, estatal e de qualidade, lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos 1980 (FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO, 2016).

Na opinião de Gomes (2011), o nível federal em todos os governos do pós-Constituinte, tem mantido a redução relativa de sua participação no orçamento da saúde e mantido resistência à ampliação necessária dos recursos para o financiamento do SUS. Salienta o autor que, tanto os parlamentares do poder legislativo, como atuantes do executivo no nível central participaram ativamente no processo de decisão da EC 29. Tanto o governo de direita, como o de esquerda ocuparam o executivo federal nos últimos anos e, se houvesse interesse, poderiam ampliar a responsabilidade do nível federal na destinação de recursos para a saúde pública (GOMES, 2011).

A política de saúde vem, cada vez mais, sendo determinada por interesses empresariais, quer seja nos complexos multinacionais na produção de medicamentos e equipamentos, quer através do capital financeiro com a introdução de seguros individuais para a previdência e saúde (FLEURY; OUVÉNEY, 2008). Entretanto tais políticas, em especial de saúde, além de beneficiar os trabalhadores, com ampliação do número de empregos, favorecem o capital, ao transferir, do Estado para o setor privado, os custos da produção e progressiva socialização desses custos²⁸.

A luta dos defensores do projeto neoliberal para a saúde no Brasil possui como estratégia dois movimentos. O primeiro é a extensão, até o limite máximo, da medicina de mercado, que vai desde o modelo direto de serviços/profissionais e clientes, incluindo as cooperativas de profissionais e programas empresarias, até os seguros privados de saúde. O segundo movimento visa à ampliação do atendimento por planos de saúde privados ou seguro, realizando uma verdadeira “campanha”, com vistas à formação da opinião pública favorável a medidas ideológicas e culturais privatizantes e com o propósito de contrariar a viabilidade do modelo original do SUS, que propõe medidas socializantes (CAMPOS, 2006).

Enquanto se preconizava a universalização do direito, defrontava-se com um desmonte do aparato público, com financiamento muito aquém do que foi previsto, com racionamento na oferta progressiva e queda dos serviços, com a não abertura de concursos públicos, com rotatividade dos profissionais e a não garantia da estabilidade no emprego, afetando diretamente o atendimento e a organização da classe trabalhadora da área de saúde. Esse baixo financiamento é decorrente da política econômica adotada pelos sucessivos governos, seja da direita seja da frente popular, por não revogar a lei de responsabilidade

²⁸ Os custos de saúde, no início do processo de industrialização, eram de responsabilidade das empresas interessadas no aumento da produtividade do trabalhador. Com a criação das políticas sociais, especialmente de saúde, além de beneficiar o trabalhador, favoreceu o capital com a progressiva socialização dos custos com toda a sociedade (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

fiscal, que limita os gastos públicos com pagamento de servidores públicos (BLINDER, 2013; BRAVO; MENEZES, 2014).

As investidas contra o caráter universal do sistema público de saúde SUS têm sido constantes; têm direcionado as ações para atendimento aos mais pobres, àqueles que não podem pagar pelos serviços no mercado, através de um modelo assistencial baseado na oferta da atenção básica. Ao invés de desencadear um processo de universalização, ou seja, um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que venha, paulatinamente, a se tornar acessível a toda a população, propõe-se a “cobertura universal na atenção básica”, reduzindo o SUS a esse nível de atenção (CEBES, 2014).

Carvalho (2015, p. 1) acrescenta que a Reforma do Estado, empreendida por FHC, mesmo inconclusa frente “a perspectiva distorcida da realidade socioeconômica e geopolítica do país, do inconsistente aspecto operacional, e da rejeição tácita pelos segmentos populares da sociedade” resistiu e se consolidou através das agências que se mantiveram independentes do governo e das classes populares, negociando diretamente com grandes grupos econômicos e financeiros.

Pelo que foi abordado, o SUS constitucional, defendido enquanto uma política de saúde universal, tem sido alvo de constantes ataques tanto de diferentes grupos de interesses (mercado industrial, saúde complementar, indústrias farmacêuticas), como dentro da própria estrutura do governo, os quais buscam desconstruir o “Sistema Único de Saúde” e transformá-lo em um “Sistema Único de Saúde Possível” para atender especialmente as pessoas com baixa renda, com a ameaça de romper com o princípio da universalização, garantido constitucionalmente.

Raramente são expostos na mídia os impactos positivos do SUS: o acesso à saúde em várias áreas, desde a atenção básica, os programas de vacinação, como as ações de melhoria no padrão demográfico e epidemiológico, que tornam o SUS cada vez mais uma política de Estado fundamental no cuidado da população, especialmente de idosos e doentes crônicos, o atendimento às pessoas com câncer, Aids, diabetes, transplantes, medicação de alto custo etc. (CEBES, 2014; CAMPOS, 2013).

A história da política de saúde brasileira evidenciou a importância da articulação política de diferentes atores sociais, sobretudo da sociedade, mobilizando as forças sociais, com envolvimento de vários grupos, desde o período da formulação da política pública de saúde até o momento de entrega do texto constitucional. É imperativo que seja retomada a defesa de uma política de saúde, como um direito universal prestado por serviços públicos e voltado para os interesses coletivos.

Diante de tantas adversidades, entende-se que umas das estratégias para continuar a luta pela defesa da saúde como política pública universal é fortalecer as iniciativas de controle social, especialmente através dos conselhos de saúde estruturados nas três esferas de governo, como se verá no próximo capítulo, no qual se apresentará também o processo de constituição do Conselho Municipal de Saúde de Londrina.

CAPÍTULO 2

O CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE EM LONDRINA

O Sistema Único de Saúde estabelece o controle social e a participação popular como uma das diretrizes para a gestão da política de saúde e institui os conselhos como uma das instâncias colegiadas, conforme consta na Lei Orgânica da Saúde nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b). A partir dos anos 1990, os conselhos passam a ser criados em diversos municípios brasileiros ao mesmo tempo que vai se estruturando a descentralização política e administrativa.

Este capítulo está dividido em duas partes. A primeira parte traz a discussão das principais abordagens de controle social existentes na literatura, contendo a origem do termo, a presença do controle social nos clássicos que abordam o Estado e a sociedade e, por fim, o controle social na política de saúde, incluindo sua normatização. A segunda parte resgata o histórico da organização dos serviços de saúde em Londrina, evidenciando o protagonismo de militantes da Reforma Sanitária tanto na política municipal de saúde como na criação do SUS. Aborda, ainda, a importância da participação da população nas ações de saúde, a criação do Conselho Municipal de Saúde de Londrina, sua trajetória, os avanços e desafios presentes nesse percurso, que tendem a impactar o exercício do controle social.

2.1 PRINCIPAIS ABORDAGENS DE CONTROLE SOCIAL

O termo controle social pode ser discutido a partir de diversas perspectivas. É necessário, inicialmente, resgatar a origem do conceito e como ele se desenvolveu na sociedade brasileira, a partir do novo marco constitucional.

O conceito de controle social, mesmo que de forma indireta, encontra-se presente nas obras dos clássicos que abordam o Estado, o poder e a relação entre Estado e sociedade. Recorre-se, em um primeiro momento, às abordagens teóricas sobre o controle social enquanto mecanismo de dominação em Durkheim, Weber, Locke, Rousseau e Marx nos clássicos, encontram-se diversas análises do uso de mecanismos de dominação, na perspectiva de controle do Estado ou da sociedade. A teoria apontada por Hobbes remete aos processos de interferência de forma autoritária e repressiva do Estado sobre a sociedade. Segundo este autor, o fim do Estado é garantir a ordem, salvaguardar a paz, mesmo que, para isso, seja necessário o uso da força (HOBBS, 1979).

Emile Durkheim, inspirado pelo positivismo, busca analisar a sociedade a partir da

ideia de coerção social. Para isso, vai examinar as instituições que chamou de Fato Social²⁹. Nelas, condensam-se as regras, normas e leis encarregadas de manter a coesão social, impostas pela sociedade sobre os indivíduos. As condutas morais são condutas criadas socialmente e estão relacionadas a formas do comportamento social.

Para Durkheim (2005), quando uma conduta transgressora é considerada inadequada pelo grupo social, a consciência coletiva se impõe estabelecendo uma forma de reprovação, ou até de punição. Esses mecanismos de dominação social são impostos, mas, de acordo com Durkheim, também são desejados. Assim, embora a maioria dos indivíduos obedeçam³⁰ e defendam essas regras e normas, elas não nascem com eles, mas são determinadas pela sociedade a que pertencem.

Segundo o pensamento durkheimiano, as instituições atuam como mecanismo de dominação e controle, reforçando a consciência coletiva. No entanto, quando se fala de consciência coletiva, está se referindo a uma forma bastante diferenciada desse pensamento social.

Outro autor importante na discussão é Max Weber. O sociólogo vai apontar a construção da legitimidade para pensar as formas de dominação³¹ social. A ideia de dominação pressupõe o entendimento da ideia de poder. De acordo com Weber, o poder é a capacidade de impor sua própria vontade a outro, envolve a capacidade de modificar o comportamento e ações alheias de acordo com seus interesses, mesmo com resistências.

Ao tratar da legitimidade do poder, Weber, em sua Sociologia Política, classifica três tipos de dominação legítima: a tradicional, a carismática³² e a dominação racional legal.

Como se está discutindo a dominação dentro do próprio Estado, este texto vai se ater ao último tipo, que Weber denomina dominação racional legal, típica do Estado Moderno. Dela originam-se as regras, os estatutos e as leis sancionadas por uma determinada sociedade, que definem a quem obedecer e até quando. O fundamento da crença encontra-se na validade dos regulamentos estabelecidos racionalmente e na legitimidade dos chefes designados nos

²⁹“Fato Social é toda maneira de fazer, fixada ou não, suscetível de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior: ou então, que é geral no âmbito de uma dada sociedade tendo, ao mesmo tempo, uma existência própria, independente de suas manifestações individuais” (DURKHEIM, 2005, p. 400).

³⁰ Ressalta-se que a organização na sociedade ocorre a partir das instituições, as quais estabelecem os limites, que são os freios morais, e elas são benéficas para a liberdade individual. Também há a importância das instituições (escolar, religiosa, policial) para a existência do social e para a coesão social. Elas funcionam como um grande organismo e garantem a harmonia, e evitam a anomia (DURKHEIM, 2005).

³¹ Por dominação, deve-se entender a probabilidade de encontrar obediência a um mandato determinado entre dadas pessoas (WEBER, 1944, p. 43).

³² A dominação tradicional se estabelece em virtude da crença na santidade e está baseada nos costumes que vêm de gerações. A dominação carismática se dá em virtude da devoção afetiva ao senhor e a seu “carisma”.

termos da lei (WEBER, 1944).

A dominação racional legal se expressa através da burocracia. É, portanto, um produto histórico peculiar e inevitável do desenvolvimento da racionalidade formal no Estado Moderno. É uma instituição regida por leis, que se efetiva por uma organização extremamente burocratizada. Então, ao trazer para os conselhos essa denominação como um dos mecanismos legais de controle social no interior do Estado, pode-se identificar que, também nesse campo, eles podem ser classificados como uma dessas instituições burocráticas. Existem regras ditadas pela legislação que devem ser seguidas. O Regimento Interno é uma delas. Para participar da plenária, existem regras, como o tempo de fala, as votações, como incluir ponto de pauta etc.

Para ilustrar a concepção da dominação enquanto controle, um dos marcos do controle do Estado sobre a saúde dos indivíduos e grupos deu-se em meados do século XIX, com o advento da revolução pasteuriana³³, quando surge um novo paradigma científico, e medidas sanitárias para combater os micróbios. Nesse caso, o controle social foi centralizado do Estado sobre a sociedade, impondo a esta última medidas compulsórias, a exemplo da Reforma Sanitária de Oswaldo Cruz.

De forma diferente, na teoria de Locke, expoente do liberalismo, o controle ocorreria do povo para o Estado, ou seja, dos membros da sociedade sobre o poder político. Para Locke, o Estado estaria subordinado aos interesses individuais, sendo o povo o seu legítimo proprietário. Ao Estado caberia a função política, sem interferência no mercado, na livre concorrência e na liberdade da posse individual como forma de preservação do direito à propriedade. Nessa perspectiva liberal, a sociedade civil é considerada homogênea, sem conflitos de classes, e o Estado é neutro e está acima das classes sociais (CORREIA, 2005).

Para Rousseau³⁴, O Estado, no caso os atos do executivo, seria totalmente controlado pelo povo que, a partir da vontade geral, defenderia o interesse público da sociedade sobre o interesse privado nos negócios públicos. Dessa forma, o Estado responderia pela vontade geral do povo que possuiria a soberania popular e o controle social (CORREIA, 2005).

³³ Como desdobramento da revolução pasteuriana, houve o surgimento dos antibióticos e, desde então, não era apenas possível conhecer a causa das doenças infecciosas, era possível curá-las. No entanto, esta descoberta desencadeou uma polêmica sobre o contágio (ou infecção) *versus* miasmas. De um lado, os seus discípulos, chamados médicos “contagionistas”, adotando severas medidas ambientais e de combate à insalubridade individual, usavam medidas autoritárias que interferiram na liberdade individual das pessoas. De outro lado, os chamados “anticontagionistas”, liderados pelos liberais contrários à interferência na liberdade individual e favoráveis ao comércio, e médicos militares como também a burguesia em ascensão (SCLIAR, 1995).

³⁴ No *Contrato*, ele critica o direito do mais forte e do rico, julgando-os privados de legitimidade. Como fundamento do direito, defende que o ser coletivo que nasce da livre associação de todos os homens renuncia à própria vontade particular (BOBBIO; MATEUCCI; PASQUINO, 2004).

Porém, considerando-se a discussão dos mecanismos de dominação em Marx, identificam-se a importância que tem a ideologia no sentido de reforçar a dominação de classe. O conceito de ideologia está ligado a um produto da classe dominante. Marx e Engels (2006), na obra *A Ideologia Alemã*, consideram que as ideias dominantes, em cada época, pertencem à classe dominante, representando, ao mesmo tempo, a força material dominante na produção social e também a força espiritual dominante; ou seja, a maneira como a sociedade é organizada irá influenciar na ideologia presente na sociedade, condicionada aos modos de produção.

No pensamento social marxista, a ideologia aparece como uma forma de reprodução social dos interesses das classes dominantes; um predomínio que se estende em todo o âmbito de uma época histórica, abrangendo o pensamento, a produção de ideias e o sistema de distribuição delas. O Estado, as leis e outras formas ideológicas são criados e moldados como instrumentos de dominação de classe. Trata-se do que Marx e Engels (2006) apontavam como a forma de apresentar os interesses dominantes como sendo o interesse coletivo de todos os membros da sociedade; como se fosse “natural” ser assim. Nessa perspectiva, o controle social ocorre a partir da classe dominante que, através do Estado, controla o conjunto da sociedade.

Com inspiração marxista, Antônio Gramsci desenvolve suas reflexões tendo como norte a busca do “espírito popular criador” (GRAMSCI, 1999, p. 78). Para Gramsci, todos os homens são “filósofos”, no sentido de serem formuladores, mesmo que em bases espontâneas, de sistemas de crenças e modos de ver e agir. Quanto mais conquista uma capacidade de elaborar uma concepção própria do mundo, mais o homem popular pode “participar ativamente na produção da história do mundo, ser o guia de si mesmo e não mais aceitar do exterior, passiva e servilmente” (GRAMSCI, 1999, p. 94). Nesta perspectiva, pode-se entender que os conselhos gestores e a própria noção de controle social são expressões da luta e das classes populares e de sua maneira de ver a democracia.

Isso não significa, entretanto, que existam visões diferentes e exercícios diferentes de democracia claramente delimitados, diferenciando as elites da classe dominante e as representações populares. Primeiro, porque, como apontou Gramsci, o homem popular não tem desde sempre uma clara consciência e um claro exercício teórico e conceitual a partir do qual age e se orienta.

Em Gramsci, adepto da corrente classista, o controle social não é do Estado ou da sociedade civil, mas das classes sociais. Por isso, é contraditório como já abordamos, pode ser de uma classe ou de outra, pois a sociedade civil enquanto momento do Estado é um espaço de luta de classes pela disputa de poder (CORREIA, 2005, p. 64).

Nesse espaço social se estabelecem disputas constantes. A elite política e econômica cede espaços de participação e controle social porque não pode impor seus interesses exclusivamente, nem sua maneira particular de encarar a democracia. Ao ceder espaços, porém, não se retira das disputas e procura meios de influenciar ou de esvaziar as institucionalidades participativas que as camadas populares vão conquistando. Tal disputa inscreve-se como o que Gramsci chamou de *luta pela hegemonia*, que envolve as direções contrastantes, no campo da ética, da política, da gestão pública etc.

Para Gramsci, essa clareza quanto à existência de lutas pela hegemonia representa um progresso prático e filosófico para as camadas populares, na medida em que implica em ampliação da importância da articulação intelectual popular, o que, por sua vez, sugere desenvolver a percepção e a articulação necessárias para a disputa de espaços com os interesses de concepções dominantes (CORREIA, 2005).

O debate sobre controle social vem ganhando destaque principalmente após o novo marco estabelecido para a gestão das políticas sociais na Constituição Federal de 1988. É preciso esclarecer, inicialmente, que a abordagem utilizada neste estudo parte do entendimento de que o controle social, na perspectiva da gestão social, é diferente daquela que se refere aos instrumentos utilizados como forma de repressão aos movimentos sociais no período da ditadura, especialmente entre 1975 e 1987, quando a classe dominante mantinha o controle sobre a sociedade civil, notadamente a partir de organismos repressivos.

Transitou-se de um paradigma de controle repressivo, unidirecionado do Estado para a sociedade, que mais adequado seria denominar de controle sobre o social, para um outro referencial denominado de controle social, que se propõe como controle paritário, compartilhado entre Estado e sociedade nos diferentes conselhos (BRASIL, 2006, p. 101).³⁵

Retomando a discussão na referida perspectiva, destaca-se, na área de saúde coletiva, a contribuição dos autores Antônio Ivo de Carvalho (1995) e Nelson Rodrigues dos Santos (BRASIL, 2006). Ambos incorporaram aos seus estudos a perspectiva crítica pautada pelos

³⁵ Sabe-se que existem outras abordagens que analisam o controle social, especialmente na área das Ciências Sociais, entretanto, optou-se por ater à perspectiva apresentada, visto entender a mais adequada para discutir o tema proposto.

fundamentos teóricos de Marx e Engels, nos quais o controle social situa-se em uma sociedade dividida em classes, orientada para a reprodução social dos interesses das classes dominantes.

Nessa direção, adota-se a definição de Carvalho (1995, p. 8): “O controle social é expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”.

A proposta de participação surge como forma de articular a luta dentro das organizações de saúde e de crítica aos limites impostos em termos de conquista para a saúde da população, cujo acesso depende da pressão, da organização e do movimento. “A participação passa a ter o sentido explícito de luta e contestação” e desloca-se da dimensão técnica para a dimensão política (CARVALHO, 1995, p. 23).

Outro militante e escritor da temática do controle social na saúde é o sanitarista Gilson de Carvalho. Referindo-se à sua opção ideológica, de esquerda, diz que faz parte “daqueles que apostam na posição progressista, dentro da pluralidade político partidário”, e defende a importância do controle social nessa relação Estado e sociedade (CARVALHO, 2007, p. 39). E vai além: no seu ponto de vista, a participação da comunidade constante na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas é um termo mais abrangente do que o controle social que, segundo o autor, é apenas uma das funções da participação (CARVALHO, 2007).

Além de ser largamente discutido por intelectuais e pesquisadores de diversas áreas, cabe ressaltar que o controle social também constitui objeto de estudo do Serviço Social. Para Correia (2005, 2012), existem duas concepções de sociedade civil. A primeira concepção, do ponto de vista liberal, pressupõe que a sociedade é homogênea e carrega, consigo, interesses universais que vislumbrem superar os antagonismos de classes, a partir de ações consensuais interclasses. Nessa perspectiva, a sociedade civil é definida apenas no âmbito político, sem conexão com a base econômica, extraindo os interesses de classes.

Na segunda concepção, com base na perspectiva gramsciana, a sociedade civil é o lugar onde se processa a articulação institucional das ideologias e dos projetos de classe. “A sociedade civil, não é homogênea, mas espaço de lutas de interesses contraditórios” (CORREIA, 2012, p. 297). Partindo dessa compreensão, a economia capitalista utiliza formas de controle social em busca de consenso para a manutenção da ordem, de acordo com os interesses do capital e tem “controlado o conjunto da sociedade em favor dos interesses da classe dominante, através da implementação de políticas sociais, para amenizar os conflitos de classe e manter o seu domínio” (CORREIA, 2005, p. 66).

A manutenção da ordem social ocorreria através das instituições enquanto

mecanismos de controle social, com a difusão da ideologia dominante e interferindo na vida dos indivíduos, reforçando a interiorização de normas e comportamentos legitimados socialmente. De acordo com essa análise, entre essas instituições, incluem-se as executoras de políticas e programas sociais, assim como as instâncias participativas que fariam parte desses mecanismos de busca de consenso e da reprodução do capital. Nessa concepção de Estado restrito, o controle social é da classe dominante, através das instituições estatais, sobre o conjunto da sociedade (CORREIA, 2005).

Com base no pensamento de Antônio Gramsci, o controle social não é do Estado ou da sociedade civil, mas das classes sociais. O Estado, além do seu papel coercitivo, desempenha também a função de busca do consenso e, dependendo da correlação de forças existente entre os segmentos sociais, a sociedade civil, enquanto momento do Estado, é um espaço de luta de classes pela disputa de poder.

O controle social, nessa relação orgânica, é contraditório, às vezes é de uma classe, outras vezes de outra. Acontece na disputa entre classes sociais, a depender do momento histórico e da correlação de forças existentes, definindo a quem cabe o controle social sobre o conjunto da sociedade.

Desta forma, o controle social na perspectiva das classes subalternas visa a atuação de setores organizados na sociedade civil que as representam, na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses dessas classes (CORREIA, 2005, p. 64).

O Serviço Social tem sido requisitado para atuar nos espaços de participação da sociedade para o controle das políticas sociais, no sentido de democratizar o Estado e ampliar direitos sociais. Através dos canais institucionais de participação, o Serviço Social pode contribuir para implementar o controle social nas políticas sociais.

O profissional de Serviço Social tem sido demandado a trabalhar diretamente com os mecanismos de controle social, principalmente, junto aos conselhos que são requisitos para a descentralização das referidas políticas [...]. Esta atuação tem se dado na assessoria, na criação, na organização, no acompanhamento destes conselhos, e na capacitação de conselheiros [...] (CORREIA, 2012, p. 301).

De acordo com Duriguetto (2012), a importância da inserção da área de Serviço Social nos espaços dos conselhos de políticas sociais é justificada, primeiro por ser um campo da legalidade, cujos conselheiros, através dos diferentes segmentos organizados (por vezes,

contraditórios) interferem na gestão, na formulação e na fiscalização das políticas e dos serviços. A composição dos conselhos pode abranger organizações e movimentos sociais que defendem os interesses das classes subalternas, e o Serviço Social pode impulsionar debates e ações em defesa da constituição de políticas públicas universalistas, democráticas e participativas. Outra razão está diretamente relacionada ao exercício profissional dos assistentes sociais, no espaço dos conselhos, presentes em quase todos os municípios brasileiros³⁶.

Embora, frequentemente, a criação dos conselhos esteja atrelada ao cumprimento de obrigação formal para recebimento de recursos, o Serviço Social, dentro de suas competências, atua nos processos de implementação dos conselhos e de capacitação dos conselheiros, por exemplo, e as ações profissionais são direcionadas para que esses espaços constituam um instrumento de defesa e ampliação dos direitos sociais.

Essa dimensão política da profissão, exercida nos espaços dos conselhos, baseia-se nos princípios e valores éticos e políticos contidos no Código de Ética do Assistente Social (1993), Lei nº 8.662/93, que regulamenta a profissão, nas diretrizes curriculares aprovadas pela Associação Brasileira de Ensino, Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Portanto, referem-se à formação profissional e ao posicionamento político do profissional comprometido com a defesa da cidadania e da democracia, cuja prática deve ser articulada com movimentos sociais progressistas (DURIGUETTO, 2012).

A atuação do (a) assistente social nos diferentes conselhos de direitos deve estar voltada à composição de forças com o coletivo das demais categorias profissionais que compartilham os ideais democráticos, no sentido de exigir a transparência, o acesso à informações, de participar da definição das legislações e dos regimentos e realizar o debate visando à inclusão de setores excluídos do processo decisório (CRESS/PR, 2015).

Partindo do exposto, será abordada na sequência a incorporação do controle social na política de saúde, destacando-se as principais normatizações nesse campo.

2.1.1 O Controle Social na Política de Saúde

A Constituição Federal de 1988 instituiu o controle social como direito de participação social na gestão das políticas sociais, mas remeteu para as leis orgânicas de cada

³⁶ Os dados estimam a existência de mais de 20.000 conselhos em todo o Brasil. O aumento nos últimos anos tem sido na área de assistência social, após a implantação do Sistema Único de Assistência Social (LAVALLE, 2015).

política a definição do caráter, da composição e das competências dos respectivos mecanismos.

O Sistema Único de Saúde, integrante do sistema de proteção social brasileiro, conforma a importância da articulação dos agentes políticos, sobretudo da sociedade civil, mobilizando as forças sociais que lutavam pela democracia e por um novo projeto de sociedade para o Brasil. A força do movimento da Reforma Sanitária, somada a outros movimentos da sociedade, foi imprescindível para a regulamentação do SUS, que somente veio ocorrer em 1990, por meio das Leis 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e 8.142/90 (BRASIL, 1990b).

Com essa regulamentação, foram introduzidos mecanismos de participação popular no processo de gestão da política de saúde. As instâncias de participação colegiadas são as Conferências e Conselhos de Saúde. Ambas são regulamentadas em cada esfera de governo e constituem fóruns amplos de participação da sociedade. Conforme o Artigo 1º, § 2º da Lei 8.142/90,

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

Com o avanço das experiências de controle social, foram sendo incluídas novas atribuições ao controle social. A mais recente, a Lei 141/2012 (BRASIL, 2012a), inclui novos papéis para o conselho de saúde na avaliação da gestão da saúde. A cada quadrimestre, os conselheiros avaliarão o relatório consolidado apresentado pelo gestor da execução orçamentária e financeira sobre as condições de saúde e qualidade dos serviços de saúde prestados, com emissão do parecer conclusivo sobre as contas anuais encaminhadas pelo respectivo gestor (municipal, estadual e federal).

Nesse sentido, seguindo a definição de Santos (2013), o conselho da política de saúde atua “como colegiado de representantes dos segmentos e movimentos sociais, integram oficialmente o campo da gestão, contribuindo na participação da comunidade e da sociedade” (SANTOS, 2013, p. 279).

Desde o início da década de 1990 quando se ampliaram os mecanismos de democratização do poder, houve um aumento dos conselhos de saúde, tanto em números

como na dimensão participativa da sociedade na discussão da política de saúde. Para se ter uma dimensão da importância que possuem no Brasil, existem 5.553 (99,78 %) conselhos municipais de saúde, estabelecidos em 5.570 municípios brasileiros (IBGE, 2013). No ano de 2009, 97,3 % dos municípios possuíam conselhos. Somente 13 municípios informaram não possuir o Conselho Municipal de Saúde. Esse é um dado bastante expressivo, principalmente se for considerado que o número de participantes envolvidos nesses espaços somam de 100 a 150 mil pessoas (CARVALHO, 2007), os quais atuam na gestão da política de saúde municipal.

Tais conselhos, embora regidos pela mesma legislação nacional, trazem variadas formas de atuação, e muitas vezes são questionados quanto à real função que desempenham no sentido da democratização de poder na relação Estado-sociedade, e também quanto à contribuição que de fato exercem enquanto controle social da política de saúde.

Para Carvalho (2007), as dificuldades mais presentes nos conselhos de saúde estão relacionadas ao descumprimento da legislação, representação errada dos segmentos legais, escolha de segmentos de usuários e trabalhadores pelo gestor, desrespeito às decisões do conselho, posição corporativa dos conselheiros, não homologação pelo executivo das deliberações do conselho, entre outras.

Sobre o desempenho da função de planejamento, Lavallo (2015), com base em estudo sobre os padrões decisórios dos conselhos gestores de políticas das cidades de Porto Alegre (RS) e Guarulhos (SP), envolvendo cento e quarenta e quatro (144) conselhos, identificou que os conselhos levam oito anos em média para um amadurecimento profissional e assumirem o caráter propositivo.

Com relação a paridade e representação, Bravo (2006a), ao estudar noventa e um (91) conselhos de saúde do estado do Rio de Janeiro, identificou que a maioria dos conselhos (55,5 %) não é paritário, especialmente no segmento de trabalhador da saúde. Quanto à representação, foram identificadas distorções na representação de usuários e trabalhadores, com destaque para a entidade prestadora de serviços representando usuários e representação de trabalhadores ser realizada por representantes da gestão.

Cristo (2013) também analisou o controle social na saúde, partindo da perspectiva crítica de Gramsci³⁷, em dois Conselhos Municipais de Saúde do estado do Pará: o do município de Belém, por concentrar o maior número de serviços de saúde do Estado e que possui o maior IDH (2000), e o conselho de saúde de Melgaço, um pequeno município que

³⁷ A autora baseou-se no pensamento gramsciano, interpretado por Marco Aurélio Nogueira, Carlos Nelson Coutinho e Sérgio Henriques (CRISTO, 2013).

possui o menor IDH (2000) do Estado, cujo acesso se dá por barco (em viagens que podem durar de 12 a 18 horas) e que conta com algumas equipes da Estratégia da Saúde da Família.

A autora entrevistou os presidentes dos respectivos conselhos municipais de saúde. Constatou que, enquanto os gestores municipais de saúde de Belém e de Melgaço detêm maior parte de poder na definição dos Planos Municipais, os representantes dos usuários acabam por desenvolver uma atuação na política local de forma “assistencialista, imediatista e emergencial” para não prejudicar o acesso do usuário ao atendimento (CRISTO, 2013).

Entretanto, o estudo também apontou os avanços desses dois conselhos na fiscalização e no controle da execução da política de saúde para o funcionamento dos serviços. Como desafios, ressaltou a dificuldade na formulação das políticas e na participação da sociedade civil organizada nos espaços do conselho (CRISTO, 2013, p. 155).

Como se pode identificar, há avanços e obstáculos que interferem no exercício do controle social nesse campo de gestão. Existem, por vezes, interesses contraditórios, configurando o conselho como uma das arenas de disputas, uma vez que possuem limites da ação na transformação do Estado e da sociedade (DAGNINO, 2002).

Conforme exposto, são vários desafios postos para efetivar as instâncias democráticas e a garantia de direitos sociais aos usuários do SUS. Nessa perspectiva, será contextualizada a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Londrina - o campo no qual se realiza o presente estudo.

2.2 A TRAJETÓRIA DO CMSL ARTICULADA À GESTÃO DA POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE

A organização dos serviços de saúde em Londrina assumiu contornos particulares no processo de descentralização e implantação da política municipal de saúde. No início da década de 1970, a adoção de novas concepções de saúde impactou positivamente na organização popular e serviu de base para o controle social. De outro modo, identificou-se, no final dos anos 2000, uma redução da participação popular no controle social. O objetivo deste item é retomar aspectos das bases da organização do sistema de saúde municipal protagonizada por diferentes atores sociais, a instituição do CMSL e os rebatimentos das decisões da gestão municipal de saúde nessa instância de controle social.

2.2.1 Antecedentes Históricos da Organização dos Serviços de Saúde em Londrina

O processo de organização e prestação de serviços de saúde à população de Londrina data do início dos anos 1970. Partindo da referência de Almeida (2013)³⁸, a análise da década de 1970 será dividida em três grandes etapas: no período de 1969 a 1971, de 1972 a 1976 e de 1977 a 1978. A primeira etapa compreende o período da estruturação da Secretaria de Bem-Estar Social, responsável pelas atividades de assistência social e saneamento, e da criação de uma Autarquia do Serviço Municipal do Pronto-Socorro (em 1970), com prestação de serviços de urgência e ambulatorial.

Tais iniciativas foram desencadeadas por fatores políticos e conjunturais. O primeiro prefeito eleito, em 1968 era um médico, com experiência na gestão, foi Secretário de Saúde do Estado, com ações voltadas à área. No início da década de 1970, foi estruturado o curso de medicina na Universidade Estadual de Londrina, contando, no quadro docente, com professores com formação na área de Saúde Pública (ALMEIDA, 2013).

Uma das seis principais experiências de medicina comunitária desenvolvidas no Brasil ocorreu em Londrina: “A criação de Unidades de Saúde e a proposta de integração docente-assistencial e interinstitucional com as secretarias municipal e estadual de Saúde e o INPS, desenvolvidas pela Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Londrina no Paraná” (ESCOREL, 2008, p. 395).

O município de Londrina foi pioneiro, juntamente com outras duas cidades³⁹, ao implantar, mesmo que de forma assistemática, os preceitos da Atenção Primária à Saúde (APS) como forma de reorganizar os serviços de saúde na gestão municipal, tornando-se modelo de estruturação do serviço local de saúde.

Londrina tem refletido, em sua história, a capacidade de organizar seus serviços públicos de saúde, tendo como vertente a incorporação das diretrizes de modelos assistenciais orientadas pelo processo da reforma sanitária brasileira (GIL; MARTIN; GUTIERREZ, 2001, p. 62).

Os aspectos da conjuntura político-assistencial da época impactaram nas escolhas dos modelos de atenção à saúde, somados com os processos de mudanças institucionais,

³⁸ O livro “A Organização dos Serviços de Saúde em Londrina: Antigos e Novos Registros de uma Experiência em Processo” contempla a dissertação de Mestrado de Márcio José de Almeida (médico e professor da Universidade Estadual de Londrina), escrita em 1979. Essa dissertação, embora não tivesse sido publicada, serviu de base para discussão e debates no 1º Simpósio Nacional sobre Políticas de Saúde, realizado na Câmara dos Deputados em Brasília no ano de 1979, cujo evento foi decisivo na aglutinação de forças precursoras do movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

³⁹As cidades de Campinas (SP) e Niterói (RJ), conforme Almeida (2013).

governamentais e sociais. De acordo com Gil, Martin e Gutierrez (2001, p. 63), “A década de 70-80 foi marcada por grandes mobilizações e debates em torno da saúde”. A conjuntura social, aliada à implantação do curso de Medicina Geral e Saúde Comunitária do Centro de Ciências da Saúde da UEL, a exemplo de outras universidades do país, contribuiu na difusão de novas concepções de assistência à saúde.

A proposta do curso de Medicina da UEL visava contestar a dicotomia curativa *versus* preventiva, com a inserção de ações de prevenção na prática médica. O outro objetivo incluía ação na perspectiva de integralidade na assistência, a visão da doença como decorrente de implicações sociais, econômicas, culturais e familiares, e investimentos na relação médico-paciente (GIL; MARTIN; GUTIERREZ, 2001).

No período de 1972/1976, ocorreu a reestruturação dos serviços municipais, com destaque na mudança de Secretaria de Bem-Estar Social para Secretaria de Saúde e Promoção Social. Em 1973 foi formalizado um convênio entre a UEL e a Prefeitura para garantir o funcionamento dos Postos de Saúde, sob responsabilidade da UEL.

Em 1974, outro elemento positivo foi a celebração de um convênio entre a UEL, a Fundação Kellogg e a OPS (Organização Pan-americana de Saúde), instituindo o Programa Comunitário de Atenção à Saúde Familiar (PROCAF), com alocação de recursos para a ampliação dos Postos de Saúde na cidade de Londrina.

Foram implantados pela Prefeitura e pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) dois Postos de Saúde, cujo objetivo central era servir de campo de estágio aos alunos de medicina, com enfoque na atenção integral à saúde (ALMEIDA, 2013).

No período de 1977 a 1978, houve ênfase na ampliação dos serviços de atenção Primária à Saúde, por meio da criação de 4 Postos de Saúde em 1977 e mais 4 unidades em 1978. Data desse período, mais precisamente em 1978, a criação da Autarquia Municipal de Saúde, constituindo “uma maior agilidade administrativa no campo da saúde”, e transferência para o Hospital Universitário Regional Norte do Paraná (HURNP) os serviços de pronto-socorro (ALMEIDA, 2013, p. 67).

A partir do ano de 1978, houve conflito entre a UEL e a Prefeitura, e foi encerrado o convênio existente há sete anos. Os pontos de divergências entre as instituições foram de natureza política, econômica e financeira. O rompimento do convênio causou impactos negativos tanto na implementação da atenção primária à saúde no município, como para o HURNP, visto que os recursos anteriormente repassados para a rede hospitalar foram transferidos para as redes de atenção básica.

Somada à dificuldade de âmbito local, no contexto nacional, no final da década de

1970, perdurava no país o processo de centralização e autoritarismo, decorrente da ditadura militar com concentração do poder nas esferas federal e estadual, com diminuição drástica de investimentos no nível municipal (ALMEIDA, 2013).

A política nacional de saúde era ditada pela previdência social, com: “Um modelo médico-assistencial privatista, com privilegiamento das práticas médicas curativas especializadas, de caráter individual, hospitalocêntrica, assistencialista e medicamentosa, desenvolvida na concepção *flexneriana* e em detrimento da saúde pública”(GIL; MARTIN; GUTIERREZ, 2001, p. 67). Mesmo nesse contexto nacional desfavorável, o município de Londrina, avança e amplia para 15 Postos de Saúde (ALMEIDA, 2013).

No início da década de 1980, com o processo de abertura democrática do país, ocorreram importantes mudanças no cenário político paranaense, tais como a formação de lideranças políticas de oposição, sobretudo na região norte do Estado, com “intenso envolvimento dos setores organizados da população do norte do estado na perspectiva de eleger um representante da região para o governo”. Foi eleito o então candidato, filiado ao Partido do Movimento Democrático Brasileiro-PMDB (GIL; MARTIN; GUTIERREZ, 2001, p. 72). Após as eleições estaduais, um docente de medicina da UEL foi convidado para coordenar os trabalhos da Secretaria do Estado da Saúde e do Bem-Estar Social do Paraná.

O Movimento Sanitário Paranaense, até então incipiente, ligado ao Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), realizou uma ampla articulação política consubstanciando a elaboração de um Plano Estadual de Saúde (1982), denominado “Uma Proposta Democrática e Popular para a Saúde do Paraná” e que visava à melhoria dos níveis de saúde da população. O Plano continha três grandes diretrizes: participação comunitária, principalmente nos níveis de decisão e controle; acesso aos serviços de saúde e elevação da qualidade de vida dos serviços de saúde (GIL; MARTIN; GUTIERREZ, 2001, p. 72).

Para implementar tais diretrizes, foram propostas cinco estratégias: regionalização e hierarquização dos serviços; integração dos serviços e coordenação do sistema; utilização e desenvolvimento de tecnologia apropriada em saúde; democratização administrativa e participação popular. Isso remete a identificar que as raízes da participação popular já estavam presentes nessa época, pois contava com membros do CEBES em locais estratégicos da gestão local e estadual, além de lideranças políticas favoráveis às inovações na área de saúde no estado do Paraná (entre elas o professor do curso de Medicina da UEL Marcio Almeida, secretário municipal de saúde).

No ano de 1984, com recursos advindos do governo do estado do Paraná, foram financiadas reformas e instalações de novas UBSs (Unidade Básica de Saúde), antigos Postos

de Saúde, e foi implantado o processo de municipalização dos serviços de saúde do Paraná, envolvendo especialmente as cidades de Londrina, Cambé, Rolândia, Ibiporã e Curitiba.

A implantação das Ações Integradas em Saúde (AIS), iniciada em 1983 em alguns estados do país, só teve início no Paraná em 1985 e foi concluída em 1986. As AIS impulsionaram a ampliação das ações em saúde no Estado, visto que os municípios passaram a receber repasses financeiros para o pagamento das ações na rede básica ambulatorial, contratação de recursos humanos e articulação dos serviços. Para se ter uma ideia dessa ampliação, Londrina, no período de seis anos, criou 23 Postos de Saúde, chegando a 37 UBS no final de 1988 (ALMEIDA, 2013).

Paralelamente havia um incentivo à organização popular. Uma das diretrizes das AISs “propunha a Participação Comunitária nos níveis de decisão e controle social”. Esse movimento de intensa participação desencadeado no estado do Paraná, resultado de vários Encontros Populares de Saúde tanto no nível Municipal como Regional, refletiu na expressiva organização da população nas pré-conferências de saúde, “levando o Estado do Paraná, a participar com a maior delegação na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986” (CORDONI JUNIOR, 1989 apud GIL; MARTIN; GUTIERREZ, 2001, p. 77).

Com a aprovação do SUS em 1988, como resultado de um importante processo político e social de luta democrática no Brasil, o engajamento de várias lideranças locais e estaduais assume importantes contornos, tanto na reorganização do sistema, como na mobilização para a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, aprovada em 1990 (ALMEIDA, 2013).

Como visto, os antecedentes históricos, políticos, econômicos e sociais destacados nesse período, que compreende as décadas de 1970 a 1990, projetaram lideranças acadêmicas e políticas da cidade de Londrina no âmbito estadual e nacional. A organização das bases para ações do sistema de saúde envolveu a participação popular e contribuiu na criação do Conselho Municipal de Saúde no município de Londrina. A seguir, serão abordados o surgimento desse Conselho, os avanços e retrocessos, e as implicações da política municipal de saúde no controle social e vice-versa. Sendo assim, optou-se, a partir de 1991, por trazer, ao mesmo tempo, a trajetória do CMSL articulada à gestão municipal de saúde.

2.2.2 A Implantação do Conselho Municipal de Saúde de Londrina

Com o processo de democratização da sociedade brasileira, a partir da Constituição de 1988, seguida dos respaldos legais das Leis 8.080 (BRASIL, 1990a) e 8.142/90 (BRASIL, 1990b), passaram a ser criados conselhos de saúde nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal). Em Londrina, a Lei nº 4.911, de 27 de dezembro de 1991 (LONDRINA, 1991b), criou o Conselho Municipal de Saúde (CMSL) e a Lei 4.897, de 17 de dezembro de 1991 (LONDRINA, 1991a), instituiu o Fundo Municipal de Saúde.

Entre seus objetivos, constavam:

- I- Atuar na formação da estratégia e no controle da Política Municipal de Saúde;
- II- Estabelecer diretrizes e elaborar o Plano Global de Saúde para o Município, em função do perfil epidemiológico, social, ecológico, ambiental e da organização dos serviços adequados às características de referência macro-regional e
- III- Elaborar cronograma de transferência de recursos oriundos do Fundo Municipal de Saúde, aos prestadores que compõem o Sistema Único de Saúde do Município.

A composição inicial contemplava doze representantes de usuários e doze dos demais segmentos (cinco representantes dos trabalhadores, dois representantes dos gestores públicos e cinco representantes de entidades prestadoras de serviços de saúde contratadas ou conveniadas com o SUS)⁴⁰.

A instituição do CMSL foi um importante passo no processo de municipalização e de regulamentação da participação da comunidade no controle social da saúde. Entretanto, comparativamente a outros estados e cidades, Londrina estava atrasada no processo de municipalização, devido à resistência de setores políticos conservadores em gestões anteriores (SILVA, 1996).

No entanto, no mesmo ano de criação do Conselho, em 1991, foi aprovado um Projeto no Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde)

⁴⁰ Com relação à composição do CMSL, no ano 2001, houve ampliação para 24 conselheiros titulares, o dobro da composição inicial, após a aprovação da Lei 8.445, de 04/07/2001. Em 2003 foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde a Resolução 333/2003, posteriormente substituída pela Resolução 453, de 10 de maio de 2012 (CNS, 2012), que fez alterações na composição dos conselhos, visando contemplar entidades que não se faziam representar. Em Londrina, foi aprovada a Lei 11.852 de 10 de junho de 2013, com ampliação da composição de doze para quatorze conselheiros no segmento dos usuários e, seguindo a paridade, houve ampliação nos demais segmentos.

denominado PROUNI, patrocinado pela Fundação Kellogg⁴¹, com incentivo tanto na implantação dos novos modelos de atenção à saúde, como na participação popular na saúde conforme expõe o coordenador do projeto:

Com uma doação de U\$ 2,1 milhões e durante oito anos, os cursos da área de saúde da UEL, a Secretaria Municipal de Saúde e organizações comunitárias da região sul da cidade realizaram um intenso trabalho orientado ao desenho, implantação e desenvolvimento de novos modelos acadêmicos, de novos modelos de atenção e participação voltada ao desenvolvimento da cidadania (ALMEIDA, 2013, p. 149).

O desenvolvimento desse Projeto contribuiu especialmente no processo de municipalização de Londrina, ocorrido em 1993. Silva (1999) destaca que o Projeto UNI, ao longo de oito anos, causou impacto positivo nas organizações comunitárias, ampliando os espaços de luta, sobretudo dentro do Sistema Único de Saúde.

Foi decisivo, também, na criação dos Conselhos Regionais de Saúde no município. O primeiro deles foi o Conselho de Saúde da Região Sul (Consul), seguido pelo Conselho Comunitário de Saúde e Assistência Social da Região Norte (Consalon), depois pelo Conselho Regional da Região Oeste (Consoeste) e pelo Conselho Regional da Região Leste (Consleste). Somente no ano de 2003 foi criado o Conselho Regional da Região Centro (Concentro).

Além desses espaços dos conselhos regionais, outra forma de participação da população ocorreu por área de abrangência de cada uma das 38 Unidades Básicas de Saúde do município, com a criação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) (LONDRINA, 2004).

Os Conselhos de Saúde, enquanto modalidade de organização popular, já haviam sido recomendados na 9ª Conferência Nacional de Saúde em 1992:

Deverão também ser formados Conselhos de Saúde em nível local, municipal, regional e estadual, composto de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços, que permitam a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde (BRASIL, 1992, p. 6).

A criação desses espaços de discussão possibilitou a aproximação da política de saúde com a comunidade, com discussões e proposição de ações por parte da comunidade

⁴¹ A WK. Kellogg Foundation, sediada nos EUA, havia patrocinado um projeto anterior no ano de 1974 com a UEL. Trata-se de uma organização que financia projetos na América Latina, especialmente na área da saúde. Já financiou projetos da USP, FIOCRUZ, UERJ e da UEL (ALMEIDA, 2013, p. 148).

local. “Essa ampliação legal da participação e do controle local da saúde foi um importante avanço implementado na gestão 1992/1996” (TOMAZZI, 1996, p. 36).

Os Conselhos Locais de Saúde espalharam-se pela cidade de Londrina e, no final da década de 1990, totalizavam 38, sendo a “única cidade do interior do Estado a possuir Conselhos Local de Saúde” (LOPES, 2000, p. 179). Esse reconhecimento do CMSL como uma instância participativa, tanto nas plenárias locais, como nas instâncias estaduais e nacionais do controle social, é destacado por Lopes (2000, p. 11):

Londrina, município situado ao Norte do Paraná, foi considerada em vários momentos, um exemplo nacional na área de saúde. Esta situação de evidência se deve às experiências pioneiras desenvolvidas nesse setor e à marcante participação da população em praticamente toda esta trajetória.

Diversos estudos constataam que, no período compreendido entre os anos 1990 a 2000, os Conselhos Locais de Saúde foram atuantes nas deliberações da política de saúde e no fortalecimento das Conferências Municipais de Saúde (LOPES, 2000; CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001; SILVA, 1999).

Essa organização e participação popular na área da saúde, impulsionada pelo projeto PROUNI, iniciada na Região Sul da Cidade de Londrina e ampliada para as demais regiões, levou à constituição do que Pierre Bourdieu (2011) denomina como *habitus*⁴² coletivo da participação popular em defesa da saúde pública. De acordo com Lopes (2000), entre meados da década de 1990 e os anos 2000, havia uma forte organização popular na área de saúde, com intensa participação da população, com mais de 180 conselheiros locais de saúde, além dos conselheiros regionais e municipais de saúde.

Conforme indicado na introdução desta tese, esta pesquisadora acompanhou as reuniões do CMSL em diversos momentos (foi conselheira do CMSL, representando a categoria de assistentes sociais, de 2006 a 2007 e, mesmo depois do término do mandato, continuou acompanhando sistematicamente as reuniões ordinárias). Isso permitiu identificar que, na década de 1990 até o ano de 2010, a população usuária advinda dos CLS, CRS e demais entidades se fazia presente nas plenárias do Conselho Municipal de Saúde e exercia forte pressão sobre as deliberações.

Nesse período em que estive como conselheira, e também posteriormente, a pesquisadora identificava atitudes de agressividade e de certa coerção por parte de dois

⁴² Este conceito é utilizado por Bourdieu (2011), indicando um conhecimento prático. São disposições tanto individuais como coletivas à ação, neste caso a participação. Será desenvolvido com maior profundidade no capítulo três.

conselheiros (um representante de usuários e um dos trabalhadores), que dominavam as discussões e interferiam na condução do processo das reuniões, cujas repercussões serão apontadas mais adiante. Pode estar aí o início do interesse em estudar o Conselho como campo relacional de disputas.

Almeida (2013) retrata a percepção de dificuldades entre 2004 e 2008 relacionadas à gestão municipal de saúde, devido ao descompromisso dos técnicos e dirigentes com o trabalho em rede, e perda progressiva da qualidade do trabalho e na instância do CMSL: “Ao mesmo tempo, uma ausência de combate a posições políticas corporativas e adeptas do fisiologismo/clientelismo que se desenvolviam e se cristalizavam nos Conselhos de Saúde e nas Conferências Municipais de Saúde” (ALMEIDA, 2013, p. 156).

Além disso, a Secretaria Municipal de Saúde, desde 2008, deparava-se com entraves burocráticos e centralidade dos processos licitatórios na Secretaria de Gestão Pública da Prefeitura Municipal de Londrina (SGP), ocasionando atrasos na aquisição de medicamentos, insumos, equipamentos, reformas nas instalações físicas da rede de serviços e descontinuidade de programas, com frequentes prejuízos à população.

A exemplo de outros locais, a gestão pública do SUS em Londrina tem evidenciado uma série de problemas referentes à baixa resolubilidade na atenção básica, baixo financiamento dos governos estadual e federal, dificuldades na gerência das unidades assistenciais, que compreendem ambulatórios e hospitais, fatores relativos à baixa qualidade dos serviços prestados aos usuários do sistema, terceirizações e escândalos envolvendo desvio de recursos públicos da saúde, como se poderá observar no próximo item.

Quanto à participação social da população no acompanhamento das reuniões do Conselho, foi constatada, a partir do ano de 2012, uma diminuição considerável de pessoas nas plenárias, fato corroborado por quase todos os entrevistados e que será evidenciado nos capítulos quatro e cinco.

As repercussões dessa diminuição da participação social da sociedade londrinense nas discussões da política de saúde reduzem o poder de pressão, especialmente, dos usuários na defesa de seus direitos. Apontada por alguns como “desinteresse”, essa diminuição de participação pode conter razões mais profundas, como aquelas relacionadas às questões culturais, políticas, econômicas do país, que impactam diretamente na política de saúde e na vida da população, como se viu na discussão da política de saúde brasileira.

Além disso, o controle social é fundamentalmente influenciando por decisões políticas e econômicas dos governos na esfera correspondente, nesse caso, a municipal. Sobre esse aspecto, será destacada a gestão municipal de Londrina no período de 2009 a 2012, uma

gestão considerada emblemática, que influenciou negativamente na instância democrática de controle social da política de saúde local.

2.2.3 As Implicações da Gestão Municipal 2009-2012 na Saúde

Após as eleições municipais ocorridas no ano de 2008, para o mandato de 2009 a 2012, o então prefeito eleito foi impedido pela Justiça de tomar posse por não possuir “Ficha Limpa”⁴³. O mandato denominado “tampão”, por ser temporário, foi assumido pelo Presidente da Câmara de Vereadores e teve duração de quatro meses, de 09/01/2009 a 03/05/2009. Nesse período a maioria do secretariado era composta de técnicos das áreas correspondentes, pertencentes ao quadro de carreira da prefeitura.

Após uma nova eleição, denominada “terceiro turno”, foi eleito como prefeito Homero Barbosa Neto, que assumiu o cargo no dia 4 de maio de 2009. Durante sua gestão, a política de saúde municipal foi alvo de várias tentativas de privatização dos serviços, além de várias alternâncias no cargo de gestor municipal da Secretaria de Saúde.

No dia 10 de maio de 2011 (dois anos depois da posse do Prefeito Barbosa Neto), foi deflagrada a “Operação Antissepsia” pelo Grupo de Atuação Especial de Combate a Organizações Criminosas (GAECO) a partir de denúncias de pagamento de propina a agentes públicos. Foram constatados desvios de mais de R\$ 300 milhões de verbas do governo federal repassadas para o Centro Integrado de Apoio Profissional – CIAP, uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) conveniada desde 2007 pelo município para contratar trabalhadores terceirizados para diversos serviços da área da saúde (PARANÁ, 2011).

Foram cumpridos 15 mandados de prisão de pessoas que estariam envolvidas na prática de crimes de corrupção, desvio de verba pública e formação de quadrilha. Entre eles, estavam dois conselheiros municipais de saúde de Londrina, conforme citado no Relatório Final da Comissão Especial de Inquérito (CEI Saúde), elaborado pela Câmara Municipal de Vereadores de Londrina:

[...] comprovada a participação de conselheiros municipais da saúde e da cúpula gestora do Poder Executivo Municipal, bem como intermediários novos e outros bem conhecidos. [...] e evidenciada a atuação ilícita de

⁴³ Refere-se à Lei Complementar nº 135/2010 (que alterou a Lei Complementar nº-64, de 18 de maio de 1990) criada por meio de iniciativa popular com o intuito de combater a corrupção eleitoral e proteger a probidade administrativa e a moralidade no exercício do mandato.

conselheiros e a facilidade no convencimento de membros para uma tomada de decisão pelo Conselho (LONDRINA, 2011, p. 32).

Nesse contexto, o Conselho Municipal de Saúde passou a ser alvo de questionamentos, tanto da mídia como da sociedade em geral em relação à sua interferência na gestão dos recursos públicos e à contribuição que, de fato, esse espaço de controle social estava trazendo para a política de saúde. O distanciamento entre o papel ideal e o real da dimensão política do espaço público no processo de gestão do CMSL mostrou as contradições existentes, os interesses de alguns conselheiros em valer-se desse lugar para fins patrimonialistas e manchou a imagem do Conselho.

Mesmo com a situação agravada devido ao rompimento do contrato com o CIAP, o governo municipal continuou insistindo nesse modelo privatizante na gestão da política de saúde:

Para enfrentar a crise gerada pelo rompimento do contrato com esta OSCIP, novamente uma manobra política repassou à iniciativa privada – Institutos Gálatas e Atlântico - os serviços que estavam sendo prestados pelo CIAP: ESF; SAMU; SID e Sistema de Atendimento as Especialidades Médicas. Com o argumento de minimizar os impactos desta precarização e da crise na vida política do município, a Prefeitura lançou um pacote de medidas emergenciais – contando principalmente com a participação do setor privado – que se mostrou totalmente ineficaz (CAMPANUCCI, 2013, p. 90).

Como reação à generalização do envolvimento do Conselho nesse escândalo de corrupção, um dos integrantes do CMSL, representante da Associação Médica de Londrina, em entrevista a um canal de TV e à imprensa escrita local, disse que o Secretário de Saúde teria pedido que os conselheiros aprovassem a escolha dos dois institutos: Gálatas e Atlântico: “O secretário Agajan Der Bedrossian, juntamente com os dois conselheiros que estão presos, nos chamaram para uma audiência às pressas para que fossem escolhidas essas duas empresas [...]” (COSTA, 2011).

Fazendo jus ao histórico envolvimento da cidade no Movimento de Reforma Sanitária e resgatando a importância da participação popular para além dos espaços institucionais, cabe registrar, que no ano de 2010 já havia sido criado o Fórum Popular em Defesa da Saúde Pública de Londrina e Região, um movimento social organizado em defesa do SUS, como mais uma instância de articulação da sociedade civil na cidade de Londrina-PR⁴⁴. Esse Fórum tem como objetivo a luta a favor da melhoria da qualidade da prestação de

⁴⁴ Esse Fórum está articulado à Frente Nacional Contra Privatização da Saúde, composta por diversos Fóruns estaduais e municipais. Desde 2010, luta por um SUS 100% público, estatal e de qualidade (FRENTE NACIONAL CONTRA PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2016).

serviço público de saúde e contra as privatizações, terceirizações, OSs (Organizações Sociais), OSCIPs e Fundações, visando à ampliação da participação popular em defesa do SUS constitucional .

O Fórum Popular em Defesa da Saúde Pública de Londrina e Região, juntamente com conselhos locais de saúde da região oeste, lideranças da Igreja Católica e demais organizações populares e sindicais, no ano de 2011, liderou o movimento de enfrentamento da política privatizante da saúde proposta pelo executivo e legislativo local.

De acordo com o Boletim Informativo do Fórum Popular/Edição Especial publicado em maio/2011,

O Fórum Popular em Defesa da Saúde Pública de Londrina e Região foi contrário à contratação de uma nova empresa para a saúde depois dos desvios de milhões da OSCIP CIAP. Comparecemos ao Conselho Municipal de Saúde com cartazes e panfletos denunciando o problema que a privatização causa à saúde pública. Quase todos os conselheiros defenderam a contratação das empresas envolvidas no recente escândalo, a Gálatas e a Atlântico, dentre eles os que foram presos pelo GAECO, Marcos Ratto e Joel Tadeu (FORUM POPULAR DE SAÚDE DE LONDRINA, 2011).

Tais episódios trouxeram à tona o papel do Conselho Municipal de Saúde, a fragilidade do controle social, que, embora seja fruto de conquistas sociais, tem se tornado, por vezes, espaço de cooptação de lideranças populares e de corrupção. Evidenciou-se, nessa prática, que dois conselheiros se apropriaram do cargo de interesse público que ocupavam como uma “propriedade privada”, para terem vantagem financeira pessoal, em detrimento dos interesses da coletividade. Tais práticas decorrem, dentre outros motivos, da cultura política tradicional com traços de patrimonialismo (WEBER, 1944), presentes na sociedade, e que também se expressaram na esfera do Conselho.

Diante desse fato, foi aberta na Câmara de Vereadores uma Comissão Especial de Inquérito (CEI Saúde), a qual apontou o envolvimento do Executivo no esquema de pagamento de propina. Mesmo assim, a oposição não teve força política e votos suficientes para cassar o mandato do prefeito.

Em abril de 2012, o prefeito enfrentou a quarta CEI, instaurada após denúncias de que seguranças terceirizados pela prefeitura trabalhavam na rádio de propriedade do prefeito e eram pagos com dinheiro da prefeitura. Dessa vez, foi aberta também uma Comissão Processante (CP) pelos vereadores, por entenderem que havia provas de que o prefeito cometera uma infração político-administrativa por malversação das verbas municipais. Por essa acusação, o prefeito teve o seu mandato cassado na noite do dia 30 de julho de 2012 (SANTA; SILVEIRA; CALSAVARA, 2012).

Com a cassação desse prefeito, assumiu o cargo o vice-prefeito, apresentando um discurso de austeridade e determinado a cumprir o resto do mandato. Teve uma permanência muito breve no cargo: apenas um mês, de agosto a setembro de 2012. Nesse período vieram à tona denúncias de que ele teria recebido propina e isso o fez pedir afastamento do cargo para evitar também um processo de cassação e tornar-se impedido de concorrer a novos pleitos eleitorais. Em setembro de 2012, faltando três meses para o término do mandato, assumiu como novo prefeito o então presidente da Câmara Municipal de Londrina, que permaneceu no cargo até o final do mandato, 31 de dezembro de 2012.

Vê-se que essa gestão municipal (2009-2012) foi marcada pela corrupção, que comprometeu o desenvolvimento das ações e serviços de saúde. Conseqüentemente ocorreu a descontinuidade das ações de vigilância epidemiológica e na atenção básica, devido à suspensão da contratação de agentes de endemias e agentes comunitários de saúde, além da equipe do SAMU, cujo vínculo empregatício era com os Institutos Atlântico e Gálatas, envolvidos no escândalo de corrupção da saúde.

Somente nesse período de quatro anos (2009-2012) houve seis trocas de comando na secretaria municipal de saúde. Esse impacto negativo foi relatado por Brizola (2010, p. 58) ao referir que as “sucessivas trocas dos titulares da gestão local do SUS” ocasionaram interrupção nos contratos existentes, o que pode ser um indicativo de piora da atenção à saúde também no nível secundário e terciário.

Pelo que foi exposto sucintamente, nota-se que a corrupção na referida gestão municipal e dentro do próprio CMSL incidiu negativamente na política de saúde e no controle social. A credibilidade tanto das ações do Estado, nesse caso representado pelo gestor municipal, como do próprio Conselho, que tem como uma das funções a fiscalização das ações do Estado, ficou comprometida.

2.2.4 A Gestão Municipal de Saúde em Londrina de 2013 até 2015

A atual gestão municipal (2013-2016) é conduzida pelo prefeito Alexandre Lopes Kireeff, que nunca havia concorrido ou assumido nenhum cargo político anterior. Com perfil técnico e com discurso de austeridade e competência, tem buscado romper com essa imagem negativa. Desde a campanha eleitoral, e ao assumir o mandato em janeiro de 2013, por meio da imprensa escrita e falada, tem se manifestado contrário à corrupção.

Além do combate à corrupção, seu governo apresenta como marca da gestão a escolha do secretariado com perfil preferencialmente técnico, em detrimento do político,

como ele mesmo expõe: “Alguns têm alguma experiência política, em que pesa ter formação técnica, mas a maioria jamais ocupou cargo público. Temos bons resultados” (ALVES, 2015). Nesse quesito, a escolha dos três secretários de saúde (dois que já passaram pela pasta) até o momento considerou também uma maior experiência técnica. O primeiro deles havia sido gestor do Hospital Universitário; o segundo foi gestor de um pronto atendimento infantil municipal e o terceiro (e atual) secretário traz a experiência de secretário de saúde em outra cidade e já foi secretário estadual de saúde e deputado estadual.

Essa visão de administrador e empreendedor tem sido reforçada nas ações desenvolvidas nos três anos do mandato do atual prefeito. No ano de 2014, uma das medidas anunciadas por esse governo, no tocante ao controle social, foi a junção de dois conselhos de direitos: o Conselho de Direitos Humanos com o Conselho de Direitos da Mulher, sob a justificativa de “redução de gastos”, o que pode reduzir a capacidade de luta por direitos em ambas as políticas.

Quanto ao controle social da saúde, no período da pesquisa, não se identificou participação direta do chefe do executivo municipal no CMSL ou na 12ª Conferência Municipal de Saúde realizada no ano de 2015. A função de representação tem sido delegada aos respectivos secretários municipais de saúde.

Na área da saúde, a gestão municipal desse governo tem adotado diretrizes no sentido de reorganizar os serviços de saúde, especialmente na atenção básica. Uma delas foi a contratação por meio de concurso público de 201 profissionais de saúde (LONDRINA, 2015). Essa opção de gestão tende a diminuir as terceirizações na política de saúde, uma vez que pode propiciar a continuidade do trabalho, e a permanência do profissional no território favorece o conhecimento da população atendida.

Recentemente, em abril de 2016, o gestor municipal de saúde anunciou as seguintes medidas adotadas na atual administração municipal: organização da assistência, recomposição do quadro de servidores públicos, reforma e ampliação de mais duas Unidades Básicas de Saúde, totalizando 54 UBS, aquisição de equipamentos tanto para atenção básica, como no atendimento de urgência e emergência, dentre outras (SARIS, 2016).

Contudo, ainda faltam profissionais para atendimento nas UBSs, especialmente de médicos que, mesmo aprovados em concursos, pelos baixos salários comparados ao mercado de trabalho, acabam por não assumir o cargo. O Secretário de Saúde afirma: “Nosso déficit hoje fica entre 103 e 118 médicos” (SARIS, 2016). Esse obstáculo inviabiliza a recomposição das equipes da Estratégia Saúde da Família e a manutenção do número de profissionais necessários para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), acarretando longas filas para

atendimento da população.

A política pública de Londrina enfrenta, ainda, grandes desafios para a efetivação do SUS, pois há um expressivo aumento da demanda de usuários que buscam acesso aos diferentes níveis de atenção à saúde. Na rede assistencial, as pessoas não têm tido acesso ao atendimento por inúmeros fatores: na atenção básica, por falta de profissionais, insumos e equipamentos; na média complexidade, pela morosidade para a consulta de especialidades e cirurgias eletivas; e na alta complexidade, pela falta de leitos de UTI, superlotação em prontos-socorros e nos hospitais.

Atualmente, a cidade de Londrina tem uma população estimada em 548.249 habitantes (IBGE, 2015) e depara-se com o sucateamento do sistema de saúde público, contribuindo com a desconstrução do direito à saúde. Os baixos investimentos das instâncias superiores, como a estadual e a federal, têm feito com que o governo municipal destine um percentual bem acima do que é preconizado na legislação, que é de 15% do orçamento. De acordo com dados constantes no SIOPS (BRASIL, 2015), o município de Londrina aplicou, com recursos próprios, em ações e serviços públicos de saúde, no ano de 2015, R\$ 206.266.583,21, valor que corresponde a 25,67 %, da receita vinculada à saúde, bem acima do mínimo legal que era de R\$ 106.310.077,14.

No ano de 2015 foram empenhadas despesas com Ações e Serviços de Saúde no valor, consideradas todas as fontes, R\$ 471.265.748,23 (BRASIL, 2015). Esse é um montante expressivo, embora insuficiente, devido ao fato de o município, na área de saúde, acumular um déficit mensal acima de 3 milhões de reais (LONDRINA, 2015). São quase 500 milhões de reais por ano, empenhados no pagamento das diferentes ações, desde as mais simples, como vacinação, vigilância em saúde, consultas, até as mais complexas, que envolvem a alta complexidade, como internações em UTI, transplantes de órgãos, dentre outras.

Ao apresentar esses dados, busca-se problematizar a importância que o CMSL desempenha como instância propositiva, deliberativa, fiscalizadora, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros da política de saúde⁴⁵.

Ao trazer neste capítulo a organização do sistema de saúde municipal de Londrina, desde 1970 até os dias atuais, ficou evidenciado que lideranças da Universidade Estadual de Londrina e de outras organizações desta cidade exercem um importante papel no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Porém, nesse percurso, houve vários obstáculos, sobretudo de natureza política, cujo principal destaque negativo foi a cassação de dois prefeitos, em

⁴⁵ A atuação dos conselheiros municipais de saúde deste município será abordada nos Capítulos 4 e 5 deste trabalho.

menos de 15 anos, o que impactou a história da cidade de Londrina.

Quanto à participação popular na política de saúde, verificou-se que teve, em suas bases, o modelo de Atenção Primária à Saúde e seguiu as diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira. Impulsionados no decorrer do projeto UNI, lideranças de bairros, especialmente da Região Sul de Londrina, destacaram-se na criação do Conselho Municipal de Saúde e na organização dos Conselhos Regionais e nos Conselhos Locais de Saúde de Londrina, que contribuíram no fortalecimento da participação da população. Algumas experiências de lideranças obtiveram projeção estadual, nacional e até internacional, alcançando o reconhecimento do controle social nesses níveis.

O CMSL, nesses 25 anos de existência, contou com a presença de conselheiros que, em sua maioria, exerceram o mandato calcados nos princípios defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que foram inscritos no Sistema Único de Saúde e em regulamentações posteriores. Porém, a prisão de dois conselheiros de saúde em 2011, por corrupção, marcou negativamente a história do CMSL e criou uma clivagem entre o antes e o depois nesse conselho, porque a crise mostrou uma questão ética que talvez nunca os conselheiros tivessem enfrentado com um peso tão grande.

Conforme já apontado na introdução desta tese, o caminho teórico a ser percorrido neste estudo pretende olhar o objeto de análise sob outra perspectiva. Busca-se apreender a objetividade e a subjetividade que envolvem a questão por entender que as análises estruturais não esgotam as relações que ocorrem em instâncias mais específicas como o CMSL. Desse modo, a opção foi utilizar as formulações teóricas de Pierre Bourdieu como complemento às abordagens até o momento feitas sobre o controle social, tema do próximo capítulo.

CAPÍTULO 3

A SOCIOLOGIA DE BOURDIEU COMO SUBSÍDIO À DISCUSSÃO DO CAMPO DA SAÚDE

A abordagem do controle social será ancorada no conhecimento praxeológico de Pierre Bourdieu. O objetivo deste capítulo é compreender os pressupostos teórico-metodológicos que constituem a teoria bourdieusiana para a formulação do arcabouço teórico-conceitual de análise, abordando as principais formulações do autor, que dará ênfase à três formulações: campo, *habitus* e capitais. Para tanto, o capítulo será subdividido em três itens. O primeiro versará sobre o campo e o poder simbólico, o segundo abordará o *habitus*, como um conceito relacional, e o terceiro item trará as concepções teóricas de capitais.

Pierre Bourdieu (1930-2002), pensador francês vinculado a sociologia, filosofia e educação, realizou inúmeras pesquisas empíricas e desenvolveu extensa obra ao longo das décadas de 1960 a 2000, contribuindo, significativamente, para a formação do pensamento sociológico do século XX. Entre suas discussões, merece destaque a releitura de Marx, Durkheim e Weber, construindo sua própria teoria a partir da reformulação de um conjunto de conceitos desses teóricos clássicos (MONTAGNER, 2008). Ademais manteve sempre uma postura crítica, própria de um intelectual com posicionamento político, especialmente contra o neoliberalismo (BURAWOY, 2010).

Bourdieu retira do epicentro das análises sobre a sociedade os elementos macro-estruturais, que são fundamentais no método em Marx, e centraliza a discussão na relação indivíduo/agente e sociedade, na tarefa de desvendar os mecanismos da reprodução social que legitimam as diversas formas de dominação (BURAWOY, 2010, p. 16). Em geral, no Serviço Social, tanto os estudos realizados por Bourdieu quanto sua teoria ainda são pouco explorados. Entretanto, o sociólogo, já nos anos 1980, evidenciava nos seus livros *A Miséria do Mundo* (BOURDIEU, 1997) e *Contrafogos* (BOURDIEU, 1998) interesse pelo trabalho dos assistentes sociais, analisando de modo crítico as contradições presentes nas ações desses profissionais que, segundo ele, lutavam pela defesa dos interesses dos excluídos.

“No conjunto de suas obras, o autor sempre buscou o questionamento das desigualdades sociais, das leis de reprodução social e dos desequilíbrios obscurecidos pelos fundamentos ocultos de dominação” (MARCHI; SOUZA, 2012, p. 45).

No livro *Contrafogos*, Bourdieu aborda o sofrimento social vivido pelos profissionais que atuam nas contradições do mundo social, [...] “Os chamados trabalhadores sociais: assistentes sociais, educadores, magistrados, docentes e professores primários” constituem o

que ele intitula como “a mão esquerda do Estado”, mal compreendidos pelos governos neoliberais que os denominam agentes públicos “gastadores”⁴⁶, defensores das lutas sociais do passado, opositores da “mão direita do Estado”, esta a serviço do neoliberalismo e a formada pelos “[...] burocratas dos ministérios das Finanças, dos bancos públicos ou privados e dos gabinetes ministeriais [...]” (BOURDIEU, 1998, p. 9-10).

Quando se aproxima de Bourdieu, depara-se com seu método que é também teoria, hoje conhecido no meio intelectual por *conhecimento praxeológico*. Por praxeologia bourdieuseana pode-se entender um tipo de atitude intelectual cujo objetivo é superar – e ao mesmo tempo conservar – o objetivismo metodológico, o que a afasta do pensamento fenomenológico.

[...] não só o sistema das relações objetivas que o mundo de conhecimento objetivista constrói, mas também as relações dialéticas entre essas estruturas objetivistas e as disposições estruturadas nas quais elas se atualizam e que tendem a reproduzi-las, ou seja, o duplo processo de interiorização da exterioridade e exteriorização da interioridade; esse conhecimento supõe uma ruptura com o modo de conhecimento objetivista, ou seja, uma interrogação sobre as condições de possibilidade e sobre os limites do ponto de vista objetivo e objetivante que apreende as práticas do exterior, como um fato consumado, em vez de construir o seu princípio gerador, situando-se no próprio movimento de sua efetuação (BOURDIEU, 2000, p. 235).

Esse processo faz entender a praxeologia como uma teoria relacional compreendida a partir de condições materiais e sociais de existência em que as práticas ocorrem envolvendo os agentes nesse duplo movimento de interiorização e exteriorização. Desse modo, estar-se-ia diante de uma teoria voltada para a prática que se realiza orientada num determinado campo (MIRALDI, 2015).

A praxeologia, como modo de conhecimento, significa “reconstruir o sistema socialmente constituído de estruturas inseparavelmente cognitivas e avaliativas que organizam a percepção do mundo em conformidade com as estruturas objetivas de um estado determinado do mundo social” (BOURDIEU, 2011, p. 156).

A teoria e método presentes no pensamento de Bourdieu, no que se refere à relação indivíduo/agente e sociedade, situam-se a meio caminho de Durkheim e Weber uma vez que a ação para Bourdieu não é mera execução, mas núcleo de significação do mundo. A sociedade não existe como totalidade, mas como intersubjetividade que tem origem na ação primeira do sujeito (o agente), sendo também possível de ser apreendida na sua objetividade, uma vez que

⁴⁶Bourdieu faz uma crítica à concepção que os governos neoliberais possuem dos profissionais defensores de políticas sociais que representam gastos para o governo.

existem relações objetivas que estruturam as práticas individuais. Situava-se - como se costumava dizer - no lugar geométrico entre Marx, Durkheim e Weber (PEREIRA, 2011).

No entendimento de Miceli (1974), o fato de Bourdieu buscar compatibilizar suas formulações às contribuições de Marx, Weber e Durkheim, num esforço de avançar na perspectiva de evidenciar a produção simbólica, pode levar alguns pensadores a qualificar, erroneamente, o projeto de Bourdieu como ‘eclético’, ‘pluralista’, ‘sincrético’ ou até mesmo ‘bricolage’, Miceli (1974), porém, afirma que essa é:

[...] uma concepção teórica capaz de revelar as condições materiais e institucionais que presidem à criação e à transformação de aparelhos de produção simbólica cujos bens deixam de ser vistos como meros instrumentos de comunicação e/ou de conhecimento (MICELI, 1974, p. xii).

Embora não exista no pensamento de Bourdieu “um mundo objetivo” no sentido de Marx, o sociólogo francês elabora uma verdadeira economia das trocas simbólicas, introduzindo na sua teoria a noção de relações de poder (simbólico) que reproduz a distribuição desigual de poderes da sociedade de classes. Em sua obra *A Economia das Trocas Simbólicas* (BOURDIEU, 1974), percebe-se como ele, utilizando várias categorias marxistas, como troca, capitais, agentes, empresários, consumidores etc., aborda processos que não são apenas relacionados à infraestrutura da sociedade, mas ao plano do simbólico. Desse modo, formula as noções de capital cultural, empresários e agentes da cultura, detenção e apropriação de capitais de outras naturezas que não apenas o econômico. Assim, permite a compreensão de um campo, onde agentes, ocupando posições pré-fixadas, travam uma luta concorrencial em torno de interesses específicos que caracterizam a área em questão.

Miceli (1974) aponta uma virtude na epistemologia bourdieuseana, cuja proposta metodológica não resvala no erro de discutir o objetivismo e o subjetivismo das diferentes formas de apreensão e concepção do mundo como se fossem polares e antagônicos. Existe um ponto central em sua abordagem, a articulação dialética⁴⁷, uma relação entre o agente social e a estrutura social, processo fundamental para o conhecimento praxeológico:

⁴⁷ A relação dialética, presente no pensamento de Bourdieu, difere da dialética marxista, pois, enquanto em Marx se dá entre classes sociais e modos de produção, gerando transformações, em Bourdieu se dá entre agente e estrutura social, sendo o conceito que explica esse processo que a um só tempo estrutura e é estruturante.

[...] Bourdieu procura reconduzir o estudo dos sistemas simbólicos às suas bases propriamente sociais, ou melhor, as práticas com que os agentes afirmam seu código (matriz) comum de significações presentes nos objetos, instrumentos e agentes mítica e ritualmente qualificados [...] (MICELI, 1974, p. li).

Ao tratar do método e do ofício do sociólogo, Bourdieu defende uma atitude frente ao objeto de pesquisa por ele denominada de *vigilância epistemológica*, isto é, uma predisposição de submeter as operações da prática de pesquisa à polêmica da razão epistemológica, ou seja, que encontre no erro os mecanismos que engendrem os meios de superá-lo. Daí a necessidade, segundo o autor, de repensar conceitos, técnicas e procedimentos, pois, para ele, o método não pode ser separado do processo de pesquisa, uma vez que não há como dissociar método de prática e de teoria.

Desse modo, a epistemologia, à qual se refere, não se confunde com metodologia abstrata, pois considera as condições sociais nas quais são produzidas as obras de conhecimento, cabendo à sociologia (do conhecimento) respaldar a vigilância epistemológica.

O que Bourdieu sugere em seu livro *O Ofício de Sociólogo* (BOURDIEU; CHAMBOREDON; PASSERON, 2005) é uma revisão sobre uma ciência em vias de se fazer, pois não há como prever *a priori* as condições de um pensamento autenticamente científico. Fazer ciência é

[...] o esforço dispensado para saber o que faz o cientista, quer ele saiba ou não o que faz, não é somente uma indagação sobre a eficácia do rigor formal das teorias e métodos disponíveis. Um questionamento dos métodos e teorias em sua própria utilização para determinar o que fazem aos objetos e os objetos o que fazem (BOURDIEU; CHAMBOREDON; PASSERON, 2005, p. 21).

De acordo com Catani (2011a, p. 25),

Muitos de seus estudos trazem análise e explicitações rigorosas das dimensões metodológicas, encerrando em si, praticamente, uma “pedagogia da pesquisa”. Acrescenta ainda que Bourdieu em diferentes momentos explicita a expectativa de subsidiar pesquisas para “uma compreensão rigorosa do mundo, entendida como um dos instrumentos mais poderosos com que contamos” [...].

Bourdieu discorre sobre conceitos centrais acerca da sociedade e das ideias, cujo objetivo não é simplesmente criticar aparências, mas revelar e desvelar aquilo que não se quer saber ou que não se quer que se saiba. Coisas que, de alguma forma, as pessoas sabem, mas

que estão situadas num nível de profundidade onde não são procuradas, permanecendo ocultas, implícitas, portanto na esfera do inconsciente. Assim, a ação prática consiste em explicitá-las, tanto em sua dimensão individual, como coletiva.

Louic Wacquant (2002) aborda a importância da difusão da obra do processo de criação e das várias ligações internas das investigações da metodologia de Bourdieu para a pesquisa empírica e aponta

Se o modo de argumentar de Bourdieu é como uma teia, com ramificações, se seus **conceitos chave são relacionais** (*habitus*, **campo e capital** são todos constituídos de “feixes” de laços sociais [...] e funcionam muito mais eficazmente uns em relação aos outros), é porque o universo social é constituído dessa maneira (WACQUANT, 2002, p. 102, grifo nosso).

Nesse sentido, essa perspectiva oferecida pelo teórico propiciou abordar o objeto deste estudo como algo que se encontra em uma posição relativa no conjunto de outros objetos em uma determinada configuração social (LAHIRE, 2002). Assim, os principais conceitos do pensamento do autor utilizados para apropriação dos fenômenos empíricos sobre os quais esta tese se debruça foram: campo, *habitus* e capitais (BOURDIEU, 2012, p. 27).

Essas noções⁴⁸ possuem um papel central na teoria de Bourdieu (WACQUANT, 2007). Analisadas de forma inter-relacional e *disposicional*⁴⁹, elas possibilitaram, neste trabalho, desvelar e identificar como as posições ocupadas pelos agentes no campo são decisivas para suas práticas orientadas por um *habitus*. De posse de diferentes capitais, disputam recursos provenientes da política de saúde, concorrendo entre si, no âmbito de um processo de deliberação – mas que também se revela dominação –, instância privilegiada do controle social.

Para tanto, neste momento, será efetuada uma discussão sobre as noções de campo, *habitus* e capitais presentes na praxeologia bourdieusiana, para, em seguida, realizar uma análise da prática em questão, localizando as principais disposições duráveis formadoras de *habitus*, bem como algumas distinções que caracterizam os agentes e os capitais em jogo. No decorrer desta discussão teórica serão incluídos outros conceitos bourdieusianos e, à medida que se fizerem necessárias, para a elucidação do objeto de estudo.

⁴⁸Nas obras de Bourdieu aparecem os termos noção (BOURDIEU, 2011) e conceito (BOURDIEU, 2004b) como sinônimos para designar, campo e capitais, etc. Alguns autores que o interpretam designam dessa forma (WACQUANT, 2002; SETTON, 2002), outros acrescentam formulações (MICELI, 1974), ferramentas conceituais (PETERS, 2013). Este estudo utiliza tanto os termos conceito como noção.

⁴⁹ Bourdieu chama esta teoria de *disposicional* por considerar as relações que se estabelecem tanto através das potencialidades incorporadas nos agentes, como as estruturas das situações objetivas existentes nos campos sociais (BOURDIEU, 2012).

3.1 O CAMPO E O PODER SIMBÓLICO

O conceito de campo antecede os demais conceitos bourdieusiano e, segundo Renato Ortiz (1983), é um espaço onde se dá uma luta concorrencial entre agentes por interesses específicos, sendo possível caracterizar diferentes campos: científico, político, cultural, econômico etc.

Cada campo possui questões que estão em jogo, produzindo, *a priori*, um sentido para os agentes envolvidos e justificando o sentimento de pertença. Como exemplifica o próprio Bourdieu (2014), a diferença entre um jogo de xadrez e as relações existentes em um campo é que, no xadrez, as regras são preexistentes, formuladas, explícitas, conscientes, expressas e exteriores ao jogo, e são admitidas explicitamente pelos jogadores, enquanto, no campo, apenas uma pequena parte das regras é explícita. A maior parte é de regularidades implícitas: “[...] ignoradas quase o tempo todo pelos jogadores, dominadas no estado prático sem que os jogadores sejam capazes de levá-las a explicitação [...]” (BOURDIEU, 2014, p. 140).

Para o autor, o campo é um “espaço relativamente autônomo, esse microcosmo dotado de suas leis próprias” (BOURDIEU, 2004b, p. 20). Está incluído no macrocosmo social, ou seja, o Sistema Nacional de Saúde e o CMSL, aqui estudado, pode ser visto como um lócus do campo da saúde, no qual ocorre a participação social de representantes da sociedade no controle dessa política pública.

A saúde, enquanto um campo concorrencial de disputa por um direito fundamental sofre influências externas de outros campos: o econômico, o jurídico, o político etc. As opções e decisões econômicas do governo central da contrarreforma do Estado brasileiro, influenciada pelo neoliberalismo (SOARES, 2005), exemplificam o impacto negativo nas políticas sociais, entre elas a de saúde.

Misoczky (2002), ancorada em Bourdieu, analisou as disputas ocorridas em torno das concepções de direito e descentralização na política de saúde. Esses dois eixos estruturantes da política nacional – a saúde como um direito e a descentralização do processo de gestão – evidenciados por Misoczky (2002) serviram de guia para apontar que os avanços e retrocessos do processo de descentralização no município afetaram diretamente os conselhos. Portanto, as decisões macro (de caráter nacional) interferem no nível municipal.

Desse modo, o Conselho possui uma autonomia relativa, e as disputas que nele ocorrem têm uma lógica interna, mas são influenciadas pelas disputas externas a ele, bem como às referentes à estrutura social (LAHIRE, 2002).

As disputas se dão em torno da apropriação de um capital específico, o qual é desigualmente distribuído na estrutura do campo e definido pela relação de força histórica entre os agentes ou instituições. Entretanto os agentes têm em comum o interesse em que o campo exista, portanto, mantêm uma “cumplicidade objetiva” para além das lutas que os opõem, interesse que Bourdieu denomina *illusio* (BOURDIEU, 1979). A *illusio* é relativa à ilusão, são as crenças compartilhadas em um campo.

Ao pertencer ao campo, eles possuem a *doxa*, aquilo sobre o que todos os agentes estão de acordo. A *doxa* contempla os sistemas de classificação, aquilo que é admitido como natural, como “sendo assim mesmo”, o que é interessante ou não, o que é demandado ou não (BOURDIEU, 1984, p. 82). Os agentes, ao integrar esse campo de poder, deparam-se tanto com as estruturas objetivas (condições, regras, funcionamento), como com as estrutura subjetivas (decorrentes das relações, das disputas em torno dessas estruturas).

Veja a seguir um exemplo de *doxa* ligado à área de saúde. De um lado existem intelectuais do campo acadêmico que abordam o Sistema Único de Saúde, a política de saúde e possuem o domínio do discurso intelectual. De outro lado, grande parte dos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde sabem muitas coisas da política de saúde, “[...] mas em certo sentido, não sabem, porque lhes falta o instrumento para apreender isso, para falar disso” (BOURDIEU; EAGLETON, 1996, p. 273). Portanto, esses agentes inseridos no espaço do CMSL possuem a *doxa*, a vivência no campo prático, que leva à apreensão do assunto e implica um conhecimento, um conhecimento prático (BOURDIEU; EAGLETON, 1996).

Um campo é um espaço estruturado de posições onde aqueles que as ocupam concorrem entre si; um jogo, onde agentes e instituições, tendo em comum o fato de possuírem quantidades de capitais específicos (econômico, político, cultural, social), enfrentam-se em estratégias destinadas a conservar ou a transformar essa relação de forças entre posições sociais e de dominação (BOURDIEU, 2004b).

Na perspectiva bourdieusiana, a dominação não decorre da forma direta da ação daqueles que dominam (a classe dominante), pois, embora sejam agentes investidos do poder de coerção, agem numa rede cruzada de ações dentro do campo, sendo, portanto, limitados pelos outros agentes (BOURDIEU, 2011).

Como o presente estudo se ocupa de uma área da política, que não é a dos partidos, mas voltada para o espaço de formulação e deliberação da política pública de saúde, cabe discutir dois tipos de campo conceituados por Bourdieu e que dizem respeito a este trabalho. O primeiro deles é a noção de campo político que envolve a política institucional, assim definido:

[...] o campo político é o lugar em que geram, na concorrência entre os agentes que nele se acham envolvidos, produtos políticos, problemas, programas, análise, comentários, conceitos, acontecimento, entre os quais os cidadãos comuns, reduzidos ao estatuto de “consumidores”, devem escolher, com probabilidades de mal entendido tanto maiores quanto mais afastados estão do lugar de produção (BOURDIEU, 2012, p. 164).

O segundo diz respeito ao campo de poder.

O campo do poder (que não deve ser confundido com o campo político) não é um campo como os outros: ele é o espaço de relações de forças entre os diferentes tipos de capital ou, mais precisamente, entre os agentes suficientemente providos de um dos diferentes tipos de capital para poderem dominar o campo correspondente e cujas lutas se intensificam sempre que o valor dos diferentes tipos de capital é posto em questão (BOURDIEU, 2011, p. 52)

Neste trabalho, o Conselho será abordado preferencialmente como campo de poder em virtude da comprovada exigência de diferentes capitais para que os agentes nele atuem. Contudo é também influenciado pelo campo político, pois, embora não faça parte de uma declarada disputa partidária, lida com produtos políticos, como programas, análises, conceitos, comentários etc, que caracterizam as políticas públicas.

No âmbito do Conselho, a disputa envolve o poder econômico e político, mas assume contornos de poder simbólico, definido por Bourdieu como “[...] esse poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem” (BOURDIEU, 2012, p. 7-8).

É um poder que difere da coerção ou uso da força física, pois, como o próprio autor diz, “[...] é poder quase mágico que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força (física ou econômica) graças ao efeito específico de mobilização, só se exerce se for reconhecido, quer dizer, ignorado como arbitrário” (BOURDIEU, 2012, p. 14).

Não se trata de um tipo de poder específico ou desvinculado dos demais, mas sim transmutado. “O poder simbólico, poder subordinado, é uma forma transformada, quer dizer, irreconhecível, transfigurada e legitimada das outras formas de poder [...]” (BOURDIEU, 2012, p. 15).

Tudo o que existe no empírico concreto é simbólico porque constrói a manifestação do real. As lutas são travadas com uma forte dosagem de inconsciência (BOURDIEU, 2012). A própria construção do controle social dá-se no campo do simbólico, contudo não é tarefa fácil construir, tampouco torná-lo manifesto. Para Bourdieu, essa dificuldade se dá porque os grupos que procuram construir e objetivar as posições que ocupam, geralmente, buscam

esconder essas hierarquizações de poder em função de sua posição no espaço social.

O poder simbólico não é percebido como imposição. Todo ato simbólico traduz uma determinada leitura do mundo entre muitas leituras possíveis. O espaço social é dominado pela imposição simbólica, pela qual ocorrem parâmetros de dominação, por meio de mecanismos de produção e reprodução que sempre existiram e vão existir (BOURDIEU, 2012). Para que esse tipo de poder se efetive, faz-se necessário o reconhecimento subjetivo da legitimidade das estruturas de dominação e da imposição simbólica. “Nesse acordo imediato e tácito (oposto em tudo a um contrato explícito) é que se apoia a relação de submissão *dóxica* que nos liga por todos os liames do inconsciente, à ordem estabelecida” (BOURDIEU, 2011, p. 118).

Trata-se de um poder que transforma vários tipos de capitais em capitais simbólicos, por meio de dissimulação, garantindo uma transubstanciação das relações de forças, como diz o autor, num processo de “ignorar-reconhecer a violência” [...] (BOURDIEU, 2012, p. 15).

Trabalhar com a noção desse campo específico, onde o que está em jogo é o poder simbólico, oferece a possibilidade de entender quem são os agentes que detêm e exercem esse tipo de poder e, sobretudo, a dominação. De um lado, os detentores de um conhecimento hegemônico acerca do funcionamento do campo, que são capazes de gerar produtos políticos, de outro, os que por não deterem o conhecimento específico, ficam muitas vezes à margem da disputa ou mesmo na posição de “consumidores”. Isso significa dizer que quanto menos capacitados ao jogo, quanto “mais desapossados de instrumentos materiais e culturais, necessários à participação ativa na política”, menor a probabilidade de representação efetiva.

Os agentes, nas relações de dominação, se valem dos discursos, falas e mensagens, bem como das normas regimentais como meios de disputa concorrencial em torno do poder e ao mesmo tempo legitimam o próprio campo. De certo modo essa estrutura afeta o controle social, uma vez que é hierarquizada entre dominantes e dominados.

Dado que os produtos oferecidos pelo campo político são instrumentos de percepção e de expressão do mundo social (ou, se assim se quiser, princípios de di-visão) a distribuição das opiniões numa população determinada depende do estado dos instrumentos de percepção e de expressão disponíveis e do acesso que os diferentes grupos têm a esses instrumentos (BOURDIEU, 2012, p. 164).

Para Bourdieu, não só o poder é algo transmutado, como também o Estado é visto como a transmutação da violência. Ele parte da ideia weberiana de que se trata de uma instituição que procura o monopólio do exercício legítimo da violência física, ampliando-a

para o nível do simbólico.

A exemplo de outros teóricos que partem da violência, como Weber, para definir o Estado, ou mesmo Marx para o estudo do poder político, Bourdieu também submete essa categoria a uma transfiguração, pois, quando a ela se refere, define-a como simbólica. “[...] a violência que elas encerram objetivamente (relações de forças), transformando-as assim em poder simbólico, capaz de produzir efeitos reais sem dispêndio aparente de energia” (BOURDIEU, 2012, p. 15).

É certo que Bourdieu, ao empreender esse movimento teórico, na realidade, está vinculando o Estado ao campo do poder por considerar importante pensar suas funções públicas e administrativas.

Se eu tivesse que dar uma definição provisória do que se chama ‘o Estado’, diria que o setor do campo do poder, que se pode chamar de ‘campo administrativo’ ou ‘campo da função pública’ esse setor em que se pensa particularmente quando se fala em Estado, sem outra precisão, define-se pela posse do monopólio da violência física e simbólica legítima (BOURDIEU, 2014, p. 30).

Entende-se que essa concepção de Bourdieu é bastante adequada ao estudo do Conselho Municipal de Saúde de Londrina (CMSL) e da política de saúde porque, como ele mesmo diz: “[...] fiz um acréscimo à definição famosa de Max Weber, que diz ser o Estado o ‘monopólio da violência legítima’ e que eu corrijo acrescentando: ‘monopólio da violência física e *simbólica* legítima’ [...]” (BOURDIEU, 2014, p. 30).

Do mesmo modo que Bourdieu, ao definir o Estado, se aproxima de Weber pela via do monopólio da violência, poder-se-ia, seguindo o seu movimento teórico – uma vez que o objeto deste estudo tem a ver com políticas públicas –, também ampliar a discussão para o processo de concentração dos recursos materiais e meios de gestão que se identificou na formação do Estado Moderno; um modelo de Estado cuja legitimidade se assenta na racionalidade e na competência, processo que permitiu às sociedades modernas passarem da dominação patrimonial para a racional. Todavia, a percepção que Bourdieu tem do Estado, de modo semelhante a Weber, não se confunde com a racionalidade da “ciência administrativa, isto é, o discurso que os agentes do Estado produzem a respeito do Estado, verdadeira ideologia do serviço público e do bem público” (BOURDIEU, 2014, p. 32).

A escolha por abordar a saúde pública como um campo concorrencial passa ao largo dessa ideologia de afirmação da ciência administrativa, pois à medida que se aproxima de Bourdieu, vê-se diante de uma questão que identifica o Conselho como um lócus de disputas

por uma espécie de recurso que requer dos contenedores capitais que os capacitem a uma participação específica.

Uma vez que o Estado se legitima também por uma violência simbólica, é justamente a manifestação dessa violência que faz do campo de poder vinculado ao Estado um campo de tensões e não simplesmente um lócus onde se administra a política de saúde compreendida como função pública. Ao mesmo tempo que o Estado, segundo o sociólogo, coage os indivíduos por meio de um processo de “ignorar e se convencer”, aponta a existência de uma ortodoxia que é produzida por ele e cuja função, inclusive, parece ser ideológica, pois assim como oculta, conforma: “O Estado pode ser definido como um princípio de ortodoxia, isto é, um princípio oculto que só pode ser captado nas manifestações da ordem pública [...] no sentido físico e simbólico” (BOURDIEU, 2014, p. 30-31).

Por definição, cada campo tem propriedades universais que estão presentes em todos os campos. Entre essas propriedades existe a *doxa*, ou a opinião consensual do campo, podendo estar relacionada à ortodoxia: “[...]o reconhecimento da legitimidade é um ato de conhecimento que não é um: é um ato de submissão dóxico à ordem social.” (BOURDIEU, 2014, p. 237). Como se observa, a *doxa* é relativa à prática, conceito empregado pelo autor muitas vezes em substituição ao conceito de “ideologia”, utilizado na teoria marxista (BOURDIEU; EAGLETON, 1996, p. 267). A *doxa* normaliza e legitima uma dada ordem social, aquilo que é naturalizado na estrutura do campo, admitido como “normal” dentro do campo. É constituída por um “conjunto de pressupostos inseparavelmente cognitivo e avaliativo cuja aceitação está envolvida pela mesma filiação no campo” (BOURDIEU, 1997, p. 145).

Pode-se dizer que, em determinado campo, a *doxa* “formata” a interpretação das coisas, uma vez que orienta a nossa compreensão do mundo social (GOLSORKHI; HUAULT, 2006, p. 19). É tudo aquilo sobre o que todos os agentes estão de acordo, contempla tudo aquilo que é admitido como sendo assim mesmo (BOURDIEU, 1984, p. 82). Contém os sistemas de classificação, o que é interessante ou não, o que é demandado ou não. Tanto a *doxa* como o *nomos*⁵⁰ são aceitos, legitimados, no meio e pelo meio social (GOLSORKHI; HUAULT, 2006).

Na análise do CMSL, esse espaço de controle social se mostra como aberto,

⁵⁰O *nomos* congrega as leis gerais, invariantes, de funcionamento do campo. “Insisti muito na ideia de *nomos*, nos princípios de visão e de divisão do mundo social [...] na ideia de que o Estado repousaria num determinado número de pressupostos relativos à maneira de construir a realidade social” (BOURDIEU, 2014, p. 452).

democrático, de participação de várias entidades representantes da sociedade na política de saúde, configurando-se como um campo de disputas em que alguns agentes lutam para manter as regras do jogo e outros para alterá-las. Os autores Golsorkhi e Huault (2006) afirmam que mesmo as instituições que se autointitulam como mais democráticas valem-se das formas de dominação, por vezes de maneira sutil, a partir das crenças dos agentes, do uso de capitais, de modo a naturalizar a dominação.

A *doxa*, portanto, é o conjunto de regras que rege a ordem do campo, o modo de funcionamento do Conselho, aquilo que é de conhecimento e consentido por todos. O *nomos* relaciona-se a legislação que regulamenta o controle social na política de saúde brasileira e no espaço do Conselho. Além da *doxa*, os agentes possuem o interesse em participar do campo, e esse envolvimento é definido por Bourdieu como *illusio*, ou seja, o interesse no jogo e o valor inerente atribuído a ele (BOURDIEU, 1979).

A *illusio* existe, mas nem sempre é explícita. Durante a observação sistemática no âmbito do Conselho, agentes verbalizaram que discordavam do seu funcionamento, o que os levava a pensar em deixar a representação. Mas por que, de fato, não o faziam? Por que mantinham a disposição em continuar, em ocupar esse espaço de disputa? Há indícios de que as razões que os levam a permanecer conselheiros são as que envolvem interesses coletivos, profissionais, ideológicos, religiosos, políticos, culturais e até mesmo pessoais, contudo sustentados pela *illusio* do campo.

Nesse aspecto, os conselheiros, enquanto agentes sociais e legítimos representantes políticos coletivos, não agem apenas movidos pela busca de um direito, tampouco por interesses econômicos; são também motivados por interesses de outra ordem – podendo inclusive ser da esfera simbólica – como, por exemplo, a busca pelo prestígio e reconhecimento dos outros; pela vontade de se distinguir e de se situar numa escala de poder própria do processo de representação política.

Com efeito, a análise do CMSL deve considerar os conhecimentos adquiridos em um campo específico, advindos de espaços participativos, políticos e de poder como fundamentais para o desenvolvimento de um *habitus*. Estratégias política, mesmo que objetivamente orientadas em relação a fins, não somente se referem a questões práticas como também às de caráter subjetivo, como a relação inconsciente entre um campo e um *habitus*.

3.2 O *HABITUS* DO CAMPO: UM CONCEITO RELACIONAL

A noção de *habitus* tem sua origem na palavra grega *hexis*, utilizada por Aristóteles, com o significado de “um estado adquirido e firmemente estabelecido do caráter moral que orienta nossos sentimentos e desejos numa situação [...] e (em) nossa conduta”. (WACQUANT, 2009, p. 65).

Bourdieu recuperou este conceito de *habitus* pela via da *hexis*, a partir da década de 1960, mediante a necessidade de compreender as “relações” de princípio de correspondência entre as práticas individuais e as condições sociais de existência. Isso ocorreu por ocasião de pesquisas realizadas na Argélia, quando indivíduos foram extraídos do espaço rural e sujeitos ao ambiente urbano e se depararam com uma situação de desamparo. O sociólogo cunhou o conceito de *habitus* para estudar as disposições dos indivíduos nesse processo (SETTON, 2002) e o definiu o como

[...] um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como, apreciações e ações, e torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças as transferências analógicas de esquemas [...] (BOURDIEU, 1994, p. 65).

Esse sistema de disposições adquiridas, advindo de 'experiências passadas', herdadas da família, desenvolvido no processo de socialização e de cultura, funciona como 'uma matriz de percepções' que orienta as ações dos agentes em suas práticas. Para Bourdieu, toda ação histórica coloca em evidência dois estados: a história objetivada, aquela acumulada ao longo dos tempos, das coisas, dos livros, das teorias; e a história no estado incorporado denominado *habitus* (BOURDIEU, 2012).

O autor concebe a noção de *habitus* como mediadora para explicar como a sociedade fica depositada na mente e corpos dos agentes, sob a forma de disposições duráveis, socialmente constituídas, de modo a “guiar” os esquemas de percepção e apreciação da ação.

O *habitus*⁵¹ é um conjunto de disposições para a ação, é a história incorporada no cérebro, no corpo, nos gestos, nos modos de falar, ou seja, em tudo que se é. Essa história materializada serve como princípio gerador das respostas que se dá à realidade social. Sustenta-se por esquemas que antecedem e orientam a ação e guiam, através do

⁵¹ Este conceito foi desenvolvido por Bourdieu em conjunto com Passeron pela primeira vez no livro *A reprodução* (BOURDIEU; PASSERON, 1982).

conhecimento, a apreensão do mundo (BOURDIEU; PASSERON, 1982).

O sociólogo considera que, ao elaborar o conceito de *habitus*, rompeu com alguns paradigmas clássicos da Sociologia, como o estruturalismo, teoria que corre o risco de passar a ideia de que o homem é um simples suporte das estruturas sociais. Para ele, o seu conceito não reafirma a noção de sujeito ontológico – o que age de modo sempre consciente, tampouco de *homo economicus* (BOURDIEU, 2012, p. 61), mas traz consigo a figura do agente, aquele que faz, que tem uma prática reveladora de uma dimensão a um só tempo objetiva e subjetiva, consciente e inconsciente:

[...] eu desejava por em evidência as capacidades “criadoras”, activas inventivas do *habitus* e do agente (que a palavra *habitus* não diz), embora chamando a atenção para a ideia de que este poder gerador não é o de um espírito universal, de uma natureza ou de uma razão humana, como em Chomsky – o *habitus*, como indica a palavra, é um conhecimento adquirido e também um haver, um capital (de um sujeito transcendental na tradição idealista) o , a *hexis*, indica a disposição incorporada, quase postural –, mas sim o de um agente em ação (BOURDIEU, 2012, p. 61).

O conceito desenvolvido por Bourdieu traz a mediação entre o indivíduo e a sociedade de modo a evidenciar que essas duas categorias sociais, às vezes concebidas como antagônicas ou controversas, possuem uma interdependência entre si, expressando a oposição entre a realidade exterior e as subjetividades individuais. O sociólogo Bernard Lahire (2005) define como ocorre essa confluência entre o individual e o social:

Estudar o social individualizado, ou seja, o social refractado num corpo individual que tem a particularidade de atravessar instituições, grupos, campos de forças e lutas ou cenas diferentes é estudar a realidade social na sua forma incorporada, interiorizada (LAHIRE, 2005, p. 14).

Desse modo, as experiências históricas, das vivências que cada agente possui, a sua inserção em grupos ou em uma determinada sociedade, são incorporadas nas estruturas cognitivas e avaliativas que organizam a percepção do mundo, decorrentes de uma relação na qual o social exerce uma influência sobre as ações variadas e contingenciais.

É nessa direção que Bourdieu constrói o *habitus* como orientador da prática dos agentes:

Construir a noção de *habitus* como sistema de esquemas adquiridos que funcionam no nível prático como categorias de percepção e apreciação, ou como princípios de classificação e simultaneamente como princípios organizadores da ação, significava construir o *agente social* na sua verdade

de operador prático da construção de objetos [...] (BOURDIEU, 2004a, p. 26).

Como se observa, o *habitus* explica como a sociedade fica depositada na mente e nos corpos, sustentando-se pelo conhecimento e pela apreensão do mundo que antecede a ação e as tomadas de posição, operando como uma matriz de referência (LUGLI, 2011).

As disposições não são nem mecânicas, nem deterministas, mas sim adquiridas pela interiorização das estruturas sociais, (re) atualizando-as. São produtos de uma socialização e de uma experiência acumulada, podendo ser discursivas, mentais, perceptivas, motoras, apreciativas, e quanto mais estimuladas, mais se tornam atualizadas, ou, de forma contrária, quanto menos utilizadas, por falta de práticas, menos se renovam (LAHIRE, 2004).

Vistas como princípios geradores, essas disposições fazem com que os agentes, em suas práticas, possam se valer, *a priori*, de estratégias em situações imprevistas e não apenas por cálculo racional e ação consciente. Para Bourdieu, nas trocas simbólicas, os agentes colocam em ação princípios incorporados que vão acarretar diferentes comportamentos frente às circunstâncias, de acordo com uma lógica específica.

Bourdieu (2012) entendia que o *habitus* cria disposições para a ação útil, controlando-a de acordo com padrões culturais, estabelecendo uma “[...] relação dinâmica e histórica entre o passado (ou a cultura), que cada pessoa herda em seu processo de socialização, incorporando como estruturas cognitivas que organizam a percepção do mundo, o pensamento e, portanto as ações variadas e contingentes no cotidiano” (LUGLI, 2011, p. 28).

Essas disposições duráveis e transponíveis, os *habitus*, são os princípios geradores de expedientes que fazem com que as práticas estejam sempre acordadas com a realidade na qual se encontram e permitem aos agentes enfrentarem situações imprevistas por antecipação (e não por um cálculo racional e consciente), integrando todas as experiências a partir de uma “matriz de percepções” que orienta as práticas sociais.

O *habitus* apresenta-se tanto individual como coletivo, influenciando o funcionamento dos campos e a detenção de capitais por parte dos agentes, moldando inclusive a posição que cada um deles ocupa nesses espaços. São disposições que exprimem a conexão entre a ação individual e as condições sociais ou culturais.

O *habitus*, entendido como experiência acumulada, serve de guia às práticas em diferentes campos, sendo assim apenas para aqueles que por ele se orientam, que dispõem de condições de jogar, ou seja, concorrer pelo recurso em disputa. O agente que integra um

campo e incorpora a história - do coletivo ou do individual – que orienta o seu funcionamento coloca-se em vantagem em relação aos demais agentes.

Marchi e Souza (2012) considera que o *habitus* é perceptível por meio de gestos, posturas e formas de ver o mundo, também por sistemas de classificação que o agente elabora, nele se colocando e também os seus pares. Pode ser identificado pelas posições sociais, nas estruturas objetivas de distribuição dos bens materiais e simbólicos, sendo influenciado por parâmetros de desigualdades.

O presente estudo, por ser baseado na experiência da pesquisadora como participante do CMSL, possibilita afirmar que tanto o *habitus* individual como o *habitus* coletivo são perfeitamente perceptíveis por meio dos discursos, dos gestos e das posturas dos agentes que se encontram no campo. As posições sociais nesse espaço relacional são distintas, porém coexistentes. São hierarquizadas em níveis de dominação e apresentam relações de proximidade ou distanciamento entre os agentes.

Bourdieu (2011, p. 18-19) atribui como condição para a apreensão relacional, a “[...] análise da relação entre as posições sociais (conceito relacional), as *disposições* (ou os *habitus*) e as *tomadas de posição*, as “escolhas” que os agentes sociais fazem nos domínios mais diferentes da prática [...]”. O fundamento da ação tem a *distinção* como princípio de diferenciação, que se refere à *diferença* como uma qualidade que diferencia as posições distintas, que se diferenciam umas em relação às outras. “[...] suas *tomadas de posição* [...] dependem da *posição* que eles ocupam na estrutura do campo, isto é, na distribuição do capital simbólico específico, institucionalizado ou não (reconhecimento interno ou notoriedade externa)” (BOURDIEU, 2011, p. 63-64).

A *tomada de posição* no campo depende das disputas ali travadas entre os agentes com os diferentes capitais (econômicos, políticos, simbólicos) de que dispõem, e pode ser tanto no sentido de conservar ou transformar a relação de força instituída na estrutura do campo.

3.3 OS CAPITAIS COMO CONDIÇÃO PARA A DISPUTA

Bourdieu desenvolveu o conceito de capital, a partir das ideias de Marx, diferenciando-se, contudo, de aspectos fundamentais da análise marxista do capitalismo, isto é, suprime a categoria de exploração, bem como a relação recíproca entre exploração e produção. Burawoy (2010) explica como se dá essa supressão quando o sociólogo francês conceitua o capital:

Para Bourdieu, o capital (tanto o econômico como o simbólico) determina a posição do agente no campo: o capital é possuído e acumulado pelos agentes durante suas lutas competitivas. Contudo, Bourdieu não revela a relação desse processo com nenhum conceito que evidencie a exploração. O capital é sim uma relação, porém nesse caso, é mais uma relação entre capitalistas do que uma relação entre capitalistas e trabalhadores (BURAWOY, 2010, p. 37).

A análise de Bourdieu considera não apenas a acumulação no modo de produção, mas as “diferentes dimensões de acumulação” no plano simbólico (BOURDIEU, 2014, p. 267). Para tanto indica que a acumulação do capital simbólico depende de recursos obtidos pelos agentes em lutas anteriores em diferentes campos. Para esses detentores de capitais acumulados, importante é a existência de regra anterior que legitima a disputa, que define as posições no campo e permite que determinados tipos de capitais exerçam poder sobre outras espécies de capitais, numa relação de dominação (BOURDIEU, 2014, p. 173). Portanto são esses recursos colocados em jogo que Bourdieu denomina “capital”, não apenas no sentido econômico, mas também cultural, político, social etc.

Como se vê, são vários tipos de capital abordados na sua obra: econômico, simbólico, burocrático, informacional, cultural, político, jurídico, religioso, social, técnico, escolar, estatal, linguístico (BOURDIEU, 2014) e tantos outros quanto o campo possa demandar. Sendo assim, para este estudo, identifica-se, como capitais presentes no campo da saúde e do Conselho – esse lócus político e de poder –, a presença dos seguintes capitais: o econômico e sobretudo os que compõem o plano simbólico, como o cultural (informacional), o político e, eventualmente, o burocrático.

Bourdieu atesta a centralidade do capital econômico em relação aos demais: “[...] o capital econômico é a espécie dominante, em relação ao capital simbólico, ao capital social e mesmo ao capital cultural” (BOURDIEU, 2004a, p. 132-133). Ao defini-lo, Bourdieu (2011, p. 30-31) considera que “[...] o capital econômico - a propriedade privada dos meios de produção- se encontra *oficialmente* (e, em grande parte, realmente) fora do jogo (ainda que uma forma de acesso às vantagens oferecidas alhures pelo capital econômico pode ser assegurado por outras vias)”.

O que o autor está dizendo é que o capital econômico, embora não pertença diretamente ao campo simbólico – onde geralmente se trava uma luta concorrencial em torno de outros tipos de capitais –, confere vantagens e poder nesse campo.

Para além do econômico, o capital simbólico assume relevância incontestável na

análise de Bourdieu. Esse capital “[...] nasce da relação entre uma espécie qualquer de capital, e agentes socializados de maneira a conhecer e reconhecer esta espécie de capital [...]”. (BORDIEU, 2014, p. 259). Situa-se na ordem do conhecimento e reconhecimento, sendo assim definido:

O capital simbólico é uma propriedade qualquer de qualquer tipo de capital (físico, econômico, cultural, social), percebida pelos agentes sociais, cujas categorias de percepção, são tais que eles podem entendê-las (percebê-las) e reconhecê-las, atribuindo-lhes um valor (BOURDIEU, 2011, p. 107).

Neste estudo, há de se ressaltar que a saúde também pode ser considerada um tipo de capital em jogo, o principal recurso que move a contenda. Mesmo sabendo que em princípio a saúde é um direito, na perspectiva bourdieusiana pode ser vista também como um capital em disputa, pertencendo ao campo de poder, uma vez que se vincula a uma política pública, configurando-se como programa de Estado que, para ser viabilizado, requer recursos financeiros, assumindo, assim, uma conotação material e podendo ser vista como disputa econômica. No entanto, sabe-se que o campo de poder, segundo Bourdieu, é também o lugar da concorrência pelo poder simbólico e pelos diferentes tipos de capitais simbólicos.

Entre eles, há um que interessa particularmente, o capital cultural que Bourdieu classifica sob três formas. A primeira é um estado incorporado, disposições duráveis relacionadas ao tempo investido na aquisição de atributos de ação. A segunda forma está associada ao acesso à cultura por meio de escritos e obras culturais para fruição, demandando capital econômico. A terceira forma é a partir dos “[...] títulos que sancionam seus resultados e apresentam como garantia de competência técnica os certificados de competência social” (BOURDIEU, 2011, p. 38). Esta última é a que mais se aproxima deste estudo. Esse capital cultural institucionalizado que confere aos seus portadores um valor constante, firmado com relação à cultura, advém de diplomas, que podem se converter em valores tanto para o capital cultural como para o financeiro (CATANI, 2011b).

Não se deve, todavia, conferir importância exagerada aos títulos, pois, mais que eles, o que nos faz sentido é o técnico e a competência necessária à participação no CMSL. Assim, o capital cultural, na sua dimensão informacional como denomina Bourdieu, torna-se essencial para esta análise.

Outra dimensão desse processo é a concentração do capital que se pode chamar de cultural, ou melhor, informacional, para lhe dar toda sua generalidade, pois o capital cultural é apenas uma dimensão do capital informacional [...] (BOURDIEU, 2014, p. 284).

Portanto, o capital informacional não se reduz somente à dimensão cultural de certificação, mas a outras formas de obtenção, como a prática no campo, as capacitações e o conhecimento acumulado a partir da vivência em diferentes campos, o que favorece o acúmulo e a concentração desse capital. Todavia, a concentração do capital informacional não ocorre de maneira isolada pois, para Bourdieu, o Estado se confunde com o que ele denomina “metacapital”, um lócus de acumulação de vários tipos de capital.

Estado como processo de concentração de diferentes espécies de capital (físico, econômico, cultural e simbólico) que conduz à emergência de uma espécie de “metacapital”, capaz de exercer um poder sobre as outras espécies de capital [...] (BOURDIEU, 2014, p. 486).

Vale destacar que essa concentração de capital de força física dentro do Estado é atribuída às forças de coerção (exército e polícia), por meio dos corpos dos agentes encarregados de representar o Estado e as instituições com mandato para garantir a ordem (BOURDIEU, 2011). Isso posto, ao retomar o papel do Estado como dotado de *metacapital*, representado no estudo pelo gestor municipal, ele tem uma força de impor e inculcar o monopólio de capitais, pela sua estrutura, e por essa autoridade legítima. Além desses, detém uma concentração do capital jurídico por meios das leis que são criadas e regem as práticas do controle social.

O Conselho situa-se no campo de gestão da política de saúde de Londrina, constitui-se como um campo político e do poder, cujas possibilidades de avanço encontram-se relacionadas ao uso dos *capitais*, de forma a interferir no processo de deliberação. Ele é sustentado por diferentes tipos de capital: o *econômico* por ser uma das principais razões da existência do Conselho, mas também o *político*, *cultural-informacional* e que capacitam e cacifam os conselheiros para o jogo ali disputado.

Neste estudo, os agentes conferiram relevância ao capital informacional, na sua forma de racionalidade e competência que, segundo Weber, são fontes de legitimação e aceitação do Estado Moderno e, por via de consequência, das políticas públicas formuladas no seu interior. Um tipo de dominação legítima que Weber também denomina burocracia.

Bourdieu se aproxima, mais uma vez de Weber, quando reconhece no Estado uma ordem política na qual o elemento burocrático é tanto origem como sua própria configuração,

argumentando que “a burocracia instaura uma ordem política que é para essa própria ordem seu começo” (BOURDIEU, 2014, p. 120).

Para o sociólogo francês, embora o Estado necessite da racionalidade e da competência para manter-se e legitimar-se, a burocracia impede que ele se transforme em Estado Providência ou mesmo se abra às suas funções. Desse modo,

[...] a passagem do Estado burocrático ao Estado providência, e que traz o problema das relações entre o Estado e o espaço social, as classes sociais, a passagem de lutas para a construção do Estado a lutas pela apropriação desse capital absolutamente particular que é associado à existência do Estado. Há um processo de autonomização de uma lógica propriamente burocrática [...] O campo burocrático, como todos os campos, tem avanços e recuos; pode-se regredir para um Estado patrimonial [...] (BOURDIEU, 2014, p. 263).

Essa acentuação da lógica burocrática muitas vezes impede a efetivação de políticas públicas e do controle social. Os representantes do controle social junto à burocracia do Estado nem sempre distinguem o que é capital informacional do que é capital burocrático.

Também presente, e objeto de disputa entre os agentes do conselho, há o capital político, definido por Bourdieu como:

[...] uma forma de capital simbólico, crédito firmado na crença e no reconhecimento, ou mais precisamente, nas inúmeras operações de crédito pelas quais os agentes conferem a uma pessoa – ou a um objeto – os próprios poderes que eles lhe reconhecem (BOURDIEU, 2012, p. 187-188).

O modo como abordamos a questão da representação política encontra eco em Pierre Bourdieu, porém de um modo diferente das análises clássicas de política institucional. Para ele, esse processo implica a ideia de delegação, isto é, o representante visto como mandatário, aquele cuja função consiste em fazer valer os interesses de pessoas ou de grupos. Todavia, a delegação não é um processo simples para o sociólogo: “Mas, se é verdade que delegar é encarregar alguém de uma função, de uma missão, transmitindo-lhe o próprio poder que se tem, deve-se perguntar como é possível que o mandatário possa ter poder sobre quem lhe dá poder” (BOURDIEU, 2004a, p. 188).

Sua concepção de representação pela via do conceito de delegação permite identificar tipos diferentes de representantes ou mandatários (esse é o termo por ele empregado) no campo político ou de poder. Um deles decorre da delegação a um tipo de “pessoa singular”, por exemplo, um Secretário de Município, um Diretor de Hospital etc. Nesse caso, a compreensão do desempenho do “porta-voz” se torna mais clara. O mesmo não

ocorre com o representante/mandatário sobre o qual é depositado poderes de um segmento ou multidão de pessoas, pois, segundo Bourdieu, “pode estar investida (o) de um poder transcendente a cada um, dos mandantes” (BOURDIEU, 2004a, p. 188)⁵².

Mais importante que isso, porém, é a percepção que Bourdieu tem da delegação como um processo que dissimula a “verdade da representação”, denominado por ele “fetichismo político”, decorrente de uma circularidade que se estabelece entre mandatário e mandantes. No caso dos cargos de investidura, da pessoa singular à qual se delega o poder de representar, o sociólogo considera que essa dissimulação se instaura de modo mais eficiente:

Percebe-se nessa relação circular a raiz da ilusão que, no limite, permite ao porta-voz ser considerado e considerar-se *causa sui*, já que ele é a causa do que produz o seu poder, já que o grupo que o investe de poderes não existiria – ou, em todo caso, não existiria plenamente, enquanto grupo representado – se ele não estivesse ali para encarná-lo (BOURDIEU, 2004a, p. 189).

O fetichismo político é explicado por Bourdieu pela existência de uma antinomia que, segundo ele, [...] “se deve ao fato de os indivíduos só poderem se constituir (ou ser constituídos) enquanto grupo, vale dizer, enquanto força capaz de se fazer entender, de falar e ser ouvida, na medida em que se despossuem em proveito de um porta-voz. E isso tanto mais quanto mais despossuídos forem eles” (BOURDIEU, 2004a, p. 189).

A compreensão do discurso dos conselheiros permite perceber qual categoria está mais sujeita a esse efeito de dissimulação, os porta-vozes ou os representantes eleitos/escolhidos pelos segmentos sociais. Mais que isso, os que estão atentos a esse tipo de fetichismo e buscam não se distanciar dos seus representados, não se deixando assujeitar por esse efeito da delegação.

Esta definição bourdieusiana da representação permite, além de entender a forma e o conteúdo do processo na perspectiva do controle social, atentar também para os mecanismos que não se dão a ver de modo explícito e que definem as estratégias de disputa e exercício do poder simbólico.

Ao ocupar esse espaço de disputa e na condição de representantes de uma diversidade de locais que conformam o tecido social organizado da sociedade, como organizações, movimentos sociais, sindicatos, confederações, instituições religiosas, culturais, patologias crônicas, filantrópicas, são legítimos representantes dos interesses daqueles que representam. Via de regra, as instituições indicam pessoas portadoras de capital político:

⁵² Bourdieu usa mandatário e mandante como termos similares a representante e representado, respectivamente.

membro da cúpula dirigente, com disponibilidade e interesse no campo, com mais experiência, detentoras de capital informacional, ou seja, com domínio da lógica do campo, de modo a acompanhar as discussões e participar ativamente das reuniões.

Além dos detentores de capital político originário do processo de eleição/escolha, tem-se também os que detêm esse tipo de capital oriundo dos cargos que assumem no aparelho de Estado (Município e Estado do Paraná), como o secretário municipal de saúde, o representante do governo do Estado. Cumpre, entretanto, lembrar que esse capital político “externo ao conselho” assume nuances, no âmbito do campo de poder, levando-o a se mostrar como capital simbólico vinculado ao espaço concorrencial de disputa, ao processo de hierarquização e aos sistemas classificatórios que também perpassam o campo específico.

Antes de apresentar a análise dos dados qualitativos da pesquisa, cumpre ressaltar que a detenção e acumulação dos capitais respondem, em grande medida, pela posição relativa dos agentes no campo, sendo indispensáveis à participação nesse lócus de poder definido pelo sociólogo francês como um campo de relações de forças objetivas e irreduzíveis às intenções e os interesses dos agentes e às interações que ocorrem entre eles (BOURDIEU, 2012).

CAPÍTULO 4

O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA: SUA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO, OS AGENTES E SUAS POSIÇÕES NO CAMPO

Este capítulo analisa o CMSL como campo relacional de disputas da política de saúde local, buscando interpretar os sentidos atribuídos pelos agentes ao exercício do controle social e identificar as relações de forças existentes no Conselho. O funcionamento do CMSL será abordado como um conjunto de processos que compõem esse campo de poder: proposição, fiscalização, deliberação e gestão da política de saúde, dentro das prerrogativas da descentralização preconizada pelo SUS.

Como forma de efetuar a interpretação dos depoimentos dos entrevistados, foram escolhidas as seguintes categorias teóricas orientadoras da análise: campo e poder simbólico, abordadas neste capítulo; *habitus* e capitais que serão tratadas no Capítulo 5, extraídas do arcabouço teórico de Pierre Bourdieu, assim como as categorias agente, *doxa*, *violência simbólica etc.* que serão usadas à medida que forem necessárias para a compreensão do objeto investigado. Cumpre ressaltar ainda que tais conceitos não são estanques, mas mantêm relação entre si.

4.1 A COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA

Como forma de evidenciar esse campo do Conselho Municipal de Saúde, em primeiro lugar, optou-se por apresentar a sua composição no período de 2014 a 2015, dividindo-o entre os três segmentos que o compõem. O Quadro 1 exhibe a composição dos usuários, com 50 % das vagas; totalizando 14 titulares e 14 suplentes. O Quadro 2 traz o segmento dos trabalhadores, com 7 vagas titulares e 7 suplentes, e o Quadro 3 traz o segmento dos gestores e dos prestadores da política de saúde, também com 7 vagas titulares e 7 suplentes. A opção por destacar, em separado, o número de vagas de titulares e suplentes baseia-se no fato de dar visibilidade aos segmentos que ocupam tanto a vaga de titular como a de suplente como possíveis detentores do *habitus* coletivo político, tema que será debatido no Capítulo 5. Esse raciocínio “análogo” do conhecimento das leis, das estruturas dos campos “é um espantoso instrumento de construção do objeto” (BOURDIEU, 2012, p. 32).

Quadro 1 - Composição do CMSL- Gestão 2013-2015 -Segmento Usuários- 50 %

Representação	Entidade	Nº vagas Titular	Nº vagas Suplente
Quatro representantes de entidades, sindicatos, centrais sindicais, federações e confederações de trabalhadores urbanos e rurais	SINTERC-Sindicato dos Trabalhadores nas Empresas de Refeições Coletivas	1	
	ASSEMPA Associação de Entidades de Mulheres do Paraná		1
	Sindicato dos Bancários	1	1
	CUT- Central Única dos Trabalhadores	1	
	Fórum Popular em defesa da Saúde Pública de Londrina		1
	ASSUEL- Associação dos Servidores da Universidade Estadual de Londrina	1	1
Cinco representantes de conselhos e/ou movimentos e/ou entidades comunitárias de âmbito regional ou municipal organizadas na área de saúde	Consalon - Conselho Comunitário de Saúde e Assistência Social da Região Norte	1	
	Ylê Axé Pop Omin		1
	Consul- Conselho Região Sul	1	
	ANEPS- Articulação Nacional- Movimentos e Práticas de Educação Popular		1
	Conleste- CRS- Região Leste	1	
	Fórum Entidades Negras		1
	Concentro CRS- Região Centro	1	
	Central de Movimentos Populares		1
	MOPS – Movimento Popular de Saúde	1	
CDH – Centro de Direitos Humanos		1	
Um representante que congrega a associação de moradores	UNIMOL – União Municipal das Associações de Moradores de Londrina	1	
	FAMEP- Federação das Associações de Moradores do Paraná		1
Um representante de entidade patronal	Sinduscon – Sindicato da Construção Civil	1	1
Um representante de Patologias Crônicas	Núcleo de Redução de Danos	1	1
Um representante de Entidade Religiosa	Pastoral da Saúde	1	1
Um representante de Conselho Local de Saúde Distrito Rural	CLS Conselho Local Saúde Usina Três Bocas	1	
	CLS Conselho Local Saúde Patrimônio Regina		1
Total Conselheiros – Segmento Usuários		14	14

Fonte: Autora.

O número de conselheiros representantes de usuários aumentou de doze para quatorze a partir de junho de 2013 (CMSL, 2013), e proporcionalmente aos demais segmentos, oportunizando que novas entidades entrassem no transcorrer do mandato 2014-2015. Essa Lei foi baseada na Resolução Nacional 453/2012 (BRASIL, 2012b), que substituiu a Resolução 333/2003 (BRASIL, 2003), de forma a atender as demandas dos conselhos municipais e estaduais quanto à necessidade de mudanças na composição, organização e no funcionamento dos conselhos. Com esta legislação ocorre a inclusão/ampliação de vagas no segmento de usuários, de entidades étnicas e de gênero, entidade de patologia ou deficiência,

entidade religiosa e estudantil e de associação comunitária e movimentos sociais (BRASIL, 2012b).

No caso do CMSL, no segmento dos usuários, as mudanças na ampliação das duas vagas ocorreram dentro dos segmentos populares das entidades sindicais de representação de trabalhadores e de organização que congrega associação de moradores. O mesmo não ocorreu com os representantes de conselhos e/ou movimentos e/ou entidades comunitárias (de âmbito regional ou municipal) organizadas na área de saúde, as quais permaneceram com cinco vagas⁵³.

Salienta-se que a cidade de Londrina é dividida em cinco Regiões (Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro) e que em cada uma delas, há um Conselho Regional de Saúde. Considerando a área de abrangência de cada um deles, abarcando uma população estimada em mais de 100.000 pessoas, entende-se ser importante que haja a representação das cinco regiões, como forma de contribuir para a discussão das ações de saúde a serem executadas no território compreendido, levando em conta as peculiaridades de cada uma delas.

Observa-se que a representação da sociedade civil no CMSL conta com uma diversidade de entidades que compreende Conselhos Locais e Regionais de Saúde, entidades religiosas, associação de moradores, movimentos populares e sindicatos. A existência dessa multiplicidade de representação de usuários e de trabalhadores, nesse espaço que congrega interesses por vezes contraditórios, pode ser uma estratégia fundamental da participação da sociedade nas decisões sobre a política de saúde, na defesa dos reais interesses da população (CORREIA, 2012).

Nesse sentido, os conselhos são importantes canais na socialização de informação, fiscalização e formulação das políticas públicas, mas depara-se com entraves que podem incidir diretamente no desempenho de suas funções. Um dos aspectos que chamou a atenção durante as observações sistemáticas foram as disputas internas dentro do próprio segmento dos usuários, tema que será desenvolvido mais à frente.

Retomando a discussão da composição do CMSL constante no Quadro 1, visualiza-se que as representações das entidades sindicais detêm tanto a vaga de titular como a de

⁵³ A lei anterior possuía esta distribuição: I - doze representantes de entidades dos usuários dos serviços de saúde, eleitos dentre os seguintes segmentos populares: a) um representante de entidades sindicais de representação de trabalhadores; b) cinco representantes de conselhos e/ou movimentos e/ou entidades comunitárias de âmbito regional ou municipal organizadas na área de saúde; c) dois representantes de entidades que congregam associações de moradores; d) um representante de entidade sindical patronal; e) um representante de entidades de representação de portadores de deficiência ou patologias crônicas; f) um representante de entidades comunitárias de representação religiosa que atue na área de saúde; e g) um representante de entidade representativa de moradores de distritos rurais, que sejam integrantes de associações de moradores e/ou conselhos de saúde e/ou entidades comunitárias.

suplência demonstrando o caráter político organizativo da área sindical. Com os Conselhos Regionais ocorre de forma diversa, pois, embora possuam a titularidade, dividem com outras entidades a suplência, mesmo que sejam de área diferente dessa representação, como no caso do segmento religioso e do movimento negro.

A suplência na maioria das vezes foi ocupada tendo como critério a proximidade por área de abrangência ou por identificação com o representante suplente, não importando a identificação da bandeira de luta, a exemplo do Fórum de Entidades Negras como suplente do Conselho Regional de Saúde da Região Leste, como forma de contemplar uma diversidade maior de conselheiros, inclusive incorporando entidades denominadas remanescentes.

Conforme apresentado no Quadro 2, as sete representações do segmento dos trabalhadores de saúde, compreendendo 25% dos conselheiros, estão assim dispostas: quatro representantes de entidades sindicais de trabalhadores em instituições de saúde e três representantes de entidades de representação de profissionais liberais que atuam na área de saúde, podendo ser da categoria médica, entre outras (CMSL, 2013).

Quadro 2 - Composição do CMSL- Gestão 2013-2015 –Segmento Trabalhadores – 25%

Segmento Trabalhadores	Entidade	Nº vagas Titular	Nº vagas Suplente
Conselhos de classe	Conselho Regional de Enfermagem	1	
	Conselho Regional de Medicina		1
	Associação Médica de Londrina	1	
	Conselho Regional de Fisioterapia		1
	Grupo de Assistentes Sociais da Saúde/ Conselho Regional de Serviço Social	1	
	Conselho Regional de Odontologia		1
Sindicatos dos servidores públicos, federais, estaduais e municipais	SINDISERV- Sindicato dos Servidores Municipais de Londrina	1	1
	ASSUEL – Sindicato dos Servidores Públicos Técnico-administrativos da Universidade Estadual de Londrina	1	1
	SINDSAÚDE- Sindicato dos Trabalhadores e Servidores Públicos Estaduais dos Serviços de Saúde e Previ. Paraná	1	
	Conselho Regional de Farmácia		1
	SINDPREVS – Sindicato dos Serv. Públicos Federais em Saúde, Trabalho, Previdência e Ação Social do Estado do Paraná	1	
	Conselho Regional de Psicologia		1
Total Conselheiros- Segmento Trabalhadores		7	7

Fonte: Autora.

Observa-se que todos os quatro sindicatos que participam do Conselho detêm a titularidade, e dois deles também a suplência. Tal fato mostra o poder de organização dos sindicatos como forma, inclusive, de buscar certo domínio nesse segmento. Mesmo

enfrentando, após os anos 2000, uma fragilização das lutas sociais, em decorrência das mudanças no mundo do trabalho que afetaram a organização sindical, por meio da reestruturação produtiva, algumas iniciativas demonstraram a organização em defesa da política de saúde por parte dos conselhos de saúde (CORREIA, 2012).

De forma diferente, as três vagas destinadas às associações e aos conselhos de classes são ocupadas por sete diferentes representantes de categorias profissionais da saúde (enfermagem, medicina, fisioterapia, serviço social, psicologia, odontologia, farmácia) que em sua maioria privilegiam a participação nesse espaço, não importando se detêm a titularidade ou a suplência, ocorrendo, inclusive, um acordo de revezamento na titularidade em alguns casos, como entre a área de Serviço Social e a de Odontologia.

Regastando a legislação anterior (Lei 4.911/2001), vê-se que existiam cinco vagas para representantes dos trabalhadores em saúde, sendo três vagas para os sindicatos e duas para os conselhos de classe. Com a ampliação de mais duas vagas, no decorrer do mandato vigente, 2013-2015, houve a ampliação de uma vaga para cada representação. Se o critério adotado fosse a ampliação da representação, com certeza as duas novas vagas seriam destinadas às categorias profissionais que representam sete diferentes profissões. No entanto, essa organização sindical⁵⁴ se sobrepõe aos conselhos de classes, representantes das categorias profissionais de saúde presentes no conselho, os quais ainda possuem pouca articulação entre si.

No Quadro 3 consta a representação tanto dos prestadores como dos gestores do SUS na esfera municipal.

⁵⁴ Um elemento importante a ser considerado são as bases políticas na formação desses sindicalistas na década de 1980, grande parte formada pelo Partido dos Trabalhadores. Embora se verbalizem distanciados do Partido na atualidade em razão de discordância dos ideários defendidos pelos governos do PT, reconhecem que as bases foram fundamentais na sua formação política.

Quadro 3 - Composição do CMSL- Gestão 2013-2015– Gestores e Prestadores – 25 %

Segmento Gestor/Prestador	Entidade	Nº vagas Titular	Nº vagas Suplente
Gestor municipal	Secretaria Municipal de Saúde	1	1
Gestor estadual	17ª Regional de Saúde	1	1
Prestador filantrópico	Hospital Santa Casa	1	
	Hospital Infantil		1
	Hospital do Câncer de Londrina	1	
	Hospital Evangélico de Londrina		1
Prestador público	Hospital Universitário de Londrina	1	1
	CISMEPAR- Consórcio Intermunicipal Saúde Médio Paranapanema	1	
	Hospital Zona Sul		1
Prestador privado	Clínica Psiquiátrica de Londrina	1	
	HOFTALON Hospital de Olhos de Londrina		1
Total Conselheiros– Segmento Gestor/Prestador		7	7

Fonte: Autora

O número de conselheiros representantes do segmento de prestadores manteve a mesma proporcionalidade da legislação anterior: cinco representantes de entidades prestadoras de serviços de saúde, contratados ou conveniados com o SUS no âmbito municipal (CMSL, 2013). A mudança ocorreu na vaga de representante do setor público. A Lei determinava que era “garantida uma vaga para um prestador público universitário”. Agora está expresso: “*podendo* ser uma vaga para um prestador público universitário, entre outros [...]”. Essa alteração é questionável porque o Hospital Universitário de Londrina é o único hospital terciário que atende 100% SUS no município de Londrina. Considerando a grande importância que o hospital possui não só para a cidade de Londrina, mas para o interior do Estado do Paraná, deveria ter a garantia da vaga na representação.

Tais argumentos, em consonância com a teoria bourdieusiana, permitem a compreensão do campo a partir da delimitação objetiva dos segmentos que o compõem. A ilustração contida nos três quadros permite também visualizar as posições preponderantes ocupadas pelas entidades e os segmentos que configuram o campo do Conselho Municipal de Saúde de Londrina.

Sabe-se que os Conselhos são espaços de conflitos, de lutas e de disputas constituídos por uma gama de diferentes representações que integram esse campo e que possuem inclusive interesses antagônicos, a saber: os representantes da sociedade civil organizada (associação de moradores, de patologias crônicas, entidades religiosas, movimentos populares ligados à saúde, aposentados etc), os representantes de conselhos de classe e sindicais, os representantes da gestão, tanto no nível municipal, como estadual

(Secretário Municipal e Representante da Esfera Estadual de Saúde) e os representantes dos prestadores dos serviços de saúde (hospitais públicos, filantrópicos e privados). Esses sujeitos concorrem entre si, lutam para estabelecer o poder sobre o capital simbólico capaz de lhes garantir um lugar de destaque neste lócus.

Antes de avançar nesta discussão da dinâmica relacional, será apresentada a caracterização dos conselheiros entrevistados. Vale lembrar, porém, que o primeiro critério de escolha para definir a amostra foi a experiência como conselheiro no CMSL, no mandato anterior ao estudo, ou seja, na gestão 2012-2013, e que haviam sido reconduzidos na gestão 2014-2015. Sendo assim, entre os 24 conselheiros titulares, 17 haviam sido reconduzidos. Desse modo, optou-se por entrevistar 50% desse total, definindo a amostra em 8 conselheiros pertencentes aos quatro segmentos, assim distribuídos: três representantes dos segmentos de usuários, três representantes dos trabalhadores, um representante de prestadores e um representante do gestor da política de saúde.

4.2 O CONSELHEIRO ENQUANTO AGENTE

O conceito de agente, conforme já abordado anteriormente no escopo do trabalho, é empregado largamente por Bourdieu (2004a) em suas elaborações teóricas. O autor, em *Coisas Ditas*, utiliza a denominação referindo-se àquele que age e que interage com o outro. Essa formulação baseia-se no fundamento de que, diferentemente daquele sujeito dito “livre” que pode transformar o mundo, o agente é dotado de um senso prático, de um sistema adquirido de posições com práticas voltadas ou delimitadas dentro da realidade social. O autor baseia-se na ideia de agente para estabelecer a relação entre indivíduo e campo “[...] (os agentes) dispõem de forças que dependem da sua pertença a campos objectivamente hierarquizados e da sua posição nos campos respectivos” (BOURDIEU, 2012, p. 55).

A partir dos dados da pesquisa e com base nas formulações de Bourdieu (2004a, 2012), entende-se que os conselheiros podem ser considerados como agente, um ‘porta-voz legítimo’, mandatário/representante da sociedade e com a perspectiva autorizada, reconhecida ‘universal’ (BOURDIEU, 2012), para a atuação no controle social da política de saúde.

Os oito agentes entrevistados representam os quatro segmentos (três usuários, três trabalhadores, um prestador e um gestor) e serão, neste momento, brevemente apresentados, ressaltando aspectos relacionados à posição que ocupam no campo da política de saúde e aos recursos que detêm e que os capacitam à disputa nesse espaço. A identificação sucinta dos oito agentes, apresentada a seguir, decorre do compromisso assumido em preservar o sigilo

dos entrevistados.

O primeiro, o Agente 1, doravante A1 (prestador) é servidor público, possui nível superior, com pós-graduação, teve um longo período de participação nos Conselhos de Saúde, tanto municipal como estadual, sendo, a maior parte do tempo, de forma concomitante: *“Isso foi por volta de 1996, 1998. Minha primeira participação no Conselho Estadual de Saúde foi em 1998. De lá para cá fiquei apenas uns dois anos sem atuação nesses Conselhos”*.

Nesses 17 anos como conselheiro, somente não fez parte do Conselho Municipal de Saúde por seis anos, e do Conselho Estadual, por dois anos, participando do CMSL desde 1998. Ao mencionar a si próprio e aos demais agentes, aponta a falta de “qualificação do conselheiro”, dando a entender que o capital informacional é pré-condição à participação dos agentes.

A2 (usuário) está cursando graduação. Iniciou como conselheiro local de saúde no ano de 2003 e, desde então, passou a acompanhar o CMSL, afirmando ter ficado encantado com o conhecimento que as pessoas tinham dentro do Conselho, à época. Posteriormente, no ano de 2008, tornou-se conselheiro municipal e estadual, mas disse que não se sentiu preparado para as discussões no âmbito macro e por discordar da forma como eram conduzidas as discussões na esfera estadual. Ponderou e decidiu não mais atuar naquele espaço e retornou às bases para adquirir maiores conhecimentos. No ano de 2011, tornou-se conselheiro municipal de saúde de Londrina e foi eleito para o mandato de 2013-2014, reconduzido para o mandato de 2015-2016. Teve, portanto, 3 mandatos seguidos. Além do Conselho Municipal de Saúde, integra outros dois conselhos municipais de políticas públicas: Meio Ambiente e de Segurança Alimentar.

A3 (trabalhador) possui nível superior incompleto. Iniciou no controle social da política de saúde em 1995⁵⁵ quando participou da II Conferência Estadual de Saúde: *“Em 1995 eu fui pra segunda Conferência Estadual de Saúde e eu estava há 4 anos dentro de um sindicato, estava muito eufórico”*. Expressa como se sentiu entusiasmado ao participar da Conferência. Já evidenciava uma disposição voltada para atuar nesse campo de poder, advindas da experiência de participação no sindicato:

eu cheguei novinho, não tinha muita informação também e nem muita experiência em Conselho, mas em uma das discussões desta Conferência eu fui defender, todo capenga [...] defendi, a plenária acatou, acabou se convencendo e acabou votando [...] e eu fui [eleito] pro Conselho [...].

⁵⁵ A 2ª Conferência Estadual de Saúde foi realizada em Curitiba-PR entre os dias 12 e 14 de Outubro de 1995. TEMA: O SUS no Paraná: Situação e Alternativas de Solução. (PARANÁ, 1995).

Depois da participação no Conselho Estadual por dois anos, inseriu-se nas discussões a política de saúde no município. Foi membro de Conselho Local de Saúde da região em que era morador, período em que acompanhou as plenárias do CMSL. Recebeu formação política pelo Partido dos Trabalhadores no início da fundação do PT em Londrina e atribui a essa formação a essencialidade para atuar tanto no movimento sindical como no conselho. É conselheiro municipal de saúde há quatro anos, representando o segmento dos trabalhadores. Coloca-se como agente do campo, ao dizer: “nós aqui damos direção às ações de saúde no município” e considera-se um “grande articulador e formador de opinião e defensor da saúde pública”.

A4 (trabalhadora) possui nível superior, participa do CMSL há quatro anos, também representando o segmento de trabalhadores na categoria de Conselhos de Classes que atuam na saúde. Possui curso superior e atualmente faz pós-graduação, em nível de especialização. Trabalha na sua área de formação e foi conselheira do Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente em um município de pequeno porte. Quando veio trabalhar em Londrina, procurou o seu Conselho de Classe, manifestando interesse em representá-lo no controle social da política de Saúde, sendo por ele indicada.

Integra também outro Conselho Municipal e está em busca de um substituto nesse espaço devido à “*sobrecarga de atividades*”. Enfrenta porém dificuldade, pelo descrédito da categoria profissional quanto à efetividade do controle social. Acredita que o atual Conselho é comandado por dois ou três conselheiros que não respeitam os demais, que fazem a vontade prevalecer pelo fato de “*falarem mais alto*”. Já pensou em desistir, mas com apoio da entidade que representa tem permanecido por entender que esse é um espaço importante na atuação em defesa da política pública.

A5 (gestora) possui formação superior na área de saúde. É servidora pública e faz parte do CMSL há um ano e meio, desde quando assumiu um cargo na gestão municipal de saúde. Teve experiência anterior, há 10 anos, no Conselho de Saúde de um município de médio porte; experiência que, segundo ela, contribuiu para entender como ocorrem as relações e disputas nesse tipo de espaço. Valoriza o controle social no fortalecimento da política de saúde e destaca que houve “[...] *uma melhor qualificação dos conselheiros após participarem das capacitações*, mas que ainda *prevalecem pessoas que defendem situações individuais, partidárias e específicas do bairro e não enxergam uma política municipal*”. Considera que os dilemas enfrentados no SUS, devido à insuficiência de recursos na política municipal de saúde, decorrem do subfinanciamento do Governo Federal, além dos entraves burocráticos dos processos licitatórios na aquisição de equipamentos e insumos, os quais

impactam a qualidade do atendimento ao usuário.

A6 (usuária) possui ensino médio incompleto. É conselheira municipal de saúde desde 2006, representando o segmento de Conselho Regional de Saúde da região onde reside. Trabalha como autônoma. Iniciou a trajetória de participação social em 1988, na criação da Associação de Moradores do bairro, com vistas à organização da população na luta por ampliação de direitos na área de saúde. Enfrentou inicialmente a resistência da família e de amigos, contrários ao seu envolvimento nas lutas comunitárias, mas foi em frente, e desde então participou de diferentes Conferências e Conselhos. Inseriu-se no controle social da saúde em 2005 na criação de um dos Conselhos Regionais de Saúde de Londrina. Desde o início, tem buscado a ampliação da participação da população nos espaços de controle social das políticas públicas municipais como forma de obter melhorias para o bairro a que pertence por meio da organização e pressão popular.

A7 (trabalhadora) possui graduação na área de saúde. É servidora pública, atua na sua área de formação. No CMSL, representa o segmento de trabalhadores há quatro anos, mas antes disso já vinha acompanhando as reuniões do Conselho para entender melhor a política de saúde: “*Eu ouvia, eu aprendi muito nessas minhas reuniões que eu ia fora do horário de trabalho, ia lá e participava, porque eu queria entender o que acontecia [...]*”. Esse seu conhecimento prévio, adquirido pelo processo participativo nas reuniões do Conselho, permitiu compreender a *doxa* do campo, ou seja, a maneira como funciona o Conselho e sua relação com a política de saúde.

É assídua nas reuniões, posiciona-se com frequência no plenário. Integra duas comissões temáticas, situando-se como legítima representante do segmento de trabalhos. A sua inserção em uma entidade ligada ao segmento de trabalhadores foi o caminho para tornar-se conselheira, visto que o “[...] *representante anterior, ia de vez em quando, faltava mais do que ia e não tinha interesse em continuar*”. A7 (trabalhadora), pela própria forma como se tornou conselheira, e como se colocou durante a entrevista, demonstra ser uma pessoa 'motivada', 'interessada' em integrar o campo.

Essa inserção na dinâmica do funcionamento do Conselho exemplifica o que Bourdieu (2011) define como *illusio* do campo, ou seja, o interesse em estar jogando, em participar, em investir nos alvos de interesse.

O último entrevistado foi A8 (usuário). Ele possui duas graduações e ocupa um cargo e direção na entidade que representa. Conheceu o Conselho Municipal de Saúde durante sua

participação em uma das Comissões Técnicas Permanentes⁵⁶ e ficou sabendo que a sua entidade poderia concorrer a uma das vagas no Conselho. Após participar da 11ª Conferência Municipal de Saúde, há quatro anos, com o apoio de sua entidade tornou-se conselheiro. A motivação pela inserção está atrelada também à experiência anterior de participação em projetos sociais de cunho religioso e acredita que a luta pela defesa da saúde pública é o que move esse seu interesse no controle social.

A8 (usuário) define que uma das funções precípua do controle social, além do papel deliberativo, que lhe é inerente, é a função propositiva e afirma identificar-se com aquelas pessoas que *“fazem parte da solução e não dos problemas”*. Reconhece a força política do Conselho e acredita que poderia haver uma participação mais qualificada, especialmente dos usuários, se houvesse melhor preparação para entender a complexidade que envolve a política de saúde.

Ao analisar os depoimentos dos oito agentes, apreendeu-se algumas questões que apontam para certo padrão de avaliação referente à ação dos agentes no campo, isto é, a necessidade da detenção de um tipo específico de capital que é o informacional visto por todos como uma pré-condição de participação no campo. Essa valorização, contudo, não obscurece a importância atribuída ao controle social, avaliado como a razão do próprio funcionamento do Conselho. Há ainda o reconhecimento da relevância da participação política pregressa dos agentes nos diferentes movimentos sociais, bem como uma alusão à militância partidária.

A participação nesse lócus, como representantes legítimos dos segmentos, leva-os a serem detentores de conhecimentos sobre a política de saúde, conforme se evidencia a seguir.

4.2.1 A Concepção de Política de Saúde sob o Prisma dos Agentes

A1 (prestador) possui uma longa trajetória no campo do controle social. Além do CMSL, participa de outro Conselho na esfera estadual. Esta experiência contribui para que detenha conhecimento do processo de implantação do SUS na esfera municipal. Ele emite a sua opinião sobre a política de saúde de Londrina, sabe sobre os avanços e as deficiências, especialmente na atenção básica.

⁵⁶Existem 09 Comissões Permanentes, a saber: a) Comissão de Orçamento e Finanças; b) Comissão de Comunicação e Educação Permanente do Controle Social; c) Comissão de Assistência e Acesso ao SUS; d) Comissão de Ética; e) Comissão de DST/AIDS; f) Comissão de Saúde Mental; g) Comissão de Saúde da Mulher; h) Comissão de Vigilância em Saúde; i) Comissão Intersetorial da Saúde do Trabalhador – CIST (CMSL, 2013).

[...] assim como a política de saúde no Brasil, está bem estabelecida teoricamente, mas daí pra se tornar uma realidade existe um caminho muito longo ainda pra gente percorrer [...]. Por exemplo, o Programa Saúde da Família, é estruturante. [...] A gente sabe que a deficiência da atenção básica no município é muito grande e isso impacta, gerando sobrecarga nos Prontos Socorros [...]. (A1- prestador).

Ao expressar que existe uma política de saúde na teoria e outra na prática, A1 (prestador) traz em sua concepção o distanciamento do SUS constitucional, aprovado em 1988, e o SUS real dos dias atuais. Essa condição decorre do financiamento insuficiente para atender a demanda existente na atualidade, que impacta a falta de estrutura da atenção básica, de recursos, de profissionais suficientes para a cobertura da atenção básica.

É possível perceber que A1 (prestador) desenvolveu, ao longo de sua atividade profissional em serviço de saúde, decorrente de sua participação como conselheiro, uma *doxa*, aqui entendida como *opinião* decorrente de *práticas* realizadas no campo de conhecimento da saúde, que se caracteriza pela valorização e defesa da competência e qualificação técnicas.

O fato de A1 (prestador) estar inserido no CMSL e em outro Conselho, inclusive participando de Câmaras Técnicas, levou-o a ser detentor de um conhecimento prático que o habilita a posicionar-se nas estruturas do campo. “A questão da legitimidade surge da própria possibilidade deste pôr-em-causa, desta ruptura com a *doxa* que aceita a ordem corrente como coisa evidente” (BOURDIEU, 2012, p. 50).

O Conselho de saúde, a exemplo de outros campos, não está isento de interferências externas. Muito pelo contrário, está diretamente relacionado às questões econômicas, culturais e políticas da sociedade. Nesse sentido, Bourdieu (2011, p. 70) afirma: “O que se produz no campo é cada vez mais dependente da estrutura do campo, e cada vez mais difícil de deduzir ou prever a partir do conhecimento do estado do mundo social (situação econômica, política)”.

Na mesma perspectiva, A2 (usuário) avalia como política municipal de saúde “*uma atenção primária que cada dia que passa está mais falida*” [...]. Demonstra preocupação com a não ampliação das Equipes Saúde da Família: “*nós teríamos a prerrogativa baseada em uma Portaria nova do Ministério da Saúde que é dobrar o número de equipes do PSF, recebendo por isso[...]*”. Como se pode observar, essa ampliação das equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF), apontada por A2 (usuário), seria uma possibilidade de estruturar as ações de prevenção, promoção e proteção da saúde da família, cabendo ao gestor local da

política de saúde a implantação ou ampliação da ESF, segundo a PNAB/2006⁵⁷.

Os aspectos indicados evidenciam que o conhecimento da política de ambos os agentes se coadunam com as diretrizes da (ESF), implantada no segundo quinquênio de 1990. É uma proposta que tenta romper com o modelo hegemônico curativo das políticas públicas de saúde e reorientação do modelo assistencial. A atenção básica seria a porta de entrada para o sistema de saúde e segue em níveis de complexidade para média e alta complexidade. A ESF possui ênfase no cuidado, no vínculo e na continuidade das ações e imprime uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 2006).

O que é exposto tanto por A1 (prestador) como por A2 (usuário), com relação à atenção básica, é o distanciamento entre o que é preconizado e a realidade vivenciada na atenção à população, a partir de suas necessidades, seus fluxos reais no sistema. De acordo com Melo (2015) os serviços não são articulados e funcionam em lógicas diferentes. Falta estrutura para a sua efetivação e há insuficiência de aportes estruturais para o acolhimento, além da desvalorização dos profissionais que atuam na ponta, por ser considerado de “baixa complexidade”, de maneira simplista, e isso desmoraliza o programa e aumenta o gargalo dos hospitais.

Na perspectiva de A3 (trabalhador), um entrave na política municipal de saúde relaciona-se a problemas de gestão, que, no seu entender, incidem na baixa resolubilidade das ações:

Nós não temos hoje uma política municipal de saúde resolutiva, ela é insuficiente [...] Nós temos uma gestão dita com técnica e não é técnica, que fica engessada... Nós temos uma secretaria de saúde que fica refém da secretaria de gestão (A3-usuário).

Acrescenta ainda que “[...] uma das coisas que foi muito ruim pra saúde foi ter tirado [...] aquilo que era por lei, a Secretária de Saúde era uma Autarquia (Municipal de Saúde)”. Essa alteração ocorreu em 2008 e já foi discutida no Capítulo 2. Segundo os entrevistados, foi um retrocesso à gestão da saúde. A posição de A3(trabalhador) foi compartilhada também por A2 (usuário): “O que mata hoje a gestão do município é essa falta de autonomia dentro da Autarquia Municipal de Saúde”. Na mesma direção, A5 (gestora) manifesta os entraves causados pela ausência de autonomia da Secretaria Municipal de Saúde:

⁵⁷ A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB de 2006 - é orientada pelos seguintes princípios: “[...] da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2006, p. 2).

[...] Com as compras indo pra Gestão (Secretaria de Gestão), nós perdemos isso, porque daí a gente não tinha autonomia mais sobre tudo, agora a proposta do Secretário(saúde) junto ao prefeito é que volte a ser Autarquia [...] apresentamos o projeto da criação da nova Diretoria de Compras [...], a equipe já está sendo montada, o pessoal já está trabalhando nisso,[...]já foi pra gestão e agora já está no governo pra aprovação do prefeito pra gente ir pra Câmara de Vereadores pra votação [...] é uma responsabilidade a mais, não é fácil, mas é diferente, a autonomia é outra [...] você consegue ser mais resolutivo, a gente espera encurtar prazos (A5-gestora).

Pela fala de A5 (gestora), existe um empenho, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, para que a Autarquia Municipal de Saúde retome de fato sua autonomia no processo de gestão de compras. Manifesta que a burocracia relacionada aos processos de compras dificulta a gestão e “*com isso não existe planejamento que a gente consiga fazer pra conseguir dar conta desses imprevistos [...] tanto é que vive faltando insumos, medicamentos*”. Além dessa dificuldade de gestão, que afeta o suprimento, aponta o subfinanciamento da saúde, na esfera municipal, como o maior entrave enfrentado:

[...] a gente (município) acaba ficando com um peso maior, enquanto o Ministério (Saúde) tem que investir a sua porcentagem, o Estado a sua, e o município a sua, que é de 15 %. A gente investiu 31% no ano passado (2014), mais que o dobro [...]. Quem sofre é o usuário que a gente não consegue dar uma assistência de qualidade dentro de todas as especificidades que eles precisam (A5-gestora).

A5 (gestora) expressa em seu relato a situação limite em que vivem os municípios, sobrecarregados com o pagamento dos serviços prestados na área de saúde. A falta de investimentos da esfera federal impacta o déficit financeiro do município. Um estudo realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM, 2015) aponta que nos últimos sete anos as despesas em saúde do Ministério da Saúde aumentaram em 40,4%, mas na esferas estaduais e municipais estes gastos foram ampliados respectivamente em 49,4% e 71,6%. A diminuição da participação do governo federal com as despesas em saúde representa, uma estratégia de deslocamento da responsabilidade sobre o gasto social para os entes municipais, e serviu mais ao propósito de retração da União e de contenção de despesas do que de sua expansão, como idealizaram os defensores da Reforma Sanitária Brasileira.

A ausência de recursos financeiros também foi destacada por A8 (usuário) “[...] *os hospitais atendem mais do que eles recebem, porque não tem como falar ‘Não, não vou atender’; eles têm uma “obrigação” de atender, só que a defasagem está em três milhões por mês*”. Esse descompasso entre ampliação de demanda sem a devida ampliação dos recursos

necessários ao sistema de saúde é tema recorrente na literatura. Batista Junior (2008) destaca que o modelo existente de atenção à saúde, inexoravelmente, fortalece os procedimentos especializados e de alto custo, em detrimento da rede estatal do SUS.

Na visão de A7 (trabalhadora), a política nacional de saúde não foi implementada da forma como foi pensada, *“ela não conseguiu se efetivar em muitos pontos”*. Destaca que alguns Programas Nacionais (ESF, Diabetes): *“já era para estar dentro (inserido no processo de trabalho) de cada profissional, dentro de cada usuário (conhecimento dos programas) e dentro do serviço de saúde”*, ou seja, implementados nos diferentes níveis. Devido à experiência anterior na gestão da saúde, A7 (trabalhadora) aponta que muitos dos problemas enfrentados pelo gestor municipal *“esbarram na lei e na burocracia para realizar um contrato uma licitação para a prestação de serviços”*. Exemplifica, relatando uma questão recente: *“[...] fui num Posto e disseram que está em dois anos a fila para o raio X. Ficar dois anos numa fila, pára! Isso não é SUS, isso não é política de saúde”*. Manifesta sua indignação com as longas filas, questão também presente em várias cidades do Brasil, expostas na mídia constantemente.

Outra agente, A6 (usuária), aponta a morosidade e a demanda reprimida para consulta de especialidade como um dos maiores problemas da política de saúde municipal e acrescenta: *“[...] a política de saúde atual deixa muito a desejar [...]sobre ortopedia...naquela época (dois anos antes) tinha 20.000 na fila de espera... Olha hoje, não melhorou nada, gente, dois anos depois [...]”*.

Salienta-se que uma das estratégias para o enfrentamento de questões como esta, apontada pela ortopedia seria a contratualização, por meio do COAP (Contrato Organizativo de Ação Pública) entre os gestores das três esferas para atender áreas prioritárias, de modo a organizar e integrar as ações e serviços de saúde dos entes federativos em uma região de saúde com ampliação do atendimento das demandas, mas que não foi efetivada, como proposta devido ao baixo financiamento da esfera federal.

Além disso, A6 (usuária) aponta problemas relacionados à falta de infraestrutura na atenção básica, na região que representa, com Unidades Básicas de Saúde antigas, instalações físicas inadequadas, que dependem de construção de novos espaços, como ela diz: *“ter postos de saúde naquelas condições”* (A6-usuária). Essa questão de ausência de espaço físico foi debatida no plenário do Conselho em alguns momentos devido à indisponibilidade de terrenos públicos nos territórios das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para construção de novas unidades, especialmente da área de saúde e educação, para cidade de grande porte como Londrina.

A Secretaria Municipal de Saúde, como alternativa, propôs o uso de praças públicas para a instalação desses serviços, mas foi impedida, devido à orientação da Promotoria do Meio Ambiente junto com entidades relacionadas à defesa da permanência das praças como espaços de lazer, o que é perfeitamente justificável. Contudo, essa falta de terrenos públicos na zona urbana de Londrina para a construção de novas UBS, nas diferentes regiões da cidade, traz mais um entrave para a melhoria da atenção básica à saúde.

Na opinião de A4 (trabalhadora), assim como A1 (prestador), a política de saúde preconizada está bem estabelecida: “[...] *tem várias diretrizes que são boas mesmo*”, mas os agentes (A6-usuária e A8-usuário) destacam aspectos econômicos e na organização dos serviços: “*mas que falta investimento, faltam recursos [...] falta de trabalho em rede, principalmente na atenção básica que precisaria também estar assumindo algumas coisas e acaba não acontecendo*” (A4-trabalhadora).

Essas determinações externas relacionam-se aos “efeitos das crises econômicas, das transformações técnicas, ou das revoluções políticas” (BOURDIEU, 2011, p. 61). Nesse caso, pode-se considerar o subfinanciamento como um dos grandes problemas enfrentados pela política de saúde no Brasil, decorrente da orientação neoliberal, com a desmontagem de serviços públicos e as privatizações dos serviços, reflexos das mudanças do mundo econômico e das reformas propostas pelos agentes financeiros internacionais (NARCISO; PASTOR, 2014).

A política de saúde do Brasil tem dois projetos antagônicos: “o projeto do capital, que defende as reformas recomendadas pelo Banco Mundial, e o projeto de setores progressistas da sociedade civil, que defendem o SUS e seus princípios, integrantes da proposta da reforma sanitária” (CORREIA, 2008, p. 169).

Mais do que isso, a atual crise política e econômica do país neste ano (2016) tem apresentado um cenário ainda pior, com a indicação da redução do financiamento nacional em todas as áreas, inclusive na saúde.

A alteração do cálculo do financiamento, devido à necessidade de atender ao orçamento impositivo, aprovado no Congresso para o ano de 2016, deve trazer um déficit de ao menos R\$ 7,5 bilhões nos recursos da saúde para o ano de 2016. Com os cortes previstos, a tendência é ficar ainda mais difícil manter os atendimentos previstos dentro do SUS. Segundo o próprio ministro da Saúde, Marcelo Castro: “O que hoje está ruim vai piorar” (CANCIAN, 2015). Essa diminuição de recursos da esfera federal incide diretamente na esfera municipal, prejudicando as ações de saúde à população. Há ainda, a proposta do governo federal já no Congresso Nacional de acabar com as vinculações constitucionais de gastos com a saúde e

educação.

Ao trazer tais obstáculos para a efetivação da política municipal, os agentes expressam conhecimento tanto da política nacional, como da política municipal; colocam-se como conhecedores do Sistema Único de Saúde para a sociedade e destacam que a política de saúde se configura como grande avanço para a população. Relacionam que a política municipal implantada nesses 20 anos está em consonância com as diretrizes federais, encontra-se bem estabelecida e comporta uma série de avanços desde o início das primeiras iniciativas ocorridas no final da década de 1970, mas também aponta grandes desafios.

O CMSL, como instância permanente de discussão e deliberação da política de saúde municipal no interior do Estado, é considerado um campo de gestão municipal. Composto por representantes dos quatro segmentos (usuário, trabalhador, prestador e gestor) é tido como um locus de gestão, que envolve agentes portadores de diferentes interesses, e que disputam com recursos o domínio do campo. A seguir, será analisada como essas disputas podem interferir nas decisões do Conselho.

4.3 A ESTRUTURA E O FUNCIONAMENTO DO CMSL

Os conselhos municipais de saúde, de acordo com o marco legal, constituem-se como instância privilegiada do controle social sobre a política de saúde. Sem a sua aprovação, não há liberação de recursos ou implementação de programas. Dessa forma, mostra-se também como um campo concorrencial pelos recursos, um terreno conflituoso, envolvendo os agentes em relações de forças em busca de dominação nesse locus de deliberação.

Como já visto, as análises de Pierre Bourdieu sobre o campo retratam objetividades interiorizadas pelos agentes, com suas repercussões subjetivas, reproduzindo relações da sociedade. Para ele, as estruturas sociais são normatizadas por regras institucionais e legais, mediadas por relações de forças existentes entre os agentes, os quais se valem de diferentes tipos de capital (econômico, político, cultural etc.), tanto para conservação da estrutura de poder existente, como com objetivo de alteração. “Um campo é um jogo que se joga segundo regularidades que são suas regras, mas com cujas regras ou regularidades, também, podemos jogar para transformá-las” (BOURDIEU, 2014, p. 141).

O critério que define a representação da entidade no Conselho é a participação na última Conferência que antecede o ingresso nesse campo, sendo importante que um grande número de agentes pertencentes à entidade postulante à vaga tenha comparecido.

A entidade, assim que consegue o direito de se fazer representar, pode escolher uma

pessoa que não tenha necessariamente participado da respectiva Conferência, para representá-la no conselho. Esse desvio da delegação, de certo modo, configura o que Bourdieu denomina de “fetiche político”, falseando a representação, fazendo repercutir diretamente na ausência de conhecimento das propostas debatidas e aprovadas na Conferência sobre as diretrizes levantadas, bem como os desafios e anseios da sociedade em face à Política Municipal de Saúde.

No atual Plano Municipal de Saúde de Londrina 2014-2017 consta: “O Conselho reúne-se mensalmente em reuniões ordinárias tendo como responsabilidade discutir as questões de saúde no município, avaliar os gastos em saúde e a qualidade da assistência prestada” (LONDRINA, 2014).

A partir do que está preconizado, inicialmente serão analisadas não somente as regras explícitas do campo, mas também como se materializam e se concretizam nas ações nas reuniões, denominadas plenárias, que ocorrem no auditório da Vila da Saúde⁵⁸.

Era de se esperar, dada a importância do CMSL para o exercício do controle social, que as suas condições materiais e meios de gestão estivessem de acordo com a sua relevância; entretanto, essa não é a realidade. A sala de reunião (localizada na Vila da Saúde) encontra-se em más condições de manutenção, tanto no que se refere à edificação, quanto no mobiliário. Também carece de equipamentos apropriados. O projetor de multimídia, por exemplo, é antigo, inviabilizando que as pessoas, no fundo da sala, acompanhem a projeção dos assuntos apresentados. Como todas as reuniões são gravadas e transcritas por dois servidores lotados no Conselho Municipal de Saúde, existe a dificuldade para a transcrição, pelo fato de o equipamento de som também ser antigo.

No ano de 2013 e início de 2014, por um período de seis meses, as reuniões foram realizadas na Câmara de Vereadores, em dias em que não havia seções do Legislativo, como uma forma de oferecer um espaço com melhores condições físicas ao Conselho. A ausência de um local fixo e adequado para a realização das plenárias foi tema que emergiu por várias vezes. Durante as reuniões do período estudado, dezembro de 2013 a junho de 2015, conselheiros solicitaram que a gestão fizesse a locação de uma sala com melhores instalações físicas e de equipamento de som para as gravações.

⁵⁸ Vila da Saúde é o espaço físico locado que abriga a estrutura das Diretorias da Autarquia Municipal da Saúde e um auditório com aproximadamente 70 metros, onde historicamente (por mais de 15 anos) foram realizadas as reuniões do CMSL, que ocorriam, até 2010, no período noturno. Devido à falta de manutenção do espaço e a dificuldades nas gravações, os vereadores da Câmara Municipal de Londrina emprestaram o plenário da Câmara para as reuniões do Conselho em horários diurnos, quando não houvesse seções, e uso noturno até 22 horas. Entretanto, este espaço foi usado temporariamente, por dificuldade de conciliar agenda e por ser mais afastado do centro da cidade, dificultando o acesso dos conselheiros que dependem de transporte público.

Alguns conselheiros dos diferentes segmentos faziam cobranças ao Presidente do CMSL relativas às melhorias pleiteadas: “[...] *para que dentre outras coisas, resolva definitivamente o problema da falta de espaço físico para as reuniões do CMSL, que vem tendo prejuízos pelas alterações de local e horário*” (informação verbal, fev. 2014)⁵⁹. Foi aprovada, pela maioria, a continuidade das reuniões por um período temporário na Vila da Saúde, assim como a abertura de licitação para que fosse alugado um lugar mais amplo e central, que permitisse a participação de um número maior de pessoas e comportasse tanto a realização das plenárias como as ações da Secretaria Executiva do Conselho.

[...] hoje a sede do Conselho não tem condições nenhuma, nem de salubridade. Então tem que ter um espaço próprio, teria que ter um recurso próprio pra gravações [...] eu acho que precisa estruturar melhor o Conselho. Isso já está tudo no papel, só falta efetivar (A8-usuário).

Durante observação sistemática das reuniões, pode-se identificar que alguns conselheiros consideravam que o espaço físico era tido como uma questão menos relevante: “*acho isso secundário, temos muitas prioridades com que nos preocupar*” (informação verbal, out. 2014). No entender dessa conselheira, o que está em jogo são as ações do Conselho, e a precariedade dos seus meios materiais de gestão não afetam seu funcionamento.

Opinião diferente foi expressa na entrevista de A2 (usuário). Ele aponta que o formato atual inviabiliza a participação da população nas reuniões: “[...] *porque é um local inapropriado, infelizmente o local não é tão atraente para a participação da comunidade*”.

A3 (trabalhador) discorda da justificativa de que não há recurso para melhorias: “*Você viu que nós aprovamos aqui duas idas pra Brasília hoje? De onde vai vir esse dinheiro? Do fundo (Fundo Municipal de Saúde)*” (A3-trabalhador).

Após oito meses da aprovação de abertura de processo licitatório para aluguel de um espaço mais adequado ao CMSL, ouviu-se, em reunião da plenária, justificativa do gestor: “*A procura está sendo feita há mais de seis meses, existe dificuldade grande, o preço do aluguel está acima da avaliação da Prefeitura. A gente queria um local para a Secretaria que tivesse um Auditório, e como já está em Ata, vamos dar início a este processo licitatório*” (informação verbal, jun. 2015). As condições necessárias para as melhorias da infraestrutura do Conselho esbarram, segundo o gestor, na falta de condições econômicas e na burocracia que envolve os processos licitatórios. Salienta-se, porém, que, a partir da Resolução 333/2003

⁵⁹As citações extraídas das Observações Sistemáticas foram extraídas das reuniões do Conselho e serão identificadas como informação verbal.

do CNS (BRASIL, 2003), os Conselhos passaram a ter dotação orçamentária para o seu funcionamento, e para tal deve ser previsto recurso por meio dos instrumentos de Planejamento e de Gestão.

No Regimento Interno, está expresso, no Art. 2º, que “A Secretaria/Autarquia Municipal de Saúde garantirá autonomia para o pleno funcionamento do CMS, fornecendo infraestrutura, instalações adequadas e suficientes, estrutura administrativa, técnica e jurídica e mantendo sua dotação orçamentária” (CMSL, 2013, p. 2).

Também no Relatório Anual de Gestão (RAG) aparece a seguinte recomendação: “Quanto ao controle social entende-se como fundamental ampliar estes espaços, com escuta adequada a este segmento e garantia de participação efetiva de usuários nas reuniões do Conselho Municipal, nas Comissões, bem como melhoria da infra estrutura” (LONDRINA, 2013, p. 152). Na ata da reunião do dia 25 abril/14, consta a seguinte deliberação: “Fica aprovada a licitação de hotel para as reuniões do CMSL e provisoriamente serão realizadas na Vila da Saúde”.

A condição “provisória” de funcionamento do Conselho persistiu por aproximadamente dois anos⁶⁰. Prova disto é a constatação no Relatório Anual de Gestão (RAG) da repetição da META 4: “Estruturar o Conselho Municipal de Saúde com orçamento próprio e adequação de infraestrutura”. Quanto a condição de alcance desta meta no ano seguinte aparece no Relatório: “Aguardando definição de novo espaço físico através da Secretaria de Saúde [...] e definição de processo licitatório para aquisição de equipamentos” (LONDRINA, 2014).

Ainda com relação à infraestrutura, na reunião de novembro/2014, um conselheiro propõe: “*seja solicitada, a troca do (aparelho) Data Show, visto que o atual está com baixa qualidade, e que seja feita a compra de um novo equipamento que valorize as apresentações*” (informação verbal, nov. 2014). Tal solicitação ficou “registrada” em ata. Entretanto, do ato de “registrar” à efetiva compra de novo aparelho, tem-se o “esquecimento”. A fala de A2 (usuário) retrata a frustração frente à expectativa do não cumprimento do acordo com o gestor referente às condições materiais do Conselho: “[...] *algumas questões que foram postas não foram feitas, algumas atitudes que ele deveria ter tomado enquanto Secretário (de Saúde), não foram tomadas [...]*”.

No entender de A8 (usuário), além das questões relacionadas à estrutura física, a falta

⁶⁰ Em dezembro de 2015, ocorreu a mudança da Autarquia Municipal de Saúde para um novo espaço locado, sem auditório, e as reuniões do Conselho voltaram a ser realizadas na Câmara Municipal de Londrina, em horário matutino.

de recursos afeta o exercício de função: “[...] *não tem um recurso destinado à manutenção do Conselho [...] teria que ter um poder maior de exigir uma auditoria, alguma coisa assim, mas não tem recursos... destinado pra isso no próprio SUS*” (A8-usuário).

A8 (usuário) expõe a ausência de dotação orçamentária ao Conselho prevista na política de saúde. Num primeiro momento, as decisões tomadas pelo Conselho, no que tange aos encaminhamentos para melhorias da infraestrutura, são acolhidas pela gestão, mas na verdade acabam por ser postergadas. Tal situação pode ser indicativa de que o gestor, valendo-se da burocracia, joga com o poder de sua posição no campo para adiar soluções. Bourdieu (2014) oferece elementos para a compreensão de que o representante do Estado “[...] tem também atrás de si uma força considerável: o poder que lhe dá o fato de ser mandatário de uma organização” (BOURDIEU, 2014, p. 44).

Uma das justificativas dos entraves para as melhorias é a morosidade dos processos licitatórios, decorrentes da burocracia. Bourdieu entende que a dominação que se manifesta na burocracia é, portanto, um produto histórico peculiar dentro do desenvolvimento da racionalidade no Estado. O CMSL pode ser considerado como uma dessas instituições baseadas na racionalidade e regidas por leis que se efetivam por meio da burocracia. Coloque-se a “culpa” na burocracia, como se fosse algo independente da gestão, algo sobre o qual não se possui controle.

O custo das mudanças pleiteadas para o aluguel de uma sala gira em torno de R\$350,00 por mês. Entende-se que esse valor é pequeno, dentro do Orçamento da saúde de Londrina, cujo montante repassado no primeiro bimestre/2015 foi de R\$ 243.753.252,31 (BRASIL, 2014). Entretanto, em virtude da morosidade e do esquecimento que muitas vezes caracterizam a efetivação das decisões tomadas no Conselho, conclui-se que investimentos em melhorias da estrutura física não são prioridades.

A discussão de Bourdieu (1997) sobre a relação espaço físico e espaço social traz alguns elementos para a análise:

Efetivamente, o espaço social se retraduz no espaço físico, mas sempre de maneira mais ou menos *confusa*: o poder sobre o espaço que a posse de capital proporciona, sob suas diferentes espécies, se manifesta no espaço físico apropriado sob a forma de uma certa relação entre a estrutura espacial da distribuição dos agentes e a estrutura espacial da estrutura dos bens ou dos serviços, privados ou públicos (BOURDIEU, 1997, p. 160).

Como sugere o autor, poder-se-ia pensar que a falta de estrutura revela que o espaço físico do CMSL reproduz o espaço social mais amplo, pois a gestão municipal não atribui a

importância devida a ele, relegando-o a posição inferior se comparado a outras instâncias de gestão. Dentro das escolhas políticas, o Conselho não é prioridade, até porque, com a falta de recursos na gestão municipal, à época da pesquisa, com déficit financeiro mensal acima de três milhões, outras áreas eram contempladas por serem consideradas prioritárias ou estratégicas.

Além das questões já mencionadas referentes ao espaço físico do Conselho, outro aspecto que chama a atenção é a disposição dos agentes nas plenárias. As cadeiras são distribuídas aleatoriamente na sala, não havendo possibilidade de o público identificar cada conselheiro. Só se percebe quem é conselheiro quando algum deles faz uso do microfone, uma vez que a gravação requer a identificação do nome e do segmento que representa.

À primeira vista, tal disposição dos agentes no espaço da plenária parece ser uma questão secundária e que não interfere nas ações do Conselho. Porém, o próprio espaço físico e a disposição das cadeiras, de forma pouco organizada, evidenciam o “lugar” dos agentes na gestão da política de saúde e demonstram como são considerados no espaço da gestão, sem distinção social, relegando-os a um espaço pouco diferenciado.

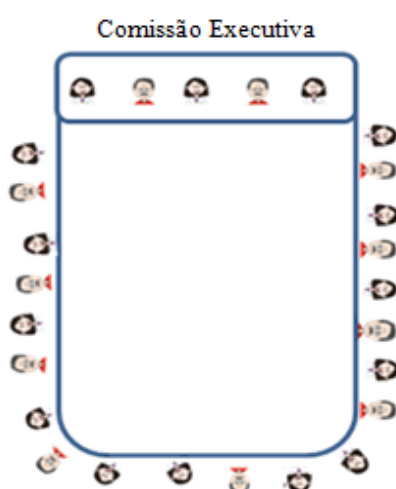
Bourdieu (1997), ao discutir espaço físico, relaciona-o tanto ao conceito de lugar, o espaço habitado, como também às diferenças sociais: “Como o espaço físico é definido pela exterioridade mútua das partes, o espaço social é definido pela exclusão mútua (ou a distinção) das posições que os constituem, isto é uma estrutura de justaposição de posições sociais” (BOURDIEU, 1997, p. 160).

Até 2012, a disposição das cadeiras na sala de reunião era em semicírculo (Figura 1), em cuja parte central localizava-se a Comissão Executiva do Conselho, que conduzia os trabalhos, demonstrando a gestão compartilhada. A partir de 2013, essa configuração se alterou (Figura 2).

A apresentação de tais elementos que compõem o Conselho permite a visualização das condições materiais e simbólicas da estrutura do campo. O estudo sobre as relações que se estabelecem entre os agentes do CMSL presentes nas reuniões evidencia a distribuição de poder que ocorre nesse espaço de gestão, conforme se verá a seguir.

Figura 1 - Localização dos Agentes até

2012- Plenária 1



Fonte: Autora.

Figura 2 - Localização Agentes 2013-2015-

Plenária 2



Fonte: Autora.

A disposição dos conselheiros na forma semicircular (Figura 1) amplia o olhar, melhora a visualização e a comunicação verbal e corporal por meio de gestos, comportamentos e posturas. Favorece a melhor condução da reunião, com menos dispersão, evidencia quem participa e coloca em destaque os agentes legalmente considerados gestores da política de saúde. Mas esse lugar em evidência também traz responsabilidades, exige, além do comprometimento, o domínio de conhecimentos sobre os assuntos tratados diante dos pares e da população presente na reunião.

De forma diferente, a disposição atual das cadeiras na sala da plenária do Conselho (Figura 2) se assemelha a uma grande sala de aula, com carteiras dispostas de modo pouco organizado, com a localização da Comissão Executiva na parte central, à frente para coordenar os trabalhos. Não há uma identificação do conselheiro, que chega e se acomoda em meio ao público que, por sua vez, tem dificuldade de reconhecê-lo como representante dos segmentos sociais. Esse espaço físico e a disposição das cadeiras demonstram a forma como o conjunto dos conselheiros é considerado nesse espaço da gestão, ou seja, tornam-se “invisíveis” nesse lugar.

Para A3 (trabalhador), entretanto, essa questão da invisibilidade não é determinante porque, para ele, o Conselho, em última instância, apesar de todos os obstáculos materiais, é quem define os recursos do Fundo Municipal de Saúde. “[...] *Eu acho que os gestores, tanto na administração da saúde quanto na administração financeira [...] acham que o dinheiro do Conselho Municipal de saúde é deles [...] o dinheiro é “fundo a fundo” e quem gerencia esse dinheiro somos nós*” [...] (A3-trabalhador).

O depoimento desse agente vem reafirmar o que está muito claro na legislação: que a gestão do Fundo Municipal de Saúde é responsabilidade do Conselho. Quanto a realizar melhorias físicas e espaciais para o seu funcionamento – se é prioritário ou não –, depende da compreensão daqueles que estão inseridos no campo e das formas para engendrar essas mudanças. Sendo assim, a discussão da estrutura física do CMSL oferece indícios de qual é a posição por ele ocupada na gestão, traços de um quadro para além do que se quer visível e perceptível, mas um retrato próximo à realidade das condições objetivas da política de saúde no município.

As duas representações gráficas revelam um predomínio da Comissão Executiva⁶¹ no campo, que é formada de modo paritário por representantes dos segmentos, também mostra certa horizontalidade dos demais estratos de conselheiros que constituem o Conselho. Entretanto, o Regimento Interno aponta para a existência de uma estrutura de dominação mais complexa. Salienta-se que uma das atribuições inerentes à Comissão Executiva é a definição da pauta das reuniões do Conselho. De fato, é ela quem o faz, pois, de certo modo, é ela quem dá direção ao processo de gestão e de controle social.

Na visão de A5 (gestora), a construção da pauta envolve disputas entre os integrantes da Comissão Executiva. Como há um predomínio nas discussões de dois conselheiros dotados de poder de articulação (diga-se: capital político), eles acabam por pautar “*Aqueles assuntos de cunho pessoal [...] que deveriam ser resolvidos nos fóruns específicos e não nas reuniões do Conselho, até como forma de otimizar o tempo, de discutir vários temas macros de forma mais qualificada [...]*” (A5-gestora).

Opinião diferente possuem os agentes A1 (prestador), A7(trabalhadora) e A8 (usuário):

O conselho tem participado ativamente da construção da pauta (A1-prestador).

É o pessoal da Executiva [...] (A6-usuária).

[...] Chegam as demandas e se coloca, é a Mesa Executiva quem decide, mas o Conselho no início de toda a reunião tem abertura de, se quiser

⁶¹A Comissão Executiva é composta por: Presidente, 1ª Vice-presidente, 2ª Vice-presidente, 3ª Vice-presidente, 1ª Secretária (o), 2ª Secretária (o), 1º tesoureiro (a) e 2º tesoureiro (a). As suas principais competências são: convocar e coordenar as reuniões ordinárias ou extraordinárias do CMSL e das Comissões; acolher e encaminhar questões que lhe forem delegadas; elaborar boletins informativos e demais publicações do CMSL; requisitar elementos, informações e documentos aos diversos órgãos, baixar atos decorrentes de deliberação do plenário; manter no plenário, ambiente de civilidade, de respeito, de decoro, de ética; instruir processo eleitoral; divulgar as atividades e deliberações do Conselho, representar o Conselho nos diferentes espaços; etc.

incluir pontos de pauta, vai para a plenária que é soberana (A7-trabalhadora).

[...] eu participei da última Executiva (Comissão) e todos nós levávamos assuntos pra lá e eram acatados, é lógico que o gestor, ele tem algumas pautas obrigatórias por lei, então a maioria das coisas vem por lá. Agora, na época que eu participei, nunca me foi proibido colocar assunto e discutir livremente (A8-usuário).

Para os três primeiros agentes, o processo de construção da pauta é democrático, envolve decisões colegiadas da Comissão Executiva. A8 (usuário) aponta a necessidade de demandas da gestão, exigidas pela lei. No entanto, A4 (trabalhadora) discorda e expõe seu posicionamento: *“Quem define hoje é o gestor, o prestador, raramente aparece uma pauta aí que é de usuário, que é de demanda de serviço [...]”* A4 (trabalhadora). Essa ausência de proposição de pauta do segmento de usuários pode ter relação direta com ausência de domínio de grandes questões da saúde e/ou da própria forma de encaminhar a demanda para ser contemplada nas discussões das plenárias.

Ao se levar em conta a natureza da representação e da delegação de poderes aos estratos que participam do campo, percebe-se que a Comissão Executiva, por ter uma parte formada pelos mandatários, ou agentes que recebem a delegação por serem “pessoas singulares”, como sugere Bourdieu, conquista poderes na condução dos trabalhos. Há de se considerar também outros cargos por delegação a “pessoas singulares”, como são os diretores de hospitais particulares, considerados filantrópicos (Irmandade Santa Casa de Misericórdia, Hospital Infantil, Hospital do Câncer de Londrina e Hospital Evangélico), como também os prestadores citados como particulares (Clínica Psiquiátrica de Londrina e Hospital de Olhos de Londrina), os quais são “investidos” da função de conselheiros. Nesses casos, deve-se levar em conta a detenção de capital econômico, condição externa ao Conselho, e que agrega maior poder a esses mandatários.

Não apenas a Comissão Executiva confere posição hegemônica aos seus membros, mas também a existência de outras comissões cria níveis intermediários na estrutura hierárquica de dominação do Conselho. As Comissões Temáticas Permanentes ou Temporárias do CMSL são avaliadas por alguns agentes como responsáveis pela distribuição de poderes nesses estratos.

[...] o conselho municipal de saúde... ele tinha umas comissões assessoras técnicas mais atuantes, uma câmara técnica, sabe? Então todos os assuntos iam pra essa câmara e eu participava dessa câmara. A gente analisava os processos e não ficava uma reunião assim longa, pois havia uma discussão

técnica aprofundada que se dava na câmara; isso por volta de 96, 98 (A1-prestador).

[...] acho que as comissões, se elas funcionassem da forma como deveriam funcionar, seria levado lá pra plenária só o que realmente tivesse sido esgotado nas comissões (A4-trabalhadora).

No entanto, segundo os entrevistados, a participação nas Comissões exige alguns quesitos, como disponibilidade e compromisso.

[...] não é só preparação, mas eu acho que disponibilidade, compromisso, porque eu mesmo já coloquei em várias reuniões lá que eu estava participando de 04, 05 comissões, não porque eu queria... não tem usuário que quer participar das comissões, então você acabava assumindo, aí acaba sobrecarregando alguns em função de outros (A8-usuário).

[...] não tem como porque comissões reúnem num dia e numa hora lá, vamos supor, duas horas da tarde num dia da semana, você acha que você tem tempo? Eu até admiro o X porque ele larga tudo e vai ... , o sindicato ainda banca, mas quem é usuário não tem essa pessoa que te banca.... Eu faço porque eu sou autônomo (A6- usuária).

Não se pode esquecer que existe, nesse campo, um elemento importante que, segundo Bourdieu, interfere na estrutura de dominação e, sobretudo, no poder simbólico. Trata-se da distinção que, no caso em estudo, refere-se a reconhecimento e valores atribuídos a determinados conhecimentos, por meio de diplomas e títulos conferidos aos profissionais da saúde, como: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, bioquímicos, assistentes sociais, psicólogos, dentistas, fonoaudiólogos, etc.

Nesses 24 anos de existência, o CMSL, desde 1991, até o encerramento da coleta de dados, em junho de 2015, revelou a existência de um predomínio de médicos na ocupação do cargo de Secretário Municipal de Saúde, como pode ser observado a seguir

Quadro 4 - Secretários Municipais de Saúde de Londrina (Período 1991-2015)

<u>Período</u>	<u>Secretário</u>	<u>Profissão</u>
1989-1992 (Gestão Belinati)	Agajan A Der Bedrossian	Médico
1993-1996 (Gestão Cheida)	Silvio Fernandes da Silva	Médico
1997-2000 (Gestão Belinati)	Agajan A Der Bedrossian	Médico
2001-2006 (Gestão Nedson)	Silvio Fernandes da Silva	Médico
2006-2008 (Gestão Nedson)	Josemari Arruda	Médica
	Marlene Zucoli	Enfermeira
09/01/a 03/05/2009 (Gestão Padre Roque)	Aparecido José de Andrade	Médico
01/05/2009 a 30/07/2012 (Gestão Barbosa Neto)	Agajan A Der Bedrossian	Médico
	Edson Antonio de Souza	Economista
	Agajan A Der Bedrossian	Médico
	Ana Olympia Dornellas	Enfermeira
	Márcio Nishida Makoto	Médico
31/07/2012 a 20/09/2012 (Gestão José Joaquim Ribeiro)	Edson Antonio de Souza	Economista
21/09/12 a 31/12/12 (Gestão Gerson Araújo)		
01/01/2013-2015 (Gestão Kireff) Atual	Francisco Eugênio A. Souza	Médico
	Mohamed El Kadre	Médico
	Gilberto Berguio Martin - assumiu a pasta em 08/10/2015	Médico

Fonte: CMSL (2016).

O quadro 4 mostra que, de um total de 16 gestões de secretários de saúde, 12 foram exercidas por médicos, sendo que em dois casos, um secretário ocupou quatro gestões e outro, duas gestões, revelando uma distinção decorrente da medicina, sobrepondo-se às demais. Nos outros casos, um economista, foi secretário por duas vezes, e duas enfermeiras também exerceram esta função. Estes três últimos eram funcionários da prefeitura, portanto investidos no cargo de funcionário público.

Observa-se ainda a grande rotatividade nesse cargo, especialmente em uma gestão municipal (2009-2012), quando houve sete trocas de secretário municipal de saúde, o que denota instabilidade na política de saúde local e que reflete diretamente no Conselho, visto que todos esses secretários foram presidentes do CMSL.

Mais do que a distinção de natureza cultural, a representação política – em especial a que se origina na militância no campo da política de saúde e nas políticas sociais, de modo geral – é determinante na formação dos níveis da estrutura de dominação. Todavia, tal estrutura, a exemplo do jogo de xadrez, é apenas pré-condição para a disputa. Somente à medida que as peças se movem em torno de recursos escassos, é que se torna possível entender as relações de forças que se estabelecem no campo e como a estrutura de dominação

se configura.

Também a militância no controle social é fator de distinção devido à história da política de saúde em Londrina, o que permite a muitos conselheiros a evocação desse passado marcado pela participação de londrinenses no Movimento da Reforma Sanitária. Porém esse não é o único fator de distribuição de poder e de posições no campo.

Antes mesmo do elemento distinção, o campo é estruturado de maneira hierarquizada, sendo a distribuição em níveis de poder condição para tal. Para compreender o Conselho como campo de poder, convém considerar a distribuição dos agentes de acordo com os segmentos estabelecidos pelo Regimento. A distribuição numérica *a priori* indicaria uma supremacia do segmento de usuários nas deliberações e demais atribuições dos conselheiros. Para além dessa questão, porém, existe uma disputa interna nesse segmento, envolvendo entidades que, por vezes, defendem interesses divergentes que ocasionam uma fragmentação da representação.

Considerando que 50% dos conselheiros representam os usuários, a princípio se imaginaria que esse número seria suficiente para a defesa das propostas que contemplassem este segmento. No entanto, com base nas observações sistemáticas e nas entrevistas, ocorre o inverso: parte dos usuários vota com o gestor, parte com o prestador, havendo uma dominação destes na condução do Conselho, conforme aponta A1 (prestador):

[...]50% dos votos são do segmento dos usuários, mas infelizmente não é por isso. Então hoje eu acho que quem tá tendo maior decisão é o Prefeito, o prefeito não, é o Executivo, os gestores. Os usuários estão tendo boa influência, mas poderiam ter uma força maior. Os representantes do segmento dos trabalhadores influenciam menos.

Essa posição de dominância do gestor foi constatada no período da coleta de dados. Observou-se que, com a aprovação da Lei Municipal nº 11.852 (LONDRINA, 2013), houve uma alteração relacionada ao processo eleitoral para escolha do Presidente do Conselho Municipal de Saúde. A partir da nova Lei, a presidência do Conselho poderia ser ocupada por qualquer um dos conselheiros, desde que eleito por seus pares, diferentemente do que, historicamente, vinha ocorrendo, em que o cargo de presidente era prerrogativa do Secretário Municipal de Saúde. A alteração da referida Lei foi necessária porque tratava-se de um retrocesso do município em relação à legislação nacional, uma vez que o presidente do Conselho era imposto sem eleição direta. Tal postura antidemocrática não condizia com o histórico de vanguarda do Conselho e com o próprio reconhecimento que possuía não só no nível local, mas estadual e nacional, conforme já abordado anteriormente na história do

Conselho. A opinião de A2 (usuário) revela essa condição:

Dos mais de 5300 municípios que há no país, Londrina estava entre os 26 que ainda o Secretário era imposto [como Presidente do Conselho]. A nossa luta não foi para destituir o Secretário (saúde) [...] foi para que essa escolha fosse de forma democrática e dentro deste pleno, e que foi conseguido.

A partir de então, a coordenação do CMSL passou a ser realizada por uma Comissão Executiva eleita entre os pares, tendo como Presidente o Secretário Municipal de Saúde. Esta eleição da Comissão Executiva⁶², no mandato (2014-2015), ocorreu na segunda Plenária do Conselho no ano de 2014 (março). Foi constituída por uma chapa de *consenso* com a eleição do Secretário Municipal de Saúde para continuar como Presidente, e nos demais cargos, 1º Vice Presidente (Usuário), 2º Vice Presidente (Trabalhador- Conselhos de Classe) 1º Secretário (Trabalhador- Sindicatos) 2º Secretário (Prestador).

Vale destacar que a Comissão Executiva é central no Conselho. Entre as suas atribuições estão a definição da pauta e a condução do processo das reuniões. Essa Comissão é paritária, reúne-se uma semana antes da plenária e, a depender dos interesses e do poder dos membros componentes, os temas poderão ser pautados, acatando as sugestões do plenário, podendo, entretanto, serem colocados como informe ou até mesmo nem serem pautados.

Para essa composição, mesmo ocorrendo certa articulação entre alguns conselheiros dos segmentos de usuários e trabalhadores para a mudança, não obtiveram êxito em alterar o lugar central: o de Presidente. Mas, se essa era uma solicitação antiga, presente em várias Conferências Municipais de Saúde, já descritas anteriormente, por que não houve mudança? Uma das repostas pode estar relacionada tanto à própria força da posição, ocupada pelo Secretário de Saúde, nesse campo, quanto ao poder simbólico representado pelo fato de ser o gestor da política de saúde.

Na visão do A2 (usuário), esta composição da Secretaria Executiva do Conselho foi construída com a expectativa de um avanço:

A escolha do Secretário foi um voto de confiança, para que ele pudesse reestruturar a Secretaria Municipal de Saúde [...] reestruturar o conselho com dotação orçamentária específica para que em um próximo ano o conselho possa caminhar com suas próprias pernas; este foi o acordo, este

⁶²De acordo com o: “Art. 7º O CMSL é coordenado por uma comissão executiva eleita entre seus membros, composta de: Presidente, 1ª Vice presidente, 2ª Vice-presidente, 3ª Vice-presidente, 1ª Secretária (o), 2ª Secretária (o), 1ª tesoureiro (a) e 2ª tesoureiro (a), de forma a contemplar paritariamente todos os segmentos representados no Conselho (CMSL, 2013, p. 7).

foi o combinado, este foi o pactuado entre as partes de vários segmentos (A2-usuário).

A continuidade do gestor municipal na presidência do Conselho evidencia o lugar privilegiado que ocupa no campo de poder, ou seja, de dominante. Por sua vez, o dominado é aquele que ocupa a posição subalterna nesse espaço e que busca, por todos os meios, garantir e ampliar a sua presença e, se possível, tornar-se também dominante. É um espaço de lutas por reconhecimento. A decisão em apoiar o Secretário de Saúde para a permanência no cargo de presidente do Conselho por dois mandatos foi condicionada à expectativa de melhorias na sua infraestrutura. Mas, um tempo depois, diante do fato de as medidas de melhoria não serem colocadas em prática, um representante dos usuários disse: *“Hoje não é o melhor nome”*. A afirmação emergiu no espaço da plenária do Conselho, em uma situação em que outro conselheiro explicitou críticas ao governo municipal dizendo: *“esta administração técnica deixa muito a desejar”* (informação verbal, out. 2014).

Vale lembrar, conforme já discutido anteriormente, que os recursos federais enviados a Londrina têm sido bem abaixo do que preconiza a legislação, havendo uma disputa acirrada, por vezes velada, na alocação desses recursos. Com base no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a receita de impostos e transferências constitucionais e legais, anual do município de Londrina destinada as Ações e Serviços Públicos de Saúde, para o ano de 2015, foi de R\$ 803.382.326,85 (BRASIL, 2015). Essa é uma quantia que leva especialmente os segmentos de prestadores de serviços de saúde a disputarem tal recurso. Bourdieu (2012) chama a atenção sobre as frações dominantes que lutam para impor a legitimidade da sua dominação na luta pelo poder econômico por meio da própria produção simbólica.

Nessa direção, para considerar uma manifestação de poder simbólico, recorre-se ao material empírico obtido por meio da observação sistemática da reunião de fevereiro/2015. Um dos pontos de pauta apresentado pelo presidente do Conselho referia-se à liberação de recurso financeiro para o pagamento de escalas de plantão à distância, de um hospital filantrópico de Londrina - incentivo que já era repassado a outros prestadores dessa categoria.

Ao colocar a proposta em discussão, um agente representante dos usuários ponderou: *“[...] para nós enquanto representantes dos usuários fica difícil aprovar, sem ter um valor estimado e realizado [...]. Quero deixar claro que não sou contra, [mas] é preciso ter as regras do jogo”* (informação verbal, out. 2014).

Ao que o representante da gestão disse:

[...] quanto ao valor, nós ainda não definimos, vamos fazer uma comparação com os outros dois hospitais' (que já recebem), nós queremos transparência. Esse controle é feito pela Diretoria de Regulação, quando os hospitais apresentam a planilha completa (informação verbal, out. 2014).

Evidencia-se, nessa situação, uma contradição por parte da gestão. Ao mesmo tempo que diz: “queremos transparência”, não apresenta os dados concretos, com os valores – mesmo que prospectivos – sobre o montante a ser destinado ao hospital em questão, transferindo a responsabilidade para a Diretoria da Regulação, como se coubesse apenas a ela o domínio desses valores. Tal atitude revela a força real que os gestores exercem no campo do controle social. O fato é que o conselho é um campo de disputa, e essa ausência de informações precisas fragiliza o papel da participação e amplia o poder de controle dos dominantes. Ressalta-se que a transparência na gestão deve ser exigida e as deliberações podem ser cobradas (CORREIA, 2000).

Na continuidade das discussões, outro *agente* representante dos trabalhadores demonstra a preocupação em aprovar este incentivo, devido a não ser previsto pelo SUS: “*O assunto é de extrema relevância, o hospital necessita continuar recebendo, mas qual o percentual e de onde sai o dinheiro?*” (informação verbal, out/2014).

Em defesa desse hospital, uma pessoa presente na reunião, pertencente ao quadro de profissionais da instituição em debate, destaca que esteve no CMSL como conselheira por mais de 10 anos, ressalta suas contribuições e admite que o Conselho foi fundamental para a sua trajetória de participação. Tanto é verdade que, atualmente, ocupa a vice-presidência nacional dos hospitais ligados à sua área. Na ocasião, disse: “*A gente acha justo, a gente conta com o apoio de vocês, que sabem o que é correto e justo e peço o voto de vocês*” (informação verbal, out. 2014). Desse modo, solicita o envolvimento dos demais membros dos grupos mobilizados em defesa de seus interesses, como forma de unir forças em torno da aprovação da proposta. Bourdieu (2011, p. 50-51) retrata esta ação como um tipo de manifestação do trabalho simbólico que

[...] tem tanto mais oportunidades de ser bem-sucedido, quanto mais os agentes sociais sobre os quais ele se exerce estejam inclinados- por sua proximidade no espaço das relações sociais e também graças às disposições e interesses associados a essas posições – a se reconhecerem mutuamente e a se reconhecerem em um mesmo projeto (político ou outro).

Nessa perspectiva, um representante de outro hospital que já recebia, sai em defesa

do pagamento do incentivo, dizendo que existe como controlar os serviços prestados pela Diretoria de Regulação. Por fim, o presidente do Hospital em questão resalta as vantagens para a cidade, informando que *“tem corpo clínico qualificado, é um patrimônio da cidade, referência no tratamento [...]”* (informação verbal, out. 2014). Como se observa, o segmento de prestadores de serviços em saúde reúne condições de se destacar nas discussões e decisões, quando o assunto envolve recursos financeiros de seu interesse. *“Por trás dessa estrutura de relação de troca há uma relação de força econômica e simbólica”* (BOURDIEU, 2014, p. 45).

Frente a essa disputa, constata-se a dificuldade dos agentes que efetivamente buscam exercer o controle social – mesmo possuindo domínio da legislação e das atribuições do conselheiro – e deparam-se com uma condição adversa: ao mesmo tempo que se vêm desprovidos de informações reais para a aprovação do incentivo em discussão, enfrentam os constrangimentos próprios do campo, pois se encontram na presença dos prestadores de serviço do hospital que pleiteava o benefício.

Essa situação pode ser constatada pelas posições de dois representantes dos usuários que saíram também em defesa do hospital. Um deles disse: *“acho que tem que aprovar [...] eu queria que todo mundo votasse a favor”*, e o outro, embora se mostrasse preocupado com a não divulgação de valores, disse: *“o fulano tem razão sobre o valor (não divulgado)[...] mas não sou contra, até sou um dos grandes voluntários de lá, já vendi muitos carnês [...] até vou trazer carnê para vocês ajudarem na próxima reunião”* (informação verbal, out. 2014). Mesmo com a dominação exercida sobre o campo por parte dos prestadores e gestores, os representantes de usuários contra-argumentaram, na tentativa de deixar mais claras as regras do jogo:

[...] em momento nenhum eu disse que sou contra ao incentivo; eu sou contra a didática, no mínimo tinha que saber o número de profissionais e o valor estimado [...]. “A Lei 141 é clara: temos responsabilidade na aprovação do recurso, ou me esqueci como se faz controle social?” (informação verbal, out. 2014).

O cidadão deve saber aquilo que é investido[...] Tem que trazer o valor, é serviço, é como um contrato de emergência. Traga nas comissões: que serviços são; quantos plantonistas estão à disposição; se é cardiologia, ginecologia-obstetrícia; para que a gente possa fiscalizar[...] (informação verbal, out. 2014).

Nessa disputa pelo uso do recurso, o Presidente do Conselho, na condição de dominante, posicionado à mesa, levanta-se e dirige o olhar àqueles que questionavam os valores e afirma: *“o incentivo não vai ter pré e pós (plantão realizado). Então esse valor é de*

acordo com o número de escalas” (informação verbal, out. 2014). Na sequência, encaminha para votação, sendo aprovado por contraste (não se sabe quantos conselheiros aprovaram porque não é expresso o número de votos), e somente dois conselheiros que votaram a favor declararam voto, solicitando registro em ata: “*quero declarar meu voto, pois quando tiver esses valores, que sejam repassados ao Conselho*”; “*estou na Comissão de Contratos e nunca fui chamada [...] a Comissão de Contratos era para ter debatido esse assunto*” (informação verbal, out. 2014).

A forma como foi conduzida a questão anterior demonstra como o poder simbólico se manifesta. A princípio, de modo invisível, mas, à medida que o discurso instala o contraditório, percebe-se como ele se transfigura e se mostra por meio de certa cumplicidade entre as partes em disputa, contribuindo para legitimar a dominação dos agentes que se encontram no nível superior da hierarquia do Conselho.

Observa-se que, quando o dominante não apresenta informações concretas, colocando-se em posição “superior”, acaba por envolver o coletivo, como se a eles só coubesse aprovação para liberação do recurso proveniente do Fundo Municipal de Saúde. Esse exemplo de poder simbólico corrobora a definição de Bourdieu (2012) que diz ser ele um poder invisível, que permite obter aquilo que é equivalente ao uso da força física ou econômica.

Vemos, pois, que esse assunto, por mais que tenha sido longamente debatido nessa plenária do Conselho⁶³, com vários conselheiros de todos os segmentos se posicionando, com destaque aos usuários e sindicalistas contrários à aprovação de repasse do recurso pelo desconhecimento dos valores envolvidos, o incentivo foi aprovado por maioria. Isso demonstra o poder de dominação do gestor, com o apoio de outros agentes pertencentes aos níveis hierárquicos superiores que se valem de várias estratégias para exercer o domínio sobre os demais segmentos.

A dominação no plano simbólico conta ainda com outros elementos internos aos próprios segmentos. A teoria de Bourdieu (2007) ilumina essa discussão sobre as lutas simbólicas travadas no Conselho.

As propriedades *distribucionais* que advém às diferentes práticas ao serem apreendidas por agentes detentores de um conhecimento prático de sua distribuição entre agentes que, por sua vez, estão distribuídos por classes

⁶³Cabe aqui esclarecer que foram escolhidas frases essenciais que retratavam o debate e que houve outros debates em torno do assunto, reproduzindo mais ou menos o mesmo sentido.

hierarquizadas [...] devem muito, com efeito, ao passado de tais distribuições [...] (BOURDIEU, 2007, p. 197).

Uma das formas de identificar a distinção dos agentes no campo foi a comprovada participação do grupo pesquisado nas Comissões Temáticas Permanentes e Temporárias. Dos oito entrevistados, todos integravam ou haviam já participado anteriormente destas Comissões. A1 (prestador) e A5 (gestão), embora não estivessem participando no momento da entrevista, já o fizeram no passado. A entrevistada A6 (usuária) integrava uma Comissão, A3 (trabalhador), A4 (trabalhadora) e A7 (trabalhadora) participavam de duas Comissões. Por último, A2 (usuário) e A8 (usuário) integravam mais que três Comissões. É interessante registrar que a experiência adquirida por esses conselheiros capacitava-os a argumentar com propriedade durante as discussões nas plenárias, o que lhes conferia distinção.

As relações de força no âmbito do Conselho nem sempre são definidas pela distinção, pois, em se tratando de uma instância de controle social da política de saúde, além de enfrentar a falta de recursos financeiros, requer meios de gestão racional, manifestando, assim, um tipo de dominação burocrática que dificulta a participação dos agentes.

Como já se apontou, o modo de funcionamento do CMSL pode ser identificado, de acordo com Bourdieu, como a *doxa* do campo, ou seja, o consenso de que o Conselho é assim mesmo e que ela, a *doxa*, está relacionada à prática. Esse conceito é utilizado pelo autor com o significado de crença, de opinião. Para ele, o mundo social não se explica apenas pela ideologia, como consciência, mas também em termos práticos. A concepção de *doxa* tem a ver com a naturalização das ideias, pois muitas pessoas intelectualmente habilitadas a falar do mundo social não o fazem com a mesma propriedade dos que têm a vivência nesse mesmo mundo (BOURDIEU; EAGLETON, 1996).

A partir da concepção de *doxa*, pôde-se identificar que todos os agentes entrevistados (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7 e A8) possuem a *doxa* do campo, porque conhecem o seu funcionamento, identificando-o como sendo inerente a sua forma de ser, mas diferem no momento de posicionar-se na plenária porque uns possuem maior apropriação do *nomos* que outros, ou seja, um maior conhecimento das leis e regras imanentes do campo, ou seja, o domínio do Regimento.

Sobre a *doxa* do Conselho, segundo o A2 (usuário), hoje o funcionamento do controle social difere daquele do início da década de 2000, época em que passou a acompanhar as reuniões do Conselho: “[...] porque antes, embora houvesse toda uma discussão de bastidor, quando as pessoas se posicionavam aqui (em plenária), elas se

posicionavam com conhecimento, com embasamento em lei, com entendimento". O entrevistado mostra que antes os agentes inseridos no CMSL tinham maior domínio das leis que o regulamentavam do que na atualidade.

Outro conceito de Bourdieu que emergiu da pesquisa empírica foi a *illusio*, que significa a imersão do agente no campo, a adesão ao sentido do jogo e aos pressupostos do campo. A5 (gestor) ao afirmar: "*então você tem que querer, isso é uma coisa que não é pra qualquer um*", manifesta a crença de que o jogo merece ser jogado (BOURDIEU, 2000, p. 34), significando que está de acordo. A *illusio* está relacionada ao investimento realizado pelo jogador para poder entrar no jogo, fazendo-o acreditar que ele vale a pena ser jogado (BOURDIEU; EAGLETON, 1996).

A *illusio* confere ao agente o sentimento de pertença ao campo, que faz com que ele o leve a sério. O sentido do jogo é, neste caso, a habilidade que o agente desenvolve ao jogar, respondendo às exigências da *doxa* e tendo em vista apenas as alternativas de jogadas permitidas. A5 (gestora) reitera que participar do Conselho é algo incorporado: "*[...] e eu vejo que assim, pra mim é muito tranquilo porque eu acho que já faz parte da minha personalidade*" (A5-gestora).

Desse modo, a *illusio* do campo refere-se à motivação, ao interesse do indivíduo em participar, sobretudo entre os que militam nos movimentos sociais, portanto, oriundo do campo político. Esse conceito, advindo da análise relacional, mostra-se uma importante ferramenta para entender as razões que levam as pessoas a permanecerem no Conselho.

A8 (usuário), na condição de representante dos usuários, tem claro que o Conselho é um espaço de disputas, um espaço de conflitos, cuja participação requer vontade, motivação e, sobretudo, um conhecimento prévio de seu funcionamento: "*[...] o Conselho, você tem que gostar, tem que querer lutar pela política, tem que ir pro embate, tem que se indispor, às vezes. Então você tem que querer, isso é uma coisa que não é pra qualquer um, mas você tem que estar disposto*".

Entretanto, aceitar previamente as regras e normas de funcionamento do campo não significa submissão incondicional a elas. O agente que exercer a representação de modo efetivo, por meio de vivências em outros campos, aumentará o poder a ele delegado que pode mudar práticas cristalizadas, alterando relações de forças e até mesmo regras já consolidadas.

A5 (gestora) ressalta que as reuniões do Conselho exigem pessoas dispostas ao embate: "*porque é difícil, francamente, como que a gente vai pra uma reunião onde a gente já sabe que vai ser um quebra pau, onde a gente vai ser desrespeitada. É muito difícil, não é fácil nem mesmo pensar: 'hoje tem reunião do Conselho!'*".

O interesse de A7 (trabalhadora) pelo campo existe antes mesmo de ser conselheira, como uma possibilidade de entender o processo de controle social da política de saúde. Isso confirma seu interesse pelo jogo, antes mesmo de fazer parte “*oficialmente*” do campo, uma vez que já acompanhava as discussões das plenárias.

A8 (usuário) reafirma que atuar nesse campo de conflitos requer experiências acumuladas no controle social, revelando uma percepção de democracia como espaço de dissenso na busca de construção de consenso.

Porque se você se posiciona, alguém vai gostar e alguém não vai gostar; então você tem que assumir o seu papel e aguentar as consequências...tivemos alguns embates ali, mas é da democracia. Se você não sabe argumentar, se você não sabe conversar, fica difícil.

Nesse sentido, Bourdieu é enfático ao definir o papel do agente no campo:

Situado, ele não pode deixar de situar-se, distinguir-se, e isso, fora de qualquer busca pela distinção: ao entrar no jogo, ele aceita tacitamente as limitações e as possibilidades inerentes ao jogo, que se apresentam a ele como a todos aqueles que tenham a percepção desse jogo, como “coisas a fazer”, formas de criar, maneiras de inventar [...] (BOURDIEU, 2011, p. 64).

Essa capacidade de criar e inventar, como sugere Bourdieu, é abordada por alguns agentes, ligada à experiência acumulada de participação no campo. No caso de A1 (prestador), a inserção nos Conselhos desde 1998, em comissões, levou-o a se considerar dotado de um conhecimento prático, tornando-se legítimo representante no espaço, com o desempenho de várias funções: “[...] *na primeira vez que participei, foi em uma comissão técnica. Então todos os assuntos iam para essa câmara que eu participava. A gente analisava os processos [...] porque nessa Câmara fazíamos uma discussão técnica aprofundada [...]*”.

Situação semelhante é a de A2 (usuário), que ingressou no CMSL em 2011, substituindo um conselheiro, e que no ano de 2012, participou da Conferência Municipal de Saúde e foi eleito a partir daquele evento. Porém, ele afirma que a continuidade da representação foi condicionada a que ele cedesse a vaga de um curso para outra pessoa ligada a um vereador. “[...] *porque, no entendimento dessa pessoa que me convidou, a outra pessoa precisava de informação, de conhecimento, mas nunca tinha participado do processo [...]*”. A2 (usuário) conta que não aceitou as regras “negociadas”, abriu mão da vaga e saiu do Conselho, mas o afastamento foi breve, visto que três meses depois foi convidado por outra entidade e retornou representando-a, também no segmento de usuários.

Identifica-se ainda que, de modo expressivo, aqueles que já possuíam alguma história anterior de participação em movimentos sociais – comunitários, sindicais, sociais, religiosos – ao se tornarem conselheiros, devido à experiência anterior, conseguiam se apropriar mais facilmente da lógica de funcionamento do campo de poder.

Neste capítulo, a análise dos dados foi centrada especialmente no conceito de campo, abordando a estrutura, o funcionamento e o campo relacional sob a perspectiva dos entrevistados. A seguir, serão analisados fundamentalmente tanto os *habitus* e os capitais dos agentes como a percepção que estes possuem dos integrantes do CMSL em geral. O fato de apresentar em separado o ‘campo’ do ‘*habitus* e capitais’ decorreu da opção metodológica em aprofundá-los e dar a relevância devida, em função da riqueza dos dados que emergiram. Essa apresentação não contrapõe a indissociabilidade defendida por Pierre Bourdieu (2011), uma vez que o campo é condição para a análise dos *habitus* e capitais.

CAPÍTULO 5

O CONSELHO DE SAÚDE E SUAS PRÁTICAS DECORRENTES DE *HABITUS* E CAPITAIS EM DISPUTA

Na teoria social de Bourdieu (2011), as noções de campo e capitais são indissociáveis. Como já visto, o campo é relacional, formado por agentes que compartilham um espaço comum, movidos por disposições duráveis – os *habitus* – e que disputam, entre si, o seu domínio; mas, para tanto, necessitam de capitais, ou seja, de recursos acumulados que os capacitem à disputa.

Desse modo, cumpre reiterar que o *habitus* na perspectiva bourdieusiana se funda no pressuposto de que as ações humanas são guiadas por disposições adquiridas no processo de socialização e se (re) atualizam ao longo da vida, nos diferentes campos, levando as pessoas a agirem segundo o 'senso do jogo', com ênfase na prática “imane a um sistema histórico de relações sociais”, (BOURDIEU; WACQUANT, 1992, p. 26).

Aos interesses postos em jogo, Bourdieu denomina “capital”, - no sentido dos bens econômicos, mas também do conjunto de bens culturais, sociais, políticos, simbólicos etc. Para participar do “jogo”, porém, os agentes devem ser dotados de capital específico, tanto no sentido de conservar ou transformar a estrutura do campo (BRANDÃO, 2010).

Nos confrontos políticos ou econômicos, os agentes necessitam de um montante de capital para ingressarem no campo e, consciente ou inconscientemente, fazem uso dele para conquistar posições. Essa luta tanto é explícita, material e política, como travada no plano simbólico e coloca em jogo os interesses de conservação contra os interesses de subversão da ordem dominante no campo (GOLSORKHI; HUAULT, 2006).

O sentido de disputa é assim definido pelo sociólogo:

A razão e a razão de ser de uma instituição (ou de uma medida administrativa) e dos seus efeitos sociais, não está na “vontade” de um indivíduo ou de um grupo, mas sim num campo de forças antagonistas ou complementares no qual, em função dos interesses associados às diferentes posições e dos seus ocupantes, se geram as “vontades” e no qual se define e se redefine continuamente, na luta - e através da luta- a realidade das instituições e dos seus efeitos sociais previstos e imprevistos (BOURDIEU, 2012, p. 81).

Sendo assim, os *habitus* adquiridos, tanto de modo individual como no conjunto de disposições que constituem o *habitus* coletivo, assumem importância para a compreensão das práticas dos agentes. “Uma disposição não é uma resposta simples e mecânica a um estímulo,

mas uma maneira de ver, sentir ou agir que se ajusta com flexibilidade às diferentes situações encontradas” (LAHIRE, 2004, p. 30).

Os *habitus* individual e coletivo trazem a determinação histórica, como pode ser observado na política de saúde no Brasil. Bourdieu (1986) afirma que, para compreender a trajetória do agente, é necessário construir um conjunto de relações objetivas que una o individual ao coletivo. Essas relações se mostram objetivamente por meio dos capitais em jogo.

A criação do Sistema Único de Saúde foi fruto de lutas de setores progressistas da sociedade e estabeleceu as seguintes diretrizes: a universalidade do acesso; a descentralização político-administrativa; a integralidade das ações e a participação da comunidade. O texto constitucional e regulamentações posteriores, conforme já abordado, estabeleceram o exercício do controle social por meio dos Conselhos de Saúde, na proposição, fiscalização, e deliberação da política do setor, e tem desempenhado papel relevante na luta para a efetivação do SUS ao abrir espaços para a participação popular (TATAGIBA, 2002).

Essa intensa participação da população, após abertura democrática, levou ao desenvolvimento de um *habitus* coletivo de participação da sociedade nas políticas sociais e, no caso em estudo, na política de saúde. Dentro desse contexto favorável, Misoczky (2002, p.67) afirma: “O plano de jogo do movimento sanitário, também expressa os efeitos da história e o *habitus* de suas lideranças”. Certamente, essa interpretação da autora revela o sentido do jogo descrito por Bourdieu, por meio do qual

Os “sujeitos” são, de fato, agentes que atuam e que se sabem, dotados de um senso prático [...] de um sistema adquirido de preferências, de princípios de visão e de divisão [...] de estruturas cognitivas duradouras (que são essencialmente produto da incorporação de estruturas objetivas) e de esquemas de ação que orientam a percepção da situação e a resposta adequada (BOURDIEU, 2011, p. 42).

A descentralização na saúde preconizou o estabelecimento de níveis hierárquicos na gestão da política correspondente. O município se inscreve na condição de ente federado no sistema, com autonomia política e administrativa. Este *habitus* coletivo, oriundo do Movimento da Reforma Sanitária, decorreu da participação da sociedade na luta por uma política pública de saúde e com o controle social exercido por meio dos Conselhos. Devido à relevância pública, os Conselhos, dotados de poderes legais, passaram a ser orientados por um sistema de disposições oriundas da legislação.

Nesse sentido, parte-se do entendimento de que os agentes presentes nos Conselhos

são orientados, nesse campo, por um *habitus* no qual estão contidos, de forma inerente ao controle social, dois princípios estruturantes: os princípios democráticos e os princípios republicanos. Os princípios democráticos mais claramente perceptíveis são a participação direta e o entendimento da saúde como um direito fundamental. A participação direta de que se fala não se refere à espontaneidade e à liberdade de ação nos espaços públicos que caracterizam os movimentos sociais, mas à participação num tipo de democracia que se convencionou chamar de representativa.

Na década de 1980, quando o país viveu intensa mobilização na luta contra a ditadura, pela defesa dos direitos civis, políticos e sociais, a sociedade engendrava disposições duráveis ou habilidades estruturadas para pensar, sentir e agir de determinada maneira que então guiava as ações em um determinado meio social (WACQUANT, 2007), impulsionadas pela abertura democrática. Com relação aos princípios republicanos, porém, estes foram reafirmados e acolhidos pela Constituição de 1988 ao prever Conselhos de Saúde em todos os níveis da federação como verdadeiros pontos de encontro do Estado com a sociedade civil.

De acordo com Benevides (1996), os princípios republicanos são aqui entendidos como o respeito às leis, acima da vontade dos homens; o respeito ao bem público, acima do interesse privado e patriarcal; e o sentido de responsabilidade no exercício do poder, inclusive o poder implícito na ação política. A responsabilidade é essência do regime republicano e engloba tanto o dever de prestar contas, inclusive dos mandatários, como a sujeição de todos: governantes ou governados ao rigor das sanções legalmente previstas. Assim, o controle social tem como finalidade precípua a defesa do bem público, por meio da fiscalização do uso de recursos, dando-lhe publicidade - portanto transparência - ao processo decisório.

De um lado, existe um *habitus* coletivo, historicamente construído, baseado nos princípios anteriormente descritos e que, *a priori*, orienta as ações do CMSL. De outro, a análise relacional do campo, a partir do conhecimento praxeológico proposto por Bourdieu (2011), que possibilita identificar disposições dos agentes em constante processo de interiorização e exteriorização do significado das ações que conferem dinamicidade ao campo, expressando uma inter-relação entre matrizes adquiridas de conduta individual com a dinâmica relacional existente no CMSL. Como visto, o *habitus* é de natureza individual e coletiva.

No decorrer do processo de análise das entrevistas realizadas com os conselheiros, bem como das observações sistemáticas, foram identificados vários tipos de *habitus*. Para este trabalho, porém, foram priorizados quatro tipos: o informacional, o político, o da cultura política tradicional brasileira e o *habitus* coletivo da saúde decorrente do movimento da

Reforma Sanitária Brasileira.

O *habitus* informacional é composto por disposições de natureza científica, normativa e legal sobre a política de saúde no Brasil e sobre o funcionamento do Conselho. Este, conseqüentemente, influi diretamente na prática do controle social. As pessoas, ao adentrarem o Conselho, vão necessitar de um conhecimento (teórico e técnico) sobre a política de saúde e sobre o rito de funcionamento do Conselho como instância deliberativa. É um tipo de conhecimento específico, que depende também de vários outros tipos de informação: econômica, contábil, referente à legislação etc.

O *habitus* político é formado por disposições acerca da importância da participação e representação políticas vinculadas a segmentos sociais, como entidades, associações, conselhos locais e regionais de saúde e sindicatos, fontes de legitimidade do controle social. As práticas de participação anteriores contribuem na constituição do *habitus* de agentes e podem ser reafirmadas nesse espaço de gestão da política de saúde. Aqueles possuidores desse *habitus* se posicionam de modo crítico, possuem atributos que os capacitam à representação política e se destacam nas diferentes funções preconizadas ao controle social.

O *habitus* da cultura política brasileira com traços de patrimonialismo constitui-se por disposições presentes na sociedade em geral e que também se reproduzem no controle social. O patrimonialismo se configura por ações de apropriação dos bens públicos para uso privado daqueles que se valem da função de conselheiro. Além disso, essa cultura política pode se manifestar por práticas particularistas, clientelismo, ou a cooptação por parte daqueles que buscam a manutenção do poder. Essas relações de dominação podem ocorrer com aqueles que se valem do predomínio da burocracia, com ênfase nos aspectos administrativos, comprometendo as ações democráticas do Conselho.

O *habitus* coletivo da saúde advém do movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Começou a ser constituído a partir da abertura democrática no final dos anos 1970 e obteve força e reconhecimento na década de 1980. Decorre de disposições coletivas da população envolvida nas lutas comunitárias por saúde no movimento da Reforma Sanitária, com engajamento de diversos setores da sociedade. Tais lutas culminaram na criação do Sistema Único de Saúde e asseguraram a participação da comunidade, como direito legal para realizar o controle social na política de saúde, por meio dos conselhos de saúde. As pessoas possuidoras desse *habitus* coletivo da participação se fazem representar em discussões coletivas, participam das reuniões afetas à matéria e ao Conselho e lutam por melhores condições de saúde da população na defesa de uma política pública de saúde.

A pesquisa empírica propiciou ainda a percepção de que os três primeiros *habitus*

(informacional, político e coletivo) estão relacionados aos capitais necessários ao desempenho das práticas no campo, tais como: formação profissional, conhecimento técnico e experiência política (no âmbito do controle social, dos movimentos sociais, dos partidos políticos e da administração pública etc). Mais do que a simples detenção desses capitais, a acumulação e adequação de seus usos às situações específicas se tornam fundamentais na disputa do recurso ou recursos em jogo: a saúde como um bem público e o financiamento necessário à sua efetivação. De modo contrário, o *habitus* da cultura política baseado no patrimonialismo foi evidenciado como um viés da participação, o qual pode interferir negativamente no processo de gestão do Conselho. É preciso que seja resgatado o *habitus* coletivo da participação, com a disseminação de disposições coletivas que levam à luta por uma política de saúde, que atenda aos interesses da população. Sendo assim, abordar-se-á cada um deles, enfatizando as características que os configuram.

5.1 O *HABITUS* INFORMACIONAL E A POSSE DE CAPITAIS ESPECÍFICOS PARA A PRÁTICA DOS CONSELHEIROS

Os agentes entrevistados, de modo geral, percebem o Conselho como estrutura permanente, legal, de caráter institucional e de representação de diferentes interesses da sociedade e, portanto, como instância pública que lhes confere legitimidade como representantes. Como indica Carvalho (1997), por sua configuração e pelas atribuições que lhes são inerentes, esses espaços são tidos como lócus institucionais de decisão, capacitados a definir o que é de interesse público.

Ao agir no campo, os conselheiros passam a ter “um sentido de participação política, com a tomada de decisões sobre a política de saúde, ao conferir o caráter deliberativo aos conselhos” (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010, p. 2). Mais que isso, para o desempenho do controle social, o agente “aceita tacitamente as limitações e as possibilidades inerentes ao jogo que são apresentadas a ele” (BOURDIEU, 2011, p. 64). Alguns entrevistados ressaltam que, para obter êxito no exercício das principais tarefas preconizadas ao controle social, é fundamental ter uma capacitação:

[...] deveria ter um curso de formação de conselheiros. Assumi, vamos lá fazer uma semana, alguma coisa, entender o que é o Conselho, o que pode, o que não pode, as leis, onde cada um pode ir buscar e isso vai fazendo você ser melhor conselheiro (A7-trabalhador).

Mas deveria ser obrigatório, qualquer conselheiro tem que se submeter a cursos, à qualificação mínima [...] (A1-prestador).

Essa é uma questão que frequentemente aparece nos estudos de controle social. Com base em Bourdieu (2012), pode-se identificar que essa ausência de conhecimento inibe as disposições dos conselheiros que dependem desse *quantum* de capital informacional para participar da plenária e contribuir nesse processo. Verifica-se, por isso, que vários agentes apontam o desconhecimento das normas e regras relativas ao funcionamento do campo da saúde como obstáculo ao controle social e ao bom desempenho das funções inerentes a ele: “[...] falta conhecimento, falta entendimento do que é controle social e falta um entendimento das entidades do real papel dentro do conselho” (A2-usuário).

A3 (trabalhador), que fez o Curso de Capacitação de Conselheiros realizado em Londrina, promovido pelo Conselho Estadual de Saúde do Paraná no ano de 2014-2015⁶⁴, avalia que os conhecimentos adquiridos foram de extrema importância: “*aprendi a fazer a discussão principalmente na gestão dos relatórios (Relativo aos Relatórios de Gestão), onde acontecem todas as questões de saúde do município, inclusive. E eu não tinha essa formação*” (A3-trabalhador). Cabe esclarecer que, além do agente A3 (trabalhador), outros dois entrevistados também fizeram o referido Curso: A6 (usuária) e A8 (usuário)⁶⁵.

Para A5 (gestora), que não participou do curso, houve um salto qualitativo no processo participativo daqueles conselheiros que passaram por essa formação:

[...] mudou muito com as capacitações; eu senti uma diferença, eu que acompanhei o antes e o depois da capacitação dos conselheiros. Por isso, defende a continuidade desta capacitação como forma de [...] impulsionar o conselheiro, de ficar mais atento às mudanças, à realidade, às trocas de portaria e legislação... Tem que acontecer direto[...] (A5-gestor).

A capacitação, portanto, aparece na fala de vários entrevistados como um recurso necessário à apropriação do conhecimento e do capital informacional, para a prática comprometida com o *habitus* coletivo da saúde. Essa necessidade de capacitação contínua, decorre das constantes mudanças na legislação da política de saúde, situação que exige dos

⁶⁴ A Resolução 463/2015 instituiu o Programa Estadual de Qualificação dos Conselhos Municipais de Saúde – PQCMS. Os componentes do Programa incluem investimentos de custeio no valor total de R\$ 3.500.000,00 (três milhões e meio de reais) para a estruturação e o funcionamento dos Conselhos Municipais dos 399 Municípios do Estado do Paraná. Esse recurso deve ser utilizado exclusivamente para a aquisição de equipamentos multimídia e materiais de expediente, além de locações de espaços para reuniões e capacitações de conselheiros (PARANÁ, 2016).

⁶⁵ Esse Curso é ofertado apenas aos conselheiros de saúde dos segmentos de usuários e trabalhadores (PARANÁ, 2014).

agentes atualização para exercer efetivamente o controle social. Para A2 (usuário), quem deveria fornecer condições para a aquisição de disposições favoráveis e necessárias ao funcionamento do campo seria a base de representação: “[...] *não existe um trabalho de capacitação, de formação de conselheiros; mas quem deveria formar [...] é a entidade que está indicando o candidato a conselheiro*”. Também na visão de A3 (trabalhador), o exercício do controle social requer capital informacional: “*Eu acho que é falta de formação pro nosso pessoal porque, ser controle social, significa fiscalizar o serviço público da maneira que nós usuários queremos, do modo que preconiza o Ministério da Saúde*”.

Um dos participantes do Curso de Capacitação⁶⁶ (A8-usuário) destaca o “despreparo” do agente ao adentrar o campo, quando inicia na função, sinalizando que a prática proporciona a experiência necessária à detenção da informação: “*a gente não sabe como é que funciona direito até entender como funciona toda a questão dos relatórios, dos programas, cada contrato...*”. No seu caso, diz ter buscado apropriar-se de conhecimentos para exercer a função de conselheiro junto aos pares e participado de curso de formação como forma de obtenção de capitais específicos referentes à legislação do SUS, ao regimento do Conselho, atas e documentos de reuniões etc. Embora já detivesse um capital cultural, advindo de sua formação superior⁶⁷, e considerado como qualificação dentro do campo, a capacitação foi no sentido de agregar conteúdo, favorecendo o seu desempenho de modo a se preparar melhor para a disputa.

A posse de capitais necessários ao *habitus* informacional é fator considerado positivo entre os conselheiros, conferindo distinção e reconhecimento a quem o demonstra. A8 (usuário), por exemplo, é reconhecido pelos pares como possuidor do *habitus* informacional, especialmente nas disputas que trava com outros pares e, na maioria das vezes, é o indicado para participar/ representar o seu segmento em eventos e reuniões importantes no campo mais abrangente da política de saúde.

A1 (prestador), em diferentes momentos da entrevista, demonstra a importância do conhecimento das leis e dispositivos técnicos que regem o campo. Refere-se ao domínio dos instrumentos de gestão como forma de exercer a função propositiva na elaboração da política de saúde no âmbito do Conselho: “*Tem o SARG-SUS que é um instrumento que foi criado recente [...] ele é um sistema de apoio à elaboração e execução do relatório de gestão, que*

⁶⁶O Curso de Capacitação de Conselheiros Municipais e Estaduais de Saúde foi realizado por meio de uma parceria do Conselho Estadual de Saúde do Paraná com a Escola de Saúde Pública. Em Londrina, foi realizado aos sábados, quinzenalmente, no primeiro semestre de 2014.

⁶⁷Não será revelada a formação superior como forma de preservar o sigilo.

serve para o gestor, mas serve fundamentalmente aos conselhos...”. Seu discurso revela que o capital informacional contribuiu na incorporação de disposições relacionadas ao conhecimento técnico, opinião que se efetiva na sua prática, pois, sempre que tem oportunidade, na plenária, expõe seu ponto de vista sobre a necessidade de melhoria da função avaliativa do conselho.

A2 (usuário) também demonstra ser possuidor de capitais relativos à informação, inclusive o conhecimento de normas e regras orientadoras do funcionamento do Conselho advindo do estudo da legislação, o que lhe confere disposições próprias de um *habitus* informacional. Tais disposições são perceptíveis quando se posiciona em plenário, como ele próprio exemplificou, em uma reunião do CMSL que discutiu propostas referentes a reformas das UBSs, em que fez o seguinte encaminhamento: *“Questão de Ordem. Para ser bem prático, [quero] que você encaminhe cada apresentação aos conselheiros e vamos criar uma Comissão, em seguida visitar in loco e pautar uma próxima reunião extraordinária só sobre reformas (das UBS)”* (informação verbal, ago. 2014). Nota-se que A2 (usuário) tem o domínio dos procedimentos regimentais que orientam o funcionamento das reuniões do CMSL.

Através de observações das reuniões e durante a entrevista com A2 (usuário), verificou-se que suas colocações e percepções levavam os demais agentes a reconhecerem seus atributos de conselheiro por conta do domínio que demonstra acerca do campo e da disputa ali travada. Ao antever posições desfavoráveis aos interesses da população, coloca-se em oposição a possíveis resistências, soma forças com outros agentes e consegue se posicionar e incluir, no momento da própria plenária, temas de interesse da população, muitas vezes contrários à ortodoxia, isto é, aos interesses predominantes: *“[...] hoje qualquer pessoa que vier para a reunião do conselho tem o direito de se posicionar, tem o direito de falar e tem o direito também, dependendo da pauta, até de estar pautando na hora [...]*” (A2-usuário).

Apesar do reconhecimento dos pares, A2 (usuário) afirma não se sentir um *“conselheiro pleno”* e faz uma crítica ao Conselho: *“[...] mas aqui, no dever de casa, precisamos ainda evoluir, precisamos melhorar”*. Entende que o aprofundamento de estudos na área da legislação do SUS seria necessário, apontando ser indispensável ainda um maior domínio de um tipo de capital legal/normativo: *“[...] porque tem muito que evoluir, tem muitas Portarias que precisam ser trabalhadas, precisam ser discutidas e nós não temos acesso a isso”*. Avalia a necessidade de constante investimento no capital informacional.

Em geral todos os agentes se reportaram à necessidade do *habitus* informacional,

relativo ao domínio de conhecimento técnico, científico e normativo. No conjunto, expressam que, quando o Conselho não desempenha a função deliberativa a contento, isso se dá em razão da ausência de capital informacional.

Em que pese muitos defenderem que ele (o Conselho) tem um papel e a lei estabelece que ele é um órgão deliberativo, eu acho que tem que ser, mas na prática ele acaba não tendo, por falta de qualificação dos conselheiros... não tem competência técnica (A1-prestador).

O papel deveria ser deliberativo, fiscalizador e consultivo. Infelizmente, no conselho atual, poucos conselheiros conseguem entender este papel. A grande maioria, hoje, tem um papel um tanto quanto figurativo, fake [falso] [...] falta conhecimento (A2-usuário).

Um dos aspectos que assume relevância na crítica feita ao funcionamento do Conselho é o da prestação de contas e a falta de capital informacional dos conselheiros para exercerem a fiscalização. Dos oito entrevistados, sete demonstraram dificuldade na compreensão da prestação de contas, a exceção de um deles, contador por formação, dotado de capital específico que o capacita a entender e opinar acerca das informações técnicas.

A maioria reclama que como o orçamento e a sua execução se referem a gastos muito variados, envolvendo montantes de recursos financeiros anteriormente planejados, a forma como é apresentada a prestação de contas torna difícil a compreensão, sugerindo que, entre o planejamento, suas metas e a sua execução, muitas informações ficam obscuras, perdendo-se num emaranhado de números e rubricas.

[...] Quais são as metas estabelecidas no plano? E a gente avaliar, fazer a prestação de contas com base nessa análise de fato...Mas é só financeira, não pode ser, quanto recebeu e quanto gastou, mas não sabe esse gasto o que que produziu, qual o impacto desse gasto na saúde(A1-prestador).

Eu acho assim, muito atravessada, muito corrida, muito número, são números demais... passa todo aquele monte de letras...Vamos votar, aprovou, mas aprovamos o que? E você sabe que a responsabilidade de cada conselheiro que levanta o crachá, aprovando isso aí, tem TCU lá na sequência (A3-trabalhador).

Prestação de contas, olha, eu avalio assim, é muito difícil, sabe, é muito complexo. Por que? Porque você ver uma nota é uma coisa, da forma como foi aplicado é outra, é muito difícil, só se você acompanhar, mas como que você vai acompanhar uma obra? [...] (A6-usuária).

Eu não acho nem didática, porque o que era antes, a gente até levantou essa discussão, aquele relatório que a gente vê lá na comissão era lido lá no plenário antigamente, aí ficava um tempão lendo aquilo lá, a maioria das pessoas não prestavam atenção, aí eu sugeri que a gente mudasse (A8-usuário).

Diante da complexidade e da pouca clareza que envolve a prestação de contas, a Comissão do Fundo Municipal de Saúde – composta de modo paritário – é avaliada por alguns de nossos entrevistados como representante reconhecidamente capacitado ao desempenho da função de fiscalização.

[...] Acho que é uma bagunça, não dá pra entender direito. Acho que fica muito jogado assim pra gente, eu não consigo nem confiar muito nos dados que são passados, eu acho que a gente aprova porque às vezes até confia numa comissão que verificou anteriormente (A4-trabalhadora).

Constata-se que, no entendimento de A4 (trabalhadora), os componentes dessa Comissão são detentores de capital informacional, portanto representa-os tanto pela paridade quanto pela competência.

A7 (trabalhadora) também credita à Comissão de Fundos a função de acompanhar a prestação de contas e sente-se respaldada pelos representantes que possuem essa função, que foram eleitos entre os pares. Referenda esse formato para prestação de contas, inclusive acredita que, sendo mensal, facilita o trabalho do Conselho, mas lamenta que são poucos os que leem o conteúdo previamente enviado: “*o envelope chega fechado e volta fechado*” (A4-trabalhadora). Por isso, atribui à Comissão de Fundos a fiscalização das contas: “*[...] tem pessoas que são bem competentes que participam e avaliam, [...], mas eu nunca questionei assim, eu não me sinto muito preparada*” (A7- trabalhadora). Acrescenta, ainda, que

A prestação de contas, tem essa comissão que vai lá, que senta, estuda, tira as dúvidas, e depois é trazida pro conselho aprovar... essa comissão que é tirada entre os conselheiros, tem essa obrigação e esse cuidado, porque é o nome deles que estão assinando (A7- trabalhadora).

Reconhece a legitimidade e capacitação da Comissão de Fundos e destaca a sua responsabilidade em analisar e aprovar as contas. Essa responsabilidade é inclusive civil, consta na legislação e foi abordada por dois agentes:

[...] o conselheiro, ele não tem noção da responsabilidade que pesa sobre ele [...] a partir da lei complementar 141 estabelece e deixa muito explicita a responsabilidade até civil do conselheiro [...] ele tem realmente um papel de gestor (A1-prestador).

A lei 141 é muito clara, embora você não seja servidor você responde civil e criminalmente como servidor público [...] mas é muito triste quando você está diante de uma situação que você não tem a real certeza de que realmente foi investido o recurso público [...] (A2-usuário).

Mesmo A5 (gestora), que mantém proximidade com as questões financeiras relacionadas à política de saúde, faz objeções às exigências legais que orientam o modelo de elaboração da prestação de contas, que “*a meu ver é muito técnica [...] mesmo a gente sendo gestor, você não entende*”. A entrevistada acrescenta que tentou argumentar com a equipe do financeiro para que houvesse uma mudança na forma de apresentação de contas, de modo que as “pessoas leigas” entendessem, mas houve resistência da equipe, com argumentos de que não tem como apresentar de forma mais simples, sucinta, devido à necessidade de cumprimento da lei. Ainda assim, propôs que fosse enviada por escrito aos conselheiros a prestação de contas completa e que, no momento da apresentação, isso ocorresse de forma mais simples, mais compreensível, até porque “eu sinto que quando é feita a prestação de contas, a dificuldade que eles têm de questionar, eu vejo que é porque não entendem”.

Na visão de A8 (usuário), para que as pessoas possam acompanhar deve haver treinamentos: “*Tem uma legislação, tem um Tribunal de Contas que exige um sistema que faz daquele jeito, é complicado mudar isso; então eu acredito que o caminho mais possível seria a preparação do conselheiro, treinamento do conselheiro*” (A8-usuário). Nesse depoimento, percebe-se a necessidade de seguir o modelo já definido por níveis superiores, contudo requerendo capacitação que possibilite o acompanhamento e o exercício da fiscalização.

Do sistema de *habitus* que orienta a prática dos conselheiros, as disposições duráveis e os capitais informacionais assumem grande relevância no discurso dos entrevistados, uma vez que, para eles, de um lado, a existência de um *habitus* informacional é pré-condição para a participação no Conselho e na gestão da política pública e, de outro, a ausência do conhecimento ou de capitais informacionais significa sério empecilho ao bom desempenho da função pública.

A partir da análise ora empreendida, foi identificado que todos os entrevistados são dotados do *habitus* informacional embora em níveis diferenciados; no entanto, em seus depoimentos, aparece a ausência desse tipo de *habitus* nos agentes participantes do Conselho. Essa aparente incongruência pode ser explicada em decorrência de que, para a composição da amostra, o critério estabelecido foi de que seriam conselheiros que já possuíam experiência de um mandato anterior e conheciam o campo. Essa experiência prática, somada a outros capitais, pode contribuir no *habitus* informacional. Para além do *habitus* informacional, o conselheiro deve ser dotado de outros tipos como se verá a seguir.

5.2 A IMPORTÂNCIA DO *HABITUS* POLÍTICO NA PRÁTICA DO CONTROLE SOCIAL

A análise do *habitus* político decorre da interpretação do mundo real acerca das disposições estruturadas (no social) e das ações estruturantes (mentes) dos agentes presentes no Conselho. A2 (usuário) e A3 (trabalhador) destacam que o reconhecimento do CMSL em nível nacional se deve ao fato de orientarem suas práticas pelo *habitus* da representação e do controle social nos diferentes espaços do campo da saúde brasileira, bem como por terem acumulado capitais políticos ao longo da história.

A3 (trabalhador) destaca que, ao se apresentar fora de Londrina como sendo representante do município, já é o suficiente para obter reconhecimento:

[...] você pode chegar em qualquer lugar desse país, eu já estive em 03 Conferências Nacionais de Saúde, estou dizendo porque eu presenciei, eu falo que sou de Londrina, sou lá do Paraná,..., as pessoas mais vividas no SUS sabem que Londrina está contida dentro daquela Reforma Sanitária (A3-trabalhador).

As disposições duráveis de participação da população de Londrina na política de saúde pública decorrem de práticas estruturantes que foram sedimentadas antes mesmo da existência do Sistema Único de Saúde. Um dos agentes relatou:

Desde a 8ª conferência, antes até, em 1986[...], então eu tive acesso ao pessoal da Saúde Coletiva aqui em Londrina que começava com as unidades básicas, atividade extra muro (fora do hospital; tinha a participação da sociedade, era muito importante naquela época (A1-prestador).

A1 (prestador) expressa que sua participação teve início em 1986, época em que foram instituídas as Ações Integradas em Saúde (AIS), com incentivo à participação popular nas discussões da política de saúde e nos níveis de decisão do controle social (GIL; MARTIN; GUTIERREZ, 2001). Desde então, Londrina representa no cenário nacional a força decorrente do *habitus* político coletivo expressado pelos agentes que aqui iniciaram o processo, comprometidos com o Movimento da Reforma Sanitária, profissionais oriundos da Universidade Estadual de Londrina e de órgãos públicos de saúde, como já se mencionou.

No campo relacional do CMSL, foi possível perceber a existência de disposições oriundas do *habitus* coletivo, criado historicamente e consubstanciado no SUS, interiorizado pelos agentes por meio de suas posições e trajetórias de participação política no campo da saúde.

[...] hoje, quando você chega para uma reunião fora e fala que é de Londrina, você é respeitado. Quando você se posiciona, as pessoas veem uma diferença. Na Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador nós demos um show (A2- usuário).

A expressão “*nós demos um show*” mostra a autopercepção de A2 (usuário) enquanto dotado de competência política, tanto sua como do Conselho. Embora esse tipo de opinião seja mais frequente entre os conselheiros representantes dos usuários, percebe-se também que o sentimento de vinculação ao *habitus* coletivo do SUS se manifesta na categoria dos trabalhadores de saúde conforme expressou anteriormente A3 (trabalhador).

Os agentes, como representantes políticos de entidades, grupos e associações, ao assumirem o papel de conselheiros, aceitam o *habitus* informacional oriundo da legislação e do controle social, condição de exercício da gestão, ora referendando propostas da política pública já formulada, ora se posicionando de modo crítico e apresentando alternativas de ações de acordo com reivindicações de suas bases.

A1 (prestador), integrante do CMSL por mais de 17 anos, detém capitais relativos à participação política, revelando ser detentor de um *habitus* que lhe confere legitimidade e reconhecimento enquanto defensor da saúde pública. Para ele, o Conselho deve estar atento às medidas macro que favorecem melhorias na atenção básica: “*O Ministério da Saúde baixou uma Portaria que define novos critérios pra estruturação das equipes de família, atribuindo incentivos adicionais. Essa é uma oportunidade que a gente tem de reestruturar (em Londrina) as Equipes de Saúde (da Família)*”.

Essa sua trajetória de participação conduz frequentemente a uma visão prospectiva, isto é, de futuro, quando, a partir de atos decorrentes da legislação, formula estratégias para uma ação com finalidade, propõe práticas com vistas à reestruturação da Estratégia da Saúde da Família.

Na concepção de A2 (usuário), o conselheiro, para ser efetivamente um representante do segmento, deve ser dotado tanto de experiência de participação como de conhecimento técnico, portanto de capitais informacionais e políticos. Revela, tanto no depoimento a seguir como através de suas intervenções nas reuniões, ser possuidor de um *habitus* que o capacita à representação política, com posição propositiva e independente em relação aos gestores.

Quantos conselheiros conhecem o Bloco de Educação Permanente? E sabem que lá nós temos mais de meio milhão de reais que poderia ser gasto e corremos o risco de devolver esse recurso? Nós teríamos a prerrogativa, baseada em uma Portaria nova do Ministério da Saúde que é de dobrar o

número de equipes do Programa de Saúde da Família, recebendo por isso [...] (A2-usuário).⁶⁸

A2 (usuário) demonstra como é possível desenvolver uma prática capaz de articular conhecimento técnico-financeiro acerca do financiamento previsto no SUS com ações políticas que expressem verdadeiramente os interesses do segmento dos usuários.

Um exemplo de *habitus* como prática, identificado no processo de observação sistemática das reuniões, quando se foca a concorrência entre os agentes pertencentes ao Conselho, foi o *habitus* político mais abrangente, um tipo de disposição adquirida daqueles que possuíam experiências anteriores de participação popular, em associações, conselhos locais e regionais de saúde e, sobretudo, em sindicatos. Esses agentes demonstravam claramente em seus discursos e nos modos de agir uma incorporação de experiências políticas pregressas.

Para Bourdieu (2012, p. 164), “O *habitus* político supõe uma preparação especial [...] toda a aprendizagem necessária para adquirir o corpus de saberes específico [...] tais como o domínio de uma certa linguagem e de uma certa retórica política”.

A trajetória social de A3 (trabalhador) evidencia essa apropriação, que foi constituída a partir da militância em partido político, em sindicato e na luta pela saúde pública. Essa sua circulação em diferentes campos propiciou que adquirisse um maior volume de capitais políticos, como ele mesmo disse, “*por representar uma entidade, que tem um volume muito grande em questão de política e é respeitada neste Estado e no país*”. Atribui as disposições e capitais acumulados como decorrentes da formação política que teve no PT:

[...] o PT me deixou um legado interessante, ele me formou politicamente, ele me deu uma formação política que eu não tinha... eu fiquei 03 anos fazendo curso político[...] com Olívio Dutra, Raul Pontes. Fiz curso com esse povo,... e o que você aprende você não desaprende nunca. Isso é uma coisa que nunca ninguém vai tirar de você (A3- trabalhador).

A expressão “*o que você aprende, você não desaprende nunca*” sugere que os capitais acumulados, bem como sua possibilidade de uso, ocorrem nas condições objetivas, isto é, nas relações de força existentes no Conselho. Assim, a manutenção ou alteração desse espaço relacional é balizada pela correlação de forças dos agentes.

⁶⁸ O Bloco de Educação Permanente refere-se a um dos seis blocos de financiamentos do SUS, definidos a partir do Pacto pela Saúde (2006). São divididos em: 1. Atenção Básica; 2. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; 3. Vigilância em Saúde; 4. Assistência Farmacêutica; 5. Gestão do SUS; e 6. Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (BRASIL, 2006).

Note-se que A3 (trabalhador) teve estímulos para a acumulação de capital político, proporcionada pela formação e vivência no campo político partidário, criando disposições para pensar, agir, sentir e gostar, revestindo-se de roupagens cada vez mais plurais, complexas e distintas" (BRANDÃO, 2010, p. 232). Segundo ele, o fato de ser dotado de *habitus* decorrente da militância política contribuiu para o seu desempenho no Conselho e para o domínio exercido nas disputas travadas: “*Tem algum direcionamento? Tem. Eu faço. Mas eu não direciono pra mim, direciono para o conjunto [...]*”.

Se, por um lado, verifica-se que A3 (trabalhador) possui um *habitus* decorrente da militância partidária, por outro, A6 (usuária) desenvolveu seu *habitus* político por conta de sua trajetória de participação por mais de 17 anos em movimentos sociais: “*eu não gostava muito de participar, mas daí um dia veio no meu portão, em 1988 a (X), ela é assistente social e falou: ‘a senhora não quer participar da Associação dos Moradores? Porque nós estamos precisando de pessoas novas’ [...] aí comecei a participar*”.

A6 (usuária) primeiro foi presidente da Associação de Moradores e depois participou como conselheira em diferentes conselhos de políticas públicas de Londrina. Essa participação resultou na apropriação de um tipo de saber prático, não obtido na escola, mas na vivência, na militância, a partir de sua inserção no cotidiano do seu bairro e da cidade.

[...] comecei a pensar: nossa, tinha bastante criança... [mas] não tem pediatra? Tem que ter pediatra. Era numa gestão do Belinati e ele falou: “não, especialidade é muito caro, não dá pra contratar”. Mas criança não pode esperar..., às vezes no meio da noite fica doente, tem que ter um atendimento 24 horas. Aí a gente vai assim falando, falando, falando, aí veio o PAI (Pronto Atendimento Infantil). Aí veio o Nedson com o orçamento participativo... nós queremos um posto de saúde novo, aí veio esse posto de saúde (no bairro) (A6-usuária).

O conjunto de capitais políticos acumulados, advindos de sua militância, marcada por uma trajetória de participação social constituída historicamente, trouxe em si um *habitus* que a predispõe a incorporar disposições ao longo de sua vida. Este *habitus* político, segundo A6 (usuária), possui o reconhecimento de trabalhadores da saúde do município. Relata que, em uma ocasião, ouviu de um gestor da área de odontologia a seguinte afirmativa: “*Sabe por que tem dentista neste Posto de Saúde? É por (sua) causa*”. Ela se surpreendeu e indagou o porquê, obtendo a seguinte resposta: “*por que a senhora fala hoje, fala amanhã, aí falam que não dá, e a senhora fala de novo, até conseguir*”. Reconhece que, de fato, é insistente nas reivindicações, busca levar sempre consigo mais pessoas, como forma de dar maior legitimidade à luta: “*sempre tem gente, tem uma meia dúzia de pessoas*”. Além disso, declara

que “A população, ela está mais informada, está mais assim..., ela sabe cobrar, ela vai no posto de saúde, por exemplo, ela consegue cobrar; antigamente, não[coitava]”. Essa “informação” que menciona é a de natureza política, o que sugere organização das bases de representação diante do campo da saúde pública, historicamente sedimentado no município.

O depoimento de A7 (trabalhadora) permite constatar que, além de ser possuidora do *habitus* informacional advindo de capitais específicos acumulados ao longo de sua trajetória de trabalhadora da saúde, possui também capitais políticos acumulados no movimento sindical, que favorecem seu desempenho no campo concorrencial do CMSL. Trata-se de uma conselheira que esteve como titular durante quatro anos no Conselho e, posteriormente, com a perspectiva de deixar a titularidade, se dispôs a assumir a vaga de suplente. Essa sua disposição de participação fica clara quando reconhece a importância de não se afastar das reuniões e discussões do conselho.

[...] eu tenho comigo que tenho que participar em todas as reuniões para estar por dentro das discussões. Me posiciono por conta disso, porque me incomoda muito, a discussão as vezes tomar um outro rumo, (se afastando) de onde o assunto é muito mais importante, é relevante [...] (A7-trabalhadora).

Como se observa, o *habitus*, mesmo o de natureza política, é “socialmente construído de estruturas inseparavelmente cognitiva e avaliativa que organizam a percepção do mundo” (BOURDIEU, 2011, p. 156). Se a maioria dos entrevistados revela ser detentora de capitais políticos, A4 (trabalhadora), por sua vez, embora denote ter o *habitus* político, avalia que não detém capitais específicos suficientes para agir no campo:

[...] Eu me sinto usada, me sinto bem manipulada, tanto que já pensei em sair. Já tive conversa com meu segmento sobre isso [...] eu acho que também está um pouco a desejar pela própria dificuldade mesmo de entrar nesse campo aí, nessa batalha e colocar o que a gente pensa (A4-trabalhadora).

A4 (trabalhadora) manifesta sua percepção sobre as disputas existentes, o que denomina “batalha”, mas tem dificuldade de se contrapor às posições dominantes que se impõem no CMSL. Como se observa, no espaço relacional do Conselho, as relações de forças instituídas e advindas de capitais políticos determinam as tomadas de posição, tanto no sentido de conservar como de transformar a estrutura de dominação no campo, “[...] suas tomadas de posição [...] dependem da *posição* que eles ocupem na estrutura do campo, isto é, na distribuição do capital simbólico específico, institucionalizado ou não (reconhecimento

interno ou notoriedade externa)” (BOURDIEU, 2011, p. 63-64).

Quando o campo é de natureza política, como o CMSL, a afirmação de Bourdieu é pertinente, pois os agentes do Conselho ou trazem capitais externos, decorrentes de experiências em movimentos sociais, em partidos, sindicatos e associações comunitárias, ou os acumulam pela participação no próprio Conselho. Desse modo, o próprio agente percebe a importância do processo de acumulação desse tipo de capital.

Ainda no que diz respeito ao domínio do campo, percebeu-se que, nos debates em plenária, aqueles que centralizam ou nucleiam as discussões, ou seja, os agentes portadores de capitais políticos, muitas vezes exerciam o poder simbólico que, em alguns momentos, se consubstanciava em violência simbólica. Bourdieu traz para a discussão do campo a ideia de que nele existe uma violência simbólica, assim definida: “É o que chamo de violência simbólica, isto é, formas de coerção que repousam em acordos não conscientes entre as estruturas objetivas e as estruturas mentais” (BOURDIEU, 2014, p. 209).

Os depoimentos a seguir retratam esse sentido:

[...] a gente tem que defender os ideais, mas com respeito, sem subir na mesa e dar de dedo no outro, como às vezes acontece os exageros de alteração de voz, umas palavras de baixo calão (A5-gestora).

[...] a pessoa tem que ter urbanidade, a pessoa tem que ter trato, tem que ter boas relações e a gente não percebe isso [...] (A1-prestador).

[...] parece que fica uma disputa de poder lá dentro, [...] fica aquela coisa horrível de quase sair no braço (A4-trabalhadora).

Algumas pessoas acham que sabem mais do que os outros, outras pessoas entendem que é no grito que se ganha; nós tivemos alguns exemplos nesse mandato agora, ruins. Algumas pessoas acham que tem que prevalecer a vontade delas, e por outro lado tem algumas pessoas que nem abrem a boca [...] (A8-usuário).

Vê-se que a violência simbólica é perceptível pela maioria dos entrevistados que reprovam as atitudes daqueles que a exercem, como desrespeito, imposição arbitrária e expressões verbais com ofensas aos pares. Para a A7 (trabalhadora), essa é uma questão de falta de ética:

[...] o grande problema do conselho, é uma falta de ética muito grande, de desrespeito entre os conselheiros [...] a comissão de ética que existe, ela é uma das comissões que tem que ter [...] com normas, com regulamento, onde o conselheiro ele tem que se adequar e se ele não tiver como pessoa se adequando, a entidade dele tem que ser notificada e tomar providências (A7-trabalhadora).

Ao expressar atitudes de alguns conselheiros, incoerentes com a função pública que exercem, propõe que sejam tomadas providências regimentais por meio da Comissão de Ética. No entanto, o estudo identificou a ausência de regulamentos regimentais aprovados na plenária que normatizam tanto esta, como outras Comissões.

Se, como se viu, essa violência emerge dos conteúdos discursivos, ela pode também se manifestar por meio da manipulação de regras e normas burocráticas, como aponta A6 (usuária): “[...] eu fiquei muito triste, muito triste, eles iam lá no fundo, faziam aquela reunião, resolvia a moda deles [...] vinha e falava: era assim, assim, assado; mas não estava escrito no Regimento” (A6-usuária).

Essas formas de coerção e alteração de regras não constantes no regimento, consubstanciam uma dominação por meio da violência simbólica e comprometem o exercício do controle social.

Observando o rito das plenárias e interpretando a opinião de alguns entrevistados, fica evidente que aqueles que conduzem o Conselho usam da burocracia como meio de domínio, exercendo um tipo de poder que nem sempre se mostra com facilidade, e que produz naqueles que a ele se submetem uma sensação de coerção por eles não explicada.

[...] eu sinto que são pessoas fortes que acabam direcionando o assunto que vai ser tratado, quando é polemizado ou não. Eu sinto que eles meio que direcionam o jeito que querem que a coisa seja tratada (A5-gestora).

[...] alguém da mesa diretora que não é o presidente do conselho [...] acaba assumindo e atropelando às vezes o próprio presidente, vice presidente e isso também sem dúvida repercute na própria condução do conselho, onde você tem conselheiros lá que tem dificuldades de se manifestar (A1-prestador).

Há também conselheiros que admitem a dificuldade de formação de opinião e decisão de voto, como A4 (trabalhadora), que aponta o predomínio de critérios personalistas sobre os ideológicos.

[...] tem muito voto assim com a maioria [...] você vê que a pessoa vai, fica esperando e olhando pro outro pra ver o que o outro vai votar, e se é favorável, aquela pessoa que tem simpatia, ele acaba sendo a favor da proposta, mas não por questões ideológicas, acho que é mais por questão mesmo pessoal (A4-trabalhadora).

Diante do poder dos gestores, existem argumentos, como os de A7 (trabalhadora), que mostram a fragmentação de interesses dos representantes de cada segmento, o que fragiliza a formação de consenso em torno das matérias apreciadas.

Os prestadores têm lá suas funções, sempre reivindicando melhores repasses do SUS, o que é mais do que legítimo... Os trabalhadores sempre buscando condições de trabalho, não se deixa mover como massa de manobra. O usuário já [...] talvez até por falta de formação, que eu acho que o conselho deveria ter um quadro de formação de conselheiros, [...] (A7-trabalhadora).

Isso não quer dizer que A7 (trabalhadora) considere ilegítima a pluralidade de interesses, já que essa é a própria natureza do Conselho. Porém, diante do risco de serem levados pela força e autoridade de quem domina, a conselheira reitera a necessidade de formação e detenção do capital informacional como recurso a ser utilizado no processo de participação.

Os depoimentos colhidos apontam para um predomínio do Estado no campo de poder do Conselho, questão que Pierre Bourdieu (2014) explica como decorrente tanto do capital informacional, como do capital burocrático que se traduzem em capital político no âmbito da disputa. Quando se trata de representante investido de poder e autoridade, o sociólogo chama atenção para a formação de um metacapital, isto é, um capital que se coloca acima dos recursos políticos já acumulados, como se fosse uma metalinguagem que confere ainda mais poder ao agente que participa do campo.

É ainda Bourdieu quem mostra como fazer frente ao *habitus* burocrático de que se servem os gestores, investidos de autoridade, como legítimos representantes do Estado. O que o autor sugere é que todos os conselheiros, sem exceção, devem acumular os mesmos capitais dos gestores. “[...] é preciso que haja objetos de disputas e pessoas prontas para disputar o jogo, dotadas de *habitus* que impliquem no conhecimento e reconhecimento das leis imanentes do jogo, dos objetos de disputas, etc.” (BOURDIEU, 1983, p. 89).

Essa afirmativa do autor corrobora o que os dados da pesquisa revelaram, uma vez que, no Conselho, existem objetos de disputas, pois há decisões sobre ações políticas e recursos financeiros destinados à saúde, assim como pessoas dispostas ao jogo, visto que representam segmentos e instituições da sociedade civil. Todavia, nem todos detêm o *habitus* coletivo da política pública de saúde que orienta o controle social e tampouco o *habitus* informacional referente ao conhecimento técnico-científico e da legislação pertinente.

Em suma, o acúmulo do capital político deve ser constante, pois decorre de práticas, sendo uma forma de garantir a representação política, pautando, defendendo e aprovando propostas consonantes aos interesses dos representados. Contudo, para que os representantes dos usuários possam obter êxito no âmbito do Conselho, seria necessária a construção de consenso entre os agentes que formam o segmento no Conselho, um consenso possível de ser

ampliado com a adesão dos representantes dos trabalhadores. Desse modo, buscar-se-ia a instalação de uma base favorável ao efetivo exercício do controle social.

A seguir será abordado o *habitus* da cultura política existente na sociedade, que se mostra presente no Conselho e que se constitui como um dos obstáculos nessa instância decisória de formulação, controle e deliberação das políticas de saúde local.

5.3 O *HABITUS* DECORRENTE DA CULTURA POLÍTICA BRASILEIRA COM TRAÇOS DE PATRIMONIALISMO

Durante o processo investigativo foi identificado que os entrevistados integrantes do CMSL, no geral, eram dotados de diferentes capitais (informacional, político, cultural, referente à legislação), de modo a contribuir na consolidação do que se denomina *habitus* coletivo historicamente construído pelas lutas em torno da Reforma Sanitária, cujas disposições, no momento em que foram inscritas na Constituição de 1988 e regulamentadas pela Lei 8142/90, definiram o controle social a ser exercido no campo da saúde pública.

Mais da metade dos entrevistados, no entanto, apontou como entrave ao exercício do controle social a existência de práticas de agentes orientados por disposições diferentes, o que leva a interpretá-las como oriundas de valores e ações próprias da dominação burocrática ou da política tradicional brasileira. É o que se pode interpretar como um viés da representação democrática, obstáculo ao controle social.

Apesar de saber que o CMSL é uma instância de gestão e que exerce a função deliberativa, o gestor é sempre aquele que tem informações privilegiadas, portanto é quem mais representa a racionalidade que caracteriza o Estado. Se essa racionalidade, fonte do poder burocrático, confere legitimidade à condução do Conselho, se levada ao extremo, gera distorções. Mais que isso, a burocracia, com seus ritos, pode ser utilizada como instrumento do poder simbólico.

A1 (prestador), quando indagado sobre quem detinha maior poder no processo de deliberação do Conselho, respondeu:

[...] o gestor que tem maior influência nas decisões pelo domínio das informações, pelas informações, pelo conhecimento, por ser dedicado 24 horas a isso. Ele tem informação que nem todos os conselheiros têm. Então eu acho que acaba envaidecendo e tendo um maior domínio (A1-prestador).

Na realidade, A1 (prestador), com a expressão “envaidecendo”, percebe que o conhecimento e as informações privilegiadas conferem distinção a quem os detém, sendo

inclusive um dos traços do poder simbólico.

Se a burocracia tem como fonte de legitimidade o racional e o legal, pressupõe-se que exista obediência à regra e à impessoalidade (WEBER, 1999). A burocracia está vinculada ao Estado e, segundo Souza Filho (2011), ela não pode ser definida como positiva ou negativa, mas como um dos componentes dentro do Estado, a qual pode servir tanto para atender aos interesses das classes dominantes, como na implementação das ações do Estado para atender às necessidades das classes dominadas:

Sendo assim, a burocracia responde a uma dada organização social que supõe a existência de dominados e dominantes, social e economicamente falando, ou seja, uma sociedade que não comporta a radicalização e o aprofundamento dos direitos. Eis, então, os limites da organização burocrática (SOUZA FILHO, 2011, p. 41).

Menezes (2012), apresenta a discussão de uma forma que, embora aponte a política tradicional brasileira como entrave às novas formas de participação, não a consideram como única causa:

Parte-se do pressuposto de que muitos dos obstáculos enfrentados pelos conselhos decorrem da cultura política presente ao longo da história brasileira que não permitiu a criação de espaços de participação no processo de gestão das políticas sociais públicas, havendo o predomínio da burocracia, com ênfase nos aspectos administrativos, como também nas práticas políticas do favor, patrimonialistas (uso privado da coisa pública), de cooptação da população, populistas e clientelistas (MENEZES, 2012, p. 262).

Desse modo, as pessoas influenciadas por esse *habitus* próprio da cultura política tradicional com traços de patrimonialismo, ao adentrarem o campo, diferentemente do que se espera, divergem dos preceitos do controle social. Apesar do compromisso com as funções previstas, acabam por buscar a acumulação de capital e poder simbólicos, deixando-se envolver pelo suposto prestígio ou *status* muitas vezes atribuídos aos conselheiros. Mais que isso, usam suas posições junto à estrutura e aos meios materiais de gestão com fins particularistas e/ou político-eleitorais.

Trazer essa discussão para a análise não significa desqualificar o Conselho na sua totalidade, mesmo porque nele predominam agentes movidos por uma ética formulada a partir de princípios democráticos e republicanos. Não se pode, porém, deixar de dar voz aos 50% de entrevistados que apontaram a existência de ações de cunho clientelista e eleitoreiras que, valendo-se dessa instância de deliberação, buscam visibilidade, descaracterizando as práticas

e funções do controle social:

[...] o Conselho não tem noção das prioridades, infelizmente por falta de, eu acho que posso estar enganado, mas por falta de interesse, porque a gente ainda tem um viés político, ainda tem “conselheiro de vereador”- eu acho que não deveria ter (A1-prestador).

[...] muitos saem dali como candidatos, então é uma forma de ter visibilidade. Da população achar que aquele conselheiro está lutando por direitos da maioria, enquanto na realidade desconhece o que realmente ele faz dentro do Conselho (A5-gestora).

[...]a maioria é assim, eles vêm lá pra fins políticos mesmo (A6-usuária).

É quase que um trampolim político lá dentro, você percebe nitidamente, principalmente dentro do segmento dos usuários [...] um vereador que eles são ligados, ou a um partido político [...]-(A7-trabalhador).

O que denominamos de clientelismo político eleitoral, presente nas falas citadas, na realidade, é um dos traços da política tradicional brasileira, um *habitus* formado por disposições duráveis oriundas do patrimonialismo que persiste na nossa sociedade.

O patrimonialismo referido é um tipo de dominação na qual não há uma separação clara entre a esfera pública e a privada. Deve ser visto como parte do processo de formação do Estado brasileiro, um tipo de domínio revelador de que a expropriação dos bens e meios de gestão – de propriedade privada – não se completou, ao contrário, deu origem a um aparelho de Estado em que os meios administrativos e de gestão são, frequentemente, objeto de apropriação movido por interesses particulares ou privados ⁶⁹.

É essa estrutura patrimonialista que está na base do clientelismo, do favoritismo e mesmo da improbidade na política. Está também na base do coronelismo e do populismo, padrões políticos do atraso, sendo o primeiro de origem rural e o segundo ancorado no processo de urbanização brasileira.

Durante o processo de observação sistemática, a prática do favoritismo foi identificada em uma das reuniões. Nela, o conselheiro X – representante dos usuários - chegou próximo ao Chefe da emergência e disse: “*eu tive um problema de saúde na semana passada e fui em três locais para conseguir ser atendido, tive muita dificuldade e quero o seu contato, pois quando eu precisar ligo diretamente para o chefe*” (informação verbal,

⁶⁹ Max Weber (1944) define o patrimonialismo como um tipo de dominação intermediário entre o Feudalismo e o Estado Moderno, apresentando elementos de dominação tradicional, baseada no poder patriarcal, e elementos incipientes do poder racional e burocrático. Analisa detalhadamente o processo de formação do Estado Moderno, baseado na expropriação dos bens e meios de gestão necessários ao governo, até então nas mãos de particulares, em especial os proprietários de terra, mas que detinham também edificações, meios de transportes, efetivos militares etc, concentrando-os nas mãos de uma burocracia estatal em formação.

abr/2014). Percebe-se pelo relato que este conselheiro subentende que sua função lhe confere alguma “vantagem”.

Enquanto o Controle Social decorre da instituição de uma democracia participativa no Brasil, por meio da qual se buscam pontos de encontro entre a sociedade civil e o Estado – e os Conselhos de Saúde podem ser vistos como tais –, a persistência desse *habitus*, denominado por alguns como política do atraso, não apenas fragiliza a democracia participativa como também descaracteriza a democracia representativa.

Quando os representantes se distanciam dos representados, geralmente se atribui esse fato ao processo de cooptação a que estão sujeitos (MENEZES, 2012). A2 (usuário), por exemplo, pensa dessa forma:

E nós temos exemplos assim muito claros aí dentro dessa própria gestão atual do Conselho [...] a gente percebe que há essa cooptação. Infelizmente, porque o controle social é que perde [...] e aí a entidade perde, o controle social perde, a população perde, porque você inverte a lógica, você deixa de ser um usuário para ser um gestor (A2-usuário).

Ao abordar a cooptação, A2 (usuário) chama a atenção para as distorções que ocorrem no campo, ou seja, pessoas notadamente capacitadas, com trajetória de participação social, representantes legítimos de usuários, que, ao se destacarem na representação por serem dotadas de capitais necessários ao campo, em especial os informacionais e políticos, são atraídas a compor o segmento da gestão, diminuindo o *quantum* de capital no segmento de usuários, com impacto negativo na defesa de interesse dos usuários.

Neste momento, cumpre resgatar o processo de representação, que difere da ideia de representação político partidária, mesmo porque se relaciona à democracia participativa. Com base em Bourdieu (2004a) e a partir da ideia de delegação, os representantes, no Conselho, eleitos ou investidos, são porta-vozes autorizados dos segmentos sociais que representam.

Ocorre que as práticas decorrentes da cultura política fragilizam a representação dos grupos tradicionalmente excluídos – que compõem o segmento dos usuários – do processo de deliberação da política de saúde, dificultando a vocalização de suas posições, a efetivação das medidas que são de seu interesse, enfim, comprometendo o processo de representação do qual são mandatários.

Apesar desse predomínio dos gestores em relação às demais categorias, o fato de o conselheiro ocupar uma posição no campo que o coloca próximo ao gestor faz com que o representado, que vê o processo à distância, não reconheça a prática do representante como legítima.

O mecanismo de representação que caracteriza a função de conselheiro favorece essa mistificação de poder, porque o conselheiro acaba sendo aquele que está mais perto do poder, o intermediário entre os usuários e gestores. E não há uma permanente interlocução entre os representantes e os representados, que muitas vezes não sabem ou não reconhecem os conselheiros como seus representantes (OLIVEIRA, 2006, p. 178).

Portanto, tanto o mecanismo de representação como a ausência de um número maior de conselheiros dotados de capitais políticos, observados nas reuniões do CMSL, podem ser as causas da baixa participação que se materializa nas poucas intervenções e discussões de questões que ressaltem interesses coletivos. Apesar de presentes na reunião, são poucos agentes que contribuem para elucidação das questões substantivas.

[...] não que não tenha argumentos, não consegue expor os argumentos [...] mais ação por parte dos outros que poderiam, por exemplo, não dizendo que estão certo ou errado, mas que contraponha, porque a gente vê que não concorda, é nítido isso, você olha e você vê nos rostos que eles não estão de acordo, mas não conseguem contrapor (A5-gestor).

Nota-se que, embora exista o poder dos agentes, por conta dos capitais acumulados, eles encontram dificuldade em se contrapor aos que dominam, porque estes são investidos da autoridade do Estado e do poder simbólico advindo do volume de informações sobre as políticas e programas específicos, bem como da proximidade e do controle dos meios de gestão.

Concretamente, as ações dos gestores no âmbito do Conselho podem revelar uso tanto de expedientes burocráticos como de capitais informacionais somados à investidura do cargo, elementos de um poder simbólico que não se mostra com facilidade, pois é fugidio, mas acaba se revelando por meio das estratégias de definição de pauta, de inclusão de matérias de última hora, bem como da postergação de deliberação e de efetivação de medidas já aprovadas.

Além disso, os entrevistados também apresentam a existência de práticas patrimonialistas:

[...] eu vejo muito essa questão de interesse, tipo, prestador e usuário já ter alguma amizade, alguma relação ali que até vem antes da própria constituição do Conselho, que dá a impressão que tem uma articulação anterior a isso [...] (A4-trabalhadora).

[...] há interesses financeiros, interesse de terceiros na manipulação, na formulação de estratégias e também na ocupação do espaço dentro do conselho [...] muitas vezes a gente ouve nos bastidores: 'ah! Eu tenho duas

cadeiras dentro do conselho'. E essas cadeiras são espaços, são conquistas e que atendem interesses individuais, não coletivos (A2-usuário).

Vê-se, pelas afirmações dos entrevistados, que nesse campo de poder, também, a exemplo do campo político, que existem relações hierárquicas, clientelistas e particularistas, de cunho patrimonialista que caracterizam o Estado brasileiro e comprometem o caráter de representação, constituindo sérios obstáculos estruturais à democracia participativa que caracteriza o Conselho. Essas pessoas são portadoras desse *habitus* contrário aos princípios democráticos e republicanos.

No entanto, cabe destacar que tais práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política tradicional com traços de patrimonialismo, identificadas no CMSL, não são incomuns, pois outros estudos já o fizeram, como Fedozzi (1997), Moura (2011) e Oliveira e Pinheiro (2010), entre outros. Além disso, não se restringem à esfera da cultura política, elas adentram a sociedade civil, dificultando o avanço da cultura democrática.

Outra questão ressaltada por Moura (2011) na configuração social dos conselhos, existe a relação de interdependência da sociedade para com o Estado, assim exposta: “o se vincular legalmente o conselho a uma secretaria de Estado, cria-se uma relação de poder desde então marcada pela dependência do poder público, evidenciando a falta de autonomia do conselho em si” (MOURA, 2011, p. 104).

Ainda que existam agentes detentores de vários capitais, conforme exposto anteriormente, eles encontram dificuldade para contrapor o predomínio da gestão, decorrente da própria configuração do Conselho, que possui esta “dependência” do Estado, no caso, a Secretaria Municipal de Saúde, para o desempenho de suas funções.

Essa dependência não é o único entrave à representação política, como se verá a seguir. Outro fato inibidor é a existência de uma cultura política que impede o exercício da democracia participativa, pois, muitas vezes apesar do compromisso com as funções previstas, conselheiros acabam por buscar a acumulação de capital e poder simbólicos, deixando-se envolver pelo suposto prestígio ou status muitas vezes atribuídos a eles. Mais que isso, usam de suas posições junto à estrutura e aos meios materiais de gestão com fins particularistas e/ou político-eleitorais.

Entretanto, de forma diferente, o controle social na área de saúde de Londrina tem um histórico de participação popular que contribuiu para a instauração do *habitus* coletivo de participação social em defesa da saúde, como um bem público, abordado a seguir.

5.4 A IMPORTÂNCIA DO *HABITUS* COLETIVO NO FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL

A apresentação na seção anterior sobre capitais e *habitus* dos agentes pertencentes ao CMSL, a partir de suas trajetórias individualizadas, evidenciou que, embora alguns apresentem disposições do *habitus* da política tradicional ou patrimonial, a grande maioria contém disposições do *habitus* informacional e político com potencial para contribuir na (re) construção do *habitus* coletivo da participação social na política de saúde, conforme as conquistas constitucionais que instituíram o controle social.

Cumprir lembrar que essa noção – *habitus* coletivo – já foi abordada no segundo capítulo, como decorrente da intensa participação da população em defesa de uma política pública de saúde, iniciada pelo Movimento da Reforma Sanitária, cujo resultado foi a disseminação de disposições coletivas que buscavam inverter a lógica da concepção do modelo curativo de saúde para o preventivo, culminando na criação e implementação do SUS (MISOCZKY, 2002).

Esse *habitus* coletivo, em âmbito nacional, reflete também o protagonismo que lideranças acadêmicas, políticas e movimentos sociais da cidade de Londrina tiveram no final de década de 1970, 1980 e início da década de 1990 na organização e na implementação do SUS e no controle social na esfera municipal. Nessa mesma direção, o Agente A3 (trabalhador) relata a importância que os Conselhos Locais de Saúde (CLS) tiveram na organização e participação da população no Conselho.

Assim, quando nós tínhamos Conselhos Locais de Saúde, parece-me que não, mas o conselho era mais representativo, o conselho ele era mais ligado, o controle social era mais ativo, porque o controle social partia lá de onde tem que ser partido, lá, onde se entra, que é na nossa atenção básica [...] cada UBS tinha um Conselho Local, era interessante, e a participação do povo, nós discutimos lá dentro...o posto de saúde precisa de um dentista, o posto de saúde precisa de um agente de saúde, o posto de saúde precisa de um médico, o posto de saúde precisa de um GO (A3-trabalhador).

Assim, quando se avalia a força do movimento social na política de saúde, tem-se como exemplo o envolvimento da comunidade não só nos CLS, mas também no próprio CMSL. Essa história da participação de componentes dos conselhos locais e regionais de saúde do município foi crucial para a implantação da gestão plena do sistema municipal de saúde, de modo a alavancar o processo de municipalização dessa política em nível local.

A importância de conselheiros dotados de capitais políticos, advindos da participação social, remete à história do Conselho, o campo onde os agentes acumulam ainda mais capitais.

Sobre esse processo, A1 (prestador) observa a importância de uma militante que se projetou nacional e internacionalmente no âmbito do controle social. *“Em Londrina, felizmente, a gente já teve alguns usuários muito qualificados, eu vou citar a X, ela não está mais no Conselho, mas é uma pessoa com conhecimento e que representava muito bem os usuários”*.

Ao resgatar a importância que X teve no controle social, A1 (prestador) traz as qualidades dessa liderança, reconhecidamente detentora dos capitais político e informacional na luta em defesa dos movimentos sociais e dos usuários da saúde pública.

A expectativa da participação de representantes da sociedade organizada nos espaços institucionais de controle social surge como possibilidade de reversão do papel centralizador dos governos no planejamento e execução das políticas públicas no Brasil. A partir de um maior tensionamento da sociedade para com o Estado, as ações tendem a ser mais transparentes e mais propensas ao controle da sociedade (TATAGIBA, 2002).

No entanto, no período da pesquisa, identificou-se uma diminuição substancial da participação da população nas reuniões do Conselho. Ao serem indagados sobre as razões, os entrevistados responderam: *“Não tem participação nenhuma [...]a representatividade é mínima, não sabem a importância que eles têm enquanto usuários [...]de estar ali pra pressionar”* (A5-gestora). Sobre a mesma questão, A4 (trabalhadora) considera: [...] *“ainda não identificam como um espaço de negociação, um espaço até de ser ouvido, acho que ainda não faz parte dessa cultura de ir lá pra cobrar alguma coisa, o povo até vai, mas quando tem já alguém que está orientando”*.

Tanto A5 (gestor) como A4 (trabalhador) entendem que, apesar de ter havido mobilização e participação nos momentos iniciais de instauração da política de saúde em Londrina, hoje, observa-se desmobilização. E uma das prováveis explicações da atual desmobilização pode estar relacionada à incipiência do processo, aos efeitos das mudanças ocasionadas pelo neoliberalismo que reduziu recursos para as políticas sociais e arrefeceu os ânimos da militância, em especial, as dificuldades próprias do CMSL que, como se viu, está sujeito à lógica de um campo concorrencial e relacional.

Na opinião de A8 (usuário), para vencer essa situação de imobilismo, os conselheiros também têm um papel importante no processo: [...] *“tem que haver uma participação mais qualificada dos usuários, de conhecer melhor essa política, porque a gente não conhece”*. Sinaliza que, no processo de capacitação voltado aos conselheiros, o conhecimento se amplie tanto no sentido de atingir um maior número de agentes, não se limitando a questões técnicas e legais, mas também oferecendo formação política.

Existem também entrevistados que abordam questões aparentemente menores, mas

que são igualmente determinantes para essa baixa participação, como: desconhecimento de como funciona o Conselho, falta de divulgação da data e horário de reuniões das plenárias.

[...] a população não está sendo informada, incentivada, a participar e até acredito que deveria a gente chamar pelos meios de comunicação pra divulgar mais a atuação do conselho. Dar mais publicidade à pauta da reunião do conselho, os horários, os locais de reunião (A1-prestador).

[...] pela falta de divulgação e também pelo usuário, ele não se acha empoderado para participar [...] 1:30 da tarde numa quarta feira, quem pode vir? O trabalhador que está sofrendo lá as consequências de uma (política de) saúde ruim? O trabalhador não é liberado para participar da reunião, o usuário muito menos (A7- trabalhador).

[...] falta de divulgação eu acho... e outra... muita gente reclama de não ser a noite, de ser a tarde [o horário das reuniões] (A8-usuário).

Para A6 (usuária), o segmento de usuários no Conselho tem sido predominantemente composto por pessoas experientes, ou com idade mais avançada, porque o *“[...] jovem dificilmente participa devido ao custo do transporte e horário das reuniões, como é que vai participar de um conselho no meio da tarde se a pessoa tem que trabalhar?”* A6 (usuária) considera que esses aspectos constituem obstáculos.

Anteriormente, desde sua fundação, as reuniões eram realizadas no período noturno, até o ano de 2013, quando foram transferidas para o diurno. Tal mudança, segundo alguns entrevistados (A5, A3, A6, A7 e A8), foi acordada entre os segmentos, em virtude do horário avançado de término das plenárias que se estendiam às 23 horas, chegando inclusive até 1h 30, o que dificultava o retorno dos conselheiros às suas residências, especialmente os usuários que dependiam do transporte coletivo.

A6 (usuária) acrescentou no seu depoimento que, mesmo quando as reuniões ocorriam no período noturno, existiam outras dificuldades: *“[...] à noite, eles deixavam a pauta mais importante por último, sabe por quê? O usuário tinha que ir embora para pegar ônibus [...]”*. A entrevistada refere-se, aos gestores que se valiam de estratégias para diminuir o número de usuários presentes, evitando o tensionamento desse segmento no debate e na deliberação.

A7 (trabalhadora) reforça que há interesse por parte da gestão na permanência da reunião no horário vespertino porque *“o gestor evita polêmica, por ter lá só os 28, 32 (conselheiros) discutindo... é muito melhor do que um grupo lá do bairro que está reivindicando”*.

De forma contrária à atual situação de ausência da população nas reuniões do

Conselho, já se presenciou a força da pressão popular em diferentes momentos da história do CMSL. A título de ilustração, pode-se citar o ano de 2011, período em que ocorreram intensos debates, tanto no espaço do Conselho como na Câmara de Vereados, contra a aprovação de projetos de lei que visavam a criação de Organizações Sociais (OSs) e Fundações Estatais de Direito Privado na cidade de Londrina, cujo objetivo era a privatização da saúde (NARCISO; PASTOR, 2014). A força da organização popular do Conselho, somada a outras formas de participação, como o Fórum Popular em Defesa da Saúde Pública, foram decisivas na derrubada desses projetos, conforme ressalta A2 (usuário).

[...] se não fosse o papel do Conselho pressionar e se posicionar, hoje nós teríamos uma privatização maciça da saúde que é o que acontece em Curitiba, aconteceria aqui em Londrina e só não aconteceu com a participação do Conselho (A2-usuário).

Vê-se, portanto, que o CMSL se destacou em questões importantes, como a apresentada, resistindo à privatização do sistema público de saúde. Mesmo enfrentando as dificuldades apontadas anteriormente, mostra-se como instância de gestão que reúne pessoas comprometidas com o controle social e com a defesa dos interesses coletivos.

No depoimento de A2 (usuário), percebe-se que alguns agentes de posse de capitais técnicos e políticos têm desenvolvido um novo *habitus*, que, na realidade, contém e atualiza o *habitus* fundador da Reforma Sanitária e do controle social.

Nós hoje conseguimos colocar o controle social na formulação de um Plano Municipal de Saúde, hoje há uma participação [...]. Nós sentamos com técnicos, não todo Conselho, mas os conselheiros conscientes, que são poucos, eles participam de Comissões e trabalham isso, estudam, entendem o seu papel.

A fala de A2 (usuário) demonstra que a existência de agentes dotados desse *habitus* serve como princípio operador da prática e das discussões nas plenárias, fundamentos da participação direta. Como se sabe, a força política da democracia participativa será proporcional à sua capacidade de pautar os temas do interesse coletivo, presentes no âmbito das cidades, dos estados ou do país, incluindo os assuntos referentes à macropolítica e ao desenvolvimento econômico e social, que são determinantes sobre a saúde.

Na atualidade, frente à desmobilização da população, uma das entrevistadas vê como alternativa a presença de novos agentes para alavancar a participação nos espaços de controle social. Para tanto, propõe que essa interlocução seja realizada pelos profissionais da Estratégia

Saúde da Família, em especial os agentes comunitários de saúde (ACS), porque “*levam coisas boas, como: medicação, consultas de especialidades etc.*”, Diferentemente dos militantes da saúde, como no seu caso, e dos agentes de endemias que enfrentam resistência da população porque são vistos como “cobradores” de participação, tanto no movimento social como na prevenção de doenças.

Tem-se, assim, no CMSL, um espaço no qual se movimentam dois tipos de luta. De um lado, estão os que defendem a manutenção do campo da forma com está, encontrando-se aí o predomínio de forças “conservadoras” em relação à distribuição das posições e do funcionamento do campo. De outro, está a luta que reúne a minoria, os chamados “inovadores” que, embora de forma menos articulada, buscam se contrapor aos dominantes, na conquista de maior afirmação e representatividade dos segmentos que não possuem os mesmos recursos que lhes possibilitassem exercer a paridade de fato.

Neste capítulo identificou-se, por meio do discurso dos agentes, o sistema de *habitus* e capitais que compõe a prática dos conselheiros. Em se tratando de capitais, o econômico, é considerado uma das principais razões da existência do Conselho, mas no plano simbólico ganhou relevância o capital político, informacional e burocrático. A partir da análise pode-se perceber que a presença e o acúmulo dos capitais interferem na posição relativa dos agentes no campo, na medida em que capacitam e cacifam os conselheiros para o jogo ali disputado, sendo, portanto, indispensáveis à participação nessa instância de poder.

O estudo constatou que a presença de agentes possuidores do *habitus* (informacional e político) torna-os detentores de conhecimento da política de saúde e controle social, além de atributos advindos do capital político, para que se posicionem de modo crítico nas reuniões e contribuam no processo de discussão, fiscalização e deliberação da política de saúde. De modo contrário, agentes com disposições do *habitus* da cultura política brasileira com traços de patrimonialismo constituem um dos obstáculos para o exercício do controle social. No entanto, é o *habitus* coletivo da participação social em defesa da saúde pública que ganha centralidade no controle social, caminho a ser trilhado para ampliar as disposições da população em envolver-se e lutar em prol da saúde como um bem público.

Além disso, convém apontar, ainda, algumas sugestões feitas pelos entrevistados para melhorar a atuação do CMSL:

a) a existência de uma maior valorização do Conselho por parte dos gestores, fornecendo melhor estrutura física e equipamentos (A1-prestador; A2-usuário; A3-trabalhador; A6-usuária; A7-trabalhador e A8-usuário);

b) o desenvolvimento de ações para a reorganização das Comissões do Conselho,

com definição das atribuições de cada uma delas, com destaque para a Comissão de Ética, como forma de inibir/diminuir situações de desrespeito, racismo e agressão (A4-trabalhador), (A7-trabalhador);

c) a realização de um monitoramento dos temas tratados e deliberações do Conselho para acompanhamento das decisões (A1-prestador e A2-usuário);

d) a existência de um maior número de conselheiros comprometidos com as ações coletivas para que exista a cumplicidade objetivas de representação (A4-trabalhador, A6-usuária, A5-gestora);

e) a instalação de uma assessoria técnica, dentro do Conselho, para atualizar os conselheiros com capital informacional relativo ao controle social e às constantes alterações que ocorrem na legislação (A1-prestador);

f) mudanças na representação, com renovação dos membros que compõem o CMSL, pessoas dispostas a atuar em prol do coletivo e defender de fato o segmento que representa. Partindo de Bourdieu (2011), seria necessário engendrar novos *habitus*, com agentes possuidores de disposições advindas de capital informacional e político, originário do Movimento da Reforma Sanitária, que, ao ocupar esse lócus, tenham posições coadunadas com princípios democráticos e republicanos em defesa das pessoas que representam.

Com base no exposto, nota-se que a escolha da sociologia de Pierre Bourdieu, com os conceitos centrais de campo, *habitus* e capitais mostrou-se ferramenta acertada na discussão da dimensão relacional do CMSL, de modo a identificar as relações de dominação presentes no campo e como elas podem impactar nas decisões do controle social da política de saúde municipal.

CAPÍTULO 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste trabalho, num momento em que o país passa por crise econômica e, sobretudo, política, cabe situar a presente análise, reafirmando a importância do controle social, processo decorrente da Constituição de 1988, cujo texto indica a perspectiva de um Estado responsável pela garantia dos direitos sociais e, conseqüentemente, com a ampliação da cidadania.

Entretanto, desde que a política de saúde foi concebida no formato do SUS e com seus mecanismos de descentralização conferindo aos municípios e aos Conselhos municipais papel relevante na formulação e implementação desta política, tal sistema vem sofrendo os golpes desferidos pelas políticas neoliberais que, no caso da saúde, impõem a privatização dos serviços e a restrição do acesso aos serviços públicos.

Frente a esse cenário, cabe reforçar o objetivo almejado por este estudo que consistiu em uma análise do controle social na área de saúde, evidenciando os Conselhos como campo relacional de disputas de interesses sobre a direção da gestão da política de saúde. Ampliar essa discussão significou lançar um olhar para o que há de mais específico nesse campo de disputas, ou seja, analisar um Conselho em particular, de um município que historicamente desempenhou e ainda desempenha papel importante na política pública de saúde brasileira.

A interpretação do processo histórico da política de saúde brasileira efetuada neste trabalho apontou o quão se tornam relevantes os direitos conquistados pelo Movimento da Reforma Sanitária, consubstanciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se referência para o controle social e para a atuação dos agentes que compõem os conselhos municipais do setor. Tendo esse processo mais abrangente como referência, foi possível destacar o protagonismo que tiveram agentes locais na organização dos serviços de saúde em Londrina, evidenciando sua importância tanto na política municipal como na criação do SUS. A revisão da literatura acerca do controle social reiterou a importância desse tema caro ao Serviço Social, indicando também outras possibilidades de abordagens, dentre elas esta aqui desenvolvida, que decorre de um olhar metodológico que emergiu de uma prática de gestão do Conselho analisado.

Uma vez que o CMSL se afigurava como campo de poder, a escolha da teoria de Pierre Bourdieu mostrou-se pertinente ao seu entendimento a partir de ações pautadas por posições de agentes numa disputa relacional e concorrencial. Essa perspectiva possibilitou visualizar que a efetivação do controle social não depende apenas da representação política e

da mobilização que a antecede, mas também do enfrentamento de questões aparentemente menores que compõem um sistema fugidio e que muitas vezes não se mostra próprio do que, teoricamente, se conceituou como poder simbólico, que se apresenta, às vezes, emaranhado aos trâmites burocráticos e às estruturas de distinções.

Os entrevistados apontaram como características de um poder simbólico a dominação por meio de estratégias de definição de pauta, horário inadequado de reuniões, relatórios de prestação de contas de difícil entendimento e sem a disposição de torná-lo mais compreensível, reafirmando a detenção de capitais e distinções simbólicas nas práticas discursivas.

Como resultado da análise empreendida acerca do Conselho, na perspectiva bourdieusiana, identificou-se a importância da detenção de capitais por parte dos agentes que atuam no campo. Entre esses, o capital informacional foi o mais destacado pelos entrevistados como condição indispensável não apenas à participação como também às posições que os conselheiros possam vir a ocupar na estrutura de dominação do campo e que requerem conhecimento específico.

Considerando que se trata de um campo relacional, o capital político, que foi também bastante valorizado durante o processo de investigação, surge como um recurso capaz de acumular mais capital e poder de influência dentro do campo, por vezes, equivalendo ao peso do capital informacional.

A análise permitiu perceber que o atual Conselho Municipal de Saúde de Londrina tem dado mostras de que é atuante, propositivo, deliberativo, no entanto, apresenta dificuldades no exercício do papel fiscalizador.

Com relação ao aspecto propositivo do CMSL, nota-se que, embora a participação dos representantes de usuários seja reduzida a poucos agentes, estes se mostram possuidores de capitais e de *habitus* coletivo necessários ao exercício do controle social que os levam a antever e propor ações na perspectiva da coletividade. Uma delas, como se viu, foi a proposta de reestruturação da atenção básica, através da ampliação do número de Equipes da Saúde da Família, que, embora se saiba da dificuldade de atendimento, não deixa de ser uma reiteração de um tema de alcance estrutural na política de saúde.

Quanto ao papel fiscalizador do Conselho, essa função assume relevância na avaliação dos entrevistados, não apenas pela importância dos assuntos financeiros de que trata o Conselho, mas também pela dificuldade que têm de entender a complexidade da prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde, algo “inacessível” para a maioria dos conselheiros, tornado um desafio de dimensão exacerbada. Um outro exemplo disso é a dificuldade das

comissões, especialmente a de contratos, em realizar a fiscalização dos contratos dos prestadores de serviços de saúde, tanto pela desarticulação dos membros envolvidos, como pela morosidade/restrrição de acesso a documentos por parte da gestão, o que compromete a transparência das informações que deveriam ser socializadas.

No que se refere à função deliberativa, identificou-se que o poder que emana do gestor, representante do poder executivo, não se legitima somente pelo conteúdo, mas pelo uso do poder simbólico ou valendo-se do jogo burocrático, transformando o que deveria ser a expressão do dissenso em busca da formação de consensos em um rito de formalidades. A condução das reuniões, ao ser submetida a uma relação de autoridade típica das estruturas hierarquizadas da burocracia, com predomínio de posturas formais em detrimento de discussões de conteúdos, acaba por prejudicar o acesso às informações e ao próprio processo de decisão, não permitindo o debate democrático.

Ressalta-se ainda a necessidade do cumprimento do papel da Comissão de Ética, como instância de contrapeso aos abusos de poder e de desvios da função pública, como a inépcia e a improbidade.

A gestão da política de saúde pelo Conselho fica sujeita às relações de forças nele existentes, um equilíbrio de potências decorrente de capitais econômicos que constituem os recursos que capacitam os agentes prestadores de serviços a participarem das disputas; de capitais políticos dos representantes dos segmentos da sociedade civil; e de capitais culturais dos profissionais da saúde com maior ou menor distinção social.

Todavia, nesse encontro de forças, emerge como potência hegemônica o poder dos agentes públicos que detêm maior volume de informações técnicas e dos ritos burocráticos, o que os leva a ter um domínio na condução do Conselho. Por se verem diante dessa hegemonia, é que a maioria aponta a necessidade de capital informacional como condição indispensável à participação no campo que é visto como concorrencial. Cumpre registrar que essas considerações têm como referência o período estudado, posterior a um problema de improbidade que havia atingido o Conselho. Há que se ressaltar que a estrutura de dominação do campo de poder não é estática, estando sujeita a fatores externos da política, além de envolver possibilidades de mudanças com alteração dos agentes que adentram esse lócus.

A existência de um *habitus* coletivo, historicamente construído, baseado nos princípios defendidos pela Reforma Sanitária e que serviram de base para a criação do SUS são a referência dos agentes que compõem o campo dos vários segmentos: usuários, trabalhadores, prestadores e gestores, conferindo-lhe dinamicidade, uma vez que os colocam num processo de interiorização e exteriorização desses princípios criando uma inter-relação

entre matrizes adquiridas de conduta individual com essa dinâmica relacional que caracteriza o CMSL. Como visto, os agentes se movem orientados por *habitus* de natureza coletiva, mas trazem também para o campo *habitus* individuais ou particulares.

Enquanto, o *habitus* coletivo expressa princípios e valores democráticos e republicanos, por vezes, sua consolidação é dificultada por *habitus* da política tradicional brasileira marcada pela dominação patrimonial que inibe o fortalecimento da democracia participativa e do efetivo controle social. É assim que a representação política cujas bases se encontram nas classes, grupos, associações e instituições sociais, se vê fragilizada pela intercorrência de atitudes marcadas pelo favoritismo, clientelismo e personalismo.

Os conselheiros entrevistados, no geral, demonstram discordar do patrimonialismo, de atitudes próprias do clientelismo e do favoritismo e, como respostas, têm a percepção da importância da civilidade, do espírito republicano, aliados ao domínio do capital cultural. Também discordam da interferência da política partidária e das iniciativas de cooptação política exercida pelos partidos e agentes públicos.

Frente a isso, ao término desta tese, apresentam-se algumas propostas ao CMSL como forma de fortalecer as forças que lutam em defesa da saúde coletiva: formação continuada dos conselheiros com cursos cujos conteúdos devem ser não apenas de natureza técnica e científica, mas também que abordem a história da constituição do *habitus* coletivo do SUS e da *doxa* do campo; necessidade de garantir o funcionamento das comissões já existentes e criação de novas (previstas no regimento), que democratizem e tornem o Conselho mais transparente internamente, para que essas comissões possam atuar como instâncias que subsidiem as discussões e deliberações em plenário; a mudança do horário diurno das reuniões para o horário noturno, possibilitando à população acompanhar as discussões do Conselho e somar forças aos conselheiros na luta por uma política de saúde de acordo com os interesses daqueles que dela necessita.

Em relação às condições externas ao Conselho, deve-se considerar que os conselhos não são as únicas forças existentes que atuam sobre a política de saúde, mas são canais importantes para transmitir às entidades sociais, instituições, movimentos, Conselhos Regionais e Locais de Saúde o que se passa no interior do Estado, a partir dos debates que ocorrem nas plenárias, o que contribui para a democratização das informações para a sociedade. Cabe a ele, quando considerar estratégico, procurar ações conjuntas, aliando-se aos outros poderes, como o Judiciário, principalmente por meio do Ministério Público e do Legislativo municipal.

Contudo, o mais importante é a percepção de que, para romper com os entraves e

dificuldades do campo e do poder simbólico existente no Conselho, fundamental é o retorno ao efetivo controle social preconizado na sua origem e ancorado na participação direta e no interesse coletivo. Assim, a representação política pode se tornar efetivamente o instrumento capaz de fazer avançar a política de saúde enquanto um direito social e condição de cidadania. Não se trata aqui de reproduzir, na política, o mito de Sísifo⁷⁰, mas de assumir uma atitude inspirada em Prometeu⁷¹.

⁷⁰ Sísifo, personagem da mitologia grega, descumpriu um acordo e como castigo ao invés da morte recebeu uma punição exemplar: rolar diariamente uma pedra, montanha acima, até o topo. Ao chegar, o peso e o cansaço promovidos pelo esforço fariam a pedra rolar novamente até o chão. No outro dia ele deveria começar tudo novamente e, assim, para todo o sempre (CAMUS, 2015).

⁷¹ Na criação do mundo, um dos deuses organizou e dispôs as coisas da terra: a natureza, o ar, os peixes e os animais. O homem foi criado à semelhança dos deuses e foi chamado de Prometeu. Diferentemente dos animais quadrúpedes que foram criados de cabeça virada para baixo, olhando para a terra, Prometeu tem o porte ereto, levanta a cabeça para o céu e olha as estrelas (BULFINCH, 1999).

REFERÊNCIAS

- ABRASCO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. **Sobre a Abrasco**. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/site/sobreaabrasco/>>. Acesso em: 10 dez. 2014.
- ALMEIDA, M. J. **A organização dos serviços de saúde de Londrina**: antigos e novos registros de uma experiência em processo: apresentação: Nelson Rodrigues dos Santos; prefácio Hésio de Albuquerque Cordeiro. Londrina: INESCO, 2013.
- ALVES, L. **Alexandre Kireeff**: o prefeito que resiste à política. 2015. Disponível em: <<http://www.opovo.com.br/app/opovo/dom/2015/06/20/noticiasjornaldom,3457177/alexandre-kireeff-o-prefeito-que-resiste-a-politica.shtml>>. Acesso em: 5 mar. 2016.
- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Org.). **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 9-23.
- ANDREAZZI, M. F. S. et al. Copagamentos no sistema público brasileiro: anomalia ou tendência? **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 105, p. 91-92, jan./mar. 2011.
- AROUCA, S. **Reforma sanitária**. 1998. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 11 jun. 2011.
- BATISTA JUNIOR, F. Gestão do SUS: o que fazer? In: BRAVO, M. I. S. et al. **Política de saúde na atual conjuntura**: modelos de gestão e agenda para a saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2008.
- BEHRING, E. R. Política social no contexto da crise capitalista. In: CFESS; ABEPSS. **Serviço social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p. 301-321.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política social**: fundamentos e história. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BENEVIDES, M. V. M. Educação para Democracia. **Lua Nova**: Revista de Cultura e Política, São Paulo, n 38, p. 222-237, 1996.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2004. (Série História em Movimento).
- BLINDER, A. **Pacto de Dilma para saúde**: mais do mesmo. 2013. Disponível em: <<http://www.pstu.org.br/node/19513>>. Acesso em: 29 maio 2014.
- BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campos, 1992.
- BOBBIO, N.; MATEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. 11. ed. Brasília: UnB, 2004.
- BOURDIEU, P. **A distinção**: crítica social do julgamento. São Paulo: Edusp, 2007.

- BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- BOURDIEU, P. **A miséria do mundo**: efeitos do lugar. Petrópolis: Vozes, 1997.
- BOURDIEU, P. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 2004a.
- BOURDIEU, P. **Contrafogos**: táticas para enfrentar a invasão neoliberal. Tradução de Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- BOURDIEU, P. L'illusion biographique. **Actes de La Recherche en Sciences Sociales**, Paris, n. 62, p. 69-72, jun. 1986.
- BOURDIEU, P. **La distinction**: critique sociale du jugement. Paris: Minuit, 1979.
- BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. (Org.). **Pierre Bourdieu**: sociologia. São Paulo: Ática, 1994. p. 46-81.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.
- BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Ed. UNESP, 2004b.
- BOURDIEU, P. **Questions de sociologie**. Paris: Les Éditions de Minuit, 1984.
- BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.
- BOURDIEU, P. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. 11. ed. Campinas: Papirus, 2011.
- BOURDIEU, P. **Sobre el campo político**. Traducción de Cristina Chávez Morales. Presses Universitaires de Lyon, 2000. Disponível em: <http://200.6.99.248/~bru487cl/files/BOURDIEU_campo-politico.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2016.
- BOURDIEU, P. **Sobre o estado**: cursos no College de France (1989-92). São Paulo: Companhia de Letras, 2014.
- BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J. C.; PASSERON, J. C. **Ofício de sociólogo**: metodologia da pesquisa na sociologia . 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
- BOURDIEU, P.; EAGLETON, T. A *doxa* cotidiana: uma entrevista. In: ZIZEK, S. **Um mapa da ideologia**. Rio de Janeiro: contraponto, 1996. p. 265-278.
- BOURDIEU, P.; PASSERON, J. C. **A reprodução**: elementos para uma teoria do sistema de ensino. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.
- BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. **Réponses**: Pou une anthropologie réflexive. Paris: Ed. Du Seuil, 1992.
- BRANDÃO, Z. Operando dom conceitos: com e para além de Bourdieu. **Revista Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.36, n.1, p.227-241, jan/abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v36n1/a03v36n1.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2015.
- BRASIL. **Constituição Da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 5 jan

2013.

BRASIL. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012a**. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 5 maio 2016.

BRASIL. **Lei no 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em: 16 mar. 2015.

BRASIL. **Decreto 7508 de 28 de junho de 2011** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 06 maio. 2016.

BRASIL. **Lei nº 13.097, 19 de janeiro de 2015a**. Aprova a abertura ao capital estrangeiro na oferta de serviços à saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/L13097.htm>. Acesso em: 2 ago.2015.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/civil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 20 set. 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 20 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cálculo do percentual de recursos próprios aplicados em saúde conforme a Lei Complementar 141 / 2012**. Disponível em: <http://www.solidao.pe.gov.br/wp-content/documentos/prestacao_contas/2014/pc_governo/12.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Norma operacional da assistência à saúde / SUS - NOAS-SUS 01/02. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 5 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa mais médicos**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5952-diagnostico-da-saude-no-brasil>>. Acesso em: 5 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1992. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n. 333, de 4 de novembro de 2003**. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília: Imprensa Nacional, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p. 57. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf> Acesso em: 20 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 453, de 10 de maio de 2012b**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html>. Acesso em: 5 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo** Brasília, 2006. (Série I. História da Saúde no Brasil).

BRAVO, M. I. S. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 26, n. 88, nov. 2006a.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006b. p. 88-111.

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: 1996.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. Política de saúde no governo Lula. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Org.). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-Ssind, 2008. p.17-21.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. Saúde no governo Dilma Rousseff e as lutas sociais para a efetivação dos direitos. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL – ENPESS, 14., 2014, Natal. **Anais...** Natal, 2014. Disponível em: <<http://enpe2014.abepss.org.br>>. Acesso em: 7 abr. 2015.

BRIZOLA, J. B. **Gestão hospitalar: análise de desempenho de um hospital universitário e de ensino antes e após a contratualização com o sistema único de saúde**. 2010. 84 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** 1997. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-14.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

BULFINCH, T. **O livro de ouro da mitologia: a idade da fábula: histórias de deuses e heróis** 8. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

BURAWOY, M. **O marxismo encontra Bourdieu**. Campinas: Ed. Unicamp, 2010.

CAMPANUCCI, F. S. **O lugar oculto dos homens na atenção primária à saúde: um estudo**

sobre as principais barreiras de acesso aos serviços ofertados pelas unidades básicas de saúde em Londrina. 2013. 164 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Política Social) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

CAMPOS, G. W. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

CAMPOS, G. W. O desenvolvimentismo não nos protegeu. **Revista Poli: Saúde, Educação e Trabalho**, ano 6, n. 31, p. 32-35, nov./dez. 2013. Entrevista concedida a Cátia Guimarães. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/edicoesrevistapoli/r38.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

CAMUS, A. **O mito do Sísifo**. Porto Alegre: Ludy Livros, 2015.

CANCIAN, N. Repasses para hospitais e farmácia popular atrasarão, diz ministro da saúde. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 29 out. 2015. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2015/10/1699916-repasses-para-hospitais-e-farmacia-popular-atrasarao-diz-ministro-da-saude.shtml>>. Acesso em: 5 maio 2016.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: IBAM, 1995.

CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 93-113.

CARVALHO, A. M. C. **O campo de estudos em administração no Brasil pós anos 90: reconfiguração de léxicos e temáticas na produção acadêmica nacional**. 2014. 204 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - UFSCAR, São Paulo, 2014.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001. p. 27-59

CARVALHO, B. G.; PETRIS, A. J.; TURINI, B. Controle social em saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: ABRASCO, 2001. p. 93-110

CARVALHO, G. C. M. **Participação da comunidade na saúde**. Passo fundo: IFIPE, 2007.

CARVALHO, J. T. **As estratégias de destruir o SUS para mercantilizar a saúde**. 2015. Disponível em: <<http://www.revistaforum.com.br/blog/2015/03/as-estrategias-de-destruir-o-sus-para-mercantilizar-a-saude/>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

CASTRO, M. A naturalização do setor privado na política pública de saúde: uma questão a ser enfrentada. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL – ENPESS, 14., 2014, Natal. **Anais...** Natal, 2014. Disponível em: <<http://enpess2014.abepss.org.br/>>. Acesso em: 7 abr. 2015.

CATANI, D. B. A educação como ela é. **Revista Educação**, São Paulo, n. 5, n. esp., p. 16-25, 2011a.

CATANI, D. B. Excertos bourdieusianos. **Revista Educação**, São Paulo, n.5, n. esp., p. 67-73, 2011b.

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. **Novas vozes, novos rumos: por mais democracia, mais direitos e mais saúde**. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/02/TesedoCEBES2014-Web-22.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

CMSL - Conselho Municipal de Saúde de Londrina. **Regimento interno do Conselho Municipal de Saúde**. Londrina, 2013. Disponível em: <http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=714&Itemid=857>. Acesso em: 30 mar. 2015.

CMSL - Conselho Municipal de Saúde de Londrina. **Secretários municipais de saúde de Londrina (Período 1991-2015)**. Londrina: CMSL, 2016.

CNS - CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 453, de 10 de maio de 2012**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html>. Acesso em: 6 ago. 2015.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. **Declaração de Alma-Ata**. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2016.

CFM-CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA **Corte de R\$ 12 bi nas contas da Saúde pode contribuir com o desmonte da assistência oferecida na rede pública**, disponível em http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25627:2015-07-23-15-23-19&catid=3:portal,23 de julho de 2015 acesso 10 de maio de 2016.

CORREIA, M. V. Contra-reforma na política de saúde brasileira: flexibilização da gestão e as fundações de direito privado. In: COSTA, G.; PRÉDES, R.; SOUZA, R. (Org.). **Crise contemporânea e serviço social**. Maceió: EDUFAL, 2010.

CORREIA, M. V. **O conselho nacional de saúde e os rumos da política de saúde brasileira: mecanismo de controle frente as condicionalidades dos organismos financeiros internacionais**. 2005. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

CORREIA, M. V. O protagonismo do banco mundial na orientação das políticas de saúde. In: VIEIRA, A. C. S.; AMARAL, M. V. B. (Org.). **Trabalho e direitos sociais: bases para a discussão**. Maceió: UFAL, 2008. p. 143-172.

CORREIA, M. V. **Que controle social?: os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CORREIA, M. V. Sociedade civil e controle social: desafios para o Serviço Social 2012. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais**. São Paulo: Cortez, 2012. p. 293-306.

COSTA, D. Prefeito rebate declaração de presidente do sindicato dos médicos. **Jornal de Londrina**, Londrina, 13 maio 2011.

CRESS-PR. Conselho Regional de Serviço Social- 11ª Região. Participação de assistentes

sociais em espaço de democracia participativa. **Fortalecer**, Curitiba, ano 7, n. 24. p. 9-10, abr./maio/jun. 2015.

CRISTO, S. C. A. **Controle social**: uma análise de conselhos de saúde. Curitiba: CRV, 2013.

DAGNINO, E. (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DEMARTINI, Z. B. F. Trabalhando com relatos orais: reflexões a partir de uma trajetória de pesquisa. In: LANG, A. B. S. G. (Org.). **Reflexões sobre a pesquisa sociológica**. São Paulo: CERU, 1992. (Coleção Textos, n. 3.).

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde - notas técnicas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2007. p. 99-120.

DURIGUETTO, M. L. Conselhos de direitos e intervenção profissional do Serviço Social. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos**: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012. p. 307-336.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Martin Claret, 2005.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas de saúde e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 385-434.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação social. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas de saúde e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 979-1010.

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

FEDOZZI, L. J. **Orçamento participativo**: reflexões sobre a experiência de Porto Alegre. Porto Alegre: Tomo Editorial, 1997.

FILLIPON, J. A abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global no Brasil. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1117-1126, out./dez. 2015.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas de saúde e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 23-64.

FORUM POPULAR DE SAÚDE DE LONDRINA. Corrupção na saúde de Londrina é fruto da terceirização e privatização. **Boletim Informativo**, Londrina, 10 maio 2011. Disponível em: <<http://forumpopularlnd.blogspot.com.br/p/informativos.html>>. Acesso em: 12 maio 2016.

FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE. **Quem somos**. <<http://www.contraprivatizacao.com.br/p/quem-somos.html>>. Acesso em: 1 fev. 2016.

GIL, C. R.; MARTIN, G.; GUTIERREZ, P. R. A organização dos serviços de saúde em Londrina e região: uma experiência concreta no processo de municipalização . In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: ABRASCO, 2001. p. 27-60.

GOLSORKHI, P. D.; HUAULT, I. Pierre Bourdieu: critique et réflexivité comme attitude analytique. **Revue Française de Gestion**, Paris, n. 165, p. 15-34, 2006. Disponível em: <http://rfg.revuesonline.com/gratuit/RFG32_165_02_Bourdieu_165.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2016.

GOMES, F. B. C. **Interações entre o legislativo e o executivo federal do Brasil na definição de políticas de interesse amplo**: uma abordagem sistêmica, com aplicação na saúde. 2011. Tese (Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Ciência Política) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Brasília, 2011.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1999.

HOBBS, T. **Leviatã**. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1979. (Coleção os Pensadores)

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades@**: Londrina. 2015. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=411370search=parana>>. Acesso em: 1 maio 2016.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tabela 44** : Municípios, total e com Conselho Municipal de Saúde, por algumas características do conselho, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/2013/defaulttabzip_xls.shtm>. Acesso em: 7 out. 2014.

LAHIRE, B. **Homem plural**: os determinantes da ação. Tradução de Jaime A. Clasen. Petrópolis: Vozes, 2002.

LAHIRE, B. Patrimônios individuais de disposições: para uma sociologia à escala individual. **Sociologia, Problemas e Práticas**, Lisboa, n. 49, p. 11-42, 2005.

LAHIRE, B. **Retratos sociológicos**: disposições e variações individuais. Tradução Didier Martin e Patrícia Chittoni Ramos Reuillard. São Paulo: ARTMED, 2004.

LAVALLE, A. G. Após a participação: nota introdutória. **Lua Nova**, São Paulo, v. 84, p. 13-23, 2011.

LAVALLE, A. G. **Padrões decisórios de conselhos gestores de políticas públicas**. 2015. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=cphhecwh3xs/>>. Acesso em: 26 jul. 2015.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ, J. M. (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 27-58.

LONDRINA. Câmara Municipal. **Relatório final da Comissão Especial de Inquérito CEI**

da Saúde Londrina, 2011. Disponível em: <<http://www1.cml.pr.gov.br/cml/site/downloads/transparencia/cei/ceisaude.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

LONDRINA. **Lei nº 11.852, de 10 de junho de 2013**. Introduz alteração na Lei nº 4.911, de 27 de dezembro de 1991, que institui o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www1.cml.pr.gov.br/cml/site/pesquisaleis.xhtml>>. Acesso em: 5 maio 2016.

LONDRINA. **Lei nº 4.897 de 17 de dezembro de 1991a**. Institui o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/Conselho/lei_4897-fundo_municipal_saude.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2015.

LONDRINA. **Lei nº 4.911, em 27 de dezembro de 1991b**. Acrescida das alterações constantes das Leis nº 8.445 de 04 de julho de 2001, lei nº 9.806 de 19 de outubro de 2005 e nº 11.852 de 10 de junho de 2013. Disponível em: <<http://www1.cml.pr.gov.br/cml/site/xhtml?leicodigo=LE118522013>>. Acesso em: 5 jan. 2015.

LONDRINA. **Lei nº 9.334, de 5 de janeiro de 2004**. Dispõe sobre a instituição dos Conselhos Locais de Saúde Populares (CLSPs) e dá outras providências. Disponível em: <<http://camara-municipal-da-londrina.jusbrasil.com.br/legislacao/364531/lei-9334-04>>. Acesso em: 5 maio 2016.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. **Plano municipal de saúde: 2014-2017**. Londrina, 2014. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/Plano%20Municipal/plano_municipal_de_saude_2014_2017.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2015.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. **Relatório anual de gestão da Secretária Municipal de Saúde**. Disponível em: <www.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_relatorios_gestao/relatorio_gestao_2014.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2015.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. **Relatório anual de gestão da Secretária Municipal de Saúde**. 2013. Disponível em: <www.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_relatorios_gestao/relatorio_gestao_2013.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

LOPES, M. L. S. **Conselhos locais de saúde: um estudo sobre participação e controle social**. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina-Pr, 2000.

LUGLI, R. S. G. A Construção Social do indivíduo. **Revista Educação**, São Paulo, n. 5, n. esp., p. 26-35, 2011.

MARCHI, W. J.; SOUZA, J. Norbert Elias e Pierre Bourdieu: tensões e conversações teóricas-metodológicas no exercício de compreensão do mundo social. In: BOURGUIGNON, J. A.; OLIVEIRA JUNIOR, C. R. **Pesquisa em ciências sociais: interfaces, debates e metodologias**. Ponta Grossa: Todapalavra, 2012. p. 31-48.

MARSIGLIA, R. M. G. Orientações básicas para a pesquisa. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço social e saúde**. São Paulo: OMS, 2006. p. 383-398.

MARTINELLI, M. L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios

cotidianos. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 107, p. 401-402, jul./set. 2011.

MATOS, M. C. No rastro dos acontecimentos: política de saúde no Brasil. In: DUARTE, M. J. O. et al. (Org.). **Política de saúde hoje: interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais**. Campinas: Papel Social, 2014. p. 27-46.

MARX, K., ENGELS, F. **A Ideologia Alemã: teses sobre Feuerbach**. Centauro, 2006.

MELO, D. T. **Movimentos sociais e institucionalização de políticas públicas de saúde no Brasil: a experiência do movimento sanitário e do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Mauad, 2015.

MENEZES, J. S. B. O conselho nacional de saúde na atualidade: reflexão sobre os limites e desafios. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais**. São Paulo: Cortez, 2012. p. 253-272.

MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no governo Lula. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522-532, 2011.

MERHY, E. E. **A saúde pública como política: São Paulo, 1920-1948 os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

MICELI, S. Introdução: a força do sentido. In: BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1974. p. vii-lxi.

MINAYO, M. C. (Org.). **Pesquisa social teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MIRALDI, J. C. **Pierre Bourdieu e a teoria materialista do simbólico**. 2015. 167 f. Dissertação (Mestrado Sociologia) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

MISOCZKY, M. C. A. **O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social**. Porto Alegre: Dacasa, 2002.

MONTAGNER, M. A. Pierre Bourdieu e a saúde: uma sociologia em Actes de la Recherche en Sciences Sociales. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1588-1598, jul. 2008.

MOURA, J. V. As relações entre arranjo institucional e representação política nos conselhos. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 47, n. 2, p. 101-107, 2011. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/viewFile/csu.2011.47.2.01/490>. Acesso em: 1 abr. 2016.

NARCISO, A. M. S.; PASTOR, M. O SUS e a crise atual do setor público de saúde: rebatimentos e resistências na esfera municipal. In: SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS, 6., 2014, Cascavel. **Anais...** Cascavel: UNIOESTE, 2014.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro:

Fiocruz, 2008. p. 435-472.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)previdência social**: 60 anos de história da previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco, 1986.

OLIVEIRA, L. C. **As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política**: um olhar sobre o cotidiano de um conselho municipal de saúde do nordeste brasileiro. 2006. 258 f. Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

OLIVEIRA, L. C.; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500020>. Acesso em: 5 abr. 2016.

ORTIZ, R. A procura de uma sociologia da prática. In: ORTIZ, R. (Org.). **Pierre Bourdieu: sociologia**. São Paulo: Ática, 1983. p.7-29.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuições para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PARANÁ. Ministério Público. **Antissepsia - MP-PR propõe ação contra dirigentes de OSCIP**. 2011. Disponível em: <<http://www.mppr.mp.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3664>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. **Programa Estadual de Qualificação dos Conselhos Municipais de Saúde**. PQCMS. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=266>>. Acesso em: 3 mar. 2016.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. O SUS no Paraná: situação e alternativas de solução. In: CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2., 1995, Curitiba. **Anais...** Curitiba, 1995. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=89>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Curso de capacitação de conselheiros municipais e estaduais de saúde**: caderno do curso. Curitiba: Ithala, 2014.

PEREIRA, L. C. **A reforma do Estado dos anos 90**: lógica e mecanismos de controle Brasília: MARE, 1997. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/publicacao/seges/PUB_Seges_Mare_caderno01.PDF>. Acesso em: 28 dez. 2014.

PEREIRA, P. A. P. **Política social temas & questões**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PETERS, G. Habitus, reflexividade e neo-objetivismo na teoria da prática de Pierre Bourdieu. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 28, n. 83, p.47-71, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v28n83/04.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2015.

PINTO, H. A. et al. O programa mais médicos e o fortalecimento da atenção básica. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 105-120, out. 2014. Disponível

em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2016.

SALVADOR, E. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTA, A.; F. SILVEIRA, F.; CALSAVARA, F. Prefeito Barbosa Neto tem mandato cassado. **Jornal de Londrina**, Londrina, 30 jul. 2012. Disponível em: <<http://www.jornaldelondrina.com.br/londrina/conteudo.phtml?tl=1&id=1280672&tit=Prefeito-Barbosa-Neto-tem-mandato-cassado>>. Acesso em: 28 dez. 2015.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.

SARIS, S. Londrina tem deficit de 100 médicos: secretário reconhece a grande rotatividade de profissionais e que o salário inicial é atrativo. **Bonde**, Londrina, 15 abr. 2016. Disponível em: <http://www.bonde.com.br/?id_bonde=1-27--107-20160415>. Acesso em: 2 maio 2016.

SCLIAR, M. Entenda o que foi a revolução pasteuriana. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 24 set. 1995. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/1995/9/24/mais!/17.html>>. Acesso em: 11 out. 2014

SETTON, M. G. J. A teoria do *habitus* em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, n. 20, p.60-70, maio/jun./jul./ago. 2002.

SEVCENKO, N. **A revolta da vacina**: mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Scipione, 1993.

SILVA, R. R. **O projeto UNI e os movimentos populares na região sul de Londrina**. 1999. 116 f. Dissertação (Mestrado em Prática de Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

SILVA, S. F. **A construção do SUS a partir do município**: etapas para a municipalização plena da saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996.

SOARES, L. T. O público e o privado na análise da questão social brasileira. In: HEIMANN, L. S.; IBANHEZ, L. C.; BARBOZA, R. (Org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas/IDRC, 2005. p. 58-82.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao Serviço Social. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

SOUZA FILHO, R. **Gestão pública e democracia**: a burocracia em questão. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 47-103.

TEIXEIRA, S. F.; MENDONÇA, M. H. Reforma sanitária na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma sanitária**: em busca de uma teoria, S. Paulo: Cortez;

Abrasco, 1989.

TOMAZZI, Z. F. T. Conhecer a realidade local para o planejamento descentralizado. In: SILVA, S. F. (Org.) **A construção do SUS, a partir do município**: etapas para a municipalização plena da saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 29-38.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

VIEIRA, E. **Estado e miséria social no Brasil**: de Getúlio a Geisel. São Paulo: Cortez, 1983.

WACQUAN, L. D. O legado sociológico de Pierre Bourdieu: duas dimensões e uma Nota Pessoal. **Revista de Sociologia e Política**, Curitiba, v. 19, p. 95-110, nov. 2002. Tradução de Adriano Nervo Codato e Gustavo Biscaia de Lacerda.

WACQUANT, L. Esclarecer o *Habitus*. **Educação & Linguagem**, v. 10, n. 16, p. 63-71, 2009. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/EL/article/viewFile/126/136>>. Acesso em: 9 jan. 2016.

WACQUANT, L. Lendo o 'Capital' de Bourdieu. In: PINTO, José Madureira; PEREIRA, Virgílio Borges (Org.). **Pierre Bourdieu**: a teoria da prática e a construção da sociologia em Portugal. Porto: Afrontamento, 2007. p. 295-312.

WEBER, M. **Economia y sociedade**: esbozo de sociologia comprensiva. México: Fondo de Cultura Economica, 1944.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de observação sistemática

REUNIÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA

Data: ____/____/____ Horário: ____/____/____ às ____/____/____

Local: _____

Pauta da Reunião: Assuntos discutidos

Número de conselheiros Participantes e segmentos que representam:

OBSERVAÇÃO AMBIENTE FÍSICO (condições que favorecem ou dificultam a participação)

1. POSICIONAMENTO DOS CONSELHEIROS DURANTE AS REUNIÕES

- Participação dos agentes: as falas, as concessões, as qualificações
- Conteúdo das argumentações utilizadas pelos diferentes representantes (segmento dos prestadores, profissionais, gestores e usuários)
- Tempo do discurso
- Forma do discurso: eloquente, popular, dominante
- Motivos/interesses

2. PROCESSO DECISÓRIO

- Representação das Comissões, envolvimento dos agentes, relação com a plenária
- Grau de organização: das entidades, grupos/parcerias existentes, da população
- Relação entre os agentes
- Natureza da relação
- Possibilidades e Limites

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista

CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE LONDRINA

IDENTIFICAÇÃO:

Data: ___ / ___ / ___

Nome: _____

Escolaridade _____ Profissão _____

Estuda ou trabalha _____

Entidade que Representa _____ Vínculo _____

Tempo mandato como conselheiro _____

Já participou de outros conselhos _____

Representação conselho: () usuário () trabalhador () gestor () prestador

1-O que acha da atual política de saúde municipal?

2- Qual o real papel do Conselho na gestão?

3-Você considera que o conselho exerce o controle social sobre a política de saúde?

4- Na sua opinião, quem define a pauta das reuniões. Acha que os assuntos trazidos para as reuniões são os mais relevantes? Explique.

5- Sobre as decisões do conselho, quais a que tem chamado mais a sua atenção?

6-Quem detém maior influência de decisão no conselho? Como você vê as relações de força entre os conselheiros?

7- Como avalia a prestação de contas?

8- As reuniões são abertas a população, como avalia a participação da sociedade no CMS?

9- Como foi esse processo de tornar-se conselheiro?

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido

“O PROCESSO DECISÓRIO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “O PROCESSO DECISÓRIO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA”, realizada **“com agente/conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Londrina”**.

O objetivo da pesquisa é “Analisar como o Conselho Municipal de Saúde (CMS), tem-se revelado como instância de processo decisório na gestão da política pública de saúde em Londrina”.

A sua participação é muito importante e ela se daria através de entrevista a partir de um roteiro de perguntas relacionadas à sua participação no conselho de saúde, ao controle social, sobre o SUS e a gestão da política de saúde em Londrina- Pr.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. As entrevistas serão gravadas e transcritas, e após a utilização do material e término da Tese.

Informamos ainda que serão realizadas Observações Sistemáticas das reuniões do CMS no período de um ano (dezembro/ 2013 a junho/ 2015) durante as reuniões do Conselho que ocorrem na terceira quarta feira de cada mês, das 13h30min às 17h30min na Villa da Saúde. Será observado o processo da reunião, o ambiente físico, como se dá a participação, os temas debatidos, a relação entre os agentes e o processo decisório.

Os benefícios esperados são fornecer subsídios à análise das relações sociais que se estabelecem entre os diversos agentes sociais que participam do espaço social dos Conselhos, contribuindo na discussão de novos métodos, ampliando a discussão do papel do controle social na sociedade.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos

contactar (Argéria Maria Serraglio Narciso, Rua:Alagoas 1106, Ap. 502, Fone (43) 3371-5753, Cel (43) 91016106 e e-mail argeria@sercomtel.com.br), ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445), Campus Universitário - ao lado do Banco Itaú,Londrina-Pr - CEP: 86057-970, fone (43) 3371-5455 ou por e-mail: cep268@uel.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue ao(a) senhor(a).

Londrina, ____ de _____ de 201__.

Argeria Maria Serraglio Narciso
Assistente Social do HU/AEHU
Doutoranda do Curso de Serviço Social e Política Social -UEL
RG: 6.916.083-2

_____ (nome por extenso do sujeito de pesquisa),
tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em
participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica):_____

Data:_____

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 Universidade Estadual de Londrina
 Registro CONEP 5231

Parecer CEP/UEL:	152/2014
CAAE:	34181114.9.0000 5231
Data da Relatoria:	15/08/2014
Pesquisador(a):	Argeria Maria Serraglio Narciso
Unidade/Órgão:	CESA - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Política Social

Prezado(a) Senhor(a):

O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

"O Processo Decisório do Conselho Municipal de Saúde de Londrina."

Situação do Projeto: **Aprovado**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL, via Plataforma Brasil, relatório final da pesquisa.

Londrina, 19 de agosto de 2014,


Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
 Universidade Estadual de Londrina

