



**DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO À  
DISTÂNCIA - UNIVERSIDADE ABERTA DO  
BRASIL (UAB)**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO  
EM SAÚDE**

**CONTROLE SOCIAL DA SAÚDE:**

**CONTEXTO E ATUALIDADE DOS MECANISMOS DE GESTÃO PARTICIPATIVA  
NO BRASIL, DA DÉCADA DE 1980 AO PRESENTE**

**LEONARDO CARLINI BARBOSA**

Céu Azul  
2025



DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA -  
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL (UAB)

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM  
SAÚDE

### **CONTROLE SOCIAL DA SAÚDE:**

CONTEXTO E ATUALIDADE DOS MECANISMOS DE GESTÃO PARTICIPATIVA NO  
BRASIL, DA DÉCADA DE 1980 AO PRESENTE

**LEONARDO CARLINI BARBOSA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* Especialização em Gestão em Saúde, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Sílvia Lilian Ferro

Céu Azul  
2025

Catálogo elaborado pelo Setor de Tratamento da Informação  
Catálogo de Publicação na Fonte. UNILA - BIBLIOTECA LATINO-AMERICANA - CENTRAL

B238

Barbosa, Leonardo Carlini.

Controle social da saúde: contexto e atualidade dos mecanismos de gestão participativa no Brasil da década de 1980 ao presente / Leonardo Carlini Barbosa. - Foz do Iguaçu, 2025.  
31 f.: il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) - Universidade Federal da Integração Latino-Americana.  
Departamento de Educação à Distância. Especialização em Gestão em Saúde. 2025.  
Orientador: Silvia Lilian Ferro.

1. Controle Social. 2. Conselhos de Saúde. 3. Administração pública. 4. Participação Popular. I. Ferro, Silvia Lilian. II. Título.

CDU 34:614.2(816.2)

LEONARDO CARLINI BARBOSA

**CONTROLE SOCIAL DA SAÚDE:**  
CONTEXTO E ATUALIDADE DOS MECANISMOS DE GESTÃO PARTICIPATIVA NO  
BRASIL, DA DÉCADA DE 1980 AO PRESENTE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* Especialização em Gestão em Saúde, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Profa Dra. Silvia Lilian Ferro  
UNILA

---

Prof. Dra. Diuslene Rodrigues da Silva  
UNIOESTE

---

Prof. Me. Bruno Luis Lima Soares  
AFYA Faculdade de Ciências Médicas

Céu Azul, 18 de outubro de 2025.

Há uma democracia no Brasil. Será que há mesmo?  
Ou há um sistema eleitoral, um eleitoralismo? Que  
cria a ilusão de participar, a ilusão de ser parte do  
processo de comando...

**Milton Santos**

Portanto, nosso lema deve ser: organização já!

**Lélia Gonzalez**

## RESUMO

O Controle Social da saúde, exercido por meio dos Conselhos de Saúde no âmbito federal, estadual e municipal, se caracteriza por ser uma das principais ações de gestão pública participativa dentro das políticas sociais, garantido pela Lei 8.080/1990 como diretriz norteadora do Sistema Único de Saúde e institucionalizado por meio da Lei 8.142/1990. O presente trabalho procura, através de uma revisão bibliográfica e documental, realizada por meio de buscas em repositórios acadêmicos e governamentais, compreender e descrever os avanços e retrocessos deste mecanismo desde sua implementação na década de 1980, com o final da Ditadura Militar, até o início do atual terceiro governo do Presidente Lula (2023), e como esses fatos têm impactado a participação popular, as disputas de poder e a ação deliberativa dentro dos espaços de gestão. Concluiu-se que, apesar dos esforços de governos recentes em descaracterizá-lo como instrumento de poder popular, o controle social dentro dos conselhos de saúde segue com sua função co-gestora do sistema de saúde, sobrevivendo a inúmeros reveses e tentativas de transformá-lo em mais um órgão burocrático e cumpridor de tarefas do poder executivo.

**Palavras-chave:** Controle Social; Conselho de Saúde; Gestão Pública; Participação Popular.

## RESUMEN

El control social de la salud, ejercido a través de los Consejos de Salud a nivel federal, regional y local, se caracteriza por ser una de las principales acciones de la gestión pública participativa en las políticas sociales, garantizada por la Ley brasileña 8.080/1990 como directriz del Sistema Único de Salud e institucionalizada por la Ley 8.142/1990. El presente trabajo busca, por medio de una revisión bibliográfica y documental, realizada mediante búsquedas en repositorios académicos y gubernamentales, comprender y describir los avances y retrocesos de este mecanismo desde su implementación en la década de 1980, con el fin de la Dictadura Militar, hasta el inicio del tercer gobierno del presidente Lula (2023), y cómo estos hechos han impactado la participación popular, las luchas de poder y la acción deliberativa en los espacios de gestión. Se concluyó que, a pesar de los esfuerzos de los últimos gobiernos por desacreditarlo como instrumento de poder popular, el control social al interior de los consejos de salud sigue cumpliendo su papel de cogestor del sistema de salud, sobreviviendo a numerosos reveses e intentos de transformarlo en otro órgano burocrático que cumple tareas del poder ejecutivo.

**Palabras clave:** Control Social; Consejo de Salud; Gestión Pública; Participación Ciudadana.

## ABSTRACT

Social control of health, exercised through Health Councils at the federal, regional and local levels, is characterized by being one of the main actions of participatory public management in social policies, guaranteed by Brazilian Law 8.080/1990 as a guideline of the Unified Health System and institutionalized by Law 8.142/1990. This work seeks, through a bibliographic and documentary review, carried out through searches in academic and governmental repositories, to understand and describe the advances and setbacks of this mechanism since its implementation in the 1980s, with the end of the Military Dictatorship, until the beginning of the third government of President Lula (2023), and how these events have impacted popular participation, power struggles and deliberative action in management spaces. It was concluded that, despite the efforts of recent governments to discredit it as an instrument of popular power, social control within the health councils continues to fulfill its role as co-manager of the health system, surviving numerous setbacks and attempts to transform it into another bureaucratic body that performs tasks for the executive branch.

**Key words:** Social Control; Health Councils; Public Management; Civic Engagement.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
FMI	Fundo Monetário Internacional
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Participação Popular
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2 METODOLOGIA</b>	<b>15</b>
<b>3 DISCUSSÃO TEÓRICA</b>	<b>16</b>
<b>4 DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b>	<b>19</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>28</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O controle social do Sistema Único de Saúde<sup>1</sup>, exercido principalmente por meio dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, além das conferências regulares no âmbito de todos os entes estatais, legislados pelas leis 8.080/1990 e 8.142/1990, é descrito como decorrência da participação popular no âmbito da gestão pública, utilizando-se de meios e instrumentos que tornem a população detentora do poder de planejar, fiscalizar, analisar e avaliar as ações e serviços do sistema de saúde em sua realidade local, em conformidade com a Resolução nº 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde (Cotta et al. 2011). O controle coletivo dos cidadãos e das cidadãs diante do Estado aparece como uma estratégia de democratização e intermediação entre as entidades estatais e a sociedade civil, mobilizando espaços de representação, negociação e interlocução (Escobar, 2004). Acerca deste fato, nos diz o texto da Lei 8.142/1990:

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

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

---

<sup>1</sup> Conhecido pela sigla “SUS”, suas bases se deram no Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, e sua criação se deu pela Lei 8.080/1990. Se caracteriza pelos princípios da universalidade (toda pessoa em solo brasileiro tem direito ao acesso), equidade (pessoas com maior vulnerabilidade em saúde tem direito a um suporte maior das ações), integralidade (atendimento considerando os aspectos biopsicossociais da pessoa usuária), descentralização (gestão compartilhada entre os entes federativos a nível federal, estadual e municipal) e controle social (gestão co-compartilhada com mecanismos de participação popular, denominados “conselhos de saúde”).

reconhecendo os limites desse espaço e a calcular a possibilidade de repressão, como a pressão estatal e burguesa sobre os conselhos (Einbeschütz, 2019).

Algumas nações da região latino-americana estiveram na vanguarda da institucionalização do controle social como mecanismo de poder e soberania da cidadania em alguns setores do Estado, e seus vários significados, na realidade criada a partir do processo de redemocratização regional, estritamente ligados com o sentimento de renovação política e democratização que lhes foram embutidos, especialmente no contexto pós-ditatorial na América Latina (Briceño-León, 1998). Na Bolívia, a instituição da Lei de Participação Popular, nº 1551/1994, outorgou uma relativa autonomia de gestão pública dos municípios, ampliando a participação política da população campestre e povos originários, incluindo estratos sociais outrora descuidados pelas estruturas estatais (Ströbelle-Gregor, 1999). Na Argentina, um projeto de lei do então governo radical do Presidente Arturo Illia, entre 1963-1966, foi pioneiro ao impulsionar o controle social por meio de mecanismos que estimulasse uma consciência coletiva e um sentimento de pertencimento das populações com seus *hospitales de la comunidad*, compartilhando a responsabilidade da saúde do povo por todos os setores, criando os denominados “Conselhos de Administração” (Belmartino; Bloch, 1984). Outra experiência pioneira em nossa região, a cubana, garante desde a Constituição de 1976 o direito popular de participar na elaboração, execução e controle do orçamento do Estado, bem como exigir audiências, vistorias, consultas, e formar conselhos e observatórios que estimulem a participação cidadã (Guanche, 2014).

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

A ação desses conselhos, a partir dos debates para sua implementação durante a década de 1990, passou a ser considerado como uma possibilidade de ampliação da

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

A participação popular é um dos princípios organizativos do SUS, discutidos durante o período da Reforma Sanitária e implementada na Lei 8.080/1990, como disposto no artigo 7º, onde se coloca a participação popular como princípio. O mecanismo de controle social do sistema é realizado por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, organizados nos âmbitos municipais, estaduais e nacional. Sua função é, através da atuação da comunidade, formular estratégias, controlar e avaliar as políticas de saúde e as ações do sistema na efetivação do direito à saúde, como descrito na Constituição Federal de 1988:

Art. 196. A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

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

Com a “reforma” neoliberal do Estado, realizada principalmente durante o governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), seguiu-se uma série de medidas adotadas também pelos governos do Partido dos Trabalhadores, que não romperam com essa lógica, apesar dos resultados positivos de algumas políticas sobre os indicadores sociais, como a unificação de vários programas de distribuição de renda ao redor do Bolsa Família e o

Programa Universidade para Todos (Prouni), cumprindo um papel essencial para o capitalismo brasileiro. Entre os anos de 2003 e 2016, período em que assumiu os governos de Luiz Inácio “Lula” da Silva (2003-2010) e Dilma Rousseff (2011-2016), se percebeu uma resistência menor por parte do governo quanto à participação social nas entidades vinculadas à Administração Pública e, inclusive, houve incentivos para a criação e formalização de novos conselhos de gestão. Apesar disso, ficou claro que não houve o rompimento com o ideário neoliberal, mas os governos petistas estimularam a criação e implantação de uma série de instâncias de controle social voltados à garantia de direitos dos cidadãos, gestão de políticas públicas, transparência e entre outros (Medeiros, 2022).

O golpe de 2016, com o impedimento da presidenta Dilma Rousseff, marcou ascensão à presidência de seu vice-presidente Michel Temer e a volta dos grandes aliados da burguesia nacional ao poder, trazendo como primeira mudança os retrocessos nos direitos sociais e no controle social, como a tentativa de reduzir investimento públicos em políticas sociais, haja vista a aprovação do Projeto de Emenda Constitucional nº 95/2016, a chamada “PEC da morte”<sup>2</sup>, assim denominada pelos movimentos sociais, e a redução do apoio estatal à manutenção de muitos conselhos de gestão das políticas públicas, justificado por um discurso neoliberal de austeridade da máquina estatal com o orçamento público. Ao mesmo tempo, houve uma seletividade ideológica na agenda política, com a priorização de determinadas pautas sociais em detrimento de outras, por exemplo, a lógica da repressão policial e da diminuição do papel das entidades populares na formulação de políticas públicas (Oliveira, 2022).

Diante dos ataques ao Estado Democrático de Direito evidenciados nos períodos recentes, como o desfinanciamento das políticas públicas, no caso aqui descrito, o orçamento público da saúde, as tentativas em diminuir os pisos constitucionais para saúde e educação, e o crescente autoritarismo político protagonizado por movimentos identificados pela extrema-direita, o presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivos compreender as implicações das recentes movimentações governamentais e seus impactos no controle social da saúde; analisar as legislações e as ações descritas em literatura dos conselhos de saúde nos últimos anos; e elencar os avanços e retrocessos da

---

<sup>2</sup> Criada pelo governo do Presidente Michel Temer (2016-2018), a Emenda Constitucional aprovada por 56 votos favoráveis e 16 contrários no Senado Federal tinha como previsão criar um teto de gastos públicos por 20 anos, reduzindo ou congelando os investimentos em orçamentos fiscais, seguridade social e para todos os órgãos do governo federal, incluído saúde e educação. Disponível em: <<https://shre.ink/pec95-2016>>. Acesso em: 29 set. 2025.

participação popular na gestão do SUS. Para isso, leva-se em consideração o período passado, marcado por disputas institucionais dentro dos órgãos de controle social, mesmo os já consagrados pela legislação, como é o caso da política de saúde, e as tentativas em retomar seu papel de protagonismo durante o atual estágio do governo federal brasileiro, e questiona-se: o que houve de avanços e retrocessos no controle social da saúde, desde 1988 para os dias atuais? Considerando “avanço” como a melhoria observada e descrita na literatura, de maneira objetiva e subjetiva, de cumprimento de funções, à luz das diretrizes vigentes para os mecanismos de participação popular na saúde; e “retrocesso” as ações institucionais em reverter conquistas legais no campo do controle social.

## 2 METODOLOGIA

De acordo com Severino (2000), a ciência só se processa como resultado da articulação entre a extensão lógica com a realidade, da teoria a ser pesquisada com a realidade a ser encontrada. Sempre existiu, entre os seres humanos, essa preocupação com o conhecimento da realidade, que pode ser expresso na variedade de produções científicas que surgiram durante todo o despertar da humanidade.

Diante disso, o tipo de pesquisa aqui apresentada se trata de uma revisão bibliográfica da literatura acadêmica e revisão documental de leis pertinentes ao controle social em nível federal, onde a pessoa pesquisadora deve propor um problema e um objetivo que sejam factuais e consonantes entre si, cujas respostas serão buscadas em livros, artigos, teses, dissertações e demais produções acadêmicas dispostas em repositórios (Garcia, 2016; Cavalcante; Oliveira, 2020).

Segundo Gil (2008), uma revisão bibliográfica é desenvolvida com base em material acadêmico já elaborado, constituído principalmente por trabalhos/artigos científicos e livros, tendo boa parte dos mesmos, em especial desde o final dos de 1990, dispostos em repositórios institucionais na internet. Ainda, segundo o autor, uma pesquisa documental é muito semelhante à anteriormente citada, com a diferença que a natureza das fontes são os documentos produzidos por instituições, como leis, relatórios, documentos de arquivos, entre outros.

A busca de dados utilizou artigos e trabalhos versados sobre o tema, junto com as legislações pertinentes à temática, com foco no período de 1988-2023, ou seja, do pós-constituente até os anos iniciais do Governo Lula III, cujo instrumento de coleta de dados utilizou descritores em buscadores dos repositórios *Google Scholar* e SciELO, como “controle social”, “participação popular”; “conselhos de saúde”; “gestão pública”; também utilizados os descritores “*control social*”; “*participación ciudadana*”; “*consejos de gestión*”, para abranger os dados referentes à América Latina, analisando e colocando em diálogo a diversidade de autoras e autores que abordam a temática, e que versam sobre os avanços e retrocessos legais e políticos que o controle social tem passado durante o recorte temporal selecionado. Para as legislações, foram utilizados os repositórios do Governo Federal, do Senado Federal e do Conselho Nacional de Saúde para sua busca.

### 3 DISCUSSÃO TEÓRICA

A atuação dos conselhos de gestão como mecanismos institucionalizados, sob a forma de órgãos colegiados, possibilita o controle social entendido aqui como a participação de representantes da sociedade civil organizada no processo de deliberação compartilhada com a gestão pública. Este tipo de participação por um lado legitima as políticas públicas do Estado diante da população, mas também abre um canal para o debate e o controle do destino da verba pública. Em resumo, o controle social: supõe um padrão de representatividade na construção, operação e gestão das políticas públicas; deve corrigir as lacunas da democracia representativa, introduzindo novos sujeitos, ampliando, ao mesmo tempo, a democracia; é a possibilidade de ruptura da "regulação truncada" e espaço possível da constituição dos caminhos da "regulação na esfera pública"; nas relações sociais fundadoras dos espaços de controle social devem ser estabelecidas regras que definam espaços efetivos de influência nas decisões públicas; necessita ser institucionalizado, tornar-se transparente, de modo que alterações em sua continuidade sejam visíveis à sociedade; deve incidir não somente sobre a equidade dos resultados, mas também sobre a igualdade do acesso; e deve dizer respeito aos serviços públicos e privados (Sposati; Lobo, 1992; Barbosa; Silva, 2024).

O controle social ocorre também em espaços institucionais de participação na gestão governamental, com a presença de novos sujeitos coletivos nos processos decisórios. Tal participação não é aquela meramente burocrática, mas se realiza por meio de um processo contínuo de democratização no âmbito local, o que implica no estabelecimento de um espaço público não estatal de deliberação. Essa participação não se dá apenas no processo de formulação das políticas públicas, mas, também, nas discussões sobre a alocação e aplicação do orçamento público. As ideias de participação política e controle social estão fortemente atreladas, uma vez que por meio da participação nas discussões sobre o uso do dinheiro público a sociedade civil pode intervir na tomada de decisão da administração pública com o fim de orientar os processos de gestão para a adoção de ações que realmente atendam ao interesse público (Dahl, 2005).

O chamado movimento sanitário brasileiro, também conhecido por Movimento da Reforma Sanitária, teve como características fundamentais, por um lado, a inserção da luta pela saúde no movimento mais global de democratização da sociedade brasileira, ainda sob a ditadura militar, e, por outro, uma estratégia de atuação diversificada, em várias

frentes, decorrente tanto do conceito “ampliado” de saúde que lhe servia de base, inspirado pelo movimento das novas definições de saúde, como abordado anteriormente, da OMS nas décadas de 1960 e 1970, quanto da visão político- ideológica que predominava entre os seus militantes, a maioria vindos de partidos políticos e movimentos progressistas de esquerda. A ação popular foi incisiva para lutar pela democracia e pelos direitos que foram obtidos durante a redemocratização Constitucional de 1988, período em que a população ganhou mais espaço. Pensando nisso, entende-se que é preciso aproveitar esses espaços para que os movimentos sociais e a pautas populares possam se tornar visíveis e que os movimentos sociais possam pressionar as esferas de poder, sabendo que é necessário que aproveitem as mobilizações, fóruns, conferências e outras formas de manifestação, utilizando essas ações para que tragam para a agenda pública as problemáticas sociais e acirramentos de classe (Vicente, 2019; Barbosa 2023). Dentro desse universo, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que deu a base teórica para a origem ao Sistema único, utilizou os princípios discutidos durante a intervenção popular e manifestação dos interesses sociais em criar um sistema que, de fato, fosse para todas e todos. Partindo da relação saúde-democracia, colocado por Arouca (1986), começaria a surgir uma classe atuante nas políticas de saúde e que exercia seu papel dentro dos conselhos de saúde que seriam criados mais adiante.

A participação popular em saúde ficou estabelecida no Art. 198 da Constituição, foi regulamentada através Lei 8.080/90 e complementada pela Lei 8.142/90, que fixou a prática do controle social mediante um movimento que passa por Conferências e Conselhos de Saúde, configurando um novo padrão de representatividade na construção, operação e gestão das políticas sociais, especificamente as de saúde (Westphal, 1992). Os Conselhos de Saúde têm função ampla, com caráter permanente e deliberativo, devendo atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde da instância federativa correspondente.

O papel fundamental dos Conselhos é exercido nas decisões quanto às prioridades sanitárias e à fixação de diretrizes para a atuação do Executivo na atenção à saúde da população (Oliveira; Almeida, 2009). Na situação brasileira, estas condições são afetadas pelas escalas decisórias e recortes territoriais que compõem a estrutura federativa do país. Neste sentido, o município é um recorte espacial possível para a análise porque ele é um espaço político, uma escala de ação e um território onde se encontram organizadas as condições materiais e simbólicas do cotidiano social. O espaço brasileiro é marcado por

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

## 4 DISCUSSÃO DE RESULTADOS

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

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

Dentro da linha de redefinição do papel do Estado, a denominada contrarreforma, sob orientação do Banco Mundial, propôs a descentralização como deslocamento de responsabilidade para a sociedade, e a mesma, passa a ser corresponsável pelos serviços e pela gestão pública por meio da “participação da comunidade”, não como gestora coparticipativa junto com os demais segmentos expostos na Lei 8.142/1990, mas como fornecedora direta dos serviços (Bravo; Correia, 2012; Barbosa, 2023). O ataque dos organismos financeiros internacionais vem diretamente ao princípio da universalidade, com uma visão filantrópica das políticas públicas importada do ideário neoliberal estadunidense que coloca a focalização das ações pautadas nas populações vulneráveis e na crescente privatização dos serviços públicos, como forma de voltar o velho paradigma estatal em expor sua função como mero balcão de negócios da burguesia, tirando da classe trabalhadora o seu papel de disputa do projeto societário. Conforme observa Matos (2021, p. 31):

O Sistema Único de Saúde é uma conquista da população brasileira, mas desde a sua criação vem enfrentando diversos boicotes. O Banco Mundial, em diversos documentos, critica a universalização do acesso do SUS, chegando a afirmar que em virtude da desigualdade social é um problema, que se deveria priorizar no SUS o atendimento à população, na linguagem desse órgão, mais vulnerável. Assim,

indica a focalização, a quebra de universalidade e ampliação da privatização como alternativa. Naturalmente, sabemos que isso se trata de um engodo, pois na realidade, o Banco Mundial, articulado com as necessidades do capital, não pode conceber que a saúde, enquanto um nicho de mercado altamente lucrativo, seja um direito social para toda a população.

Entre um dos ditames impostos pelas organizações financeiras internacionais durante esse período de ataque do neoliberalismo às nações da periferia do capital, governos como o de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), colocaram o controle social como medida de aumentar a transparência pública e de fomentar o controle sistêmico da corrupção no orçamento público, porém, ainda assim de maneira acrítica e esvaziada de poder político, incentivando sucessivos cortes no financiamento das políticas públicas como forma de manter as finanças estatais e seus recursos de maneira exclusiva da burguesia. Já os conselhos deliberativos seriam responsáveis por decisões vinculantes acerca de prioridades, estratégias, beneficiários, financiamento, assim como por exercer o controle público sobre a ação do Estado decorrente dessas deliberações. Merece destaque, também, a Lei de Responsabilidade Fiscal, que definiu de modo, dentro de uma perspectiva burguesa, os meios de interação entre a população e a gestão pública através do incentivo mediado, e muitas vezes esvaziado, à participação popular, por meio de realização de audiências públicas durante os processos de elaboração e discussão dos planos, lei de diretrizes orçamentárias e orçamentos; bem como da publicização das informações sobre a execução orçamentária e financeira em meios eletrônicos de acesso público (Rausch; Soares, 2010; Figueiredo; Santos, [s. d.]).

Deve se chamar a atenção para a complexidade e as ambiguidades existentes na sociedade civil, a qual abriga não só grupos e indivíduos interessados no enfrentamento da corrupção, mas também grupos cor-ruptores ou que servem de canal para a corrupção, os quais, em geral, têm acesso a dinheiro e poder e apre-sentam incentivos a manter intercâmbios ocultos com o poder estatal. Em relação aos grupos participantes do combate à corrupção, embora se destaque a atuação de organizações especificamente dedicadas à temática, é preciso consi-derar que o universo é muito mais amplo. Dessa forma, não é necessário que os grupos da sociedade civil tenham por missão combater a corrupção para contribuírem no enfrentamento do problema; o que se necessita é que a sociedade civil tenha um número sufi-ciente de grupos que alcancem melhor seus objetivos por caminhos democráticos, o que implica maior necessidade de controle, por esses grupos, dos recursos

e influências incidentes sobre bens públicos (Azevedo, 2018).

Durante o novo período, com o governo de Luiz Inácio “Lula” da Silva (2003-2011), do Partido dos Trabalhadores (PT), as políticas sociais, apesar de algumas inovações, sofreram influência da agenda da estabilidade fiscal e, conseqüentemente, os investimentos também foram reduzidos conforme o Estado precisasse cortar gastos baseados na Lei de Responsabilidade Fiscal, não apontando na direção de outro projeto para o país. A análise que se faz hoje, após os governos petistas do período passado, é que a disputa entre esses projetos na saúde continuou, e que o acirramento de classes foi apenas ocultado em nome da conciliação de classes. Algumas propostas procuraram enfatizar a Reforma Sanitária, mas não houve vontade política e financiamento para viabilizá-las. O que se percebe é uma continuidade das políticas focais, a falta de democratização do acesso, a não viabilização da Seguridade Social, a articulação com o mercado e a manutenção da política de ajuste fiscal. Com relação ao movimento sanitário, algumas entidades históricas, a partir de 2008, tem procurado debater alguns eixos temáticos que considera importantes para a atualização dos princípios destacados pela Reforma Sanitária e pela 8ª Conferência, entretanto flexibilizando seu referencial teórico que vai ser orientado pela social democracia de inspiração europeia e conciliadora, não tendo como preocupação a superação do capitalismo, concepção anterior que tinha como horizonte a emancipação humana, mas embutida dentro da ótica e do *modus operandi* do modo capitalista de produção (Bravo; Pelaez; Pinheiro, 2018).

Entre alguns avanços conquistados no período, cabe destacar a criação do Plano Nacional de Atenção às Urgências e Emergências em 2003, onde nasceu o SAMU; da Política Nacional de Saúde Bucal em 2004, mais conhecida como “Programa Brasil Sorridente”; da reorganização da Atenção Primária por meio da transformação do Programa Saúde da Família em Estratégia Saúde da Família no ano de 2006, como forma de transformá-lo em ordenação permanente do SUS, colocando muitas das diretrizes trazidas pela Reforma Sanitária e institucionalizadas no programa; a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que entra em vigor no ano de 2012, já no governo da também presidenta petista Dilma Rousseff (2011-2016), e organiza a forma de trabalho e equipes das unidades básicas de saúde, as referências especializadas, fluxos, a organização baseada na saúde da família e na visão biopsicossocial das situações em saúde e entre outros. Também cabe destacar a instituição da Política Nacional de Participação Social, com o objetivo de fortalecer e articular os mecanismos e instâncias democráticas, que atuem em

conjunto com a administração pública e a sociedade civil. As diretrizes expostas na política tentam valorizar as tentativas da população em participar do controle das ações estatais, onde se diz:

Art. 3º São diretrizes gerais da PNPS:

I - reconhecimento da participação social como direito do cidadão e expressão de sua autonomia;

II - complementariedade, transversalidade e integração entre mecanismos e instâncias da democracia representativa, participativa e direta;

III - solidariedade, cooperação e respeito à diversidade de etnia, raça, cultura, geração, origem, sexo, orientação sexual, religião e condição social, econômica ou de deficiência, para a construção de valores de cidadania e de inclusão social;

IV - direito à informação, à transparência e ao controle social nas ações públicas, com uso de linguagem simples e objetiva, consideradas as características e o idioma da população a que se dirige;

V - valorização da educação para a cidadania ativa;

VI - autonomia, livre funcionamento e independência das organizações da sociedade civil; e

VII - ampliação dos mecanismos de controle social (Brasil, 2014, n.p.).

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

Longe de contemplar a insatisfação popular crescente, a resposta dos atores tradicionais e do conservadorismo nacional foi tirar a presidenta Dilma Rousseff do poder, por meio de um golpe conciliatório entre o congresso e o sistema judiciário, divulgado como *impeachment* e, um ano e meio depois, proceder à prisão do ex-presidente Lula, então em primeiro lugar nas pesquisas eleitorais. Tal conjuntura se traduziu em um antipetismo ferrenho, atingindo não apenas os políticos do partido, como também beneficiários de ações afirmativas, cidadãos e cidadãs favoráveis às políticas progressistas, ativistas sociais,

dentre outros, que passaram a ser caracterizados como “petistas” ou “comunistas”. Este grupo heterogêneo acaba servindo como bode expiatório de todas as mazelas, ao mesmo tempo em que os avanços sociais dos anos passados eram subestimados, especialmente no tocante à igualdade de gênero e aos avanços sociais demonizados pelos setores conservadores e pelos aparatos midiáticos hegemônicos (Koupak; Miranda; Silva Júnior, 2021).

O golpe de 2016, com o impedimento da presidenta Dilma Rousseff, marcou ascensão à presidência de seu vice Michel Temer (2016-2019), do Movimento Democrático Brasileiro (MDB), e a volta dos grandes aliados da burguesia nacional ao poder, trazendo como primeira mudança os retrocessos nos direitos sociais e no controle social, haja vista a aprovação do Projeto de Emenda Constitucional nº 95/2016, a chamada “PEC da morte”, e a redução do apoio estatal à manutenção de muitos conselhos de gestão das políticas públicas, justificado por um discurso neoliberal de austeridade da máquina estatal com o orçamento público. Ao mesmo tempo, houve uma seletividade ideológica na agenda política, com a priorização de determinadas pautas sociais em detrimento de outras, por exemplo, da primeira infância e não de crianças e adolescentes, do empreendedorismo rural e não mais de povos e comunidades tradicionais, ou da repressão ao tráfico de pessoas e não mais tratar, com o mesmo peso de consideração, dos aspectos preventivos e de atendimento às vítimas (Oliveira, 2022).

A chamada “PEC da morte” atacou diretamente a população mais vulnerável, pois congelou os gastos estatais em políticas públicas por 20 anos. Assim, o governo Temer deu continuidade e aprofundou a hegemônia contrária ao SUS, tornando-o ainda mais reduzido, com o risco de torná-lo inviável em um cenário estimado em que cerca de 80% da população se coloca como usuária dependente exclusiva ou em grande fatia pelos serviços do SUS. Diante da crise econômica instalada, da taxa de desemprego vigente (que tem se mantido acima de 11% da população economicamente ativa) e do comportamento recente do crescimento econômico, é de se esperar que os serviços privados estejam cada dia mais inacessíveis para a maioria da população, o que torna o papel das políticas públicas ainda mais importantes. Cabe ressaltar que o SUS é responsável por prover acesso das parcelas mais vulneráveis da população às ações e serviços de saúde, caracterizando-se como promotor de equidade. Ainda, o SUS atende a usuários e usuárias de planos de saúde e de serviços privados quando estes necessitam

de atenção de alta complexidade, a exemplo dos transplantes, da hemodiálise, medicamentos de alto custo e urgência e emergência por meio do SAMU (Duarte; Eble; Garcia, 2018; Paim, 2018).

O custo final desse processo de escalada conservadora ao poder, bem como exposição do típico autoritarismo moral e político que permeia a sociedade brasileira, culminou na eleição de Jair Bolsonaro à Presidência da República, eleito pelo Partido Social Liberal (PSL), migrando depois para o Partido Liberal (PL), e a formação de um governo de extrema-direita unificado em torno de três eixos: o aprofundamento da escalada autocrática iniciada anteriormente e aprofundada após o golpe de 2016, a aplicação do programa neoliberal extremado e de uma pauta de costumes moralista, anticomunista, fundamentalista cristã, racista, machista, misógina e homofóbica, além de anticientífica e historicamente negacionista, exposta principalmente com o ataque às instituições de ensino e o trato em minimizar a pandemia do vírus COVID-19, iniciada em março de 2020 (Castilho; Lemos, 2021).

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

Em 2019, o governo de Jair Bolsonaro (2019-2023) adotou algumas medidas por meio de decretos para reformular o desenho institucional em âmbito federal dos conselhos

gestores de políticas públicas. O argumento utilizado pelo governo pautou-se na existência da discricionariedade do chefe do poder Executivo para reformular a estrutura organizacional estatal em busca de uma eficiência maior na gestão pública. Em reação, setores da sociedade civil contrários a essas medidas indicam que há um movimento que caminha no sentido de diminuir ou até mesmo extinguir a participação da sociedade civil no processo de tomada de decisões e na fiscalização da atuação governamental. O Decreto nº 9.759/2019 de maneira genérica extinguiu uma série de conselhos da administração pública federal. Além disso, nesse decreto o governo Bolsonaro buscou regulamentar a criação e o funcionamento dessas instituições. A justificativa dada na Exposição de Motivos do Decreto n. 9.759/2019 foi no sentido de racionalizar a administração em busca de eficiência e reduzir a atuação de grupos de pressão no âmbito do Estado e da administração pública. No mesmo dia da publicação do Decreto, o então ministro da Casa Civil, Onyx Lorenzoni, foi a público justificar o ato à sociedade indicando se tratar de uma conduta governamental para acabar com os, nas palavras do ministro, “resquícios de administrações petistas, com visões distorcidas e viés ideológicos, que não representam a totalidade da sociedade”. Tempos depois, foi o próprio presidente que expressou a intenção de querer “[...] enxugar os conselhos, extinguir a grande maioria deles para que o governo possa funcionar. Não podemos ficar reféns de conselhos, muitos deles formados por pessoas indicadas por outros governos” (Quadros; Mussoi, 2022).

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

O Decreto nº 9.759/2019 somente poupou aqueles colegiados criados por leis específicas que detalham suas atribuições e composição, como o Conselho Nacional de Saúde, garantido pela Lei nº 8.142/1990; o Conselho Nacional de Direitos Humanos, reformado com a Lei nº 12.986/2014; e o Conselho Nacional de Assistência Social, organizado pela Lei nº 8.742/1993. Ficou evidente a clara intenção deste governo em emudecer vozes dissonantes ao seu projeto de país voltado para a burguesia e a especulação financeira, e que façam crítica aos rumos que tanto a política econômica como a social têm tomado. Tal situação denota um óbvio enfraquecimento da democracia e das instâncias de participação (Koupak et al, 2021).

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

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, podemos observar que, passados mais de 30 anos de criação do SUS, o Brasil esteve sob variados modelos de governo dentro do regime democrático, ora neoliberal, popular, socioliberal, golpista, extremista, conciliatório. Em todos eles, a visão do papel do controle social teve distinções, inclusive com ataques diretos à institucionalidade dos conselhos.

Os conselhos de saúde se caracterizam como instrumentos essenciais para a participação popular e cidadã nas ações do Estado, sendo um mecanismo direto da gestão pública que coloca os mais variados interesses da sociedade em disputa. Seu papel de co-gestor do sistema de saúde segue em destaque, sobrevivendo a inúmeros reveses e tentativas de transformá-lo em mais um órgão burocrático e cumpridor de tarefas do poder executivo.

Cabe ressaltar que os espaços de luta e disputa dentro dos mecanismos de participação popular ainda estão abertos, e que há, no período recente, ataques a sua independência como forma de garantir a aprovação de orçamento e projetos de interesse do executivo sem maiores contestações, o que demonstra a necessidade em, cada vez mais, capacitar e empoderar conselheiras e conselheiros a tomarem suas decisões baseadas na supremacia do interesse público.

## REFERÊNCIAS

- AROUCA, S. 1986. **Democracia é saúde**. VídeoSaúde Distribuidora da FIOCRUZ, 2013. 1 vídeo (42:33 min). Disponível em: <[https://www.youtube.com/watch?v=-\\_HmqWCTEeQ](https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ)>. Acesso em: 22 set. 2025.
- AZEVEDO, A. C. O. Lei anticorrupção brasileira e interfaces com o controle social. **Revista da CGU**, v. 10, n. 17, p. 932-947, 2018.
- BARBOSA, L. C. **Controle social e a construção da participação popular na saúde: realidade a partir da 9ª Regional de Saúde do Paraná**. 2023. 178 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Toledo, 2023.
- BARBOSA, L. C.; SILVA, D. R. Forjando resistências: a participação popular e o controle social na 9ª Regional de Saúde do Paraná. **Serv. Soc. Soc.**, v. 147, n. 2, e-6628401, 2024.
- BELMARTINO, S.; BLOCH, C. Reflexiones sobre participación popular em Salud en Argentina. **Cuadernos Médico Sociales**, n. 27, 1984.
- BRASIL. Constituição de República Federativa do Brasil de 1988. **Presidência da República**, Brasília, 1988. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 20 set. 2025.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Presidência da República**, Brasília, 2011. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acesso em: 5 ago. 2025.
- BRASIL. Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014. **Presidência da República**, Brasília, 2014. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/decreto/d8243.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8243.htm)>. Acesso em: 15 ago. 2025.
- BRASIL. Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. **Presidência da República**, Brasília, 2019. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/d9759.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9759.htm)>. Acesso em: 15 ago. 2025.
- BRASIL. Decreto nº 11.371, de 1º de janeiro de 2023. **Presidência da República**, Brasília, 2023. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11371.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11371.htm)>. Acesso em: 20 set. 2025.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Presidência da República**, Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 20 set. 2025.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Presidência da República**, Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: 04 jun. 2025.

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

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

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

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

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

CAVALCANTE, L. T. C.; OLIVEIRA, A. A. S. Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. **Psicol. Rev.**, v. 26n n. 1, 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 nov. 2016.

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

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

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

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

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

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

GARCIA, E. Pesquisa bibliográfica versus revisão bibliográfica: uma discussão necessária. **Revista Línguas e Letras**: Cascavel, v. 17, n. 35, p. 291-294, 2016.

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

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

KOUPAK, K.; LUIZ, D. E. C.; MIRANDA, P. F. M.; JÚNIOR, A. G. S. Democracia e participação em xeque no governo Bolsonaro. **Caderno Eletrônico de Ciências Sociais**,

v. 9, n. 1, p. 45-67, 2021.

MACIEL, D. Governo Bolsonaro, ameaça fascista e luta socialista. **Marxismo 21**, 2022.  
MATOS, M. C. O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da Covid-19. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 8, n. 35, p. 26-35, 2021.

MEDEIROS, A. H. A. Controle Social: recorrentes ataques a institucionalidade democrático-participativa brasileira. In: SEMINÁRIO NACIONAL: SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL, 4., 2022, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2022.

OLIVEIRA, A. C. Participação social nos conselhos de políticas públicas na “era Bolsonaro”: o caso do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Interseções**, v. 24, n. 1, p. 172-195, jun. 2022.

OLIVEIRA, M. L.; ALMEIDA, E. S. de. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 19942002. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 141-153, mar. 2009.

PADAVINI, R. L.; ARANTES, C. I. S.; MACHADO, M. L. T.; OGATA, M. N. Conselho Municipal de Saúde: análise de uma trajetória histórica. **Saúde em Debate**, v. 29, n. 69, p. 55-63, jan./abr. 2005.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1724-1728, 2018.

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

QUADROS, D. G.; MUSSOI, H. G. Erosão democrática e legalismo autocrático: o caso dos conselhos gestores no governo Bolsonaro. **Revista Estudos Institucionais**, v. 8, n. 3, p. 582-606, set./dez. 2022.

SANTOS, L. SUS – 30 anos: um balanço incômodo? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2043-2050, 2018.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Cortez, 2000. 279 p.  
SORATTO, J.; WITT, R. R.; FARIA, E. M. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia de Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1227-1243, 2010.

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

STRÖBELE-GREGOR, J. Ley de Participación Popular y movimiento popular en Bolivia. IN: HENGSTENBERG, P.; KOHUT, K.; MAIHOLD, G. (org.). **Sociedad Civil en América Latina: Representaciones de intereses y gobernabilidad**. Caracas: Nueva Sociedad, 1999, p. 133-146.

VICENTE, A. I. D. **História da saúde pública no Brasil: a participação popular na “8ª Conferência Nacional de Saúde”**. 2019. 59 f. Monografia (Licenciatura em História) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2019.

WESTPHAL, M. F. **Participação popular e políticas municipais de saúde: o caso de Cotia e Vargem Grande Paulista, 1992**. Tese (Livre Docência) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.