



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA**

BIANCA DE OLIVEIRA ARAUJO

**ALTERIDADE DO CONTROLE SOCIAL NO CONSELHO MUNICIPAL DE
SAÚDE: acesso à saúde como direito no Sistema Único de Saúde**

FEIRA DE SANTANA – BA

2023

BIANCA DE OLIVEIRA ARAUJO

**ALTERIDADE DO CONTROLE SOCIAL NO CONSELHO MUNICIPAL DE
SAÚDE: acesso à saúde como direito no Sistema Único de Saúde**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Avaliação de Sistema, Serviços e Programas de Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Angela Alves do Nascimento

FEIRA DE SANTANA – BA

2023

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

Araujo, Bianca de Oliveira

A687a **Alteridade do controle social no Conselho Municipal de Saúde: acesso à saúde como direito no Sistema Único de Saúde/ Bianca de Oliveira Araujo. – 2023.**
267f: il.

Orientadora: Maria Angela Alves do Nascimento

Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Feira de Santana.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2023.

1. Alteridade. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Direito à saúde. 4. Conselhos de Saúde. 5. Controle social formal. I. Nascimento, Maria Angela Alves do, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 614

BIANCA DE OLIVEIRA ARAUJO

ALTERIDADE DO CONTROLE SOCIAL NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: acesso à saúde como direito no Sistema Único de Saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana, 09 de maio de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Maria Angela Alves do Nascimento
Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS
(Orientadora)

Prof^ª. Dr^ª. Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima
Instituto de Saúde Coletiva- ISC/UFBA
(1^ª Examinadora)

Prof^ª. Dra. Heleni Duarte Dantas de Ávila
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia-UFRB
(2^ª Examinadora)

Prof^ª. Dra. Maria Lúcia Silva Servo
Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS
(3^ª Examinadora)

Prof^ª. Dra. Luciane Cristina Feltrin de Oliveira
Universidade Estadual de Feira de Santana-UEFS
(4^ª Examinadora)

Prof^ª. Dra. Gilca Oliveira Carrera
Universidade Católica do Salvador-UCSAL
(5^ª Examinadora - Suplente)

Temos que dar força aos conselhos, abrir o espaço para que eles sejam os interlocutores da sociedade que eles representam. Criar espaço para que eles nos ouçam e nós possamos ouvir sobre suas atividades realizadas em nosso nome (CARVALHO, 2014, p.46).

Ao meu filho **Eduardo**, o mais puro e sublime amor que já conheci, minha fonte de força e alegria, que, mesmo sem entender, foi meu combustível diário para que eu alcançasse essa nova conquista. Você é minha vida, amo você!

Ao meu marido **Emerson**, meu grande amor, por todo incentivo e apoio e por ter vivido cada momento dessa trajetória comigo com paciência, dedicação e amor. Você foi fundamental para que eu conseguisse essa nova conquista. Te amo!

Aos meus pais, **Emilton** e **Maria São Pedro**, meus maiores exemplos de fé, luta e perseverança. Obrigada por sempre me encorajarem a lutar pelos meus sonhos e sempre me guiarem, me apoiarem e me fortalecerem com tanto amor. Amo vocês!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A **Deus**, que, por seu infinito amor, esteve comigo em cada passo dado, me guiando, me abençoando e me fortalecendo para superar os obstáculos e alcançar os meus objetivos.

À Professora Dr^a. **Maria Angela Alves do Nascimento** pela leveza com que me conduziu nessa trajetória de aprendizado. Agradeço por ter sido mais que Mestre, uma amiga que me acolheu com compreensão, paciência, compromisso e dedicação, e pelos conhecimentos compartilhados.

À minha irmã **Mariana** pela parceria na vida e na profissão. Obrigada por estar sempre comigo me ajudando e me apoiando com paciência e carinho. Te amo!

Ao meu irmão **Vítor David** (*in memoriam*) por todo incentivo, apoio e carinho que me dedicou. Mesmo ausente fisicamente, sei que tem sido meu protetor e intercessor. Te amo!

AGRADECIMENTOS

Aos meus sobrinhos **Matheus** e **Marina** pelos momentos de descontração e alegria.

Aos meus avós **Ana**, **Antônio** (*in memoriam*), **Maria** (*in memoriam*) e **Joaquim** (*in memoriam*) por serem exemplos de fé e de perseverança diante dos desafios.

A todos os **tios, primos, sogros, cunhados, sobrinhos e amigos** pelo cuidado, pelo incentivo e pela torcida para que meus sonhos se concretizassem.

Às **colegas/amigas do doutorado**, pelos momentos de aprendizagem e crescimento que juntos compartilhamos, em especial a **Aline, Camila, Jéssica, Mônica e Vitória**, que fizeram com que essa caminhada fosse mais prazerosa, pela parceria e pelo apoio nos momentos difíceis e por todas as vezes que me fizeram sorrir.

Aos **docentes do Doutorado**, pelas discussões e pelos conhecimentos compartilhados.

Aos **colegas da Área de Gestão Pública**, em especial do componente curricular **Estágio Supervisionado I**, por toda compreensão e todo apoio que foram fundamentais para a concretização dessa conquista.

À **Secretaria Municipal de Saúde** e ao **Conselho Municipal de Saúde de Feira de Santana**, pela disponibilidade e por terem autorizado a realização desta pesquisa.

Aos **conselheiros municipais de saúde e usuários do SUS** do Município de Feira de Santana que participaram desta pesquisa pela atenção com que me receberam e por aceitarem participar deste estudo.

À **CAPES**, pelo apoio e incentivo à produção científica.

Ao **NUPISC**, por me oportunizar espaços de construção de conhecimentos.

À **UEFS**, que, desde a graduação, tem sido peça-chave para a minha formação e o meu crescimento profissional, espero retribuir realizando meu trabalho com dedicação e responsabilidade.

Enfim, agradeço a **todos** que colaboraram direta ou indiretamente com essa conquista, incentivando-me a atingir meus objetivos.

RESUMO

A participação efetiva da comunidade em defesa do direito à saúde permite fortalecer o sistema de saúde, estabelecendo-se como elemento primordial à sua concretização. Compreendemos que as instâncias do controle social podem influenciar na garantia do acesso enquanto um direito à saúde ao possibilitar que a população participe das discussões e deliberações referentes às políticas públicas de saúde, mas essas ações precisam ser permeadas pela Alteridade, considerando as necessidades de saúde da população. Este estudo teve como objetivo principal analisar como ocorre a Alteridade no Conselho Municipal de Saúde (CMS) dos segmentos sociais em defesa de interesses coletivos do direito à saúde que se contrapõem ao estabelecido no município de Feira de Santana/BA. Trata-se de um estudo qualitativo, de abordagem crítico analítica, em uma perspectiva Dialética, tendo como cenário o CMS de Feira de Santana/BA. Os participantes do estudo foram constituídos de dois grupos: conselheiros municipais de saúde (Grupo I - 13 participantes) e usuários do SUS (Grupo II - 5 participantes), totalizando 18 participantes. Utilizamos como técnicas de coleta de dados entrevista semiestruturada, observação sistemática e análise de documentos; e o método de análise de dados foi a Hermenêutico-Dialética. Para classificação dos dados, utilizamos como suporte o software *MAXQDA*. Quanto aos resultados deste estudo, eles permitiram compreender que, no CMS estudado, na maioria das vezes, são poucos os conselheiros de saúde que falam durante as reuniões, questionando, contrapondo-se e discutindo, influenciando pouco nas deliberações das pautas apresentadas pela gestão de saúde do município, ou seja, no CMS de Feira de Santana coexistem a Alteridade cooptada, subalternizada e tutelada, apesar de haver conselheiros que de fato exerçam a Alteridade no sentido de se contrapor ao estabelecido e de defenderem os interesses do coletivo em prol da garantia de um acesso à saúde resolutivo. Portanto, entendemos que, para uma atuação protagonista do CMS estudado, é necessária uma gestão democrática, dando certa autonomia para a atuação da sociedade civil dentro do CMS e o reconhecimento da sua importância no controle social em saúde. Os conselheiros precisam se reconhecer enquanto representantes da população e também serem formados para exercerem seu protagonismo. Já os usuários do SUS e demais segmentos da população precisam se organizar para ocupar os espaços que são indispensáveis para a luta pela garantia do seu direito à saúde.

Palavras-chave: Alteridade; Acesso aos Serviços de Saúde; Direito à Saúde; Controle Social Formal; Conselhos de Saúde.

ABSTRACT

Effective community participation in defense of the right to health strengthens the health system, establishing itself as a primordial element for its accomplishment. We understand that the social control instances can influence the guarantee of access as a right to health by enabling the population to participate in discussions and deliberations regarding public health policies, but those actions need to be permeated by Alterity, considering the population's health needs. The main objective of this study was to analyze how Alterity occurs in the *Conselho Municipal de Saúde* (CMS) of social segments in defense of collective interests of the right to health that are opposed to what is established in the municipality of Feira de Santana/BA. This is a qualitative study, with a critical analytical approach, from a Dialectical perspective, at Feira de Santana's CMS /BA. Study participants were made up of two groups: municipal health counselors (Group I-13 participants) and SUS users (Group II-5 participants), totaling 18 participants. We used semi-structured interviews, systematic observation and document analysis as data collection techniques; and the data analysis method was Hermeneutic-Dialectic. For data classification, we used the MAXQDA software as support. As for the results of this study, it was possible to understand that in the studied CMS, most of the time, there are few health counselors who speak during meetings, questioning, opposing and discussing, influencing little in the deliberations of the guidelines presented by the council's health management, that is, in the Feira de Santana's CMS there is a co-opted, sub alternated and tutored Alterity, despite the fact that there are counselors who actually exercise Alterity in the sense of opposing what is established and defending the interests of the collective in favor of guaranteeing access to resolute health. Therefore, we understand that for a protagonist role in the CMS studied, democratic management is necessary, giving some autonomy to the role of civil society within the CMS and the recognition of its importance in social control in health; counselors need to recognize themselves as representatives of the population and also be trained to exercise their role; SUS users and other segments of the population need to organize themselves to occupy the spaces that are indispensable for the struggle to guarantee their right to health.

Keywords: Alterity; Access to Health Services; Right to Health; Formal Social Control; Health Advice.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
BNDES	Banco Nacional do Desenvolvimento
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
8ª CNS	8ª Conferência Nacional de Saúde
CFB	Constituição Federal Brasileira
CFT	Comissão de Finanças e Tributação
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CLS	Conselho Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Pesquisa
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HTO	Hospital de Traumatologia e Ortopedia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
MEDILINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
NOB/SUS/96	Norma Operacional Básica do SUS de 1996
NUPISC	Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva
ONU	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PC	Produções científicas
PCB	Partido Comunista Brasileiro

PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salário
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PIDESC	Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Participação Social
PSF	Programa Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RIDDFE	Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNPS	Sistema Nacional de Participação Social
SSM	Secretário de Saúde Municipal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Listagem de estudos da base de dados Lilacs e Scielo (2010-2019) sobre a atuação do Controle Social para o acesso à saúde como direito. Feira de Santana, jan./2023.	24
Quadro 2	Caracterização dos participantes da pesquisa – Conselheiros Municipais de Saúde (Grupo I). Feira de Santana-BA, mar.-nov. de 2022.	83
Quadro 3	Caracterização dos participantes da pesquisa – Usuários do SUS (Grupo II). Feira de Santana-BA, mar.-nov. de 2022.	84
Quadro 4	Síntese das entrevistas do Grupo I – Conselheiros Municipais de Saúde, Feira de Santana-BA, mar.-nov. 2022.	86
Quadro 5	Síntese das entrevistas do Grupo II – Usuários do SUS, Feira de Santana-BA, mar.-nov. 2022.	87
Quadro 6	Possíveis riscos e benefícios deste estudo.	89

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Modelo teórico do exercício do Controle Social versus Alteridade para a 73
garantia do acesso como direito à saúde.

SUMÁRIO

1 ARTICULAÇÃO TEORIA-PRÁTICA NA CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	15
2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA PARA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO DA REALIDADE ESTUDADA	33
2.1 Saúde como direito no SUS	33
2.2 Participação e Controle Social no Brasil: uma perspectiva sob o pensamento de Gramsci	43
2.3 Democracia: o controle social e a garantia do direito à saúde	48
2.4 Alteridade: o ‘eu’ e o ‘outro’ na relação dos sujeitos protagonistas das decisões e ações à garantia do direito à saúde	65
3 METODOLOGIA	74
3.1 Tipo de estudo	74
3.2 Campo de estudo	75
3.3 Técnica e instrumentos de coleta de dados	77
3.4 Participantes do estudo	81
3.5 Método de análise de dados	84
3.6 Questões éticas	88
4 INGRESSO E MOTIVAÇÃO PARA ATUAR NO CMS: a ‘voz dos conselheiros e usuários do SUS em defesa da saúde	90
4.1 Inserção e motivação dos conselheiros municipais de saúde	90
4.2 Motivação dos usuários do SUS nas reuniões do CMS	96
5 ACESSO À SAÚDE ENQUANTO DIREITO: na voz dos conselheiros do CMS e usuários do SUS	100
5.1 Saúde: da intervenção funcionalista à qualidade de vida	100
5.2 Direito à saúde: um direito à vida?	106
5.3 Acesso à saúde enquanto direito: uma questão de Alteridade?	112
6 CONTROLE SOCIAL NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: a participação social na relação Estado e sociedade	136
7 (DES) ARTICULAÇÃO DO PROTAGONISMO DO CMS E DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE: valorização e respeito aos valores democráticos?	154
7.1 O fazer dos protagonistas: ações desenvolvidas no Conselho Municipal de Saúde pelos conselheiros	154
7.2 Alteridade nas ações do CMS: presença, ativação, participação, cooptação, subalternidade, tutelada?	171

7.3 Defesa dos interesses coletivos versus individuais	185
7.4 Protagonismo do CMS para a garantia do acesso à saúde como um direito: instância democrática, participativa e deliberativa?	196
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	223
REFERÊNCIAS.....	231
APÊNDICES	247
APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	248
APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	249
APÊNDICE C- ROTEIRO OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA	250
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	240
ANEXOS.....	241
ANEXO A – Artigo aprovado para publicação	242

1 ARTICULAÇÃO TEORIA-PRÁTICA NA CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A escolha da temática de estudo – Alteridade¹ do controle social no acesso à saúde como direito no Sistema Único de Saúde (SUS) – é ainda um desafio em pleno século 21.

Mas, a trajetória trilhada enquanto pesquisadora influenciou na escolha deste objeto de estudo, “ALTERIDADE DO CONTROLE SOCIAL NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: acesso à saúde como direito no Sistema Único de Saúde”, considerando-se as experiências como graduanda em Enfermagem e durante o Mestrado em Saúde Coletiva, ambos realizados na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Nesses cursos, houve a oportunidade de ser bolsista do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) e desenvolver pesquisas cujo objeto foi a Educação Permanente em Saúde (2009-2015).

Em 2018, foi realizado concurso na referida instituição, sendo a pesquisadora aprovada para docente na Área de Conhecimento de Gestão Pública, mais especificamente do Componente Curricular Estágio Supervisionado I do Curso de Graduação de Enfermagem da UEFS, assumindo enquanto docente no mesmo ano.

Esse é um componente curricular com experiências teórico-práticas nas Unidades de Saúde da Família (USF), tendo inclusive a oportunidade de acompanhar, em uma das unidades, a implantação do Conselho Local de Saúde (CLS). Desde então, as reflexões acerca da importância da participação da comunidade para a construção do SUS se tornaram mais frequentes.

Em 2019, já como docente, orientamos uma estudante de Iniciação Científica cujo trabalho teve como fruto o artigo “Facilidades, dificuldades e oportunidades do controle social em saúde para a garantia do acesso à saúde” (SOUZA et al., 2021). Seus resultados sugerem ser necessário que usuários, trabalhadores e gestores reconheçam a importância do controle social na participação social do SUS; que haja mais respeito, valorização e divulgação dos Conselhos de Saúde para a população; assim como uma maior valorização dos seus participantes/conselheiros enquanto cidadãos que precisam exercer um protagonismo efetivo de interesse público, sendo imprescindível investir permanentemente em processos educativos.

Desse modo, diante das discussões, leituras e pesquisas realizadas durante a trajetória acadêmica, nos sentimos instigadas a estudar tal objeto, fortalecido pela questão do Direito.

¹ Alteridade aqui entendida no sentido de compreender o *outro* nas suas especificidades e respeitar as suas diferenças. Este assunto será discutido posteriormente como categoria de análise.

Por conseguinte, para falar de direito, resgatamos, mesmo que de forma resumida, a sua historicidade. Em meados do século 20, final da década de 1940, a Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas – ONU (ONU, 1948) estabeleceu que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos, instituindo, assim, o direito à saúde como um dos seus direitos fundamentais.

Tal Declaração caracteriza os Direitos Humanos como universais, ou seja, sua abrangência envolve todas as pessoas independente de nacionalidade, raça, sexo, credo ou convicção político-filosófica, constituindo-se em um ideal a ser atingido por todos os povos e nações, tendo, no decorrer do tempo, vários documentos internacionais reafirmado a saúde como direito humano fundamental.

Mas, somente em 1976, segundo Sampaio, Albuquerque e Vasconcellos (2013), o direito à saúde se consolidou internacionalmente com o Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais (PIDESC), quando se sujeitou, definitivamente, o direito à saúde ao direito à vida e como um direito humano.

Especificamente, as Constituições democráticas modernas, a exemplo da Constituição Federal Brasileira-CFB (BRASIL, 1988), procuram reconhecer e proteger os direitos dos homens. Todavia, para Nascimento e outros (2016), embora o direito à saúde esteja presente em vários documentos internacionais e nacionais, isso não garante que ele seja efetivado em todos os países.

No Brasil, a saúde foi defendida e institucionalizada como direito de todos os cidadãos e dever do Estado, garantida pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), que instituiu o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e criou o SUS, cujas ações são regidas nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 (BRASIL, 1990a; 1990b). Na realidade, essa é uma conquista resultante do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), iniciada na década de 1970 e culminada na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 (BRASIL, 1987), em defesa da garantia do direito à saúde e da criação de um sistema de saúde universal, fruto da luta do povo pela melhoria da sua qualidade de vida, considerando-se a saúde como uma questão social, uma concepção ampliada.

Mesmo diante desse contexto, apesar do reconhecimento nacional e internacional da saúde como um direito fundamental, entendemos que ele precisa ser garantido a partir de políticas e ações implementadas pelos Estados com a finalidade de promover o acesso aos bens e serviços imprescindíveis para o bem-estar dos cidadãos.

Entretanto, o acesso universal com a garantia de que qualquer pessoa tem o direito de ser atendida pelos serviços de saúde no sistema público, segundo Araujo, Nascimento e Araujo

(2019), na realidade ainda não é concretizado como universal e igualitário, principalmente quando relacionado aos serviços de média e alta densidade tecnológica, pois a oferta desses serviços acontece, em sua maioria, pelas instituições privadas, o que, muitas vezes, dificulta e impossibilita a sua concretização.

Apesar de, no artigo 199 da Constituição Federal (BRASIL, 1988, s/p.), constar que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, o seu inciso 1 diz que “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo suas diretrizes, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.”. Do mesmo modo, o inciso 2 do artigo 4 da Lei 8.080 (BRASIL, 1990a, s/p.) reitera que “A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar”.

Porém, observamos que, na prática, a realidade da atuação da iniciativa privada no SUS é outra, como expõe o estudo de Luzuriaga e outros (2017) ao reforçar que, no Brasil, os gastos do governo com despesas privadas de saúde são maiores do que a despesa pública de saúde.

Mesmo diante dessa realidade, o estudo de Bahia e Sheffer (2018) mostra que, nos últimos anos, houve ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde, apresentada pelo aumento do número de pessoas que tiveram acesso a consulta médica (de 54,7% em 1998 para 71,2% em 2013) e pela ampliação do número de equipes de saúde da família (de 4.114 em 1999 para 54.205 em 2017).

Ademais, no estudo é mostrado ainda um panorama a respeito de algumas especialidades ao ressaltar que o crescimento está relacionado com a ampliação da prestação de serviços públicos por instituições privadas, como é o caso da hemodiálise, com 106 estabelecimentos, sendo 102 privados e quatro (4) públicos, dos quais 80 são conveniados ao SUS; e 86 serviços de radioterapia – destes, 81 são privados e cinco (5) filantrópicos, dos quais 20 são conveniados ao SUS.

Tais dados evidenciam que o Sistema Único de Saúde ampliou o acesso em alguns segmentos da saúde, mas as instituições privadas ainda têm a hegemonia de prestação de grande parte desses serviços, mesmo financiado pelo sistema público. Diante da realidade, é preciso que o sujeito individual/coletivo exerça seu direito e seu poder como cidadão na luta pelos investimentos em saúde nos serviços do sistema público de saúde.

No entanto, a insuficiência dos recursos para o SUS, de acordo com Paim (2018), tem dificultado a sustentação da rede de serviços e o pagamento de seus trabalhadores, o que reprime os investimentos na ampliação da infraestrutura pública, uma situação que impulsiona a compra de serviços no setor privado, fortalecendo a ideologia da privatização.

Concretamente, essa é uma situação em que há uma valorização ou predileção de convênios com o setor privado de saúde por parte dos governantes com a pretensão da prestação de serviços do SUS, ou até mesmo para que as pessoas optem por aderir ao sistema de saúde suplementar (planos privados de saúde) para cuidarem de sua saúde.

Outrossim, segundo Bahia e Sheffer (2018), foi após a criação do SUS que os governantes mobilizaram várias iniciativas para impulsionar o mercado de planos privados de saúde no Brasil, entre elas despesas com saúde como objeto de dedução integral do imposto de renda, possibilidade de assistência ao servidor mediante a forma de auxílio, incentivos do Banco Nacional do Desenvolvimento (BNDES) para hospitais filantrópicos, apoio a investimentos na rede privada de serviços médico-hospitalares e empréstimos para empresas de planos privados de saúde.

Como vemos, há uma realidade associada ao subfinanciamento do SUS, agravada pela Emenda Constitucional 95 de 2016 (BRASIL, 2016), com repercussão no sucateamento das instituições públicas de saúde, o que dificulta a oferta de serviços e, conseqüentemente, o seu acesso pela população.

Contraditoriamente, apesar de a Constituição brasileira (BRASIL, 1988) tratar a saúde como direito de todos e dever do Estado, para Paim (PAIM, 2018, p.1725), o Estado brasileiro não tem garantido os meios necessários para “a sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS”; o autor inclusive reforça que alguns aspectos têm dificultado o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, destacando-se os “Problemas de gestão como a falta de profissionalização, o uso clientelista e partidário dos estabelecimentos públicos, o número excessivo de cargos de confiança, burocratização das decisões e descontinuidade administrativa”, assim como “a falta de planejamento ascendente, as dificuldades com a montagem de redes na regionalização e os impasses para a mudança dos modelos de atenção e das práticas de saúde”, com impactos no acesso da população aos serviços de saúde.

Todavia, Assis e Abreu-de-Jesus (2012, p.2868) destacam que as dimensões que compõem o acesso aos serviços de saúde vão além da acessibilidade organizacional aos serviços, sendo elas “a participação popular e o controle social [destaque nosso], a equidade, a coerência dos serviços com as necessidades da população, as estratégias, as táticas, a alocação de recursos e a autonomia”.

A participação popular consiste no exercício da cidadania, sendo direito e dever de todo cidadão brasileiro garantido por lei (SOUZA; CARDOSO, 2018). Por sua vez, para Rolim, Cruz e Sampaio (2013, p.141), o controle social está relacionado às ações realizadas pelos cidadãos para “monitorar, fiscalizar, avaliar, interferir na gestão estatal”.

Apesar de o termo controle social ser mais utilizado, Rolim, Cruz e Sampaio (2013) consideram que ele é reducionista por não traduzir a magnitude do direito assegurado pela Constituição Federal de 1988. Concordamos com os autores, pois entendemos que o controle social institucionalizado nas três esferas de governo é uma das formas de participação da comunidade, mas há outros espaços de atuação dos cidadãos em prol da acessibilidade aos serviços enquanto direito à saúde da população no exercício proativo do Conselho Local de Saúde (CLS) e das ouvidorias.

Tal acessibilidade é definida por Starfield (2002) como uma característica da estrutura de um sistema de saúde ou instituição de saúde necessária para que as pessoas cheguem aos serviços de saúde; o acesso, por sua vez, é o modo como a pessoa vai vivenciar esse aspecto do serviço de saúde que busca. Ainda, segundo a autora, a acessibilidade está relacionada ao tempo, como disponibilidade de funcionamento das unidades de saúde e disponibilidade dos usuários; ao aspecto geográfico, como necessidade e qualidade do transporte e distância a ser percorrida; bem como à acessibilidade psicossocial, relacionada com as características culturais da comunicação entre os trabalhadores de saúde e os usuários dos serviços.

Na verdade, vivenciamos uma situação problemática ao necessitar garantir o acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, de forma que os serviços possam garantir a resolubilidade dos seus problemas de saúde, mesmo porque o sistema de saúde é composto por ações e serviços públicos dispostos em uma rede regionalizada e integrada que precisam ser organizadas, seguindo os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, além das diretrizes de descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade.

Entendimentos desses princípios e doutrinas são apresentados a seguir considerando Vasconcelos e Pasche (2006):

- Universalidade está relacionada à garantia do direito à saúde de todas as pessoas.
- Integralidade, ao desenvolvimento das ações de saúde relativas às dimensões do processo saúde-doença, tendo em vista a possibilidade da atenção no âmbito da promoção, da prevenção, da reabilitação e do tratamento do processo saúde-doença. Ainda a respeito do princípio da integralidade, Santos (2010) reforça que ele é apresentado na lógica do acesso e da articulação das ações e dos níveis de atenção à saúde que são necessários para a resolução dos problemas de saúde da população.
- Equidade, por sua vez, está relacionada à priorização da oferta de ações e serviços de saúde às pessoas que enfrentam maior risco de adoecer e morrer por conta das iniquidades sociais.

Quanto às diretrizes organizativas do SUS ao buscar a racionalidade no seu funcionamento, os autores consideram dentre as mais significativas:

- Descentralização das ações e dos serviços de saúde ao centralizar o município como gestor;
- Regionalização, cujo objetivo é a distribuição racionalizada e equânime dos serviços de saúde no território, considerando as características e demandas da população;
- Hierarquização, que consiste na organização dos serviços de saúde em níveis de atenção, e também se define pela instituição de fluxos assistenciais entre os serviços; e
- Participação da comunidade nos Conselhos e Conferências nas três esferas de governo, como também em colegiados de gestão nos serviços de saúde.

Todavia, infelizmente, nos últimos anos, o SUS tem sofrido ataques, como a revisão de políticas públicas de saúde e a redução do seu financiamento, o que tem levado ao esfacelamento/sucateamento dos seus serviços, dificultando o acesso e a prestação de uma assistência integral que seja capaz de responder positivamente às necessidades da população.

Além disso, segundo Lima, Pereira e Machado (2020, p.2), a pandemia de COVID-19 tem acentuado a “instabilidade política, econômica e social” que tem marcado o Brasil desde 2015. Desse modo, é visível que as dificuldades para o controle da pandemia e de suas consequências coexistem com ‘velhos’ problemas que foram exacerbados pelo contexto de crise sanitária que temos enfrentado.

Porém, mesmo com inúmeros limites/dificuldades à concretização do SUS, segundo Paim (2018), houve avanços conseguidos nos últimos 30 anos de sua instituição, como a descentralização das atribuições e dos recursos, levando à ampliação da oferta e do acesso aos serviços e ações de saúde, o que impacta nos níveis de saúde, além de garantir a participação da comunidade nas discussões, nos debates e nas deliberações das Conferências e dos Conselhos de Saúde Municipal, Estadual e Federal, e das instâncias de pactuação.

Particularmente, em relação à participação da comunidade, esta foi regulamentada e organizada com a Lei Orgânica da Saúde 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990b), que institui as instâncias colegiadas de sua atuação, entre elas a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, nas três esferas de governo – Federal, Estadual e Municipal –, assim como também explicita a organização e a composição dos participantes dessas instâncias.

Do ponto de vista do controle social, a participação social, de acordo Bravo e Correia (2012), foi idealizada com o objetivo de atuar em setores organizados da sociedade no desenvolvimento e na execução das políticas de saúde, mediante a possibilidade de criação de espaços mais participativos e democráticos, regularizados em todos os campos de gestão do SUS e compostos por representantes de usuários, gestores e trabalhadores de saúde.

Outrossim, a participação da sociedade nas discussões e deliberações acerca das políticas e ações de saúde precisa ser efetiva desde a formulação, a implementação e a fiscalização dos serviços do SUS, apesar do enfrentamento de desafios com o alcance de resultados positivos e/ou negativos, como acontece em toda mobilização social e política.

Diante da realidade aqui comentada, é inegável que a participação popular e o controle social em saúde são relevantes entre os princípios do SUS devido a sua importância social e política. Nesse sentido, concordamos com Arantes e outros (2007), ao afirmarem que esses recursos se configuram como a garantia de que a população pode estar envolvida no processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde. Ademais, ressaltamos que o controle social é um espaço garantido institucionalmente que poderá oportunizar a participação da comunidade no processo de tomada de decisão acerca das políticas públicas e o controle sobre a atuação do Estado.

No entanto, para Sposati e Lobo (1992), é necessário o desenvolvimento de uma nova cultura política/democrática que torne as decisões democratizadas e traga a ALTERIDADE para o controle social, para que ela possa regular as ações para a garantia do direito à saúde.

Segundo o Dicionário Online de Português (DICIO, 2021a), Alteridade tem como significados “Caráter ou estado do que é diferente, distinto, que é outro”; “Que se opõe à identidade, ao que é próprio e particular; que enxerga o outro, como um ser distinto, diferente”; “Circunstância, condição ou característica que se desenvolve por relações de diferença, de contraste”.

Alteridade “é o aspecto fundante da Antropologia, sem a qual a disciplina não reconhece a si própria” (PEIRANO, 1999, p.226). Desse modo, o autor concebe na Antropologia que a Alteridade é indispensável, uma vez que, a partir dela, é possível perceber o outro e as suas diferenças, sejam elas culturais, sociais, econômicas, políticas, religiosas e até mesmo territoriais.

Trazemos o exemplo sobre a Alteridade do estudo de Cassão (2013) “Professores iniciantes: marcas de alteridade na constituição da profissionalidade docente”, em que são identificadas as marcas da Alteridade que surgem da relação do trabalho docente com os demais sujeitos que atuam na escola. Essas marcas de Alteridade estão relacionadas ao que fica no sujeito após o encontro com o outro, ou seja, o que permanece no sujeito após o diálogo com o outro, o que foi impelido a refletir, dizer e agir.

As marcas da Alteridade são entendidas por Costa e Bernardes (2012) como os vestígios da Alteridade que surgem da experiência em que o ‘eu’ ou sujeito não fica ileso, sendo marcado

pelos vestígios, além de os autores assumirem que a Alteridade só é acessível devido os vestígios impressos no 'eu' ou sujeito.

Ao levarmos em consideração o controle social em saúde, compreendemos que a sua atuação também acontece nesse encontro com o outro, entre sujeitos diferentes, e que, portanto, a Alteridade necessita estar presente nas relações que subsidiarão as deliberações acerca das políticas públicas de saúde.

A partir de tais significados da Alteridade, neste estudo, a compreensão assumida é a concebida por Sposati e Lobo (1992, p.373), ao defini-la como “a capacidade de exercício do protagonismo na defesa de interesses que se contrapõem ao estabelecido”, ou seja, é necessária a presença de um sujeito que tenha a capacidade de se contrapor aos que detêm o poder institucional, que possa pressionar e ser protagonista, ser sujeito e não sujeitado a situações. Mas, para tanto, os autores reforçam que os representantes populares do controle social precisam ter informações e conhecer a realidade em que atuam para desenvolverem opiniões e, assim, defenderem os interesses coletivos. Portanto, compreendemos que serão de fato protagonistas e não meros complementos.

Entretanto, é necessário que as pessoas que participam das instâncias do controle social em saúde façam desses espaços locais de luta pela garantia do direito das outras pessoas, não apenas para defender os seus direitos ou das entidades que representam, mas, mais do que isto, exercerem o seu protagonismo de representantes da sociedade indo de encontro a interesses particulares em prol da luta pelo coletivo.

Nesse sentido, a participação de representantes da sociedade no controle social é imprescindível para garantir os direitos e os interesses dos coletivos sociais para a efetivação do acesso universal aos serviços de saúde e da assistência à saúde equânime e integral, para que se possibilite a resolubilidade das suas demandas enquanto direito.

Além disso, a Organização Pan-Americana da Saúde/ OPAS e o Conselho Nacional de Saúde/ CNS (2012) destacam como possibilidades de resultados da participação social nas políticas de saúde a ampliação do diálogo entre governo e sociedade civil; a inserção de segmentos que geralmente são excluídos das tomadas de decisão no campo das políticas públicas; a qualificação de sujeitos para atuação; o desenvolvimento de espaços institucionais que apoiem o controle social; e a democratização e reorganização de Conselhos de Saúde.

Porém, Cruz e outros (2012) afirmam que é preciso haver uma valorização da participação social na gestão das políticas de saúde enquanto uma deliberação política institucional, de modo a permitir avanços na equidade e na universalização do acesso à saúde,

até porque isso poderá significar também uma possibilidade de inclusão dos sujeitos de forma ativa, crítica e criativa na conjuntura da atenção à saúde.

Mediante tal perspectiva, a importância do controle social para a formulação e a execução de ações em saúde precisa ser vista nos espaços utilizados para compreender, com a Alteridade, a capacidade do exercício do protagonismo dos seus representantes na defesa do interesse coletivo.

Assim, no sentido de conhecer o que já foi produzido e publicizado sobre o objeto de estudo, foi feito, inicialmente, um levantamento das produções científicas (PC) concernentes à atuação do controle social em saúde para a garantia do acesso à saúde como direito, no mês de janeiro de 2020, nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), por meio do cruzamento dos descritores em português, utilizando o operador booleano AND: controle social formal/ acesso aos serviços de saúde; controle social formal/ direito à saúde; conselhos de saúde/ acesso aos serviços de saúde; conselhos de saúde/ direito à saúde, caracterizado como Estado da Arte.

No primeiro momento dessa seleção, utilizamos os seguintes critérios: produções científicas na modalidade de artigo que estivessem disponíveis na íntegra nas bases de dados pesquisadas, publicadas entre os anos de 2010 a 2019, identificando, nesse momento, 624 PC. Em seguida, realizamos a leitura dos seus títulos e foram excluídas 584 PC por não terem relação com o objeto em estudo, tendo sido pré-selecionadas 40 PC. Posteriormente, após a leitura dos resumos, percebemos que algumas PC não se adequavam ao estudo, ficando 19 PC, sendo então excluídas sete (7) pois eram repetidas, restando 12 PC. Em nova releitura, agora a leitura completa de todas as 12 PC, duas (2) delas foram excluídas por não condizerem com a temática em estudo, totalizando um total de 10 PC analisadas.

Na oportunidade, ressaltamos que as PC da MEDLINE não atenderam aos critérios de seleção e, desse modo, somente foram selecionadas as 10 PC das bases de dados LILACS e Scielo. Entretanto, essas PC não abordaram explicitamente o tema do protagonismo do controle social para garantia do acesso à saúde como direito.

Apresentamos no quadro 1, a seguir, uma breve caracterização das 10 produções científicas selecionadas.

Quadro 1 Listagem de estudos da base de dados Lilacs e Scielo (2010-2019) sobre a atuação do Controle Social para o acesso à saúde como direito. Feira de Santana, 2023.

PRODUÇÃO CIENTÍFICA (PC) ²	OBJETIVO	SÍNTESES CONCLUSÕES/ CONSIDERAÇÕES FINAIS
PC-1 OLIVEIRA, L. C. DE; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. Ciênc. Saúde Coletiva , v. 15, n. 5, p. 2455–2464, ago. 2010.	Analisar as práticas de participação presentes no Conselho Municipal de Saúde (CMS) de uma capital do Nordeste brasileiro e sua relação com a cultura política local.	Na cultura política tradicional prevalece: autoritarismo e cooptação entre os gestores municipais e os demais representantes; reconhecimento dos conselheiros do frágil poder deliberativo e fiscalizador do conselho, apesar da importância na gestão democrática das políticas públicas para a garantia do direito à saúde.
PC-2 OLIVEIRA, A.M.C; DALLARI, S.G. Vigilância Sanitária, Participação Social e Cidadania. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.3, p.617-624, 2011.	Descrever e analisar as representações sociais dos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte sobre a temática da vigilância sanitária.	Os conselheiros de saúde conhecem a vigilância sanitária, para as práticas de Saúde Pública; considerando-se capazes de participar do processo de formulação da Política Municipal de Vigilância Sanitária.
PC-3 ALENCAR, H.H.R. Educação Permanente no Âmbito do Controle Social no SUS: a experiência de Porto Alegre – RS. Saúde Soc. São Paulo, v.21, supl.1, p.223-233, 2012.	Apresentar os resultados positivos do processo de Educação Permanente (EP) desenvolvido juntos aos conselheiros do município de Porto Alegre.	A EP é instrumento para a potencialização da ação de controle social no SUS permeando de forma transversal e permanente a atuação do CMS e suas relações com os outros setores e esferas governamentais.
PC-4 BISPO JÚNIOR, J.P.; MARTINS, P.C. Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. Physis Revista de Saúde Coletiva , Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1313-1332, 2012.	Analisar o desempenho dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) enquanto instrumentos da participação social no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.	Os CLS têm desempenho limitado, pouca realização de reuniões e agenda A pouca participação social está relacionada aos benefícios pessoais, desmotivação em participar de uma atividade voluntária e o despreparo para atuação. A institucionalização dos CLS não é suficiente para promover a participação comunitária.
PC-5 CAVALCANTI, M.L.T.; CABRAL, M.H.P.; ANTUNES, L.R. Participação em saúde: uma sistematização de artigos publicados em periódicos brasileiros – 1988/2005. Ciência & Saúde Coletiva , v.17, n.7, p.1813-1823, 2012.	Investigar o perfil das publicações, compreender como a questão da participação da sociedade na área da saúde é entendida no meio acadêmico e expor as principais constatações, derivadas da sistematização dos estudos.	Observadas três dimensões da participação na saúde: ênfase à estratégia de ampliação da cidadania e do reconhecimento do direito à saúde; caráter político da participação social como meio de democratização do Estado; divisão da responsabilidade sanitária entre sociedade e Estado. Limite na execução da participação social conforme as proposições legais.

Quadro 1 Listagem de estudos da base de dados Lilacs e Scielo (2010-2019) sobre a atuação do Controle Social para o acesso à saúde como direito. Feira de Santana, 2023.

² No texto a seguir analisamos as PC, sendo cada uma delas identificadas pela sigla PC com o seu respectivo número conforme o Quadro 1, seguido do título da PC quando referido pela primeira vez.

PRODUÇÃO CIENTÍFICA (PC)	OBJETIVO	SÍNTESES CONCLUSÕES/ CONSIDERAÇÕES FINAIS
<p>PC-6 TOFANI, L.F.N.; CARPINTÉRO, M.C.C. 3ª Conferência Municipal de Saúde de Várzea Paulista: a participação da sociedade no processo de priorização e compromisso político. Saúde Soc. São Paulo, v.21, supl.1, p.244-252, 2012.</p>	<p>Descrever e analisar a experiência da realização da 3ª Conferência Municipal de Saúde de Várzea Paulista, ocorrida em 2008.</p>	<p>A metodologia utilizada para uma maior participação da comunidade surtiu efeito positivo: ampliação do acesso à participação da comunidade e a qualificação das ações, permitindo espaços de discussões entre os diversos olhares, favorecendo o ensino-aprendizagem e a formação política dos participantes.</p>
<p>PC-7 MARTINS, C.S. et al. Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 437-445, jul/set 2013.</p>	<p>Aferir o grau de conhecimento dos usuários, trabalhadores e gestores de saúde, bem como dos representantes desses segmentos no Conselho Municipal de Saúde do Município de Colombo-PR.</p>	<p>Conselheiros desconhecem o seu papel dificultando seu desempenho. Conhecimento maior entre os gestores, conferindo-lhes poder de influência no direcionamento das políticas de saúde.</p>
<p>PC-8 DURÁN, P.R.F.; GERSHMAN, S. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.3, p.884-896, 2014.</p>	<p>Refletir sobre as possíveis modalidades de participação social, e seus dilemas, encontradas nos Conselhos de Saúde.</p>	<p>Na década de 1990 os Conselhos de Saúde se institucionalizaram e demonstraram a necessidade da aproximação entre Estado e sociedade. Oficializaram a participação da sociedade e o controle social na construção das agendas políticas da saúde, sendo influenciados pela conjuntura política nacional.</p>
<p>PC-9 GUIZARD, F.L. A autocrítica necessária: notas sobre os desafios do controle social na saúde. RECIIS – Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde. v.9, n.3, jul.-set., 2015.</p>	<p>Analisar alguns desafios atuais relacionados à construção da participação social do Sistema Único de Saúde.</p>	<p>Problemas não superados e evidencia a fragilidade da democracia na história republicana e conjuntura política atual. Necessidade do potencial democrático entre Conselhos e Conferências serem repensados numa perspectiva de articulações e ressonâncias capazes de se desenvolverem como dispositivos de amplificação e socialização de debates.</p>
<p>PC-10 MOURA, E.M.; SHIMIZU, H.E. Representações sociais de conselheiros de saúde acerca do direito à saúde e da cidadania. Rev Gaúcha Enferm., v.37 (esp), p.1-9, 2016.</p>	<p>Conhecer a estrutura das representações sociais de direito à saúde e cidadania de conselheiros de saúde de municípios da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDDFE).</p>	<p>Compreensão do direito à saúde como condição para alcance da cidadania e a cidadania como proteção social. É necessária uma profunda mudança política, com a ampliação da consciência do direito à saúde e da cidadania.</p>

Fonte: elaborado pela pesquisadora.

* No decorrer das discussões sobre estas PC, ressaltaremos em itálico seus títulos apenas quando citadas pela primeira vez.

Nesse Quadro 1, apresentamos, resumidamente, uma análise sobre as respectivas PC no sentido de sustentar o objeto a ser estudado.

A respeito da temática participação/ controle social sobre direito à saúde e cidadania, a PC5 *Participação em saúde: uma sistematização de artigos publicados em periódicos brasileiros – 1988/2005*, de Cavalcanti, Cabral e Antunes (2012, p.1817), fez referência à atuação em espaços de controle social direcionada à qualificação da gestão, possibilitando “uma maior equidade e eficiência na distribuição de recursos” para expandir o acesso aos serviços e qualificar a atenção à saúde. Já a PC10 de Moura e Shimizu (2016), *Representações sociais de conselheiros de saúde acerca do direito à saúde e da cidadania*, ao buscar conhecer a estrutura das representações sociais do direito à saúde e cidadania de conselheiros de saúde foi entendido como a inclusão do acesso aos recursos necessários para atingir a saúde, e afirma ser importante a participação da comunidade nos Conselhos de Saúde para a luta pela garantia de acesso aos serviços de saúde que permitam uma assistência integral.

Percebemos que tais produções, implicitamente, defendem a atuação do controle social para a garantia do acesso à saúde como direito, uma vez que se constituem espaços propícios à discussão entre usuários dos serviços, trabalhadores de saúde e gestores para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde.

Desse modo, para Cavalcanti, Cabral e Antunes (2012), a participação social nos espaços do controle social é uma forma de empoderamento dos seus participantes, uma vez que é um estímulo à cidadania, compreendida por Moura e Shimizu (2016) como o direito à saúde, sendo uma condição para o alcance da cidadania, e a cidadania como uma maneira de proteção social. Porém, compreendemos que essa participação social precisa ser estimulada para que os segmentos sociais, ao discutirem sobre os seus direitos, se empoderem politicamente para defenderem os interesses da coletividade e exercerem sua cidadania.

Infelizmente, em alguns locais, tem se percebido uma ‘frágil’ atuação dos conselheiros, que muitas vezes participam de forma parcial das reuniões apenas para cumprirem uma representação formal, conforme é explicitado na PC7, *Conhecimento dos usuários, trabalhadores de saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde* (MARTINS et al., 2013). Ainda corroborando tais informações, a PC1, *A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política* (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010), e a PC4, *Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação* (BISPO JÚNIOR; MARTINS, 2012), são convergentes ao referirem que o ‘papel’ deliberativo e fiscalizador tem sido desenvolvido de forma incipiente, o que prejudica o

desempenho dos Conselhos de Saúde e leva os conselheiros ao desânimo no que se refere à sua atuação, por não participarem de fato da construção das políticas públicas.

Dificuldades/empecilhos outros foram referidos tanto nessas PC como na PC8, *Desafios da participação social nos conselhos de saúde* (DURÁN; GERSCHMAN, 2014), e na PC9, *A autocrítica necessária: notas sobre os desafios do controle social na saúde* (GUIZARD, 2015), para o efetivo funcionamento do controle social em saúde, como a manipulação das decisões e a cooptação dos conselheiros pelos gestores; o autoritarismo para a garantia da aprovação das suas demandas; as agendas inadequadas, que muitas vezes atendem aos interesses apenas dos gestores e não levam em consideração os interesses das representações sociais; o pouco envolvimento da comunidade e os baixos níveis de mobilização social; a pouca articulação dos conselhos com grupos organizados; e a inadequação da linguagem técnica, que impede a compreensão adequada dos representantes de grupos populares.

Outras dificuldades foram referidas nas PC1 (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010) e PC4 (BISPO JÚNIOR; MARTINS, 2012) a respeito da pouca representatividade dos conselheiros, como a desmotivação em participar de atividades voluntárias, o tempo que precisa ser dedicado para a sua atuação, que pode interferir em suas atividades profissionais e pessoais, a pouca autonomia com relação ao desenvolvimento de políticas públicas e o sentimento de despreparo em participar desses espaços pela falta de conhecimento que os instrumentalize para tal.

Diante da realidade apresentada, entendemos que, para garantir uma maior representatividade dos conselheiros, é necessário o desenvolvimento de ações que lhes permitam refletir sobre a importância da sua atuação para toda a sociedade, sanar suas dúvidas e minimizar possíveis inquietações a respeito da Alteridade, assumida nesta pesquisa como a capacidade do conselheiro no exercício do seu protagonismo em defesa dos interesses que contrapõem ao estabelecido.

A PC7 (MARTINS et al., 2013), inclusive, chama atenção para o fato de que os conselheiros desconhecem o ‘papel’ dos Conselhos e conselheiros, o que dificulta suas atividades, tornando-se urgente o conhecimento dos conselheiros para desempenharem o seu protagonismo como sujeito e, portanto, dar uma visibilidade aos Conselhos de Saúde em uma atuação responsável e efetiva.

Não podemos deixar de ressaltar que nas PC1 (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010) e PC7 (MARTINS et al., 2013) os autores compreendem que os participantes, apesar de não terem os conhecimentos necessários para a atuação nos Conselhos, ao assumirem o seu ‘papel’, defendem que esses são espaços que poderão permitir aprendizado e que, ao interagirem nas reuniões, vão aprendendo, na prática, a execução de suas ‘funções’, ou seja, a atuação prática

permitirá o desenvolvimento de saberes técnicos e políticos. Entretanto, eles serão empíricos, não conhecimentos teóricos que permitam ao indivíduo o desenvolvimento da sua autonomia técnica e política.

Vimos que as PC analisadas, PC1 (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010); PC5 (CAVALCANTI; CABRAL; ANTUNES, 2012); PC4 (BISPO JÚNIOR; MARTINS, 2012); PC7 (MARTINS et al, 2013); e PC9 (GUIZARD, 2015), assim como também na PC2, *Vigilância sanitária, participação social e cidadania* (OLIVEIRA; DALLARI, 2011) e a PC3, *Educação Permanente no âmbito do controle social no SUS: a experiência de Porto Alegre-RS* (ALENCAR, 2012), fazem referência à ideia de que os próprios conselheiros reconhecem seu despreparo para uma efetiva atuação, o que gera uma necessidade de informações e conhecimentos na perspectiva de uma Educação Permanente em Saúde (EPS) para atuarem como responsáveis na defesa dos interesses coletivos em prol do direito à saúde.

Diante de tal perspectiva, defendemos a educação permanente enquanto uma das estratégias a serem utilizadas para o controle social, com os procedimentos pedagógicos que poderão colaborar para o desenvolvimento da atuação do sujeito social para a garantia do direito à saúde, a partir de metodologias participativas (BRASIL, 2006), com atividades educativas formais e informais que valorizam os conhecimentos e vivências de todas as pessoas envolvidas

Nesse sentido, o Conselho Nacional de Saúde tem se mostrado preocupado com o desenvolvimento de competências dos conselheiros para a sua atuação, tendo em 2005 aprovado a Resolução 354, que dispõe sobre as Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005), e em 2006 a Resolução 363 foi instituída, aprovando a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006), com implementação nas três esferas de governo - federal, estadual e municipal. Essa é uma política que busca o fortalecimento dos Conselhos de Saúde como protagonistas no desenvolvimento, com fiscalização e deliberação da política de saúde nas três esferas de governo.

Porém, é importante que os conselheiros reconheçam que precisam adquirir mais conhecimentos para o seu protagonismo. A PC7 (MARTINS et al., 2013) evidenciou, ainda, que o grau de escolaridade influencia no grau de mobilização e representatividade dos conselheiros, que estão relacionados aos conhecimentos, aos recursos técnicos e até mesmo à linguagem. Por isso, é possível que as pessoas com menor poder aquisitivo e baixa escolaridade sejam, muitas vezes, excluídas dos processos decisórios, e, coincidentemente, tais representações tornam-se invisíveis como partícipes dos Conselhos de Saúde.

Por sua vez, a PC3 (ALENCAR, 2012) mostrou que os processos de Educação Permanente realizados para conselheiros de um município potencializaram a atuação do Conselho Municipal de Saúde na proposição, na deliberação e na fiscalização das políticas de saúde do município. O processo educativo, no momento do estudo, estava acontecendo de forma transversal e permanente, envolvendo a discussão de diversas temáticas e ampliando sua relação com outros setores e esferas governamentais.

Isso posto, a PC4 (BISPO JÚNIOR; MARTINS, 2012, p.1327) deixa claro que as atividades educativas não precisam se ocupar apenas das leis que regem o SUS e de suas atribuições enquanto conselheiro, precisam “despertar a consciência de que a participação popular é um processo destinado ao desenvolvimento de uma nova cultura política democrática capaz de transformar os níveis de saúde e os modos de vida das populações”.

Apesar disso, é questionado na PC9 (GUIZARDI, 2015) se cabe aos representantes do controle social dominar os meandros técnico-administrativos do SUS e se eles precisam ser especialistas para uma participação efetiva, até porque

Talvez a questão não seja a oferta ou qualidade da formação disponibilizada, mas a premissa de que um processo educativo, muitas vezes conformado em consonância com a tradição pedagógica e os saberes hegemônicos, pode solucionar o problema do aprendizado ético e democrático que nos falta (GUIZARD, 2015, p.5).

Ao levarmos em consideração tal afirmação, vemos necessidade da promoção de discussões, nos espaços do controle social, não apenas de temáticas relacionadas às deliberações e às fiscalizações a serem realizadas, mas também daquelas que discutam o arcabouço ético, teórico e político necessário para suas ações.

Mesmo com as dificuldades referidas em alguns desses estudos para o efetivo desempenho do controle social, as suas instâncias [Conselhos e Conferências] são compreendidas como uma grande conquista dos brasileiros em um espaço democrático em que sociedade e Estado podem discutir e definir os rumos das políticas públicas de saúde

Destarte, entendemos que é necessário o desenvolvimento de espaços de discussão que possibilitem a gestão colegiada entre usuários, trabalhadores e gestores de saúde, para que juntos pensem, discutam e executem políticas públicas que busquem garantir o direito à saúde. Para tanto, é imprescindível que os cidadãos sejam estimulados a participarem desses espaços de discussão, e, para isso, as instâncias do controle social precisam ser (re)conhecidas pela população, cabendo aos gestores e profissionais de saúde fazerem essa divulgação.

Assim, segundo a PC9 (GUIZARDI, 2015), é necessário que os Conselhos e Conferências de Saúde produzam movimentos que vão além dos seus espaços institucionalizados e aproximem a participação política do dia a dia da população e dos serviços de saúde.

Além disso, de acordo com a PC4 (BISPO JÚNIOR; MARTINS, 2012), para que haja um crescente interesse da população em participar do controle social, é necessário maior sensibilidade e responsividade dos gestores para resolverem as demandas sociais originadas no Conselho, pois, desse modo, será possível perceber que os Conselhos atuam, de fato, como locais de escuta e diálogo, e que os gestores se esforçam para alcançar as necessidades identificadas.

Na PC6, *3ª Conferência Municipal de Saúde de Várzea Paulista: a participação da sociedade no processo de priorização e compromisso política* (TOFANI; CARPINTÉRO, 2012), foi evidenciado que a realização da Conferência Municipal de Saúde com etapas ascendentes com as Plenárias Locais e Pré-Conferências Regionais possibilitou um maior acesso de participação da comunidade na Conferência, o que levou a debates com vários pontos de vista diferentes relacionados aos conhecimentos técnicos dos trabalhadores, às possibilidades políticas, legais e financeiras, pelos gestores, e às necessidades de saúde apresentadas pela população, os quais favoreceram a formação política dos participantes e permitiram uma qualificação das ações. Além do mais, essa Conferência reforçou a importância do envolvimento da comunidade, assim como de trabalhadores de saúde e de gestores, para o desenvolvimento de uma gestão democrática em prol da garantia do direito à saúde.

No entanto corroboramos com a PC1 (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010), ao considerar que é importante que sejam adotados dispositivos de democracia participativa como uma estratégia política, social e cultural que possa cumprir com o desenvolvimento da esfera pública e com uma maior participação dos representantes da população/sujeitos na discussão pública e nas deliberações sobre as questões que interessam ao coletivo.

Assim, diante da realidade apresentada, sentimos-nos instigados a desenvolver este estudo, considerando-se a pouca produção científica publicada no que se refere à Alteridade dos Conselhos sobre a atuação do controle social do SUS para a garantia do acesso à saúde como direito. Este é um estudo que poderá contribuir com uma ‘nova’ prática, uma vez que será uma oportunidade de conhecer como se configura o objeto estudado e, conseqüentemente, uma possibilidade de pensar e desenvolver ações que sensibilizem gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde diante da importância da participação dos segmentos sociais para a garantia desse direito.

Além do mais, esperamos que esta pesquisa possibilite fornecer subsídios para a formulação de políticas públicas sobre as formas estratégicas de vencer dificuldades e fortalecer as facilidades na operacionalização das práticas do controle social, tendo em vista a promoção do acesso igualitário e universal aos serviços de saúde, com vistas à integralidade e à equidade da assistência prestada, bem como a resolubilidade e a qualificação dos serviços ofertados, além de colaborar para a valorização da atuação dos gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nas instâncias do controle social, ratificando a sua importância na efetivação do acesso à saúde como direito.

Mediante tais discussões, elaboramos como **questão principal** deste estudo:

Como ocorre a Alteridade dos segmentos sociais representados no Conselho Municipal de Saúde para a garantia do acesso ao direito à saúde na defesa dos interesses coletivos no município de Feira de Santana/BA?

A partir desta questão, delimitamos outras **questões norteadoras**:

- Qual a compreensão dos conselheiros municipais de saúde e usuários do SUS sobre o controle social e o CMS?

- Como aconteceu a inserção dos conselheiros e usuários no CMS e qual a sua motivação?

- Como se caracteriza a Alteridade dos segmentos sociais representados pelo Conselho Municipal de Saúde de Feira de Santana-BA para a garantia do direito à saúde em defesa dos interesses coletivos?

- Como o controle social do SUS tem exercido o seu protagonismo na defesa dos interesses coletivos para garantia do acesso à saúde como direito?

- Quais facilidades/avanços, dificuldades/limites, desafios e perspectivas enfrentados por esses segmentos sociais no Controle Social para a garantia do acesso à saúde como direito?

No sentido de responder a tais questionamentos, elaboramos os seguintes **objetivos**:

Analisar como ocorre a Alteridade no Conselho Municipal de Saúde dos segmentos sociais em defesa de interesses coletivos do direito à saúde que se contrapõem ao estabelecido no município de Feira de Santana/BA.

Discutir a compreensão dos conselheiros municipais de saúde e usuários do SUS sobre o controle social e o CMS.

Identificar como aconteceu a inserção dos conselheiros e usuários no CMS e qual a sua motivação.

Caracterizar a forma de Alteridade exercida por segmentos sociais representados no controle social do Conselho Municipal de Saúde do Município de Feira de Santana-BA.

Compreender como o controle social do SUS tem exercido o seu protagonismo na defesa dos interesses coletivos para a garantia do acesso à saúde como direito.

Discutir facilidades/avanços, dificuldades/limites, desafios e perspectivas enfrentados por esses segmentos sociais para a garantia do acesso à saúde como direito.

Por conseguinte, este estudo tem como pressupostos teóricos:

Pressuposto 1:

Os segmentos sociais representantes do Conselho Municipal de Saúde têm uma relação de respeito para com as pessoas que detêm o “poder”, ou seja, o espaço não é do “outro”, mas dos “donos do poder”, chegando a excluir assuntos da pauta da reunião, retirando os mais complexos, com o objetivo de desproblematizar as questões a serem discutidas e deliberadas.

Pressuposto 2:

A Alteridade é caracterizada pela cooptação dos segmentos sociais no Conselho Municipal de Saúde, que é desempenhada pela tecnoburocracia, em que alguns segmentos técnicos se dizem identificados com os interesses populares e acabam utilizando o espaço de discussão para si, construindo um vazio de Alteridade para tomar o seu lugar na defesa da sua causa.

Desse modo, compreendemos que este estudo pretende contribuir com o processo de discussão dando-lhe a visibilidade da atuação dos sujeitos sociais no controle social para a garantia do acesso à saúde como direito, e de como a atuação do controle social tem contribuído para a garantia desse direito.

Entendemos que os resultados obtidos poderão contribuir com a valorização da atuação do controle social para uma maior qualidade dos serviços ofertados pelo SUS, além de apresentar facilidades/avanços, dificuldades/limites, desafios e perspectivas que têm sido enfrentados pelos segmentos sociais para a garantia do acesso à saúde como direito.

2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA PARA PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO DA REALIDADE ESTUDADA

Com o intuito de aprofundarmos o conhecimento teórico sobre o objeto de estudo, discutiremos, a seguir: a saúde como direito no SUS; a participação e o controle social no Brasil em uma perspectiva do pensamento de Gramsci; o controle social e a garantia do direito à saúde; e a Alteridade como garantia do direito à saúde.

2.1 Saúde como direito no SUS

A discussão desse tema parte do entendimento de que o direito à saúde é fundamental e indispensável para o bem-estar do cidadão, ao mesmo tempo que compreendemos que é necessária a garantia legal dos meios e instrumentos essenciais para a sua concretização.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948, p.2; 4) concebe a saúde como um direito fundamental ao afirmar no Art. 3º que “todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança”, assim como ao expressar, no Art. 25, o direito de todo ser humano “a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar”.

Diante de tal afirmação, torna-se necessário discutirmos qual o conceito de saúde e de direito adotados neste estudo, até porque entendemos que a definição de saúde envolve diferentes dimensões e aspectos constitutivos, o que a torna complexa.

Assim, neste estudo, adotamos o conceito ampliado de saúde, formulado pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 1987, p.4), um movimento que lutou pela garantia da saúde como direito, ao considerar e defender a saúde como resultante das condições de “alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde”. Ela é, portanto, resultante das formas de organização social de produção, as quais podem provocar disparidades nos níveis de vida.

Desse modo, segundo Vanderplaat (2004), o direito à saúde abrange vários aspectos socioeconômicos que, juntos, oferecem condições que poderão permitir às pessoas terem uma vida saudável, uma vez que reforçam os determinantes da saúde, como moradia, acesso à água potável, saneamento básico, emprego, entre outros.

Por isso, a saúde passa a ser entendida não apenas como a ausência de doença, mas como resultante de várias condições relacionadas ao modo de viver das pessoas, que determinarão sua qualidade de vida e, conseqüentemente, sua saúde. Porém, a saúde pode ser

influenciada também pelo acesso a serviços de saúde efetivos que sejam capazes de atender às demandas dos sujeitos e que não apenas ofereçam tratamento e reabilitação de doenças, mas estejam empenhados em realizar ações de promoção da saúde e de prevenção de patologias e agravos, enquanto direito à saúde.

Assim, a efetivação do direito à saúde não está relacionada apenas ao acesso aos serviços de saúde, mas também “ao grau de efetivação dos direitos sociais, econômicos e culturais nas diversas sociedades” (D’ÁVILA; SALIBA, 2016, p.22).

Quanto à compreensão sobre o Direito, o Dicionário Bares de Português (POZZOLLI, 2008) atribui a palavra Direito, dentre outros significados, como “o que é justo, conforme à lei”, “faculdade legal de praticar ou não um ato”, o que permite ao indivíduo “exigir de outrem a prática ou a abstenção de certos atos, ou o respeito a situações que lhe aproveitam”. Para Dallari (1988), o Direito pode ser compreendido como um conjunto de normas e/ou leis que regulam o convívio do homem em sociedade.

Já para Vanderplaat (2004, p.30), “o conceito de direito traz em si a dignidade da pessoa humana”. Assim, neste estudo, assumimos a compreensão do Direito à Saúde como a regulação, a partir de leis que têm como finalidade o incentivo das condições indispensáveis para promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde para a preservação da vida, respeitando a dignidade de cada indivíduo.

No Brasil, a saúde é considerada como um direito do cidadão garantido na CFB (BRASIL, 1988), que define, no seu artigo 6º, a saúde como um direito social. Nesse sentido, criou-se o SUS para atender toda a população brasileira a partir do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, constituindo-se, de acordo com Sturza e Costa (2010), como direito de toda a população brasileira e como um meio que possibilita a preservação e a qualidade de vida, surgindo como um mecanismo que contribui para o efetivo desenvolvimento da cidadania.

Assim sendo, não poderíamos deixar de ressaltar que a criação do SUS foi uma conquista do povo brasileiro no MRSB, em defesa de um sistema de saúde universal com atendimento integral a todas as pessoas. Isso reforça a CFB como um marco legal da garantia do direito à saúde a todo cidadão, respaldada na Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990a), que determinou o SUS como o responsável pela realização de ações de assistência terapêutica universal, defendida pela CFB.

Concordamos com Santos (2010) quando ele afirma que a CFB atribuiu à saúde uma dimensão não apenas biológica, mas também biopolítica e social, sendo responsabilidade do Estado adotar políticas sociais e econômicas que busquem além do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde a redução de doenças.

De acordo com Sposat e Lobo (1992), as Leis Orgânicas da Saúde 8080 e 8142 (BRASIL, 1990a; 1990b) trazem um novo conceito de saúde em que ela passa a ser entendida como um produto social e histórico, que sofre influência das condições de vida e de trabalho das pessoas. Mediante tal entendimento, para D'Ávila e Saliba (2016), o direito à saúde está relacionado ao desenvolvimento das capacidades humanas e da qualidade de vida dos indivíduos e comunidades, e muitas vezes o seu não cumprimento está além da implementação do SUS.

Entretanto, a concretização do direito à saúde é considerada pelos referidos autores um instrumento de justiça social, uma vez que pode não apenas permitir a execução de outros direitos, mas também refletir sobre determinados comportamentos, levando à criação de novas relações entre as instâncias de poder, e a promoção da inclusão social.

Ao considerar a saúde e a vida como cláusulas pétreas da CFB e respeitando suas relações com o conceito de dignidade da pessoa humana, também da Constituição, concorda-se com Sturza e Costa (2010) que é necessário que o Poder Público assegure a prestação de serviços públicos de qualidade que garantam uma condição de vida digna, sob punição de responsabilidade.

No entanto, para a concretização dos direitos fundamentais, principalmente o direito à saúde, Sturza e Costa (2010) afirmam que é necessária uma gama de mecanismos jurídicos e sociais associados entre o Estado e a sociedade civil, tendo em vista a garantia da possibilidade de exigibilidade, mas sobretudo a efetivação desse direito, que está relacionado ao respeito à dignidade humana e, conseqüentemente, à proteção da vida.

Nesse sentido, compreendemos que, para a efetivação do direito à saúde, é preciso o desenvolvimento de políticas públicas de saúde que considerem os problemas da população e, para tanto, é importante que elas sejam planejadas pelo Estado e pela sociedade civil em prol do bem comum e da garantia do exercício da cidadania.

Mas, segundo Vanderplaat (2004), o direito à saúde tem liberdades e prerrogativas. As liberdades estão relacionadas ao direito de ter controle sobre o seu corpo e a sua saúde, e as prerrogativas, por sua vez, dizem respeito ao direito a um sistema de proteção à saúde que possibilite oportunidades iguais a todas as pessoas e em que elas possam desfrutar de um alto nível de saúde sustentável.

Por essa razão, cada indivíduo é livre para decidir quais caminhos quer seguir no seu cuidado à saúde, mas, para ter o direito de escolha, ele também precisa ter a garantia de um sistema de saúde que permita ter acesso aos serviços de saúde de forma igualitária a todas as pessoas.

Em vista disso, o conceito de saúde como direito de cidadania, preconizado pelo SUS, segundo Araujo e Nascimento (2016), demanda que o sistema de saúde esteja centrado nos princípios da universalidade, da equidade, da integralidade e do acesso. Logo, é necessário combater a exclusão de muitas pessoas dos serviços de saúde e do sistema de atendimento em geral. Nesse sentido, é essencial que a luta pelo acesso à saúde, segundo Merhy (1995), alcance o direito de qualquer cidadão entrar no serviço, ser acolhido e ter resposta à sua demanda de saúde.

Segundo Oliveira e Pinheiro (2010), apesar dos avanços conseguidos com o SUS, muitos usuários ainda vivem problemas de acesso, resolubilidade e qualidade no atendimento. É uma realidade que ainda perdura, principalmente relacionada à dificuldade de acesso a serviços de média e alta complexidade (ARAÚJO; NASCIMENTO; ARAUJO, 2019; SILVA et al., 2017), pois consideramos que o acesso universal é condição precípua para alcançar a saúde e também um direito social que precisa ser garantido.

Para tanto, discutir o acesso é primordial neste estudo. Iniciamos com os seus significados no Dicionário Online de Português (DICIO, 2021b) como passagem, ingresso, chegada, entrada. Todavia, quando atrelamos o acesso com os serviços de saúde, o seu conceito tem uma abrangência maior, considerando suas dimensões relacionadas à utilização e aos recursos ofertados.

O acesso, para Abreu-de-Jesus e Assis (2010), é concebido como a “porta de entrada”, local de recepção, acolhimento do usuário que possui uma necessidade de saúde específica, e os caminhos trilhados por ele no sistema para a resolubilidade da sua demanda de saúde. Os autores reiteram, ainda, que o conceito de acesso ultrapassa a compreensão de “porta de entrada” do sistema, constituindo um dispositivo capaz de transformar a realidade e garantir a promoção de vínculo, acolhimento, humanização e resolubilidade da assistência. Desse modo, comungam com Nascimento e outros (2016) na compreensão do acesso como a prestação do cuidado adequado, no momento adequado e no local adequado.

Entendemos, portanto, que ter acesso ao serviço de saúde não se resume apenas a conseguir chegar e ser atendido no serviço de saúde, mas envolve, por exemplo, ter acesso a consultas, realização de exames diagnósticos, medicamentos e insumos que sejam capazes de resolver as necessidades de saúde apresentadas pelas pessoas, ou seja, que o usuário, ao chegar no serviço de saúde, alcance a resolubilidade das suas demandas de saúde no momento em que precisar.

Outro conceito de acesso, concebido por Thiede e McIntyre (2008), está relacionado com a liberdade em utilizar os serviços de saúde que serão determinados pelas escolhas dos

usuários. As escolhas, por sua vez, sofrerão influência das informações sobre as questões de saúde e do serviço de saúde que cada indivíduo possui, por isso os autores consideram a informação como um pré-requisito para o acesso e argumentam que é necessário o desenvolvimento de políticas de saúde que enfatizem a comunicação em saúde.

Enfim, compreendemos que, para ter acesso aos serviços de saúde e às condições de vida que permitam aos usuários desses serviços a obtenção de saúde, é imprescindível o conhecimento a respeito do funcionamento do sistema de saúde e também de saberes que lhes proporcionem uma melhor qualidade de vida.

Além disso, o nível de acesso à saúde vai ser determinado pelo grau de adequação entre a oferta de serviços pelo sistema de saúde e as demandas de saúde apresentadas pelos usuários (THIEDE; MCINTYRE, 2008). Daí, defendermos que a oferta dos serviços de saúde precisa ser realizada de acordo com as necessidades apresentadas pela população/ pelos usuários e não a população se adequar aos serviços ofertados, pois a probabilidade de garantir o acesso à saúde será maior, além das chances para o alcance da resolubilidade da produção do cuidado.

Em vista disso, para Sanches e Ciconelli (2012), o conceito de acesso à saúde possui múltiplas dimensões formadas por elementos financeiros e não financeiros. Mas, eles acreditam que, para melhorar o acesso à saúde e garantir uma maior equidade, são necessárias ações que não se limitem ao sistema de saúde, mas que sejam intersetoriais, bem como políticas sociais e econômicas capazes de minimizar as desigualdades de renda e educação.

Contudo, apesar de ter havido uma ampliação da oferta e do acesso aos serviços e ações de saúde após a criação do SUS (PAIM, 2018), segundo Araujo, Nascimento e Araujo (2019), o acesso universal e igualitário ainda não foi concretizado, até porque, para Santos e outros (2014), infelizmente, o SUS 'legal' não condiz com o 'real', sendo necessária a consolidação da igualdade também na prática e não apenas na Lei. Inclusive, Sturza e Costa (2010) referem que a legislação não é um empecilho para a concretização dos direitos sociais, mas sim a lacuna na prestação efetiva de serviços públicos básicos. Portanto, é necessário que a sociedade lute pela concretização dos direitos já conquistados e garantidos por leis, mas que, lamentavelmente, ainda não foram efetivados na prática.

Portanto, mesmo com a conquista do direito universal à saúde, ainda coexiste uma realidade desigual e excludente do acesso à saúde. Uma realidade referida no estudo de Assis, Villa e Nascimento (2003), apesar de realizado aproximadamente duas décadas passadas, mas ainda atual ao explicitar que, no Brasil, permanece um acesso seletivo, excludente e focalizado nos diferentes serviços públicos e privados, o que contradiz a CFB, que regulariza a saúde como

direito de cidadania, assim como a universalidade das ações e dos serviços de saúde – realidade do final do século XX que acontece nos dias de hoje (SPOSATI; LOBO, 1992).

Esses autores reforçam, ainda, que a falta de uma regulação explícita da universalidade do direito leva ao prevaletimento da política do favor e do clientelismo sobre a política do direito, resultando em incerteza com relação aos atendimentos de saúde. Chamam atenção também para o fato de que, muitas vezes, a barbárie antidemocrática se veste de populismo, e os direitos passam a ser vistos como doações e favores.

Ademais, para Viegas, Carmo e Luz (2015, p.100), o acesso segue influência de alguns aspectos que o determina, relacionados às “dimensões estrutural (financiamento, cobertura), relacional (compreensão do processo saúde-doença) e operacional (organização dos serviços)” do acesso, considerando como determinantes do acesso: os usuários aceitarem o sistema de saúde; a relação dos usuários com os trabalhadores de saúde; a quantidade de trabalhadores para o desenvolvimento dos serviços de saúde; a atenção na média complexidade/encaminhamentos; e o financiamento do sistema de saúde.

Por sua vez, Silva e outros (2017) referem algumas características do SUS que podem contribuir para a dificuldade em garantir o acesso nos serviços de média complexidade, principalmente as características relacionadas à organização do sistema, ao financiamento da saúde, que ainda leva à sobrecarga dos municípios com os gastos com essa área, e à pouca quantidade de profissionais especialistas, com impactos na falta de atendimento em algumas especialidades, provocando a dependência do setor privado.

Já Assis e Abreu-de-Jesus (2012, p.2865) têm uma compreensão sobre o acesso aos serviços de saúde como um tema multifacetado e multidimensional, que envolve “aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos no estabelecimento de caminhos para a universalização da sua atenção”. Desse modo, os autores propuseram, a partir de uma releitura teórica sobre a temática, um modelo de análise baseado em cinco (5) dimensões:

- Dimensão política, aquela relacionada ao compromisso dos atores envolvidos no processo de desenvolvimento de políticas públicas de saúde com a pactuação entre as instâncias (Estadual e Municipal), da participação social e do envolvimento de gestores, trabalhadores e usuários nas decisões políticas e no acompanhamento do processo e da tomada de decisão, considerando as necessidades de saúde da população. Tais ações poderão incentivar a superação de lacunas de ofertas de serviços de saúde;

- Dimensão econômica, que diz respeito aos investimentos realizados na rede pública, considerando a esfera de poder (federal, estadual e municipal) e o nível de complexidade, e na

identificação das barreiras sociais, econômicas, culturais e físicas, com o intuito de promover equidade na organização dos serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade;

- Dimensão organizacional refere-se à organização da rede de modo que os serviços de saúde sejam capazes de dar respostas objetivas e positivas às demandas apresentadas pelos usuários. Nessa dimensão, os autores chamam atenção para a necessidade do fortalecimento da “porta de entrada” do sistema de saúde e para a demarcação de fluxos de atendimentos que sejam organizados de acordo com as demandas epidemiológica, sanitária e social. Destacam, ainda, a necessidade de melhorar o acesso dentro de cada território social, possibilitando a integração de serviços e práticas com a garantia da referência e da contrarreferência na rede de serviços SUS.

- Dimensão técnica, aquela em que o usuário é considerado como centro da prestação do cuidado em saúde e responsabiliza gestores, trabalhadores de saúde e prestadores de serviços públicos e privados. Para tanto, reforçam a necessidade da adoção de dispositivos que possibilitem a integralidade da atenção como acolhimento, vínculo, autonomia da equipe e usuário, compromisso com a prestação do cuidado e realização de um projeto terapêutico compartilhado entre a equipe e o usuário;

- Dimensão simbólica, por sua vez, está relacionada ao campo da subjetividade em sua performance relacional, compreendendo o processo saúde/doença e os aspectos que o envolvem, como cultura, crenças e valores de sujeitos e coletividades que residem em territórios distintos em que os serviços de saúde estão organizados para o oferecimento de atenção à saúde loco-regional.

Essa classificação teórica sobre as dimensões do acesso é um modelo de análise em que Assis e Abreu-de-Jesus (2012, p.2873) defendem o desenvolvimento de uma postura crítica, que possibilite a reflexão e a intervenção nas práticas e nos serviços para o atendimento das necessidades de saúde, com a finalidade de promover uma “atenção responsável, integral, resolutiva, equânime e de qualidade”

Compreendemos, assim, que o acesso poderá sofrer influência de vários aspectos, porque não basta ter os serviços de saúde funcionando, mas, mais do que isso, é necessários trabalhadores de saúde que compreendam a importância dos princípios do SUS para operacionalizá-los, como também que sejam comprometidos com a criação de vínculo com os usuários e responsáveis pela produção do cuidado, além de gestores que possibilitem o funcionamento da rede, assim como usuários comprometidos com a sua saúde. Enfim, é preciso que todos esses sujeitos (usuários, trabalhadores e gestores) lutem pela garantia do direito à saúde.

Um direito à saúde e dignidade do ser humano que, para Sturza e Costa (2010), poderá levar à ideia de operacionalização e busca pelo estabelecimento dos direitos do ser humano, com o objetivo de efetuar seus direitos e, ao mesmo tempo, cumprir com seus deveres de cidadão, uma vez que ser cidadão é conhecer que é um “sujeito de direitos”, direitos civis, políticos e sociais, incluídos aí o direito à saúde.

Mas, infelizmente, no Brasil, temos visto que, nos últimos anos, principalmente com os governos Temer e Bolsonaro, aconteceu um desmonte das políticas sociais no Brasil, em particular nas políticas de saúde, dificultando que os direitos garantidos pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) sejam efetivados.

Essa situação é percebida com o processo de privatização, que interfere no SUS, por meio de repasses dos recursos públicos de saúde para instituições de saúde filantrópicas ou privadas, com acordos em que os serviços públicos passam a ser geridos por outras entidades, constituindo o processo de contrarreforma, iniciado no governo de Fernando Henrique Cardoso e continuado nos governos que se seguiram (ÁVILA; NASCIMENTO, 2021).

Dessa maneira, segundo Bravo e Pelaez (2020, p.193), as propostas e disputas do governo Temer e Bolsonaro estimularam o projeto privatista, em especial o que é caracterizado como o “projeto do SUS submetido totalmente ao mercado”, em que a doença é tida como impulsionadora de lucros.

Além disso, para Ávila e Nascimento (2021), o apoderamento do público pelo privado tem sido justificado com argumentos que desestruturam os instrumentos que são importantes na defesa das atividades públicas, como os concursos públicos e as licitações. A falta desses instrumentos acaba prejudicando o andamento adequado dos serviços públicos.

Concretamente, os retrocessos das políticas de saúde durante o governo Temer são reforçados, a partir dos estudos de Bravo e Pelaez (2020, p.197) e Matos (2021), como o congelamento dos gastos com políticas sociais durante 20 anos, com a Emenda Constitucional 95/2016 (BRASIL, 2016); a proposição do Ministro da Saúde Ricardo Barros sobre Planos de Saúde Populares ou Acessíveis, com a justificativa de que não haveria condições de manter um sistema com acesso universal à saúde; a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017 (BRASIL, 2017a), que, entre outras características, rompeu com a centralidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) da Atenção Primária de Saúde (APS) e incluiu o financiamento de equipes que não conta com a presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e “não enfrenta os desafios históricos de fixação dos profissionais, coordenação de cuidado e integração com outros serviços e níveis de complexidade, ampliação e melhoria do acesso e da base social, e o subfinanciamento”; a realização de mudanças na Política de

Saúde Mental, por meio da Portaria 3.588/2017 (BRASIL, 2017b), que levam ao fortalecimento do tratamento realizado em ambientes hospitalares; e a possibilidade de uma efetiva articulação com o setor privado por meio da Coalizão Saúde, também em 2017.

Os autores Bravo e Pelaez (2020) chamam a atenção de que tanto a revisão da PNAB quanto a Portaria 3.588/2017 não foram discutidas com a sociedade. Desse modo, percebemos que o governo Temer não ouviu os interesses da população brasileira e foi contrário ao princípio da participação social ao negar esse direito aos cidadãos brasileiros, mais uma vez deixando prevalecer os interesses daqueles que se beneficiariam dessa situação, ou seja, do capital.

Já durante o governo Bolsonaro, foi visível uma intensificação do desmonte das políticas de saúde, com os ataques ao SUS, tendo em vista os seguintes pontos (MATOS, 2021, p.31; CASTILHO; LEMOS, 2021):

- extinção do Programa Mais Médicos e suspensão de contratação de profissionais cubanos;
- emissão da Nota Técnica do Ministério da Saúde nº 11/2019 (BRASIL, 2019), que levou a retrocessos na Política de Saúde Mental, como “anexação da Comunidade Terapêutica e dos Hospitais Psiquiátricos como serviços oficiais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e utilização da abstinência como mecanismo de enfrentamento ao uso abusivo de drogas/produtos psicoativos”; além disso, o presidente extinguiu a política de redução de danos e retomou a eletroconvulsoterapia como tratamento;
- término aos serviços substitutivos;
- extinção do Departamento de IST Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Aids e Hepatites Virais, fazendo a junção deles ao Departamento de Doenças de Condições Crônicas e IST, o que levou a uma despotencialização da política de enfrentamento ao HIV-AIDS;
- certo descaso da presidência da república com a Pandemia da COVID-19, que, desde o seu início, tem negado as orientações das autoridades de saúde pública e não teve de fato uma política de enfrentamento à pandemia.

Essa situação, para Bravo e Pelaez (2020, p.195), tem três características básicas do governo Bolsonaro: o “extremo liberalismo econômico; o temor das mobilizações; e o desprezo pela participação da maioria, ou seja, pela democracia, com ataques às instâncias de participação e controle social”. Desse modo, defendemos que é necessário fortalecer a participação da sociedade na luta pela garantia dos seus direitos para evitar que mais retrocessos e ataques às políticas públicas aconteçam.

Por essa razão, comungamos com Ávila e Nascimento (2021, p.179) que “O caminho a ser trilhado, na defesa da saúde pública e estatal é grande, mas a necessidade [de] resistir e lutar contra todas as formas de mercantilização da vida deve ser maior ainda”, ao referir sobre o

desmonte das políticas sociais que tem sido forçado pelo governo brasileiro, deixando as populações vulneráveis cada vez mais suscetíveis a problemas.

Por isso, para que o direito à saúde seja efetivo, Oliveira (2015) reforça que é preciso que a política pública seja responsiva e democrática, colocando o cidadão como centro, porque ele é o possuidor do direito e necessita ser ouvido, além de ter suas necessidades atendidas e delineadas por critérios de dignidade, eficiência e legitimidade.

Porém, Sturza e Costa (2010) defendem que o cidadão precisa ter consciência das suas responsabilidades enquanto parte do coletivo, pois, desse modo, consegue-se alcançar o objetivo do coletivo, que é o bem comum. Consequentemente, como cidadãs, concordamos com Teixeira e Paim (2018) que nos cabe estimular a revitalização das instâncias do controle social, promovendo articulações com outros movimentos sociais, principalmente os que são relacionados a setores estratégicos da economia, na elaboração dessa nova proposta de desenvolvimento, até porque, segundo D'Ávila e Saliba (2016), a concretização do direito à saúde no Brasil precisa do envolvimento de toda a sociedade no exercício da cidadania e na participação social.

Diante de tal realidade, entendemos que os espaços coletivos e democráticos que possibilitam as discussões e deliberações a respeito das políticas de saúde são as instâncias do controle social e, portanto, é importante estimular a sociedade civil a participar desses espaços em prol da luta pelo bem comum da saúde.

Por conseguinte, o controle social efetivo é uma das maneiras de colaborar para efetivação do acesso aos serviços de saúde, não só pela luta da qualificação dos serviços e da reorganização do processo de trabalho, mas também com a participação da sociedade na elaboração de políticas públicas de saúde, ao ser influenciada pelo nível educacional, o que poderá interferir na qualificação dos serviços de saúde (ASSIS et al., 2010). Mas, para Sposati e Lobo (1992), o controle social precisa atuar não apenas na equidade dos resultados, mas sobretudo na igualdade do acesso.

Particularmente, o acesso aos serviços de saúde é condição *sine qua non* para a garantia do direito à saúde do cidadão, e, para tanto, torna-se indispensável o desenvolvimento de políticas de saúde que possibilitem a sua garantia de forma universal e igualitária. Daí, vemos a necessidade da participação social no processo de formulação, desenvolvimento e fiscalização das políticas de saúde, de modo a garantir que os direitos e interesses coletivos sejam assegurados.

Diante dessa realidade, Miranda, Mendes e Silva (2017) afirmam que as discussões sobre o SUS necessitam indicar as direções necessárias para o planejamento de políticas que

ultrapassem os desafios atuais e futuros e garantam o direito de acesso universal à saúde de todo cidadão. Para tanto, trazemos o pensamento teórico na visão gramsciana sobre participação e controle social, considerando-se o Estado e a Sociedade Civil.

2.2 Participação e Controle Social no Brasil: uma perspectiva sob o pensamento de Gramsci

A concepção de Estado, segundo Gramsci (2017, p.225), envolve elementos “que devem ser remetidos à noção de sociedade civil (no sentido, seria possível dizer, de que Estado = sociedade política + sociedade civil, isto é, hegemonia coraçada de coerção)”. O autor ainda complementa que por Estado entende-se “além do aparelho de governo, também o aparelho ‘privado’ de hegemonia ou sociedade civil” (p.235).

Desse modo, no Estado, segundo Gramsci, a sociedade civil e a sociedade política não se separam; as duas devem trabalhar juntas para garantir os interesses da população. Assim, segundo Stacone (1990, p.75), essa distinção entre sociedade política e sociedade civil é apenas didática e metodológica, uma vez que “constituem as duas faces de uma única pessoa jurídica: o Estado”.

O Estado é também “todo o complexo de atividades práticas e teóricas com as quais a classe dirigente não só justifica e mantém seu domínio, mas consegue obter o consenso ativo dos governados [...]” (GRAMSCI, 2017, p.306).

Ainda, de acordo com Correia (2007, p.2), o Estado compreende a sociedade política e a sociedade civil, para conservar a hegemonia de uma classe sobre a outra. Para a autora, o Estado em Gramsci abarca não só a sociedade política, mas também a sociedade civil, com “seus aparelhos de hegemonia”, que sustenta o consenso que é mantido por meio da incorporação pelo Estado das reivindicações das classes subalternas.

Entretanto, para que haja um equilíbrio entre sociedade civil e sociedade política, precisa haver um consenso entre elas, de modo que o Estado absorva as demandas das classes subalternas. Dessa forma, fazemos, a seguir, uma discussão sobre sociedade civil e sociedade política.

A sociedade civil é entendida por Gramsci (2017, p.207) “no sentido de hegemonia política e cultural de um grupo social sobre toda a sociedade, como conteúdo ético do Estado”. Coutinho (1992) esclarece que Gramsci se refere a sociedade civil também como “aparelhos privados de hegemonia”, que se tratam de organismos coletivos de participação política em que

as pessoas participam de forma voluntária e podem se expressar sem serem reprimidas, servindo como espaços para a luta popular.

Ademais, de acordo com Correia (2007), a sociedade civil tem um potencial transformador, uma vez que nela acontecem processos de organização dos movimentos sociais que refletem os interesses das classes subalternas por uma “direção político-ideológica”.

Logo, a sociedade civil, de acordo com Gramsci, pode ser compreendida como a organização dos movimentos sociais, que representam as classes que compõem essa sociedade em torno dos seus interesses.

Apesar das concepções de Gramsci sobre Estado e sociedade civil, essa relação pode sofrer variações de acordo com o momento histórico e político-econômico vivenciado. Uma das influências sobre a relação Estado/sociedade civil é a chamada “revolução passiva”, proposta por Gramsci, que, segundo Coutinho (1988), é composta por dois movimentos: restauração, que compreende a reação das classes dominantes a uma possível transformação “de baixo para cima” (revolta popular); e renovação, quando as reivindicações das classes subalternas são atendidas pelas antigas classes dominantes.

Como exemplo de revolução passiva no Brasil, Coutinho (1988) explicita a Ditadura de Vargas, uma vez que ela se consolidou a partir da repressão pelo governo, que, naquele momento, representava os interesses da oligarquia agrária dominante, ao protesto do Partido Comunista Brasileiro (PCB) e a um pequeno grupo de tenentes de esquerda, que protestaram contra o caráter elitista da Revolução de 1930. Contudo, o autor ressalta que, embora fosse repressivo e tivesse um caráter ideológico fascista, o “Estado Novo” de Vargas acelerou a industrialização e decretou várias leis que protegiam o trabalho, que já eram reivindicadas há muito tempo pelos operários, apesar de vincular os sindicatos ao Estado, o que suprimia sua autonomia.

Percebemos, assim, que a Ditadura de Vargas apresenta os dois momentos da revolução passiva: a restauração, que foi a repressão do movimento contra a Revolução de 1930; e a renovação, com a adoção de medidas que satisfaziam, em certo modo, os interesses das classes subalternas.

Ao se reportar à Revolução Passiva, Coutinho (1988, p.112) cita Gramsci, tendo o autor ressaltado a existência de duas consequências da revolução:

[...] por um lado, o fortalecimento do Estado em detrimento da sociedade civil, ou, mais concretamente, o predomínio das forças ditatoriais da supremacia em detrimento das formas hegemônicas; e, por outro lado, a prática do transformismo como modalidade de desenvolvimento histórico que implica a exclusão das massas populares.

Tal transformismo, para Gramsci (2017, p. 367), “significa um método para implementar um programa limitado de reformas, mediante a cooptação pelo bloco no poder de membros da oposição”. Assim, no transformismo, o Estado implementa algumas ações que satisfazem a população, mas exclui os movimentos organizados da sociedade civil do processo.

Historicamente, para Coutinho (1988, p.13), o Estado brasileiro substituiu “as classes sociais na sua função de protagonistas do processo de transformação e do de assumir a tarefa de dirigir politicamente as próprias classes economicamente dominantes”. Além disso, as classes dominantes nunca exerceram de fato a hegemonia, preferiram que o Estado assumisse a direção política, cabendo-lhes a tarefa de controlar e reprimir as classes subalternas, quando necessário.

A partir disso, entendemos que, durante boa parte da história do Brasil, que não se resume apenas à Ditadura de Vargas, mas também considera a Ditadura Militar, o Estado teve o controle das decisões políticas do país, cooptando aqueles que se manifestassem contra a sua ideologia, reprimindo e abafando os movimentos sociais. Ao rememorarmos a Ditadura Militar, Coutinho (1992) lembra que o Brasil apresentava um modelo de Estado com características predominantes do modelo “oriental”, em que o Estado era muito forte, tinha o controle, e a sociedade era pouco desenvolvida; em contrapartida, no Estado com características “ocidental”, haveria uma relação justa entre Estado e sociedade civil.

De acordo com Duriguetto (2008), durante a Ditadura Militar, os movimentos da sociedade civil eram vistos sob a ótica de oposição ao Estado, o que fez com que suas ações fossem tidas como formas de resistência à ditadura, salientando suas características inovadoras de voluntarismo, autonomia e espontaneidade diante do Estado. Portanto, as manifestações da sociedade civil passaram a ser percebidas como positivas, uma vez que se opunham ao Estado.

Então, para Matos e Ferreira (2015), a legalização da participação social no Brasil foi concomitantemente base e consequência da democratização do país, que foi iniciada a partir dos anos 1974 e 1979 com a abertura política do país, em meio à recessão econômica e às lutas populares contra a ditadura. Assim, segundo Coutinho (1992), a partir da redemocratização do país, é perceptível o desenvolvimento de um caráter ocidental no Estado brasileiro.

Entre os significados de democracia, o que parece ser

[...] mais realista e concreto é aquele que se pode deduzir em conexão com o conceito de ‘hegemonia’. No sistema hegemônico, existe democracia entre o grupo dirigente e os grupos dirigidos na medida em que o desenvolvimento da economia, e, por conseguinte da legislação, que exprime este desenvolvimento, favorece a passagem (molecular) dos grupos dirigidos ao grupo dirigente (GRAMSCI, 1984, p. 183).

Dessa maneira, segundo Matos e Ferreira (2015, p.70), a redemocratização do Brasil, a partir da legalização da participação social nas ações estatais pela Constituição Federal de 1988, trouxe a possibilidade da vinculação entre democracia e hegemonia e abriu oportunidades para um Estado “ampliado”, que fortalece as estruturas da sociedade civil, o que é indispensável para o desenvolvimento de contexto “político, econômico, social e cultural” que favoreça o estabelecimento de um sistema hegemônico que, segundo Gramsci, só poderá funcionar em um estrutura democrática.

Portanto, compreendemos que a abertura política do país com o fim da Ditadura Militar evidenciou a importância dos movimentos sociais e trouxe a possibilidade da constituição de um Estado que leva em consideração as opiniões e os interesses da sociedade civil, caracterizando, assim, uma oportunidade de construção de um Estado ampliado.

Apesar dessa oportunidade para um Estado “ampliado”, para Correia (2007), no debate contemporâneo, o conceito de sociedade civil que tem predominado é de inspiração liberal, em que há uma dicotomia entre Estado e sociedade civil, a qual se alicerça na mistificação da vinculação entre estrutura econômica e superestrutura política. Para a autora, nesse contexto, a sociedade é tratada apenas em uma perspectiva política, sem considerar a base econômica, o que a estabelece como um espaço homogêneo, sem incoerência entre as classes.

Além disso, segundo Duriguetto (2008, p.89), a partir da década de 1990, houve um ataque pelo ideário neoliberal aos direitos sociais e à participação popular garantidos na Constituição de 1988. O Estado passou a investir em uma participação social na perspectiva de delegar a ela a função de ‘agente do bem-estar social’, cabendo à sociedade civil o desenvolvimento de ações orientadas pela “lógica da solidariedade, da filantropia, do voluntariado”, o que caracteriza uma tentativa de despolitizar a sociedade civil ao deslocar suas reivindicações para o campo ‘ético-moralizante’.

Na visão dos intelectuais que sustentam a ideologia neoliberal, a sociedade civil exerce um papel complementar ao exercício do Estado mínimo, funcionando de forma despolitizada e defendendo interesses “individuais, corporativos e setoriais” (MATOS; FERREIRA, 2015, p.77).

Todavia, para Correia (2017, p.6), “A sociedade civil não é homogênea, mas espaço de lutas de interesses contraditórios”, sendo reforçada por Duriguetto (2008, p.92) como “um espaço de luta, de contradição, de relações desiguais de poder e de acesso diferenciado a recursos econômicos, políticos, culturais”.

Assim, considerando que, para Gramsci, o Estado e a sociedade civil não se opõem, mas se unem, e o segundo faz parte do primeiro, entende-se que o controle social é exercido pelas

classes sociais, e não pelo Estado ou pela sociedade civil. Portanto, o Estado, ao incorporar as demandas das classes subalternas, abre a oportunidade de ser controlado por elas, o que vai depender da correlação de forças existente entre “os segmentos sociais organizados na sociedade civil” (CORREIA, 2007, p.6), o que Matos e Ferreira (2015) denomina de Projeto Político Democratizante.

No Projeto Político Democratizante, segundo Matos e Ferreira (2015, p.77), os movimentos sociais compreendem a sociedade civil entendida como ambiente de lutas democráticas e por direitos, além de possuírem a função de estimular o processo democrático com ações políticas que aumentem a participação da sociedade e a sua influência no processo decisório político, com vistas à transformação social, ou seja, “da hegemonia do poder político pelas classes subalternas”.

Sob a ótica das classes subalternas, segundo Correia (2009), o controle social precisa acontecer, considerando que elas desenvolvam mais consensos na sociedade civil sobre o seu projeto de classe, deslocando-se do momento ‘econômico-corporativo’ ao ‘ético-político’, de modo que superem a racionalidade capitalista e se tornem protagonistas da história, para concretizar a ‘reforma intelectual e moral’ aliada às transformações econômicas. As classes subalternas precisam ter como estratégia o controle das ações do Estado, fazendo com que ele assuma suas reivindicações ao mesmo tempo que representa majoritariamente os interesses da classe dominante.

Porém, compreendemos que as classes sociais necessitam se organizar considerando o consenso dos interesses que defendem, em vista das transformações políticas no Estado. Para tanto, é imprescindível usar o controle social para controlar as ações do Estado de modo que ele assuma os seus interesses.

Assim, para Correia (2009), o controle social representa a capacidade que as classes subalternas, com as lutas na sociedade civil, têm para intervir na gestão pública de modo que as ações do Estado e os seus gastos sejam orientados aos interesses dessas classes, buscando a construção da sua hegemonia.

Ademais, para Silva, Ferreira e Barros (2008, p.38), o controle social, na perspectiva gramsciana, pode ser compreendido dentro da articulação dialética entre Estado ampliado e sociedade civil, constituída por interesses de classes distintas, e poderá acontecer do ponto de vista da defesa dos interesses das classes subalternas e do desenvolvimento de resistência à predisposição da utilização do dinheiro público para o financiamento da reprodução do capital, em prol do financiamento da reprodução do trabalho. Para as autoras, o controle social precisa

ser orientado por “um projeto societário das classes subalternas e pela busca da construção de uma cultura política da contra-hegemonia”.

No Brasil, Silva (2011) afirma que, com a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas de Saúde publicadas posteriormente, as lutas da sociedade civil pelas políticas públicas ocuparam espaço no executivo do Estado por meio dos Conselhos Setoriais, e, desse modo, os embates têm acontecido dentro dos aparelhos de participação institucionalizada, que são os conselhos setoriais, e as mobilizações acontecem nas conferências setoriais.

Nesse sentido, percebemos que, na saúde, com a Lei Orgânica 8.142 (BRASIL, 1990b), são instituídos os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, ambos nas três esferas de governo, que garantem a participação da comunidade no desenvolvimento, na implementação e na avaliação das políticas de saúde por meio do controle social.

Todavia, de acordo com Silva (2011), a concepção de controle social, considerando a definição de sociedade civil de Gramsci, precisa de uma desmistificação da ilusória homogeneização da sociedade civil como possuidora de interesses universais, trazendo para a análise os antagonismos de classe que permeiam e fazem parte das relações sociais de produção capitalista.

Ao trazermos esse contexto para a realidade do controle social em saúde, este não deve ser visto como homogêneo, mas antagônico, em que os representantes das classes possam trazer suas opiniões e seus interesses e, junto com os representantes políticos, possam decidir sobre os rumos das políticas de saúde.

Importante destacar, diante do cenário histórico do século XXI, que a concepção de Estado ampliado proposta por Gramsci se depara com barreiras ideológicas que prejudicam a implantação de uma relação entre Estado e sociedade que seja mais justa, com expressões e lutas políticas dos movimentos sociais que auxiliem a alcançar possibilidades contra a alienação da sociedade e que promovam o desenvolvimento de “relações dialéticas entre sociedade política e sociedade civil, tendo o consenso como base” (MATOS; FERREIRA, 2015, p.77).

Portanto, percebemos que, no momento histórico e político atual, os movimentos sociais são essenciais para acender na população a desalienação política e para promover o diálogo entre sociedade política e sociedade, estabelecendo o consenso entre elas.

2.3 Democracia: o controle social e a garantia do direito à saúde

A participação política é considerada como um direito de todas as pessoas pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948, p. 5), constando, inclusive, no artigo

21, que “Todo ser humano tem o direito de tomar parte no governo de seu país diretamente ou por intermédio de representantes livremente escolhidos”. Portanto, entendemos a participação social na saúde como uma forma de participação política, uma vez que ela precisa atuar no âmbito das políticas públicas de saúde.

Como já discutido anteriormente, Bravo e Correia (2012) fazem referência à participação social no SUS estruturada na perspectiva do controle social, com a finalidade de atuar em setores organizados da sociedade na elaboração e na efetivação das políticas de saúde, permitindo o desenvolvimento de espaços mais participativos e democráticos, como regularizado na gestão do SUS, e constituídos por representantes de usuários, gestores e trabalhadores de saúde.

Entretanto, segundo Correia (2000), no Brasil, o controle social na saúde sofreu influência das mudanças da relação entre Estado e Sociedade a partir de 1964, como explicitado anteriormente, quando teve início a Ditadura Militar. Essa autora comenta que, com o golpe de 1964, houve um rompimento da articulação entre Estado e sociedade, sendo um momento marcado pela repressão e pelo controle, em que o Estado passou a exercer o controle social sobre a população, suprimindo a participação popular e reprimindo as manifestações; assim, os movimentos populares e sindicais se encolheram.

Especificamente, na saúde, durante a Ditadura Militar, Paiva e Teixeira (2014) ressaltam que houve uma dicotomização do sistema público de saúde entre a medicina previdenciária e a saúde pública, em que a primeira era destinada à saúde individual dos trabalhadores formais, sendo responsabilidade dos institutos de pensão, e a segunda era de encargo do Ministério da Saúde, com o desenvolvimento de ações de caráter preventivo, em especial para as zonas rurais e a parcela mais pobre da população. Foi perceptível que, durante os governos militares, houve um incentivo à expansão do setor privado e, em contrapartida, expandiu-se, também, a cobertura da assistência médica previdenciária estatal à população menos favorecida economicamente.

Entendemos que a organização do sistema de saúde durante a Ditadura Militar levou a um descontentamento da população. E, de acordo com Paiva e Teixeira (2014), a partir de 1974, iniciou-se uma crise econômica internacional decorrente do aumento do preço do petróleo, que se intensificou no final da década de 1970. Desse modo, terminava o ciclo de forte crescimento econômico do país, o que estimularia o aumento das tensões sociais e a mobilização popular por mudanças na política e nas condições sociais, que originariam os movimentos por reformas na saúde.

Diante de tais movimentos, Correia (2000) relembra que, entre o período de 1974-1984, inicia-se uma mudança na relação entre Estado e sociedade, a partir do movimento social urbano sobre o saneamento básico e da saúde, em que, pressionado pelas manifestações, o Estado teve que fazer compromissos com as reivindicações populares e admitir o movimento popular como interlocutor.

Porém, segundo Gamarra Júnior (2006), a crise econômica e política do final da década de 1970 – que levou à abertura política do país – possibilitou que alguns setores ligados à saúde criticassem o modelo de saúde vigente e propusessem mudanças de forma mais aberta. O autor esclarece que esse movimento envolvia estudantes, médicos residentes, trabalhadores da academia e da pesquisa, além de trabalhadores vinculados aos serviços de assistência, políticos e intelectuais que eram oposição ao regime. Somado a isso, vários segmentos da população se organizavam para reivindicar melhores condições para a saúde, um início da organização do Movimento da Reforma Sanitária.

Durante a década de 1980, de acordo com Correia (2000), a relação entre Estado e sociedade vai mudando, uma vez que, com o processo de redemocratização, alguns movimentos sociais aceitam negociar com o Estado sobre as políticas públicas, e, desse modo, o Estado passa a ser visto como entremeado pelos contrastes das lutas políticas entre as classes sociais, permitindo-lhe inserir as necessidades da população nas políticas públicas implementadas. Essa mudança influenciou a transformação de caráter do controle social, em que a sociedade, a partir dos movimentos populares e sindicais, passou a ter a possibilidade de intervir nas ações do Estado.

Em 1984, Gamarra Júnior (2006) fez referência a uma grande mobilização popular reivindicando o direito de os cidadãos votarem nas eleições presidenciais, movimento que ficou conhecido como Diretas Já. Apesar de não terem acontecido eleições diretas naquele ano, existia um clima de liberdade política, e foi nesse cenário que teve início, pelo Movimento da Reforma Sanitária, a movimentação para a criação de um novo modelo de saúde.

Historicamente, o Movimento da Reforma Sanitária, desde a década de 1970, já propunha a participação social como componente indispensável para a estruturação do sistema de saúde (ESCOREL; MOREIRA, 2012), culminando, mais de uma década depois, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), evento que se constituiu como o grande marco da participação dos movimentos sociais e da sociedade civil nas discussões sobre as políticas de saúde, considerada fundamental para mudar os rumos da saúde pública no Brasil, quando foram estabelecidas as bases para a implantação do SUS.

Dentre as orientações presentes no Relatório Final da 8ª CNS (BRASIL, 1987, p.8) para assegurar o direito à saúde, está a necessidade de “estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado”.

Ainda a respeito da participação social no âmbito do sistema de saúde, esse Relatório Final da 8ª CNS preconizou a criação de Conselhos de Saúde nas esferas local, municipal, regional, estadual e nacional, com a participação de usuários e prestadores de serviços escolhidos (eleitos) pela comunidade, em que a sociedade precisa participar de “planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde”. Além disso, propôs a reformulação do Conselho Nacional de Saúde, incluindo a participação das três esferas de governo, além de entidades civis de caráter nacional, que tinha como principal finalidade a orientação para o desenvolvimento e a avaliação da atuação do SUS, bem como a formulação de políticas, orçamento e ações a serem desenvolvidos.

Compreendemos que a 8ª CNS foi imprescindível para a adoção da ‘participação da comunidade’ como uma das diretrizes do SUS pela Constituição Federal de 1988, uma vez que preconizou a implantação de espaços institucionalizados de participação social para a sua operacionalização.

Vimos que, em meio ao período de democratização política do país, o MRSB propôs a democratização na saúde, com a participação da comunidade, em que a população que utiliza os serviços do sistema de saúde poderia propor e fiscalizar a implementação de políticas de saúde, em uma perspectiva democrática.

O termo democracia, de acordo com o Dicionário Online de Português (DICIO, 2022), significa: “governo em que o poder é exercido pelo povo; sistema governamental e político em que os dirigentes são escolhidos através de eleições populares; regime que se baseia na ideia de liberdade e de soberania popular; regime em que não existem desigualdades e/ou privilégios de classes: a democracia, em oposição à ditadura, permite que os cidadãos se expressem livremente”.

Para Chauí (1997, p.141), a democracia, para a tradição dos pensamentos democráticos, significa “a) igualdade. b) soberania popular, c) preenchimento das exigências constitucionais, d) reconhecimento da maioria e dos direitos da minoria, e) liberdade”.

Por sua vez, segundo Bobbio (1986, p.17), a democracia é caracterizada como um “conjunto de regras (primárias ou fundamentais) que estabelece *quem*³ está autorizado a tomar

³As palavras em itálico são citações *ipsi literis* dos autores, no decorrer do texto desta tese.

as decisões coletivas e com quais *procedimentos*.”, em que todo o grupo social tem a obrigatoriedade de tomar “decisões vinculatórias” para todos os seus membros. Apesar disso, mesmo as decisões de grupo são tomadas por indivíduos.

Esse autor ainda destaca que, para que uma decisão tomada por indivíduos seja aceita como uma decisão coletiva, é necessário que seja realizada baseada em regras que definam quem são os “indivíduos autorizados a tomar as decisões vinculatórias para todos os membros do grupo, e à base de quais procedimentos” (BOBBIO, 1986, p.17), reforçando que, no regime democrático, os indivíduos que devem tomar (ou colaborar na tomada de) decisões coletivas devem ser um número elevado de membros do grupo.

Ainda, segundo Bobbio (1986, p.19), para caracterizar a democracia, não basta conferir a um maior número de pessoas o direito de participar das tomadas de decisões coletivas e estabelecer regras de procedimento, é necessário que os indivíduos “chamados a decidir”, ou os que vão escolher quem vai decidir, disponham de alternativas reais e possam escolher entre elas a que achar melhor. Para tanto, é imprescindível que seja garantido a esses sujeitos os direitos “de liberdade, de opinião, de reunião, de associação”.

É importante ressaltar que “O modelo ideal de democracia prima pela participação da sociedade nas decisões públicas, influenciando diretamente às instituições” (COSTA; VIEIRA, 2013). Nesse sentido, na democracia, os cidadãos têm direitos iguais, em que todos podem influenciar nas decisões referentes à sociedade, de forma direta ou indireta, elegendo indivíduos que representem a coletividade.

Enfim, para Bobbio (2004, p.47), o conceito de democracia é intrínseco ao conceito de direitos do homem; segundo ele “Se se elimina uma concepção individualista da sociedade, não se pode mais justificar a democracia do que aquela segundo a qual, na democracia, os indivíduos, todos os indivíduos, detêm uma parte da soberania”.

Por conseguinte, para Aith (2014-2015), uma das grandes dificuldades para a concretização do direito à saúde no Brasil é o desenvolvimento da democracia sanitária no país, que seja capaz de garantir a participação da população no processo decisório acerca das políticas de saúde. Para que isso ocorra, ainda segundo o autor, é necessária a criação e a consolidação de instituições e processos juridicamente regulados que permitam a participação da sociedade nas decisões do Estado sobre a saúde.

Complementando tal ideia, Aith (2014-2015) refere que a democracia sanitária supõe que haja a criação, o incentivo e o desenvolvimento, pelo Estado, de espaços de participação democrática da sociedade no processo decisório estatal sobre as questões da saúde, possibilitando que seja efetivado o dever constitucional de garantir o direito à saúde.

Foi na década de 1990, segundo Escorel e Moreira (2012), que a participação social ganhou força, deixando de se fazer referência apenas aos setores sociais excluídos e aceitando os diversos interesses e projetos, e, assim, a categoria principal passou a ser a ‘sociedade’ e não só a ‘comunidade’ ou o ‘povo’.

A institucionalização da participação social, segundo Costa e Vieira (2013), tem a finalidade de trazer para dentro do Estado uma nova prática da democratização da esfera pública, permitindo uma maior participação da sociedade. De acordo com os autores, para que seja preservada a “esfera coletiva de decisão”, é imprescindível a preservação da igualdade e da liberdade de opinião dos sujeitos envolvidos nesse processo, além de ela ser orientada pelo desenvolvimento de acordos que busquem o melhor para o coletivo.

Segundo Rolim, Cruz e Sampaio (2013), o SUS foi a primeira política pública brasileira a adotar a participação da sociedade como um de seus princípios, reiterando a atuação do controle social sobre as práticas de saúde, como também evidenciando a possibilidade de participação por meio de outros espaços institucionalizados.

Por isso, entendemos que a participação social no SUS traz a oportunidade do desenvolvimento de políticas de saúde direcionadas para as necessidades de saúde da população, ao propor que os cidadãos participem da fiscalização e da proposição dessas políticas, ampliando, assim, a possibilidade da execução de ações de saúde resolutivas.

O direito à saúde defendido pelo MRSB, para Sposati e Lobo (1992), pressupõe o envolvimento da população para reconhecer e efetivar esse direito, ou seja, a participação da população na luta pela garantia do direito à saúde. Entretanto, essa participação social, para Escorel e Moreira (2012), ao mesmo tempo que é influenciada pela cultura de uma sociedade, possui também condições de a transformar, uma característica dialética e subversiva que pode gerar dificuldades para o seu desenvolvimento. Por isso, precisamos lutar por espaços de participação da sociedade na saúde, pensando em proporcionar o desenvolvimento de políticas de saúde mais adequadas à realidade da população brasileira.

Concordamos com essas autoras quanto ao fato de que a norma legal criou um ‘fluxo decisório e operacional’, o que deu às Conferências de Saúde legitimidade para proporem diretrizes para formular políticas, considerando a avaliação da situação de saúde, assim como, aos Conselhos de Saúde, alteridade para formular estratégias e controlar o desenvolvimento das políticas de saúde. Já às instâncias executivas, Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais, cabem a implementação das políticas e a aceitação das decisões dos Conselhos.

É inegável que o protagonismo desses Conselhos de Saúde com a alteridade dos seus conselheiros pode mostrar a efetividade para a proposição e a execução de políticas que sejam

de fato direcionadas às necessidades da população. Todavia, Escorel e Moreira (2012) ressaltam que os Conselhos e as Conferências de Saúde não são as únicas formas de participação social do sistema de saúde, mas são as únicas obrigatórias para todo o território nacional, compondo um sistema de controle social.

Outras formas de participação social são reportadas por Coelho (2012, p.140), tanto individuais quanto coletivas, de participação democrática, que são utilizadas e podem ser entendidas enquanto controle social, como “conselhos locais ou conselhos gestores, fóruns de trabalhadores, Ministério Público, ouvidorias, gestão participativa, pressão popular sobre o Congresso, e até a judicialização da saúde”.

Portanto, fica claro que a participação dos cidadãos na defesa pela garantia do direito à saúde não se resume apenas às instâncias ‘obrigatórias’ como os Conselhos e as Conferências de Saúde, mas pode acontecer em outros espaços abertos para acolher as demandas da população.

A respeito do funcionamento das Conferências e dos Conselhos de Saúde, a Lei 8.142 (BRASIL, 1990b), no inciso 4 do Artigo 1º, explicita que a representação dos usuários nos Conselhos e nas Conferências será paritária em relação aos demais segmentos. Entretanto, a definição da porcentagem e dos segmentos que comporiam essas instâncias só foi estabelecida na Resolução n.º 33, de 23 de dezembro de 1992 (BRASIL, 1992), que aprovou as recomendações para a Constituição e a Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, ficando definido que seriam compostos, respectivamente, com 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços públicos e privados.

Atualmente, as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde estão dispostas na Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012 (BRASIL, 2012a), que define a composição e as representações sociais que podem fazer parte do Conselho de Saúde, sua estrutura e seu funcionamento, com garantia da autonomia administrativa e financeira para o funcionamento e a organização da secretaria-executiva com infraestrutura e apoios técnicos necessários, além de definir a realização das reuniões pelo menos uma vez ao mês e, extraordinariamente, quando for preciso.

As Conferências de Saúde, por sua vez, de acordo com Escorel e Moreira (2012), precisam acontecer no mínimo a cada quatro anos de forma ascendente: Conferências municipais, regionais, estaduais e nacional, de modo que os municípios tenham seus representantes nessas Conferências, garantindo, assim, que haja a representação de todo o território nacional.

Outrossim, não podemos deixar de destacar a discussão de Magalhães (2017) sobre as particularidades da autonomia e heteronomia no exercício do Conselho Municipal de Saúde, até porque são de suma importância, para a compreensão de como acontece o funcionamento do controle social, os aspectos que podem influenciar na sua atuação e se ele é autônomo ou não nas decisões para executar o controle social. Assim, a seguir, trazemos alguns conceitos de autonomia que se aplicam ao presente estudo.

De acordo com Marchi e Sztajn (1998), autonomia vem do grego *auto* e *nomos*, e significa a autoridade em conceder a si próprio regras, estabelecendo os seus próprios interesses e relações; a autonomia é o poder efetivado pelo indivíduo com total independência.

Segundo Kant (2007, p.75), a autonomia caracteriza-se pelo indivíduo estar sujeito “*só à sua própria legislação*, embora esta legislação seja *universal*, e que ele estava somente obrigado a agir conforme a sua própria vontade, mas que, segundo o fim natural, essa vontade era legisladora universal”.

Apesar disso, segundo Marchi e Sztajn (1998), apenas a capacidade e a vontade não são capazes para o desenvolvimento pleno da autonomia, pois, para a ordem jurídica, a informação é essencial para que o sujeito faça suas escolhas na conjuntura de uma convivência equilibrada em sociedade.

Ainda segundo Kant (2007, p.79), “*Autonomia* é, pois, o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional”, sendo considerada como o único princípio da moral.

A partir desses conceitos, entendemos que a autonomia dos membros do Conselho Municipal de Saúde e do próprio Conselho é de extrema importância para o exercício do controle social, tendo em vista que os conselheiros só poderão expor suas opiniões, discutir, propor e se contrapor durante suas ações se possuírem autonomia. Para tanto, é necessário que eles tenham direito à informação para sua tomada de decisão.

Entretanto, para Kant (2007), tudo o que se opõe à autonomia é heteronomia, ou seja, quando as ações são determinadas por qualquer aspecto que não seja pela aptidão do indivíduo.

Quando a vontade busca a lei, que deve determiná-la, *em qualquer outro ponto* que não seja a aptidão das suas máximas para a sua própria legislação universal, quando, portanto, passando além de si mesma, busca essa lei na natureza de qualquer dos seus objectos, o resultado é então sempre *heteronomia*. Não é a vontade que então se dá a lei a si mesma, mas é sim o objecto que dá a lei à vontade pela sua relação com ela (KANT, 2007, p.86).

O entendimento é de que “A autonomia da vontade é o único princípio de todas as leis morais e dos deveres conformes a elas: contrariamente, toda a heteronomia do arbítrio não só não funda obrigação alguma, mas, antes, contraria o princípio da mesma e da moralidade da vontade” (KANT, 1987, p.55).

O estudo de Magalhães (2017), “Controle social no processo participativo: um estudo no Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (MG)”, reitera alguns entraves para a consolidação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) como um espaço pleno do controle social; entre eles está a incompletude da autonomia do conselho, pois houve a identificação de alguns traços de heteronomia. Dentre os aspectos identificados que dificultam a autonomia, estão presentes: a interferência política; os problemas de representatividade; as decisões que não são de fato tomadas pelo conselho; e o distanciamento entre o conselheiro e a sua representação.

Outras dificuldades foram identificadas nesse estudo como prejudiciais ao processo participativo no CMS, ferindo a autonomia dos conselheiros, dentre elas

[...] existência de influências na atuação dos conselheiros, partidarização, [...] engajamento proforma, utilização da linguagem como forma de intimidação dos usuários, traços de coerção, tentativas de imposição de opiniões, tentativas de restrição de vozes dos conselheiros, problemas na capacitação e falta de definição quanto à proposição das pautas (MAGALHÃES, 2017, p.127).

Diante de tais dificuldades, é preciso, urgentemente, garantir a autonomia do conselheiro, e, acima de tudo, respeitá-lo em sua dignidade humana e entendê-lo como capaz de exercer as ‘funções’ para as quais foi escolhido, para que ele possa fazer suas escolhas. Nesse sentido, compreendemos que um Conselho Municipal de Saúde autônomo conseguirá discutir, propor e fiscalizar as políticas de saúde para que elas sejam desenvolvidas em prol do bem comum da população.

Ao resgatarmos a historicidade da criação dos Conselhos de Saúde, de acordo com Stralen e outros (2006), a sua implantação foi resultado de uma política indutora do Ministério da Saúde, que atrelou o repasse de recursos financeiros federais à criação dos Conselhos Municipais de Saúde. Amorim e outros (2012) justificam que isso levou à sua institucionalização, considerada inclusive diferente, pois alguns só existem de forma ‘cartorial’ e outros, de fato, assumem a sua função de fiscalizar e deliberar.

Mas é possível que nem todos os conselheiros conheçam a importância do Conselho para o exercício da democracia na saúde e, em consequência, para a garantia do direito à saúde a todos os brasileiros. Por isso, defendemos que, para o exercício da fiscalização e da

deliberação dos Conselhos de Saúde, é necessário que não apenas os conselheiros, mas os gestores, os trabalhadores de saúde e a população, conheçam a importância dessa instância para a sua efetiva operacionalização, e isso será possível quando houver a disseminação de informações sobre as instâncias do controle social na saúde.

De acordo com a Resolução 453 de 2012 (BRASIL, 2012a, s/p.), no inciso XXIV, é competência do Conselho de Saúde “estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões nos meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões e dos eventos”.

No estudo de Cotta, Cazal e Martins (2010), elas reforçam que é essencial que o Conselho de Saúde tenha visibilidade para o exercício do controle social, ou seja, que se divulguem as informações tratadas durante as reuniões para a população, uma forma de transparência das ações, inclusive desenvolvendo meios de comunicação com a sociedade.

Por isso, reiteramos que o conhecimento da sociedade sobre a atuação do Conselho de Saúde precisa criar canais de comunicação que permitam a divulgação de informações não só sobre os assuntos tratados nas reuniões, mas também para o desenvolvimento de uma consciência política da saúde.

Por conseguinte, a participação social nos Conselhos de Saúde iniciou uma nova institucionalidade no sistema de saúde ao incluir os usuários como, agora, sujeitos sociais no domínio público (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010), constituindo-se espaços ‘novos’ legitimados com a inserção da sociedade civil, em virtude da oportunidade nas decisões acerca das políticas públicas de saúde em defesa dos direitos à saúde dos cidadãos, uma vez que os Conselhos de Saúde podem se configurar como espaços que oportunizam uma gestão democrática das políticas públicas de saúde.

Destarte, o controle social diz respeito à participação dos cidadãos nas políticas públicas, de modo que sua formulação, sua construção e sua implementação aconteçam de forma mais participativa e democrática, buscando o fortalecimento do exercício da cidadania (DUBOW et al., 2017). Nesse sentido, lutamos para que a participação popular seja uma conquista efetiva dos cidadãos brasileiros, fundamental à sua cidadania, não só enquanto um direito, mas também como um dever do cidadão.

Concordamos com Rolim, Cruz e Sampaio (2013) na afirmação de que o controle social no SUS é considerado uma das formas mais avançadas de democracia, tendo em vista que leva para a produção de uma nova relação entre o Estado e a sociedade, ao permitir que as decisões

com relação às ações de saúde sejam negociadas com os representantes da sociedade, pois eles conhecem as condições de saúde da população e/ou da comunidade.

Além disso, enquanto espaços democráticos, esses autores reforçam que os Conselhos de Saúde podem possibilitar a escuta da sociedade sobre as suas necessidades, assim como sobre a avaliação que fazem das ações implementadas, uma vez que a população usuária do sistema precisará ter um momento de escuta privilegiado.

Enfim, acreditamos que os Conselhos de Saúde são espaços oportunos de discussões capazes de produzir uma nova realidade entre o Estado e a sociedade, em que haja o respeito mútuo e o reconhecimento de cada segmento social para o desenvolvimento das suas ações. Mas, eles precisam funcionar como um local que escute e defenda as necessidades de saúde da população, para que consigam propor ações e avaliar as já implementadas, no sentido de proporcionar uma melhor qualidade de vida das pessoas, ou seja, a saúde delas.

Enquanto espaços de discussões, os Conselhos de Saúde são entendidos por Escorel e Moreira (2012) como locais de poder, de conflitos e de negociações, que têm prosperado quando relacionados à possibilidade de os usuários do SUS participarem do controle das ações governamentais, da mudança no modo de intervir e do processo de aprendizado da atuação do poder político.

Em 2014, fomos contemplados com a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e com o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS), instituídos pelo Decreto nº 8.243 de 23 de maio (BRASIL, 2014, p. 1), com o objetivo de “fortalecer e articular os mecanismos e as instâncias democráticas de diálogo e a atuação conjunta entre a administração pública federal e a sociedade civil”.

O Decreto considera os seguintes espaços para a participação social (BRASIL, 2014):

- Conselho de Políticas Públicas;
- Comissão de Políticas Públicas;
- Conferência Nacional de Saúde;
- Ouvidoria pública federal;
- Mesa de diálogo;
- Fórum interconselhos;
- Audiência pública;
- Consulta pública; e
- Ambiente virtual de participação social.

Ao analisarmos esse Decreto (BRASIL, 2014), notamos uma maior abertura para a participação da sociedade em espaços democráticos, com o exercício do controle social. Apesar

disso, em meio às perdas de direitos que temos vivenciado nos últimos anos, em maio de 2019 foi sancionado o Decreto 9.759 (BRASIL, 2019), que, como afirma seu artigo primeiro, “extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal direta, autárquica e fundacional”, além de revogar o Decreto nº 8.243/2014 (BRASIL, 2014), conforme disposto no artigo 10.

Desse modo, é um decreto que se configura como mais uma perda de direito aos cidadãos brasileiros, o que pode influenciar na defesa pela garantia do direito à saúde, uma vez que impossibilita a criação de espaços de discussão e luta.

Em maio de 2019, a PNPS e o SNPS voltaram a ser pauta na Câmara dos Deputados ao ser criado o Projeto de Lei 128/19 para instituir novamente a política e o sistema (JANARY JUNIOR; SEABRA, 2019). Segundo informação recente, de 05 de maio de 2021, obtida no site da Câmara de Deputados, o PL 128/19 encontra-se “Aguardando Designação de Relator na Comissão de Finanças e Tributação (CFT)” (CÂMARA DEPUTADOS, 2021).

O Decreto 9.759/2019 (BRASIL, 2019) não extinguiu os Conselhos e as Conferências de Saúde, mas acabou prejudicando outras formas de participação social no SUS, como a Ouvidoria Federal. Tal atitude do governo Bolsonaro, em revogar a PNPS, configura-se como uma afronta à participação social no Brasil, impedindo que a sociedade civil esteja presente em espaços de discussão sobre políticas públicas, inclusive as de saúde, ferindo, assim, a democracia.

Apesar das possibilidades de atuação do controle social no SUS, em especial dos Conselhos, Carvalho e outros (2017), Amorim e outros (2012) e Oliveira e Pinheiro (2010) fazem referência a algumas dificuldades para a efetivação dessa instância:

- baixa consciência política da população;
- burocratização dos Conselhos de Saúde;
- transformação dos Conselhos de Saúde apenas em estruturas consultivas;
- vinculação dos Conselhos às Secretarias e aos Departamentos de Saúde;
- dificuldade dos Conselhos de definir objetivos que representem as necessidades da comunidade;
- falta das informações em saúde para os conselheiros;
- autoritarismo e manipulação dos gestores locais;
- insuficiência de recursos financeiros;
- pouca resolubilidade dos serviços de saúde;
- diferença de poder e de conhecimento entre os conselheiros;
- modelo de atenção orientado pelo modelo biomédico;

- interferência político-partidária nas decisões; e
- cobrança pelas ações de saúde por serviços privados contratados pelo SUS.

Além do mais, Amorim e outros (2012) apontam que a baixa politização da sociedade brasileira pode também levar a decisões que, na maioria das vezes, não refletem a defesa do bem comum e os anseios de todos, uma vez que acabam gerando benefício e poder a determinados grupos. Contra esse propósito, entendemos, que é necessária uma efetiva participação social, em que trabalhadores de saúde, gestores e usuários exerçam seu protagonismo como cidadãos em prol das conquistas defendidas no SUS.

Porém, a realidade encontrada no estudo de Carvalho e outros (2017) traduz a dificuldade do Conselho de Saúde em definir objetivos que representem as necessidades da comunidade, devido a os Conselhos serem compostos por vários atores que possuem interesses e projetos diferentes, que podem gerar conflitos. Há três décadas, Sposati e Lobo (1992) já faziam referência a uma realidade parecida ao afirmarem que a construção democrática é espaço de uma relação de conflito, o que o torna complexo por ser um local de convívio de vários sujeitos e interlocutores diferentes para a estruturação democrática.

Esse panorama nos leva a refletir que os conselheiros precisam reconhecer a realidade dos demais segmentos que compõem o Conselho e não apenas do que representam, e, portanto, necessitam lutar coletivamente pelo bem comum. Mas, um dos maiores desafios para a atuação dos conselheiros no Conselho de Saúde, em virtude da dificuldade, é ter acesso às informações de saúde (informações sobre financiamento e orçamento; informações sanitárias, epidemiológicas e legislação), uma vez que, segundo Carvalho e outros (2017), essas informações são fundamentais para a tomada de decisão sobre o planejamento e a operacionalização das políticas públicas de saúde.

Os autores também reforçam que isso compromete as decisões dos usuários, que, por sua vez, têm dificuldades em tomar decisões mesmo quando possuem as informações adequadas, pois não têm conhecimentos técnicos sobre as questões tratadas nos Conselhos.

Daí, compreendemos a importância do exercício da Alteridade nos Conselhos de Saúde, respeitando as diferenças e as necessidades de cada segmento social e as suas demandas, para que as decisões tomadas atendam os anseios de todos e não apenas de grupos específicos que, muitas vezes, são privilegiados pelas relações de conhecimento e poder.

Todavia, além das dificuldades já referidas, Carvalho e outros (2017, p.148) complementam alguns aspectos que dificultam o exercício do controle social nos Conselhos Municipais de Saúde, como “o desrespeito à paridade; o desequilíbrio entre as representações

[...]; as precárias condições operacionais e de infraestrutura; a falta de regularidade de funcionamento e a permanência de conselheiros por prazo indeterminado”.

Tais dificuldades levam à compreensão de que, para que elas sejam superadas, é necessário um maior conhecimento da sociedade a respeito das instâncias do controle social do SUS, além de um maior compromisso dos conselheiros no seu protagonismo, bem como a adoção de uma cultura de respeito e compromisso com as demandas de todos os segmentos sociais.

Ademais, para Shimizu e Moura (2015), é preciso a incorporação à democracia participativa de um enfoque educativo sobre a atuação em questões políticas e comunitárias, o que poderá influenciar para o desenvolvimento de cidadãos aptos a garantir a democracia. Desse modo, ao se tornarem informados, os cidadãos, por meio da participação ativa, poderão mudar suas representações e ampliar suas perspectivas, saindo de interesses apenas pessoais, além de defender o SUS, um bem de todos.

No entanto, para Cotta e outros (2010), a capacitação permanente dos conselheiros de saúde ainda é um desafio, mas se constitui como uma possibilidade de superar as limitações para instituição das conquistas legais, permitindo que os conselheiros sejam protagonistas na estruturação de um SUS universal e equitativo.

Ainda, de acordo com Carvalho e outros (2017), o fato de a participação da comunidade ser institucionalizada no SUS não garante que as oportunidades de acesso ao poder sejam iguais para todos e nem ‘apaga’ as disparidades de caráter reivindicatório entre os representantes sociais.

Mas, mesmo com essas dificuldades enfrentadas, Cotta, Casal e Martins (2010), afirmam que, para a efetivação do controle social, o Conselho de Saúde continua sendo um lugar de participação da sociedade que poderá possibilitar o encontro entre sujeitos sociais que anteriormente não participavam das discussões políticas e do processo decisório.

Ao analisar o controle social na perspectiva dos conselheiros municipais de saúde, no estudo de Zambom e Ogata (2013), o Conselho foi reconhecido como a voz da população ou uma interlocução dos usuários com os serviços de saúde, de modo a facilitar o acesso da população à saúde. Por isso, a referência social do Conselho de Saúde como um espaço concreto para discussão das necessidades de saúde dos usuários poderá facilitar a oferta dos serviços necessários para atender as suas demandas.

Nessa direção, Correia (2007), ao analisar as ações do Conselho Nacional de Saúde, refere que elas evitaram a implementação de várias recomendações do Banco Mundial para a política de saúde brasileira que contradiziam os direitos reconhecidos na Constituição Federal,

dentre elas as mobilizações e a aprovação de resolução contra a Proposta de Emenda Constitucional nº 32, que indicava a remoção da garantia legal do acesso universal à saúde, o que alteraria o artigo 196 da Constituição de 1988; a luta pela efetivação da Norma Operacional Básica do SUS de 1996-NOB/SUS/96 (BRASIL, 1996), e por mais recursos para a sua operacionalização, defendendo a integralidade da atenção à saúde, sendo contrária a orientação do Banco Mundial de racionalizar o acesso aos serviços hospitalares e realizar o repasse de recursos da média e alta complexidade para ampliação da rede básica de saúde.

Sob esse viés, Sposati e Lobo (1992) entendem que o controle social traz a possibilidade de superar o caráter privatista, que favorece apenas a alguns, e permite a discussão das questões e das decisões por mais atores, além de reforçarem que o controle social torna-se não apenas um espaço de fiscalização, mas também de negociação.

Ao ressaltarmos a importância da efetivação dos espaços de atuação do Controle Social no SUS, fica evidenciada a concretização do direito à saúde. Espaços esses que, de acordo com Cruz e outros (2012) e Müller Neto e Artmann (2014), oportunizam a participação da comunidade na formulação e na execução da política de saúde no Brasil, considerada um princípio orientador do sistema de saúde, que é capaz de identificar prioridades e de intervir nos serviços públicos de saúde por meio do incentivo ao desenvolvimento de políticas de saúde de maneira equânime, democrática e participativa.

Portanto, é fundamental refletir sobre a necessidade de incorporar demandas coletivas na arena da saúde por meio da participação social, uma ferramenta de ampliação da cidadania, uma vez que, para Dubow e outros (2017), isso poderá possibilitar mudanças que avancem na concretização do SUS e na garantia do acesso universal à saúde.

Entretanto, a participação da população nas instâncias do controle social precisa ser estimulada, para que, ao conhecerem a relevância desses locais de luta, os sujeitos possam participar das discussões e fazer frente à luta para a garantia de acesso à saúde como direito.

Acreditamos que essa participação social é necessária para o desenvolvimento da cidadania no dia a dia, mas, segundo Escorel e Moreira (2012), ela requer uma constante reflexão sobre suas normas, dificuldades e perspectivas, ao tempo que, como complementam os autores, a participação social pode ser entendida como um processo de aprendizagem que acontece no respeito às diferenças e no desenvolvimento de locais de convivência e discussões políticas.

No entanto, apesar de Oliveira e Pinheiro (2010, p.2462) entenderem que “os Conselhos de Saúde são espaços privilegiados para a gestão democrática das políticas públicas e um dos espaços de luta para a garantia do direito à saúde”, ainda temos que avançar na atuação da

participação e do controle social; inclusive, os conselheiros precisam atuar efetivamente nas reuniões e não ser apenas mais um indivíduo presente.

Outras concepções sobre controle social são concebidas por Bordenave (1983), Gohn (2003) e Escorel e Moreira (2012, p.858), os quais consideram a participação social como um conjunto de relações culturais, sociopolíticas e econômicas em que os sujeitos, de forma individual ou coletiva, de forma direta pelos seus representantes, orientam seus objetivos para as políticas públicas em busca de uma participação ativa na “formulação, implementação, implantação, execução, avaliação, fiscalização e discussão orçamentária das ações, programas e estratégias que regulam a distribuição dos bens públicos”, que, muitas vezes, interferem diretamente na garantia dos direitos dos cidadãos.

Particularmente, a participação política, segundo Sani (1998), pode acontecer de formas distintas, desde um simples observador até um protagonista, sendo distinguidas três (3) formas de participação:

- a **presença** constitui a forma mais marginal da participação, em que o indivíduo apresenta comportamentos receptivos ou passivos, não dando qualquer contribuição pessoal;
- a **ativação**, em que o indivíduo desenvolve, dentro ou fora de uma organização política, atividades que lhes foram delegadas de forma permanente ou esporádica, ou que ele tem autonomia para desenvolver, como, por exemplo, participar de campanhas eleitorais ou de manifestações de protesto;
- a **participação**, quando o sujeito auxilia direta ou indiretamente com uma tomada de decisão política.

Nessa compreensão da saúde como uma política, temos, na realidade, os tipos de participação propostos por Sani (1998) atuantes nos Conselhos de Saúde. Porém, neste estudo, defendemos como tipo ideal de atuação a ‘participação’, para que o acesso ao direito à saúde seja efetivo.

Para Sani (1998), a participação de modo direto só ocorre em determinados contextos políticos. Geralmente, o que acontece é a contribuição indireta, a partir da escolha dos indivíduos que, por certo período de tempo, serão investidos de poder para avaliar alternativas e deliberar sobre situações que estão relacionadas à sociedade. O autor ainda considera que a participação política no sentido estrito (direto) só tem como acontecer com um número pequeno de pessoas, em sistemas ou órgãos políticos que não possuem caráter competitivo e que usam o recurso da eleição, para diversos fins.

Contudo, apesar de compreendermos que o CMS se trata de um órgão político, é visível que nele ocorre tanto a participação direta, por meio dos conselheiros, quanto indireta, quando

as entidades escolhem os seus representantes, em que são discutidas e resolvidas questões sobre as políticas de saúde. Assumimos neste estudo que a “participação” e a “ativação” são os tipos mais indicado para o CMS, uma vez que os conselheiros de saúde precisam se sentir atores dos processos de discussão e deliberação no CMS, com autonomia, e utilizar esses e outros espaços para defenderem o bem comum da população.

Na pesquisa de Oliveira e Pinheiro (2010), ao indagarem aos conselheiros quais os sentidos da participação no Conselho, foram verbalizados como sentidos:

- participação proporciona aprendizagem, na medida em que podem aprender e ensinar, aprender a ouvir, a conviver com as diferenças, e sobre a política de saúde;
- participação contribui com a coletividade na luta pela garantia do direito à saúde, característica de alguns representantes de movimentos comunitários, uma vez que os representantes de segmentos específicos e de categoria profissional possuem uma visão mais corporativista, tendendo a focar na defesa dos segmentos que representam;
- participação leva a um conflito entre a responsabilidade em decidir sobre a política de saúde em defesa dos princípios do SUS e ter que garantir a sua sobrevivência;
- participação representa um fardo pesado, em que o Conselho é visto como uma instância burocrática formal, que muitas vezes leva a um ‘desencanto’ pela atuação não efetiva, pela fragilidade do poder do Conselho e pelas dificuldades enfrentadas para exercer a democracia nesse espaço.

As práticas de participação na sociedade redirecionam as relações entre o Estado e a sociedade civil, sendo que a participação será política em maior ou menor grau, tendo em vista que pode influenciar nas relações de poder e nas definições das políticas que delineiam o futuro da coletividade (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010). Nessa perspectiva, Campos e outros (2016) defendem que as instâncias do controle social necessitam ser desburocratizadas, originando espaços de formação e educação do SUS.

Por sua vez, no estudo de Cotta e outros (2010), os conselheiros de saúde, participantes da pesquisa, ressaltaram que a importância do conselheiro estava relacionada à possibilidade de auxiliar, planejar e controlar as políticas de saúde com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (48,3% dos participantes); de entender, intervir e ter poder de decisão nas políticas de saúde (31% dos participantes); de compreender e possibilitar avanços positivos com relação à saúde do município (20,6% dos participantes); e de desenvolver o controle social (10,3%).

Tais resultados evidenciam a necessidade de que os indivíduos que fazem parte dos Conselhos de Saúde reconheçam essas instâncias enquanto locais de exercício do controle

social, para que possam exercer as suas competências em prol da melhoria da qualidade de vida da população.

Diante das discussões aqui apresentadas, entendemos que as instâncias do controle social precisam ser reconhecidas como espaços democráticos propícios à luta pela garantia do acesso à saúde como direito, uma vez que são formadas por representantes de segmentos sociais que compõem o SUS (trabalhadores, gestores e usuários).

2.4 Alteridade: o ‘eu’ e o ‘outro’ na relação dos sujeitos protagonistas das decisões e ações à garantia do direito à saúde

Considerando os temas já discutidos neste estudo, ratificamos mais uma vez a atuação do controle social como peça fundamental para a garantia do acesso à saúde como direito. Por isso, entendemos que é necessário o envolvimento político dos cidadãos e, principalmente, dos representantes dos segmentos sociais que participam das instâncias do controle social, para que as decisões políticas sejam democratizadas e efetivas às necessidades da população.

Mas, para que as decisões políticas sejam democratizadas, Galheigo (2008, p.67) entende que é necessário seguir alguns princípios de ação, tais como “aceitar o *outro*, ter acesso à informação, apropriar-se da representação enquanto estratégia política, ter capilaridade por meio de canais permeáveis às informações e à problematização das questões sociais”, para se conseguir o desenvolvimento de capital social.

A saúde pode ser compreendida como capital social ao ser considerada como resultante de fatores sociais - e não apenas biológicos - que a determinam. Além disso, para Costa e Bernardes (2012, p.832), a produção de saúde faz parte da esfera social/ pública, pois se constitui em um “espaço privilegiado do coletivo e da diferença, ou seja, da própria alteridade”. Desse modo, a produção de saúde é considerada como uma produção social de saúde e Alteridade.

Ao levarmos em consideração os princípios propostos por Galheigo (2008), discutiremos neste item do trabalho o aceitar o *outro*, que, a partir das leituras realizadas, se constitui na Alteridade. Para Costa e Bernardes (2012), na demarcação da afirmação da vida, a diferença que produz diferença pode ser entendida como Alteridade, ou seja, as condições programadas para produção da vida só devem ser idealizadas no domínio da Alteridade, conceituada a seguir por uma diversidade de autores.

Alteridade “é a condição de outro em relação a mim”, ou seja, como o outro se apresenta para mim (SOUZA, 2008, p.141).

Por sua vez, Lévinas (2009, p194), ao se referir sobre a Alteridade, fala sobre o ‘rostro’ para explicar que este significa a proximidade do outro [outro homem], e essa proximidade é uma exposição extrema que revela as vulnerabilidades do outro, sua miséria e solidão, sua exposição à morte invisível que “me convoca, me suplica, me reclama” à responsabilidade, “como se a morte invisível que o rosto de outrem enfrenta – pura alteridade, separada, de algum modo, de todo conjunto – fosse ‘meu negócio’.

Dando sequência ao assunto, Lévinas diz que a morte do outro homem nos questiona, diante da nossa indiferença às suas necessidades, como se fôssemos cúmplices da morte invisível a que ele está exposto, e como se tivéssemos que assumir essa morte do outro e não o deixar em sua solidão mortal. Esse chamado à responsabilidade, nessa convocação ou nesse questionamento, é que o outro é próximo.

A partir dessa afirmação, compreendemos que, para Lévinas, a Alteridade seria o reconhecimento do outro [sua miséria, necessidades] a partir do encontro com seu rosto [exposição extrema] que nos chama à responsabilidade, a ajudá-lo, a interceder por ele.

O rosto, ao expor a ‘nudez’ do outro, deve despertar o “tu não matarás”, que quer dizer que não devemos negligenciar as necessidades do outro, não deixar que o outro sucumba, morra sozinho, sem ajuda (LÉVINAS, 2009, p.144).

O rosto onde se apresenta o Outro – absolutamente outro – não nega o Mesmo, não o violenta como a opinião ou a autoridade ou o sobrenatural taumatúrgico. [...] Essa apresentação é não-violência por excelência, porque em vez de ferir a minha liberdade, chama-a à responsabilidade e implanta-a (LÉVINAS, 1988, p.181).

Desse modo, para Lévinas, ao expor suas opiniões e necessidades, o outro nos chama à responsabilidade de intervir sobre as situações necessárias, mas isso não fere a liberdade do eu.

No seu estudo “Lévinas e o outro: a ética da alteridade como fundamento da justiça”, Gomes (2008, p.39), ao interpretar Emmanuel Lévinas, afirma que a ética da Alteridade constitui-se no abrir-se para o outro, principalmente para o que é apresentado pelo outro como diferente, desigual, que requer respeito do modo como se apresenta, “sem indiferença, descaso, repulsa ou exclusão pelas suas particularidades”.

Associado a isso, de acordo com Costa e Caetano (2014), Lévinas concebe que a Alteridade contribui para a procura de um aspecto mais humano de viver em sociedade, em que cada pessoa tenha responsabilidade pelo próximo. Ressalta-se, ainda, que Lévinas sugere que, na abertura e na sensibilidade do eu ao outro, ao sair do em-si-mesmo, é que o indivíduo se

percebe como responsável pelo seu próximo e descobre o sentido da sua própria vida, produzindo justiça.

Por essa razão, segundo Lévinas (2009, p.197), o encontro com o rosto do outro leva a uma inversão humana do em-si e do para-si, em que se passa do “cada um por si” para priorizar o para-outro, em que um eu único passa a ter responsabilidade pelo outro homem. A responsabilidade é tida como a não “privação do saber da compreensão e da captação, mas a excelência da proximidade ética na sua socialidade, no seu amor sem concupiscência”.

Essa “Responsabilidade por outrem: rosto como a me significar o ‘não matarás’ e, por conseguinte, também: “tu és responsável pela vida deste outro absolutamente outro”, responsabilidade pelo único” é definida por Lévinas (1988, p.181).

Diante dessas afirmações, entendemos que ser responsável pelo ‘outro’ que se apresenta para o eu, e que expõe suas misérias, é buscar uma proximidade ética na vida em sociedade, possibilitar essa inter-relação entre as pessoas.

No ‘outro’, percebemos um mundo além do nosso, um mundo que possui subjetividades que são diferentes da nossa, que apresenta história, cultura e necessidades próprias, e, ao percebê-las, somos chamados a sermos mais solidários e justos, de modo que possamos lutar junto com as outras pessoas pelas suas demandas.

Solidarizar-se com o outro é mais do que ajudar. Para Freire (2021), não é apenas saber e reconhecer que explora o outro e tentar remediar sua culpa de forma paternalista, a solidariedade trata-se de uma atitude radical, pois exige de quem solidariza que aceite a circunstância de com quem se solidarizou.

Por isso, para Dussel (1982, p.49), “O outro (...) em sua extrema exterioridade do sistema, provoca à justiça; ou seja, chama (-voca) de frente (pro-)”. Ainda complementa o filósofo que, para o sistema de injustiça, o outro se constitui no caos, no fim do sistema, mas, para o justo, o outro é o que mantém a ordem, que possibilita o surgimento de um mundo novo, mais justo.

Para Souza (2008, p.140), o ‘outro’ é

[...] aquele que chega de fora, fora do âmbito do meu poder intelectual, de minha inteligência que vê e avalia o mundo. [...] o Eu que pensa, encontrou alguém, alguém que pode dizer “não” ao meu “sim”, alguém que se nega a algum tipo de explicação de sua existência, de sua presença, por alguma via lógica ou classificatória. No fundo, permanece este Outro *em si*, e, não obstante, está suficientemente próximo de mim para me obrigar a perceber sua existência como absolutamente real.

A compreensão de Aguiar e Meireles (2018) é que o ‘outro’ é o ‘outro’ e, por isso, é preciso respeitá-lo como ele é, voltado para o respeito à autonomia humana que, em consequência, mantém o respeito ao multiculturalismo.

Para Dussel (1982, p.49), o outro se desvela realmente como outro “quando irrompe como o mais extremamente distinto, como o não habitual ou cotidiano, como o extraordinário, o enorme (fora do normal), como o pobre, o oprimido [...]”.

Mas, a Alteridade nega a unidimensionalidade do sistema ao trazer a discussão sobre a distinção, em que o outro é visto como “distinto (sempre outro)”, pois tem suas particularidades (história, cultura, exterioridade) e não apenas diferente, “mais um entre os outros”, pois, para a totalidade, “Aquele que se opõe ao achatamento; é o outro” (DUSSEL, 1982, p. 57). Entendemos, aqui, que a totalidade incorpora indistintamente todos os outros como diferentes, sem considerar a subjetividade de cada um.

Para Lévinas (2009, p.240), “Um Indivíduo é outro para o outro. Alteridade formal: um não é o outro, seja qual for o seu conteúdo. Cada um é outro para cada um. Cada um exclui todos os outros, e existe à parte, e existe por sua parte.”

Por isso, de acordo com Souza (2008, p.29), a complexidade humana consiste em reencontrar “a razão de ser do existir”, que está relacionada à construção do sentido do convívio humano em uma direção que vá além da generalização desse sentido; romper com as lógicas totalizantes; e confiar no “des-conhecido”: o outro que “suporta a minha existência ao chamá-la inelutavelmente à responsabilidade ética para a construção de um futuro sustentável”.

Para Lévinas (1988, p. 181), “O Outro não é razão para um escândalo que a põe em movimento dialético, mas o primeiro ensino racional, a condição de todo ensino.”. Assim, entendemos que a relação com o *outro* nos leva a constante reflexão e aprendizado.

Por conseguinte, a partir desse entendimento, a Alteridade tem uma compreensão do outro como distinto, que necessita ser respeitado em suas individualidades e diferenças, e, ao entender que o outro é essencial para a existência do eu, o indivíduo precisa se perceber como responsável pelo seu próximo. Desse modo, para Aguiar e Meireles (2018, p.143), o significado atual de Alteridade é entender que “o outro é o outro e respeitá-lo como ele é”. Além disso, para Sposati e Lobo (1992), a Alteridade, no âmbito do controle social, ‘deve’ ser capaz de provocar transformações.

Segundo Lévinas (1988, p.187), um mundo significativo é aquele em que há um outro que faça parte dele, desse modo, as coisas farão sentido pois há um outro que está relacionado aos vínculos com elas.

Por sua vez, o “outro é o único realmente sagrado e digno de respeito sem limite” (DUSSEL, 1982, p.65). Para esse filósofo, respeitar é silenciar, não porque não se tem o que dizer, mas porque é necessário escutar o outro para entendê-lo como outro. E, para ouvir a voz do outro, é preciso não acreditar no sistema ou compreender seu fetichismo, e “respeitar o outro como outro”.

Ao afirmar que quem ouve as lamentações do outro tem a sua centralidade do mundo abalada, Dussel (1982) nos leva à compreensão de que é preciso sairmos do centro do nosso mundo para ouvir o outro, sair do “ser em si mesmo”.

Já para Lévinas (1988), ao se exprimir, o outro impõe-se, mostra suas fraquezas e necessidades, de modo que não podemos ser surdos ao seu apelo. Apesar disso, a imposição não leva à nossa limitação, mas estimula a liberdade ao suscitar nossa bondade.

Por isso, compreendemos que, durante o trabalho desenvolvido pelos conselheiros de saúde, é imprescindível que eles estejam atentos aos apelos da população e reivindiquem não apenas as necessidades das entidades que representam, mas da população como um todo.

Segundo Souza (2008), para a Alteridade, apesar do eu e do outro serem diferentes, permanecendo diferentes podem se encontrar, em que o “encontro” significa estar disposto ao outro, ao que ainda não se conhece, pois é uma situação que mostra que se está em uma posição que pode ser questionada. O autor apresenta um exemplo para explicar a “diferença” ao propor que seja vista como uma diferença ética, uma não-indiferença entre seres distintos, o que ele chama de uma “não-indiferença ética”. Nesse sentido, Santos (2016) afirma que a ética tem relação com a responsabilidade com o outro ou uma não-indiferença com a sua diferença.

Portanto, entendemos que, ao encontrar o outro, que é distinto do eu, ele deve estar disposto a ouvir e conhecer o que o outro apresenta, de modo que o eu não seja indiferente ao outro. Trazendo essa discussão para o âmbito do controle social, compreendemos que os conselheiros necessitam estar dispostos a ouvirem e conhecerem as demandas apresentadas pelos outros conselheiros, para pensarem politicamente sobre todas as situações apresentadas, responsabilizando-se por ações que beneficiem a população.

Complementando tais entendimentos sobre Alteridade, Galheigo (2008) ressalta que ter a Alteridade como um dos princípios propõe reconhecer o outro como protagonista. E, nesse sentido, para Sposati e Lobo (1992), o eu e o outro são sujeitos e protagonistas das decisões e ações. Concretamente, no controle social, o que se quer é a atuação de um sujeito que se contrapõe, que tenha força e presença para intimidar e ser protagonista, ou seja, ser sujeito e não sujeitoado, que tenha capacidade de se contrapor aos que possuem o poder institucional e que tenha inserção significativa na constituição coletiva do direito à saúde.

No seu livro *a Pedagogia do Oprimido*, Freire (2021) defende o diálogo crítico e libertador que pressupõe ação, e, por esse motivo, precisa ser realizado com os oprimidos, independentemente de como esteja a luta pela sua libertação. Daí, entendemos que, para a constituição coletiva do direito à saúde, a atuação do controle social exige a escuta dos cidadãos, de modo que suas demandas e seus anseios sejam ouvidos.

Então, lutar pela garantia do direito à saúde da população é defender o direito do outro, e para isso é necessário buscar compreender as demandas do outro e respeitar as diferenças dele, não colocar as suas necessidades acima das necessidades do outro, mas buscar o desenvolvimento de ações que atendam primeiro aos que mais necessitam.

Ainda que a compreensão da Alteridade leve ao desenvolvimento de uma responsabilidade social sobre as decisões existenciais, segundo Aguiar e Meireles (2018), ela tem como finalidade a elaboração de uma disciplina ético-jurídica orientada pelo pressuposto do multiculturalismo, objetivamente apresentado pelas diferenças culturais e morais.

Levando-se em consideração a importância da Alteridade versus a participação dos sujeitos no controle social em saúde, vemos a necessidade de os representantes dos segmentos sociais romperem com o fechamento em-si-mesmo, com o egoísmo, para que discutam e lutem não apenas pelas causas do grupo que representam, mas pelo bem comum de todos. Assim, eles precisam participar ativamente das discussões, desenvolver a Alteridade, respeitando o outro e, ao mesmo tempo, contrapondo-se aos ideais dos grupos que detêm o poder, no sentido da busca por mudanças e transformações que garantam a saúde como direito.

Mesmo compreendendo que a Alteridade não se resume à participação das pessoas [diferentes representantes] nos espaços do controle social, comungamos com Sposati e Lobo (1992) na ideia de que essas pessoas precisam ter a capacidade de influenciar e de se contrapor, porém é necessário que elas tenham acesso a informações e também desenvolvam opiniões para defenderem os interesses coletivos, até porque, para esses autores, há três tipos de Alteridade os quais consideramos equivocados que podem estar presentes no controle social, caracterizados a seguir:

- **Alteridade cooptada** está relacionada ao sujeito que tem um déficit de informação e capacidade argumentativa e que, por esse motivo, opina pouco; apresenta também a prática da cumplicidade, aquela que afasta os representantes populares da luta, ao incluir seus interesses restritos e imediatos, com uma maior atenção voltada aos representados.

- **Alteridade subalternizada** é caracterizada como aquela em que acontece uma relação de respeito das pessoas que detêm o poder para as ‘visitas’ que chegam, que seriam os representantes sociais. Desse modo, o espaço não é do *outro*, mas dos “donos do poder”. Isso,

para os autores, talvez leve a uma infantilização dos representantes populares, uma vez que podem se reduzir os assuntos da pauta, retirando os mais complexos na tentativa de desproblematizar questões, ao acreditar que tais representantes não são capazes de entender as questões tratadas.

- **Alteridade tutelada** é aquela tratada como uma variação da subalternidade, que é desempenhada pela tecnoburocracia, em que alguns segmentos técnicos se dizem identificados com os interesses populares e acabam utilizando o espaço de discussão para si, constituindo um vazio de Alteridade popular por tomar o seu lugar na defesa da sua causa.

Concordamos com Sposati e Lobo (1992) que tais tipologias levam à consagração de uma democracia conservadora, em que as pessoas ficam em uma situação de “quase-sujeitos políticos” e não conseguem provocar mudanças. É visível um aumento do número das pessoas que “se sentam à mesa”, mas isso não quer dizer que todos vão conseguir influenciar nas discussões.

Mas, frente a tal situação, resgatamos a afirmação de Freire (2021, p.73) de que “é preciso que creiamos nos homens oprimidos. Que os vejamos como capazes de pensar certo também”. Portanto, é necessário que todos os conselheiros sejam ouvidos e possam influenciar nas discussões, permitindo que as entidades que representam tenham seus interesses reivindicados. Essa ideia também é reforçada por Souza (2008, p.142) quando afirma que resta “apenas um caminho: não permanecer sozinho com minhas ideias, mas levar – encontrar – o Outro realmente a sério”.

Destarte, “A ação política junto aos oprimidos tem de ser, no fundo, ‘ação cultural’ para a liberdade, por isto mesmo, ação com eles” (FREIRE, 2021, p.73). Por entendermos que o objetivo do controle social é a participação da comunidade nas decisões políticas de saúde, defendemos que participar não implica apenas ouvir, mas, além disso, é discutir, expor sua opinião e decidir junto, quanto às ações realizadas no controle social, com envolvimento dos seus membros, representados pelos usuários, trabalhadores de saúde e administradores e prestadores de serviços, tendo em vista que as políticas de saúde são desenvolvidas em defesa do SUS, da vida, do direito e da democracia da saúde.

É importante lembrar que “Onde há pessoas há questões políticas a resolver, questões que nunca serão equacionadas corretamente ou resolvidas sem a decisiva participação política dos cidadãos” (SOUZA, 2008, p.145).

Por isso, a participação nas instâncias do controle social não pode ser meramente ilustrativa, em que as pessoas participam por participar, apenas para compor o quantitativo necessário para o funcionamento oficial do controle social. Os representantes precisam se

‘encontrar’ como sujeitos protagonistas do processo, que são capazes de propor e fiscalizar políticas públicas de saúde que possam garantir a saúde como direito de todos, algo iniciado por um diálogo respeitoso, efetivo e responsável.

Para Freire (2021, p. 184-185), “O diálogo, como encontro dos homens para a ‘pronúncia’ do mundo, é uma condição fundamental para a sua real humanização.”. Desse modo, parafraseando-o, ousamos dizer que, para que a ação e a reflexão acerca do direito à saúde de todos aconteça, é necessária a ação e a reflexão dos outros, que são os interessados nos assuntos discutidos no controle social.

No exercício da Alteridade, os representantes necessitam reconhecer o outro como distinto, respeitando-o, além de considerar as suas especificidades e necessidades de saúde, para garantir que sejam desenvolvidas ações de saúde que satisfaçam as demandas apresentadas.

Diante do exposto, elaboramos, na Figura 1, o Modelo teórico do exercício do Controle Social considerando a Alteridade para a garantia do acesso como direito à saúde, pois entendemos que os representantes dos segmentos sociais precisam exercer a Alteridade no planejamento, no desenvolvimento e na avaliação de políticas públicas de saúde para responderem às demandas da população e poderem ser capazes de influenciar na garantia do acesso à saúde como direito.

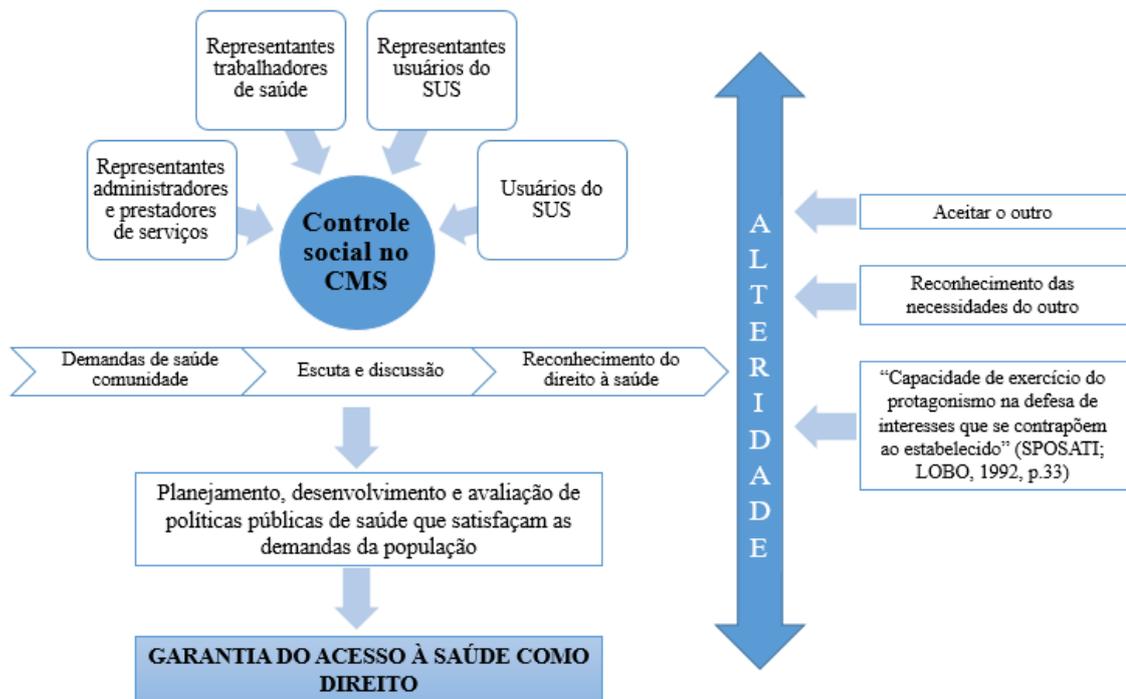


Figura 1 Modelo teórico do exercício do Controle Social versus Alteridade para a garantia do acesso como direito à saúde.

Enfim, considerando o controle social na garantia do acesso como direito à saúde, a Alteridade e a autonomia iniciam e finalizam a partir de um mesmo motivo, ambos têm o ser humano como fundamental para o desenvolvimento de um sentido ético e jurídico que seja capaz de abranger qualquer relação social (AGUIAR; MEIRELES, 2018) apesar da fragilidade da Alteridade no contexto das relações humanas, dentro do âmbito da assistência à saúde no Brasil.

Assim, tendo em vista a realidade aqui exposta sobre Alteridade versus o Controle Social, essas são categorias teórico-práticas neste estudo que poderão contribuir para a efetivação do acesso à saúde como um direito.

3 METODOLOGIA

A metodologia, segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2016, p.14), é entendida como “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”, e inclui “a teoria da abordagem (método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade crítica e sua sensibilidade”.

Por isto, neste item, traçamos os caminhos percorridos e o modo como foram desenvolvidos os processos de construção da realidade estudada.

3.1 Tipo de estudo

É um estudo de campo de natureza qualitativa, por se preocupar com uma realidade que não pode ser quantificada, tendo possibilitado adentrar no mundo dos significados, das ações e das relações humanas, uma vez que trabalhamos com “o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016, p. 20).

A partir da realidade pesquisada, sistematizamos as informações para uma compreensão mais definida da lógica interna do processo em estudo, uma vez que, segundo Minayo (2014, p. 57), o estudo qualitativo nos permite desvendar processos sociais pouco conhecidos de grupos populacionais específicos, além de possibilitar “a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação”, particularmente em uma pesquisa de campo.

Para Minayo, Deslandes e Gomes (2016), o objetivo do trabalho de campo é produzir um conhecimento empírico. Assim, por se tratar de uma pesquisa de campo, o estudo possibilitou uma maior aproximação com a realidade estudada, em particular nas situações cotidianas como elas concretamente acontecem, o que poderá contribuir, de acordo com Oliveira (2007), para o esclarecimento de especificidades dos significados e das características dos dados da pesquisa, além de facilitar a descrição detalhada dos fenômenos estudados sem ter a preocupação de mensurá-los quantitativamente.

Por conseguinte, a abordagem qualitativa crítico-analítico contribuiu para uma maior compreensão da realidade, das ações, subjetividades e comportamentos, em uma perspectiva Dialética, considerando um método que aborda a realidade e a compreende como processo histórico em suas particularidades.

De acordo com Minayo (2014, p.108), a Dialética é uma estratégia de “apreensão e de compreensão da prática social empírica dos indivíduos em sociedade (...), de realização da crítica das ideologias e das tentativas de articulação entre sujeito e objeto, ambos históricos”, tendo em vista as seguintes características:

- Movimento: a realidade está em constante transformação;
- Historicidade: a compreensão de situações presentes só é possível quando se referencia em situações passadas;
- Transformação: a natureza e a sociedade não são entes acabados, mas estão em constante transformação, e estão sujeitas ao curso da história; e
- Totalidade: cada fenômeno faz parte de um todo, assim seu estudo só poderá ser realizado referenciando-se ao todo.

3.2 Campo de estudo

Segundo Santana (2010, p.92), é importante demarcar geograficamente o local em que acontecerá o estudo, uma vez que os fenômenos podem acontecer de modo diferente nos locais diversos, de acordo com a relação que possuem com “os aspectos culturais, políticos, econômicos, sociais e históricos de cada realidade”.

Desse modo, o campo deste estudo foi o município de Feira de Santana-BA, mais propriamente o cenário do Conselho Municipal de Saúde (CMS), onde se inserem os conselheiros de saúde para o exercício do Controle Social, localizado na Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Feira de Santana está localizada a 108km de Salvador, capital do estado da Bahia (FEIRA DE SANTANA, 2021a). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021), a sua população foi estimada em 619.609 habitantes no ano de 2020, distribuídos em uma área territorial de aproximadamente 1.304 km².

No que diz respeito à saúde, o município integra a macrorregião Centro-Leste, que é composta por 72 municípios (FEIRA DE SANTANA, 2017).

Escolhemos o município para a realização da pesquisa pois ele criou o Conselho Municipal de Saúde desde abril de 1990, a partir da Lei Orgânica da Saúde do Município (Lei nº 037 de 05 de abril 1990), que foi instituído em 1991 pela Lei nº 1415/91 de 18 de maio de 1991 (FEIRA DE SANTANA, 2021b).

A competência, a composição e as finalidades do Conselho Municipal de Saúde de Feira de Santana são definidas pela Lei nº 2830/2007 (FEIRA DE SANTANA, 2007). De acordo com essa lei, o CMS é presidido pelo Secretário Municipal de Saúde; além disso, conforme o Artigo 3º, o CMS será composto por:

- Representantes da Administração, e dos prestadores e serviços (7):

- a) Dois (2) representantes da Secretaria Municipal de Saúde;
- b) Um (1) representante da Secretaria Municipal de Educação;
- c) Um (1) representante da UEFS;
- d) Um (1) representante da 2ª Diretoria Regional de Saúde;
- e) Um (1) representante da Rede Hospitalar Pública e/ou Filantrópica conveniada ao SUS;
- f) Um (1) representante dos Prestadores de Serviços Privados, da rede ambulatorial conveniada ao SUS.

- Representantes das entidades de trabalhadores de saúde (7):

- a) Dois (2) representantes das Associações dos Profissionais de Saúde;
- b) Quatro (4) representantes dos Conselhos Profissionais de Classe;
- c) Um (1) representante de Associações e Sindicatos de Agentes Comunitários de Saúde - ACS e de Agentes de Saúde dos Programas de Endemias;

- Representantes das entidades de usuários (13):

- a) Dois (2) representantes das Associações de Moradores com sede no Distrito Sede do Município de Feira de Santana;
- b) Dois (2) representantes das Associações de Moradores com sede nos Distritos de Maria Quitéria, Jaíba, Tiquaruçu, Bonfim de Feira, Jaguara, Gov. João Durval e Humildes do Município de Feira de Santana;
- c) Um (1) representante de Sindicatos ou Associações dos Trabalhadores Rurais do Município de Feira de Santana;
- d) Um (1) representante de Sindicatos ou Associações dos Trabalhadores Urbanos do Município de Feira de Santana;
- e) Um (1) representante das Igrejas Evangélicas ou Organizações Religiosas do Município de Feira de Santana;
- f) Um (1) representante da Pastoral da Saúde da Arquidiocese de Feira de Santana;
- g) Um (1) representante de Clubes de Serviços e Lojas Maçônicas, com sede no Município de Feira de Santana;

- h) Dois (2) representantes dos Portadores de Deficiência, com sede no Município de Feira de Santana;
- j) Um (1) representante das Entidades de Aposentados e Pensionistas do Município de Feira de Santana;
- l) Um (1) representante do Centro das Indústrias de Feira de Santana, da Associação Comercial de Feira de Santana ou da Câmara de Dirigentes Lojistas do Município de Feira de Santana.

Diante dessa composição, regida por lei, do CMS de Feira de Santana, temos como membros do CMS sete (7) representantes da administração e prestadores de serviços, sete (7) representantes dos trabalhadores de saúde e 13 representantes dos usuários dos serviços de saúde, e o presidente do Conselho, que é representando pelo Secretário de Saúde Municipal (SSM). Outrossim, vemos que a conformação desse CMS não tem representação paritária em relação aos representantes dos usuários.

Apesar do que está disposto na lei, o que se observou na prática é que existiam 14 representações de usuários. O fato de na realidade existirem 14 representantes dos usuários, contrariando o que está no Regulamento do CMS (FEIRA DE SANTANA, 2007), faz com que a composição deste Conselho seja paritária, uma vez que dispõe de sete (7) representantes de administradores e prestadores de serviço e sete (7) representantes de trabalhadores.

Entretanto, segundo informações fornecidas pela secretaria do CMS, destes três (3) representantes não estavam exercendo suas atividades enquanto conselheiros no momento da coleta de dados, fazendo com que o segmento que representavam não tivesse representante no CMS, sendo necessária à sua substituição.

3.3 Técnica e instrumentos de coleta de dados

Para coleta de dados, optamos pela entrevista (roteiro-APÊNDICE A e B), pela observação (roteiro-Apêndice C) e pela análise de documentos, por entendermos que possibilitariam a produção de dados para sustentar o objeto estudado.

A entrevista caracteriza-se por “uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores” cuja finalidade é produzir informações para o objeto de estudo (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016, p. 58).

Para Minayo (1999, p. 109-110), a entrevista é uma importante técnica de coleta de dados, pois possibilita que a fala revele

[...] condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma uma delas) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um portavoz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

A escolha da entrevista oportunizou uma interação, enquanto pesquisadora, com o (a) entrevistado (a) (falar e ouvir), como reforça Santana (2010), permitindo observar não apenas as falas desses (as) entrevistados (as), mas também os elementos que estão implícitos no processo (pausas nos depoimentos, risos, choro e outros).

O tipo de entrevista foi a semiestruturada, pois entendemos que ela permite que o (a) entrevistado (a), a partir de questões orientadoras, exponha livremente o seu pensamento.

Segundo Trivinos (2008, p.146), a entrevista semiestruturada

[...] parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.

Ainda sobre a entrevista semiestruturada, Minayo (2014, p.261) a define como aquela que “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”. Assim, compreendemos que a entrevista semiestruturada foi apropriada para este estudo pois permitiu que o (a) entrevistado (a) discorresse livremente sobre o tema proposto, expondo suas opiniões e seus valores.

Com o intuito de orientar a entrevista, elaboramos dois roteiros (Apêndices A e B) que tiveram a finalidade de conduzir (servir como guia/ orientador) sobre os temas a serem conversados, dirigidos às questões de estudo, respectivamente para os conselheiros municipais de saúde (Apêndice A) e usuários (Apêndice B). As entrevistas foram realizadas entre 29 de março e 08 (oito) de setembro de 2023.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade e a vontade de cada um dos participantes, realizadas em local reservado, livre da escuta e interrupção de outrem, para que eles pudessem expor sua opinião de forma privativa. Considerando a situação atual de pandemia do COVID-19, quatro (4) participantes do estudo desejaram realizar a entrevista de forma virtual, sendo realizadas a partir de chamadas de vídeo do Google Meet.

As entrevistas foram iniciadas após a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice D). Aos que desejaram realizar a entrevista de modo virtual, o TCLE foi enviado por e-mail, em formato de formulário eletrônico.

Na oportunidade, solicitamos a cada participante a permissão para gravar a conversa por meio do gravador digital do celular; as falas foram arquivadas em CD-R e transcritas, posteriormente. Esclarecemos, ainda, que, se o participante desejasse, ele poderia ouvir a sua entrevista após o término dela e retirar ou acrescentar qualquer informação que lhe interessasse (BRASIL, 2012b). Após serem analisados pela pesquisa, esses dados serão guardados no prazo de cinco anos no NUPISC. Transcorrido esse período, serão destruídos.

O tempo da duração da entrevista foi flexível, variando entre 13 a 79 minutos, mas tentamos fazer com que ela não fosse cansativa e extenuante, de acordo com a disposição e a disponibilidade do (a) entrevistado (a), deixando claro que o tempo dependeu da complexidade da conversa e da disponibilidade dos participantes.

A segunda técnica de coleta foi a observação, entendida por Lakatos e Marconi (2006) como uma técnica que utiliza os sentidos para conseguir apreender a realidade em estudo. Para tanto, escolhemos a observação sistemática, pois permite que a pesquisadora observadora estabeleça, a priori, os aspectos a serem observados, sendo acompanhada de um roteiro (Apêndice C).

Essa observação foi realizada tanto on-line quanto presencialmente durante as reuniões do CMS, entre os meses de março a novembro de 2022, totalizando oito (8) reuniões observadas, tendo em vista que em junho não aconteceu reunião do CMS. Especificamente, as observações on-line foram realizadas entre março e agosto de 2022; a partir de setembro, as reuniões passaram a ser presenciais, no auditório da Secretaria Municipal de Saúde. Apesar disso, das três (3) reuniões observadas de modo presencial, apenas uma teve quórum, as outras duas se configuraram como reuniões informativas, sem deliberações.

Ressaltamos que houve a oportunidade de também sermos ouvintes nas reuniões para acompanharmos o protagonismo dos conselheiros de saúde no CMS, assim como aproveitamos para contactar, quando possível, os prováveis participantes deste estudo, especialmente os usuários ouvintes.

A terceira técnica utilizada foi a análise de documentos em caráter complementar, para que pudéssemos articular entre o que está posto nos registros e o concreto das entrevistas e observações.

De acordo com Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2002), a análise de documentos é um tipo de técnica que usa documentos oficiais e/ ou qualquer registro escrito para obtenção e

informação, como, por exemplo, regulamentos, atas de reuniões, relatórios, arquivos, pareceres, dentre outros, que podem prover elementos para que compreendamos o fenômeno investigado. Dessa forma, analisamos os documentos que estavam relacionados com o controle social e disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e no CMS.

Foram selecionados os seguintes documentos:

- Documento 1 (Doc.1): Regimento Interno do CMS, Lei nº 2830/2007 (FEIRA DE SANTANA, 2007);
- Documento 2 (Doc.2): Relatório da XI Conferência Municipal de Saúde (FEIRA DE SANTANA, 2021b);
- Documento 3 (Doc.3): Plano Municipal de Saúde (PMS) 2022-2025 (FEIRA DE SANTANA, 2021c);
- Documento 4 (Doc.): Programação Anual de Saúde (PAS) 2022 (FEIRA DE SANTANA, 2022).

A coleta de dados aconteceu em três etapas. Na primeira etapa, exploração do campo, fizemos uma visita à SMS de Feira de Saúde, com o intuito de explicar ao coordenador da Seção de Capacitação Permanente do município (setor responsável por autorizar a realização de pesquisas no município) a natureza da pesquisa e solicitar a autorização para sua realização. Aproveitamos o momento para entregar o ofício do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana e a minuta do projeto de investigação. Ressaltamos que a entrada no campo só aconteceu após a aprovação da pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS e da autorização do gestor da SMS.

Já a segunda etapa, a entrada no campo, foi o momento em que tivemos contato com os participantes da pesquisa e aproveitamos para apresentar e discutir a pesquisa, bem como distribuir o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) para leitura individual dos possíveis participantes; assim, após apreciação, aqueles que quiseram participar do estudo tiveram as entrevistas agendadas.

No terceiro momento, que compreendeu a coleta de dados, realizamos a obtenção de dados propriamente dita (entrevista/observação).

Na oportunidade, salientamos que, durante a realização de uma das reuniões do CMS, foi dado o informe sobre a realização desta pesquisa aos conselheiros e, posteriormente, realizamos contato por telefone com os conselheiros.

3.4 Participantes do estudo

Para a realização do estudo qualitativo, é importante a seleção das pessoas ou grupo de pessoas que estão relacionados com o objeto de estudo, pois são eles que vivenciam a situação estudada e que fornecem “informações sobre suas experiências, suas práticas, seus sentimentos, seus pontos de vista” (SANTANA, 2010, p. 95).

A pesquisa qualitativa possibilita a valorização do sujeito – participante do estudo – no processo de produzir conhecimentos sobre realidades das quais faz parte (SANTANA, 2010). Porém, Minayo, Deslandes e Gomes (2016, p.44) ressaltam que tal abordagem não se baseia em uma amostragem quantitativa, pois não há uma preocupação, a priori, com o número de participantes, uma vez que o “universo” analisado são suas “representações, conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes”.

Portanto, o critério da definição do seu quantitativo não é numérico, uma vez que, para Minayo (2014), precisa haver uma busca pelo aprofundamento da compreensão de um grupo social, em que a amostra ‘ideal’ é aquela que pode refletir a totalidade do tema estudado em suas múltiplas dimensões.

Assim, o quantitativo de participantes deste estudo foi definido por inclusão progressiva, que, segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2016), é delimitada pelo critério de saturação, que trata da interrupção da inserção de novos participantes no estudo quando os dados coletados apresentam uma regularidade ou repetição no conteúdo, e quando conseguirmos, no campo de investigação, compreender as especificidades do grupo em estudo.

Diante disso, participaram da pesquisa dois grupos sociais, representados por:

- **Grupo 1:** 13 membros do CMS de Feira de Santana (titulares e suplentes), que atuavam no conselho há pelo menos seis (6) meses, com presença mínima de um (1) participante das classes que representam (administrador de saúde, trabalhador e usuário). Foram excluídos do estudo os membros do CMS que estivessem afastados da sua atuação no Conselho por licença médica, licença prêmio e/ou férias.
- **Grupo 2:** cinco (5) usuários que participavam das reuniões do CMS, considerando-se como critério de inclusão: participantes como ouvintes de pelo menos duas (2) reuniões e que eram usuários do SUS.

No momento do estudo, o CMS contava com 28 representações (28 titulares e 28 suplentes), ou seja, sete (7) representando entidades da administração pública e os prestadores de serviços; sete (7) para entidades dos trabalhadores de saúde e 14 representantes das entidades de usuários. Apesar disso, conforme informações dos funcionários do CMS, durante a

realização da pesquisa, três (3) entidades não estavam participando das atividades do Conselho, sendo que duas (2) representavam os trabalhadores de saúde e uma (1) era representante dos usuários.

Entre os conselheiros que foram contactados para participar do estudo, um (1) não quis participar, dois (2) não responderam ao convite e um (1) não demonstrou interesse em participar.

Para identificação dos usuários que participam das reuniões do CMS, utilizamos a técnica “snowball”, conhecida no Brasil como “amostragem em bola de neve”, que se constitui em “uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência”, possibilitando a identificação de grupos que são difíceis de serem identificados (VINUTO, 2014, p. 203).

A amostragem em bola de neve, de acordo com Vinuto (2014), é construída inicialmente pela identificação de pessoas que possuem o perfil necessário para participar da pesquisa, a partir de documentos ou informantes-chave, que são chamados de “sementes”. Posteriormente, as pessoas que foram indicadas pelas “sementes” indicam outras pessoas da sua rede social que também possuem características que se adequam à pesquisa, e assim sucessivamente, até que a amostra esteja saturada, ou seja, não haja a referência a novos nomes ou os que são indicados não oferecem novas informações. Desse modo, conselheiros e usuários informaram os indivíduos que poderiam fazer parte da pesquisa.

O Grupo I foi constituído por 13 conselheiros municipais de saúde, sendo seis (6) do sexo feminino e sete (7) do sexo masculino. As idades variaram entre 32 e 68 anos. Apenas um (1) dos participantes não possuía ensino superior completo; dentre os graduados, 12 têm entre dois (2) e 44 anos de formados. O tempo de experiência como conselheiro nesse CMS variou de dois (2) a 20 anos. Além disso, com relação às entidades representativas, dois (2) são representantes das entidades da administração e prestadores de serviço, quatro (4) das entidades dos trabalhadores de saúde e sete (7) representantes das entidades dos usuários. Algumas características dos participantes do Grupo I foram omitidas, como profissão e ocupação, para que se mantivesse o anonimato dos conselheiros.

O Grupo II, dos usuários do SUS, contou com a participação de cinco (5) representantes, dos quais três (3) são do sexo feminino e dois (2) do sexo masculino. As idades variaram entre 33 e 67 anos. Todos possuíam graduação, com o tempo de formação variando entre sete (7) e 13 anos, mas um dos participantes não referiu seu tempo de formação. Com relação ao tempo que participavam das reuniões do CMS, houve uma variação entre um (1) e 10 anos; um dos participantes também não fez referência a esse tempo.

Os quadros 2 e 3 apresentam uma síntese de algumas características dos participantes. Com o intuito de garantir o anonimato dos participantes, em obediência à Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012a), os entrevistados são identificados no texto pela letra E acompanhada por um número, que representa a ordem numérica crescente da realização das entrevistas, junto com o respectivo grupo, ou seja, Grupo I, conselheiro do CMS (CS), Grupo II, usuários do SUS (U), logo, representado: E1CS (entrevistado 1, Grupo I) e assim sucessivamente.

Quadro 2 Caracterização dos participantes da pesquisa – Conselheiros Municipais de Saúde (Grupo I). Feira de Santana-BA, mar.-nov. de 2022.

Ordem da entrevista	Idade (anos)	Sexo	Grau de escolaridade	Tempo de formação (anos)	Tempo no CMS (anos)	Representa
E1CS	37	F	Ensino superior/especialização	14	6	Entidades dos trabalhadores da saúde
E3CS	54	M	Ensino superior/especialização	28	8	Administração e prestadores de serviço
E4CS	63	F	Ensino superior	17	20	Entidades dos trabalhadores da saúde
E5CS	52	M	Ensino superior/especialização	Não referiu	5	Entidades dos usuários
E6CS	53	M	Ensino superior	9	12	Entidades dos usuários
E7CS	32	F	Ensino superior/especialização	2	2	Entidades dos usuários
E9CS	54	F	Ensino superior/especialização	32	5	Administração e prestadores de serviço
E10CS	60	M	Ensino superior	7	6	Entidades dos usuários
E11CS	62	F	Ensino superior	10	Não referiu	Entidades dos trabalhadores da saúde
E14CS	32	M	Ensino superior	11	6	Entidades dos usuários
E16CS	42	M	2º grau completo	18	10	Entidades dos usuários
E17CS	68	F	Ensino superior/especialização	44	4	Entidades dos usuários
E18CS	35	M	Ensino superior/especialização	11	5	Entidades dos trabalhadores da saúde

**Quadro 3 Caracterização dos participantes da pesquisa – Usuários do SUS (Grupo II).
Feira de Santana-BA, mar.-nov. de 2022.**

Ordem da entrevista	Idade (anos)	Sexo	Grau de escolaridade	Formação	Ocupação	Tempo de formação (anos)	Tempo acompanha reuniões
E2U	33	F	Ensino superior /especialização	Enfermeira	Professora	9	1 ano
E8U	35	F	Ensino superior	Enfermeira	Enfermeira	13	---
E12U	59	F	Ensino superior	Administração	ACS	7	8
E13U	51	M	Ensino superior	Pedagogia	ACS	9	8
E15U	67	M	Ensino superior /especialização	História	Aposentado	--	10 anos

3.5 Método de análise de dados

O principal objetivo da análise e da interpretação de dados na pesquisa qualitativa é explorar as opiniões e as representações sociais sobre o objeto investigado. Então, ao analisarmos os dados desta pesquisa na abordagem dialética, estivemos atentas ao que é convergente, diferente, contraditório e complementar em um mesmo contexto social (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016).

A Dialética, para Minayo (2002), é o modo como a realidade se apresenta a partir do movimento, da transformação e do ‘estranhamento’ que vão caracterizar as relações sociais, que são “historicamente dinâmicas, antagônicas e contraditórias entre classes, grupos e culturas”.

Por conseguinte, os dados foram analisados com o método Hermenêutico-Dialética, por compreendermos que ele teria a possibilidade de subsidiar o encontro de duas perspectivas teóricas que vão além da descrição e fortalecem a subjetividade dos participantes do estudo, a partir da triangulação dos dados empíricos (falas, observações e documentos) com a identificação das suas convergências, divergências, diferenças e complementaridades.

Diante dessa perspectiva, ressaltamos que a Hermenêutica domina a arte da compreensão mediada pela linguagem e se fundamenta no fato de que os homens se entendem ou “fazem um movimento interior e relacional para se porem de acordo” (MINAYO, 2014, p. 329). Enfim, para a autora, compreender a realidade manifestada em um texto, por exemplo, é compreender o outro, “entender-se no outro” (p.343).

Já a Dialética, por sua vez, para Minayo (2014, p.347), adota uma atitude crítica, considerando como o alicerce da comunicação “as relações sociais historicamente dinâmicas, antagônicas e contraditórias entre classes, grupos e culturas.”. Assim, compreendemos que a linguagem é entendida ao mesmo tempo como veículo e como dificuldade da comunicação, uma vez que “seus significantes, com significados aparentemente iguais para todos, expressam a realidade conflitiva das desigualdades, da dominação, da exploração e também da resistência e da conformidade”.

Diante dessa perspectiva, comungamos com essa autora, quanto à ideia de que a Hermenêutica e a Dialética se complementam, possibilitando a compreensão e a crítica da realidade social, na busca de assimilar a prática social empírica dos sujeitos em sociedade em seu movimento de contradição.

Complementando, Assis e Jorge (2010, p.149) afirmam que tal método é entremeado pelo desenvolvimento teórico e pelo tratamento do material empírico, com o objetivo de provocar um confronto, de forma dialética, “entre as categorias empíricas, situadas no plano concreto operacional e as categorias analíticas (referencial teórico norteador) que se articulam, se movimentam e se questionam na realidade natural-social”.

Assim, na análise dos dados, seguimos os momentos propostos por Minayo (2014) e Assis e Jorge (2010), descritos a seguir:

- 1º Momento - **ordenamento dos dados:** compreendeu a organização do material, quando então fizemos a transcrição das entrevistas gravadas e a leitura preliminar do material empírico.
- 2º Momento - **classificação dos dados:** consistiu no desenvolvimento dos dados empíricos embasados no referencial teórico do estudo, articulados com uma leitura exaustiva do conteúdo das entrevistas, das observações e dos documentos. Em tal etapa, tivemos a oportunidade de identificar as ideias centrais e os núcleos de sentido, vislumbrando, a princípio, as categorias empíricas para a análise dos dados.

Utilizamos como suporte, nesse momento, o software *MAXQDA* para tratamento dos dados.

A seguir, apresentamos nos Quadros 4 e 5 os núcleos de sentido identificados nos dados empíricos das entrevistas dos conselheiros municipais de saúde e usuários do SUS, respectivamente.

Quadro 4 Síntese das entrevistas do Grupo I – Conselheiros Municipais de Saúde, Feira de Santana-BA, mar.-nov., 2022.

Núcleos de sentido	E1CS	E(...)CS	E18CS	Síntese horizontal**
Controle social				
CMS (concepção, finalidade, objetivos do CMS; ações desenvolvidas.; processo da condução das discussões e deliberação da pauta das reuniões)				
Ingresso no CMS (motivação, forma de inserção como representante do seu segmento social no CMS)				
Protagonismo enquanto membro (práticas/atividades/ações do conselheiro no CMS)				
Concepção/entendimento de saúde				
Concepção/entendimento de acesso à saúde				
Concepção/entendimento de direito à saúde				
Concepção/entendimento de acesso enquanto direito				
Atividades desenvolvidas para a garantia do acesso				
Avanços/facilidades				
Limites/dificuldades				
Perspectivas				
Síntese vertical*				

* Na síntese vertical, fizemos um resumo do que foi apreendido das falas de cada entrevistado.

** Na síntese horizontal, pudemos observar, a partir das falas dos entrevistados em cada núcleo de sentido, as convergências, divergências, complementaridades e diferenças entre eles.

Quadro 5 Síntese das entrevistas do Grupo II – Usuários do SUS, Feira de Santana-BA, mar.-nov., 2022.

Núcleos de sentido	E2u	E(...)U	E15U	Síntese horizontal**
Controle social				
CMS (compreensão; finalidade; objetivos; ações desenvolvidas.)				
Participação das reuniões no CMS (motivação/ interesse)				
Concepção/entendimento de saúde				
Concepção/entendimento de acesso à saúde				
Concepção/entendimento de direito à saúde				
Concepção/entendimento de acesso enquanto direito				
Atividades desenvolvidas para a garantia do acesso				
Avanços/facilidades				
Limites/dificuldades				
Perspectivas				
Síntese vertical*				

* Na síntese vertical, fizemos um resumo do que foi apreendido das falas de cada entrevistado.

** Na síntese horizontal, pudemos observar, a partir das falas dos entrevistados em cada núcleo de sentido, as convergências, divergências, complementaridades e diferenças entre eles.

- 3º Momento - **análise final dos dados:** nessa última fase, os resultados obtidos ganharam significados com o tratamento do material estudado, havendo um aprofundamento no material empírico obtido nas etapas anteriores (ordenação e classificação dos dados), buscando compreender o objeto estudado a partir do movimento “que vai do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, que busca as riquezas do particular e do geral” (MINAYO, 2014, p. 358-359).

Para estabelecer relações dialéticas entre as distintas fontes de dados que foram utilizadas, realizamos a triangulação do material empírico e do referencial teórico, na tentativa de conhecer as realidades históricas e sociais existentes, como referem Assis e Jorge (2010, p.154), “nos diferentes contextos das políticas e práticas de saúde”.

De acordo com Triviños (2008, p.138), a finalidade da triangulação é contemplar “a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo” e parte do princípio de que um fenômeno social não ocorre de forma isolada, mas associada a fatos históricos, significados culturais e realidade social.

Esse processo possibilitou a construção das seguintes categorias, a partir dos núcleos de sentido:

- INGRESSO E MOTIVAÇÃO PARA ATUAR NO CMS: a ‘voz’ dos conselheiros e usuários do SUS em defesa da saúde.
- ACESSO À SAÚDE ENQUANTO DIREITO: na voz dos conselheiros e usuários do SUS.
- CONTROLE SOCIAL NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: a participação social na relação Estado e sociedade.
- (DES) ARTICULAÇÃO DO PROTAGONISMO DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE: valorização e respeito aos valores democráticos?

3.6 Questões éticas

Considerando que os participantes desta pesquisa são seres humanos – membros do CMS de Feira de Santana e usuários que participam das reuniões do CMS –, estivemos atentas para garantir os princípios éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos e só iniciamos a coleta de dados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS (parecer nº 5.228.225).

Para garantir os princípios éticos que orientam um trabalho desta natureza, os participantes foram informados dos objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e incômodos que a pesquisa poderia lhe causar, previamente, além de terem garantido o sigilo e o anonimato da autoria do conteúdo das entrevistas e das observações, conforme explicitado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D). Ademais, o TCLE deixa claro que os participantes têm o direito de se recusar a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo de qualquer natureza.

Acatando a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012b) e a Carta Circular nº 1/2021- Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP) (BRASIL, 2021a), o TCLE foi entregue e/ ou enviado a todos os possíveis participantes da pesquisa em formato de formulário via plataforma *Google forms*. Os participantes do estudo que aceitaram participar da entrevista assinaram o TCLE ou informaram seu assentimento ao assinalarem no formulário a opção de que aceitam participar da pesquisa.

Os resultados desta pesquisa poderão contribuir com a valorização da atuação do controle social para uma maior qualidade dos serviços ofertados pelo SUS. Entretanto, toda

pesquisa com seres humanos tem riscos, ainda que os riscos deste estudo sejam mínimos comparados aos benefícios que ele pode trazer, ilustrados no Quadro 6 a seguir:

Quadro 6 Possíveis riscos e benefícios deste estudo.

RISCOS	BENEFÍCIOS
<ul style="list-style-type: none"> ● Possibilidade do constrangimento ao falar da sua prática/participação enquanto membro do CMS; ● Possibilidade de sentir medo, desconfiança e/ ou constrangimento em conversar com a pesquisadora no momento da entrevista; ● Desconforto por estar sendo observado durante sua prática/ participação no CMS; ● Impaciência devido à entrevista tornar-se longa; ● Preocupação (medo, vergonha) sobre os resultados, temendo represálias. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Possibilidade de reorientação da atuação do CMS tendo em vista a promoção do acesso igualitário e universal aos serviços de saúde, com vistas à integralidade e à equidade da assistência prestada; ● Fornecimento de subsídios para a formulação de políticas públicas sobre as formas estratégicas de vencer dificuldades e fortalecer as facilidades na operacionalização das práticas do controle social; ● Valorização da atuação dos gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nas instâncias do controle social, ratificando a sua importância na efetivação do acesso à saúde como direito.

Percebemos que, apesar dos possíveis riscos, eles poderão ser superados pelos benefícios que este estudo poderá trazer, uma vez que crie meios que auxiliem no exercício do controle social com alteridade para a garantia do acesso como direito à saúde.

4 INGRESSO E MOTIVAÇÃO PARA ATUAR NO CMS: a ‘voz dos conselheiros e usuários do SUS em defesa da saúde

Neste item, analisamos a inserção e a motivação do conselheiro de saúde no CMS e a motivação dos usuários para participarem das reuniões do CMS. Primeiramente, fazemos tal análise a respeito da inserção dos conselheiros no CMS e, em seguida, dos motivos que os levaram a ser conselheiros, além de, posteriormente, a motivação dos usuários do SUS a participarem das reuniões do CMS, dividindo-os em dois subitens a seguir.

4.1 Inserção e motivação dos conselheiros municipais de saúde

A Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012 (BRASILa, 2012) define que a quantidade de conselheiros será definida pelos Conselhos de Saúde e deve ser registrada em lei. Reafirma, ainda, que as representações são distribuídas de forma paritária (50% usuários do SUS, 25% trabalhadores e 25% gestores e prestadores de serviços).

Além disso, no inciso III, a Resolução 453 (BRASIL, 2012a, s/p.) deixa explícito que a escolha dos órgãos, entidades e movimentos sociais que representarão os usuários do SUS terá como critério “a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde”.

É uma Resolução que deixa implícito que não é necessário formalizar uma eleição para a escolha do conselheiro que irá representar cada instituição, a instituição deve indicar por escrito quem a representará.

Assim, com relação ao modo como aconteceu a inserção enquanto conselheiro no CMS, a maioria dos conselheiros (E1CS, E4CS, E7CS, E9CS, E16CS, E17CS, E18CS) referiu que foi por indicação, como explicitado em algumas destas falas a seguir.

Não houve eleição, não houve nada, **foi uma indicação na época** e aí eu de lá para cá se tornou constantemente meu nome está sendo cotado por um e por outro para compor o conselho (E4CS).

É, **eu fui escolhida**, a pessoa, é... perguntou, marcou uma reunião, uma conversa comigo, me passou as informações de como seria, se eu teria interesse, e que nos primeiros meses a pessoa me deu todo suporte e agora eu já ando só (E7CS).

É, **houve pedido da gestão se eu poderia** assumir, eu disse que sim (E9CS).

[...] **a diretoria do sindicato que indica através de um conselho, de uma reunião para uma executiva do sindicato, aí ele indica um membro para que possa ser**

conselheiro municipal de saúde. Quando vence um mandato, a gente comunica o sindicato que está havendo uma nova mudança, se o sindicato tem interesse de permanecer o nome ou se tem interesse de indicar um outro nome para que possa compor a cadeira do conselheiro (E16CS).

Essa foi uma realidade também encontrada no estudo de Colliselli e outros (2012), em que a escolha da participação enquanto conselheiro aconteceu por meio de indicação da entidade que representa.

O Regimento do CMS de Feira de Santana, Lei nº 2830/2007 (FEIRA DE SANTANA, 2007-Doc.1), define a composição do CMS e quais entidades devem participar com representantes dos seus segmentos; e no artigo 3º coloca que “§ 4º Os representantes no CMSFS serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos/entidades, de acordo com a sua organização ou assembleias próprias e independentes.”. Desse modo, não há a exigência de que os conselheiros sejam eleitos nas instituições que os representam.

Contrário a tal realidade, alguns conselheiros (E6CS, E10CS, E11CS) afirmaram ter participado de eleição dentro do segmento que representam para serem conselheiros.

[...] então sai o edital e aí o sindicato precisa ocupar essa vaga que é dele de direito então aí saiu edital a gente se inscrever e fizemos uma eleição entre os sindicatos e dentro desses eleitos escolhemos 2 pessoas pra representar todos os sindicatos e os trabalhadores de Feira de Santana e um desses eu fui eleito e assumi essas responsabilidades que agora está tendo necessidade de novo de ter nova eleição e aí pode-se manter esse ou escolher outros, quem decide isso é os próprios sindicatos porque a vaga não é minha, não é da nossa representação, é dos sindicatos, então os sindicatos precisam entre eles escolher 2 representantes, um pra ser titular e outro pra ser suplente (E6CS).

[...] meu nome foi aclamado e eleito, então o processo ele transcorre dentro dessa [...] (E10CS).

[...] houve uma assembleia, nessa assembleia foi deliberado eleição prévia e aí foi indicado meu nome e encaminhado para a Secretaria [...] (E11CS).

Bem esse processo houve uma reunião interna na organização na qual eu faço parte e pelo perfil das pessoas que estavam presentes na reunião acabaram que em comum acordo entendeu-se que eu seria a pessoa que tinha mais aproximação com a temática então sugeriram meu nome, eu acatei a hipótese e fui lá, fui adiante (E14CS).

Tais falas deixam clara a eleição para sua escolha enquanto conselheiros, pois eles não representam apenas uma instituição, mas um segmento que congrega várias instituições. Assim, investigamos que, no Município de Feira de Santana, acontece eleição para escolha do conselheiro quando o representante será de uma classe que possui várias instituições que pode representar, como exemplo o caso do representante de Sindicatos ou Associações dos

Trabalhadores Urbanos do Município de Feira de Santana, devido a existir mais de uma associação de trabalhadores urbanos, uma situação apresentada na fala a seguir:

Foi através de eleição, na eleição tínhamos a instituição que eu faço parte e uma outra, e como nós temos duas cadeiras para pessoa com deficiência né no segmento, então ficou como é, eram dois titulares e dois suplentes, então nós colocamos é em comum acordo com essa outra instituição também nós dividimos, a gente ficou com uma, com um assento e eles ficaram com o outro assento [...] **Aí a presidente junto com a direção da instituição é que escolhe algumas pessoas para participar dos conselhos** [...] como eu sou o coordenador dessa parte de prevenção em saúde aqui na instituição então acabei ficando com essa parte também do Conselho Municipal de Saúde (E5CS).

Nesse sentido, achamos mais democrático que, apesar de não haver uma exigência para que o conselheiro seja eleito, a sua escolha seja feita a partir de eleição, o que garante um aspecto mais democrático ao permitir que os indivíduos sejam representados a partir da escolha do seu representante.

Frente à realidade apresentada sobre a escolha dos conselheiros, compreendemos que, embora haja várias formas de inserção no CMS, é imprescindível que esses conselheiros se sintam motivados para exercerem seu processo de trabalho, de modo que isso influencie positivamente no seu protagonismo, uma vez que, segundo Santos, Vargas e Lucas (2011), a motivação atua como um incentivo para o desenvolvimento de sujeitos críticos e participativos, que compreendem o significado da cidadania.

Quanto à motivação dos E1CS, E3CS, E10CS, E14CS e E18CS, para o ingresso no CMS, foi a sua formação profissional e/ou pessoal.

[...] eu acho que isso é um uma questão que parte inicialmente do que você é desde a sua formação enquanto profissional, enquanto pessoal, porque não só tem profissionais ali, existem pessoas, é seus, da sua carga pessoal. **Eu acho que a minha vivência na UEFS me trouxe isso** [...] (E1CS).

Eu tive uma questão pessoal que eu sou desde a adolescência eu participava das comunidades eclesiais de base da igreja católica. Então eu já tinha um pé, um sangue na veia já corria a coisa da participação popular, e é ... eu cheguei a ser presidente da associação de moradores, tal, depois quando a gente entra na estudou, estudando na universidade [...] (E3CS).

É na verdade, eu na verdade eu sempre fui uma pessoa assim muito inquieta com **a questão política desse país** [...] e aí a minha história de meus antepassados, entendeu? De sofrimento, então me fez com que eu me envolvesse com a política partidária e com as políticas públicas, principalmente de movimento social, eu além de fazer parte do Conselho Municipal a gente faz parte do Fórum Popular de Saúde [...] (E10CS).

É a motivação maior é a questão da, de **eu já fazer parte é dessa dinâmica de é, essa dinâmica de construção coletiva de luta social por qualidade, por saúde, e por ser enfermeiro, por essa formação, essa sensibilização** é pra essas causas que tocam a saúde pública por entender da **necessidade de defender o SUS**, de defender o sistema único né universal, e por questão de fazer parte de instituições, é das

organizações da sociedade civil e fui indicado por ter esse perfil dentro da organização a qual eu faço parte [...] (E14CS).

Eu entrei porque eu gosto de opinar, **eu gosto de construir toda essa questão política-social** [...] (E18CS).

Nessas falas, estão explícitas não só a influência da sua formação profissional como também a questão da política com a luta social, ou seja, em defesa da melhoria do coletivo.

Entendemos que a formação profissional possibilita a aquisição de informações e conhecimentos que podem transformar o modo como as pessoas pensam e vivem, influenciando na sua participação em espaços que lutam por melhorias para o coletivo.

No estudo de Santos, Vargas e Lucas (2011), entre as motivações para ser conselheiro do CMS, foi citado o motivo coletivo, que tem a capacidade de sensibilizar os indivíduos para o desenvolvimento de ações que trarão benefícios para todos, e motivos pessoais, que beneficiam o coletivo ao influenciar a participação de certo indivíduo.

Como vemos, a história de vida das pessoas pode influenciar no seu ingresso em espaços de participação social da saúde. Outros tantos motivos pessoais, dentre eles os motivos relacionados à convivência em grupo, influenciam nisso, como a participação em movimentos sociais.

O conselheiro E10CS, inclusive, faz referência que tal motivação foi porque já fazia parte dos movimentos sociais, motivando seu ingresso no CMS; além disso, o E17CS expressou que já tinha participado de outros conselhos.

Eu fui convidado por, pelo [cita nome do conselheiro] na época a fazer parte dos movimentos, é principalmente saúde de Feira de Santana e quando eu tive uma oportunidade através né dessa desse chamamento eu acabei assim me despertando e, hoje é eu, eu inspiro e respiro é controle social (E10CS).

Como eu já vinha de outros Conselhos, fui presidente de Conselho de Deficiente, de assistência, conselho da criança e adolescente, então eu já achava importante a nossa participação aqui quanto entidade lá, participei muito como ouvinte lá, entendeu? (E17CS).

Nesse sentido, o E3CS complementa em sua narrativa que participar dos movimentos sociais faz parte da sua ideologia.

De maneira que hoje é uma questão ideológica, está na concepção, qual é a concepção, minha? É a concepção de que a premissa fundamental **é a defesa do sistema público** e a defesa do sistema público **passa pela organização popular**, ou seja, a gente juntou aquilo que o movimento da reforma sanitária defendia, que era o quê? Sem participação e sem controle social, não haveria, não se consolidaria no sistema público de saúde. Então eu juntei as duas coisas e coloquei como prioridade,

a prioridade é o quê? A defesa, a organização de movimentos, **a organização popular no campo da saúde em defesa do SUS, e aí toda a prioridade é essa**, entendeu? (E3CS).

Concretamente, quanto à atuação em movimentos sociais, considerando-se que são espaços que discutem o coletivo e oportunizam discussões sobre as políticas públicas, temos clareza de que, conseqüentemente, a aquisição de conhecimentos sobre direitos e deveres poderá influenciar no modo de viver das pessoas e, assim, despertar para a participação de outros locais com vistas à melhoria da qualidade de vida da população.

Por outro lado, a respeito das demais falas, elas deixam explícitas a questão ideológica ao referenciar as injustiças e desigualdades, assim como a luta pela saúde pública e os direitos sociais como motivação para se inserirem no CMS.

E eu aceitei porque é uma... **é uma causa social, é uma luta por igualdade, por direitos**, então é uma área que me interessa (E7CS).

[...] **então o que motivou foi justamente esse anseio, essa desigualdade, essas injustiças, e a gente se tornou uma voz né, eu digo assim que a gente tem um sacerdócio**, é trabalhar com saúde, dentro do conselho, dentro do dos Conselhos Locais, que eu faço parte do Conselho Municipal e do Conselho Local da minha comunidade, então isso pra mim é um sacerdócio, então eu tenho o prazer, eu adoro mexer com políticas públicas, embora tem hora que tá vontade de pensar em desistir, mas se a gente desistir a, o nosso povo é vai ficar o que desamparado já é uma população desamparada e se a gente que é ativista é desiste da nossa missão aí eu acho que o povo vai sofrer muito mais, então é isso que me motiva a ser hoje um conselheiro [...] (E10CS).

Primeiro **participar dessa luta**, poder contribuir de alguma parte, apesar de eu me sentir um pouco falha [...] Mas o que me motivou foi isso **poder contribuir nessas decisões do que é melhor ou do que a gente pode tá é contribuindo para a questão da saúde pública** do nosso país, do nosso país não, do nosso município [...] (E11CS).

Tais falas convergem com os resultados encontrados no estudo de Junglos e outros (2019, p.4), com referência à motivação para que os conselheiros locais participassem do CLS, como uma oportunidade de contribuir socialmente com a comunidade, “a indignação pessoal; o direito e o dever de participar”.

Segundo o estudo de Bastos Júnior e outros (2017), os conselheiros que participaram do CMS se interessaram por estarem informados com relação aos assuntos da saúde, ou por gostarem de discutir os assuntos de interesse público, ou ainda por desejarem mudanças na cidade.

Diferentemente, a fala do E16CS afirma que o fato de ele atuar nas questões da previdência e do sindicato em que ele atua teria ‘ligação’ com o CMS: “[...] eu atuo na questão previdenciária do sindicato e judiciária, aí eu acredito que se os temas se ligam um com outro, entendeu?” (E16CS). Percebemos nessa fala que a atuação sobre a questão previdenciária do

sindicato, com assuntos que dizem respeito também à saúde, o fez assumir o Conselho como conselheiro.

Por outro lado, o E5CS diz ter adentrado no CMS para preencher a vaga e para compreender como os recursos da saúde estavam sendo aplicados.

[...] esse segmento existia já há alguns anos no conselho e não era preenchido, nenhuma instituição não se fazia representar quando tinha eleição então acaba ficando vaga essa cadeira. Então a partir daí nós da instituição procuramos saber e fomos atrás, até porque como a gente recebe muito recurso da saúde a gente tem que está por dentro para saber realmente como está sendo a aplicação desses recursos (E5CS).

Enquanto isso, o E6CS complementa que foi importante se inserir no CMS para a defesa do segmento que representa.

[...] chegava muitas questões no sindicato então a gente precisava de fazer parte de órgãos que pudesse estar dando essa proteção, então hoje a gente participa das questões ligadas ao INSS, ao Ministério público do trabalho, ao Ministério do trabalho, e vimos que precisamos também ocupar o nosso espaço na área de saúde pública buscando demandas para a saúde do trabalhador dá uma, uma prevenção a saúde e a fiscalização também das questão dos riscos que os trabalhadores passam então esse foi que me incentivou a participar [...] (E6CS).

Nas falas do E5CS e E6CS, eles apresentam, na verdade, não a sua motivação, mas o interesse da instituição em participar do CMS para defenderem os interesses particulares da classe que representam. Porém, vemos que esses conselheiros precisam compreender a sua participação na defesa dos interesses coletivos, não apenas dos interesses da classe que representam, mas de toda a população do município.

Já os E4CS e E9CS não tiveram uma motivação inicial para serem conselheiros, foram inseridos no CMS por um pedido: “[...] a Secretária de Saúde me convidou para fazer parte do Conselho para representar o Clériston no Conselho Municipal de Saúde [...]” (E4CS); “[...] eu não vou dizer que foi uma escolha pessoal foi uma coisa que aconteceu que foi acontecendo, **houve um pedido** [...]” (E9CS).

Uma realidade que também foi encontrada no estudo de Colliselli e outros (2012), em que alguns entrevistados assumiram o cargo de conselheiro pelo fato de a instituição de que faziam parte ter direito a uma vaga no Conselho. Mas, apesar do compromisso, não houve um desejo explícito de assumir a representação, um aspecto que para os autores é importante para o desenvolvimento de políticas públicas com vistas ao coletivo.

Além do mais, para o cumprimento do exercício de atuação como conselheiro, é importante que os indivíduos apresentem interesse em ocupar esse espaço, de modo que

consigam perceber a importância da sua atuação para a classe que representam e para toda a sociedade.

4.2 Motivação dos usuários do SUS nas reuniões do CMS

O fundamento da participação está relacionado aos usuários do SUS poderem opinar e participar concretamente no estabelecimento e na gestão dos serviços públicos os quais utilizam (PRESOTO; WESTPHAL, 2005). Todavia, concordamos com Carvalho (2014, p.17) ao afirmar que a participação da comunidade “precisa ser proposta, estimulada e garantida por todos nós cidadãos”, e que ela é um direito de todo cidadão.

Outrossim, o engajamento das pessoas na participação do CMS é uma das premissas para que conheçam e possam participar das discussões a respeito das políticas de saúde do seu município. Entretanto, essas pessoas precisam se interessar pelas discussões e reconhecer a importância da sua participação nesses espaços.

Em relação aos motivos dos usuários do SUS participarem das reuniões do CMS, E2U e E8U referiram que foi a sua formação profissional.

[...] é de um modo geral as questões da Saúde Coletiva elas me tocam muito, minha formação é aqui na UEFS que a gente tem a oportunidade de vivenciar diversas coisas dentro do dentro do SUS, diversas oportunidades digamos assim, diversos contextos. E eu acho que das coisas que me motivou a buscar o controle social além da influência da graduação, mas mais ainda foi a foram as experiências que eu tive no movimento estudantil, então eu acho que isso foi determinante para hoje participar das reuniões do Conselho e entender aquele espaço como espaço importante de disputa política para construção do Sistema Único de Saúde (E2U).

É, eu gostava de estudar política de saúde, nas reflexões sobre política de saúde, sobre como fazer para o avanço do SUS para o avanço do sistema de saúde é me veio, me chamou atenção a questão do controle social e na verdade principalmente através do conselho local [...] (E8U).

Como já referido anteriormente, a formação profissional é essencial para aquisição de conhecimentos necessários para atuação profissional, mas também pode suscitar no indivíduo novas maneiras de pensar e ver o mundo, chegando, assim, a despertar neles o interesse em participar de espaços que lutam pelo coletivo.

Além disso, com relação ao movimento estudantil referido pelo E2U, o estudo de Ponte e outros (2019) identificou que esse movimento se destaca por motivar as pessoas que dele fazem parte a participarem do controle social. Os participantes desse estudo reconheceram que,

dentro dos movimentos, tiveram o primeiro contato para considerarem a importância do controle social para melhorar os serviços fornecidos.

Por sua vez, o E2U acrescenta que o fórum popular de saúde também o motiva.

[...] então **o fórum ele está sempre é incentivando essas discussões da saúde** e ao mesmo tempo a gente, enquanto fórum, entende que esses espaços formais de controle social eles também são importantes de serem ocupados nem que saiba para que aquele seja um espaço de denúncia (E2U).

Nessa fala, há outros espaços do controle social que também influenciam a participação das reuniões no CMS. Os E8U e E12U destacam que a motivação para participarem das reuniões do CMS foi a partir da participação deles no CLS.

[...] através **na verdade do interesse na formação do Conselho Local de Saúde aqui em Feira**, aí eu comecei a participar das reuniões do Conselho Municipal para entender como funcionava a política mesmo, as reuniões do Conselho, e como o sistema dos Conselhos Locais estavam entrando no debate do Conselho Municipal de saúde na época (E8U).

Então, **porque nós criamos o Conselho Local de Saúde daqui do bairro** [cita o bairro] e aí nós corremos atrás das coisas que falta aqui no bairro né, tanto em relação à saúde, segurança, educação. E aí para que a gente possa, pudesse aprender algo, pudesse também saber como trabalhar no bairro a gente também foi participar do conselho do Conselho do Município (E12U).

Diante de tais falas, fica explícito que a atuação dos usuários do SUS em espaços de controle social local influencia sua participação nas reuniões do CMS. Entretanto, é necessário que os usuários se apropriem dos espaços do controle social para que de fato as ações de saúde sejam desenvolvidas de acordo com as suas demandas, tornando-os parte do processo.

Nessa perspectiva, Oliveira e Pinheiro (2010) entendem que o significado de “tomar parte”, intrínseco ao conceito de participação proposto por Ammann (1980 apud OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010), está relacionado a participar e/ ou influenciar no processo decisório sobre os destinos da sociedade, seja no âmbito da produção ou da gestão do sistema político.

Então, compreendemos que a população precisa “tomar parte” dos espaços de controle social em saúde para que possa pressionar a ser ouvida e ter a chance de interferir nas decisões das políticas de saúde.

[...] minhas experiências pessoais enquanto pessoa, sujeito inserida na sociedade, então isso me leva acreditar que aquele é um espaço importante (E2CS).

Já está em minha natureza, trabalhar pelo social, pelo bem-estar comum, então acho que tudo que está ligado ao bem comum é me atrai, me atrai e eu gosto de

saber o que se passa, ter conhecimento, entendimento de como funciona e ter voz e vez também para poder é me posicionar para que essas conquistas possam realmente acontecer (E13U).

Para Oliveira e Pinheiro (2010), o exercício da participação auxilia na formação de sujeitos políticos, que são desenvolvidos na prática da democracia, criando uma nova realidade social.

De modo diferente dos demais usuários, o E15U cita como motivação para participar das reuniões do CMS a importância do Conselho para alcançar um Brasil justo.

[...] a questão-chave é ‘como conquistar um Brasil justo e solidário para todos e não apenas para a minoria rico’, então esse trabalho, ninguém melhor do que o Conselho Municipal de Saúde que em tese foi o conselho que mais avançou no país, que ganhou capilaridade, que ganhou uma formação no sentido de negociar com o Estado e ter de fato, não só ser consultivo, mas tem um poder deliberativo ainda que no papel. Então por mim, por isso eu acho que a questão da saúde é chave (E15U).

Além disso, o E15U acrescenta que o acesso à saúde é o acesso ao exercício pleno de cidadania, por isso é importante lutar por uma saúde de qualidade.

[...] estou convencido que acesso à saúde é o acesso ao exercício pleno da cidadania, então lutar por saúde de qualidade cumprido lá o tripé da promoção, da prevenção e a cura e reabilitação é chave desse país [...] (E15U).

Essa afirmação do E15U é importante, tendo em vista que o direito à saúde, ao ser garantido na CFB (BRASIL, 1988), mediante o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, constitui um direito de cidadania que precisa ser cumprido, até porque a saúde, no seu conceito ampliado, sofre influência de determinantes sociais e biológicos, e, ao ser garantida, possibilitará que as pessoas vivam com mais dignidade.

Portanto, o exercício da cidadania, ao participar dos espaços do controle social, possibilitará o desenvolvimento de ações pelos gestores e trabalhadores de saúde que estejam alinhadas com as necessidades da população e, conseqüentemente, se direcionem à garantia da saúde como direito.

Diferentemente das demais falas, o E8U explicita na sua fala que tem participado das reuniões do CMS para entender melhor como vêm funcionando as questões da saúde em Feira de Santana.

Hoje porque me interessa mesmo pela saúde de Feira, pra, acho que para conhecer melhor, o que é, como está, como anda, o que a gestão em Feira de Santana tem feito, eu acho uma boa forma é participar das reuniões do conselho (E8U).

O conteúdo dessa fala é deveras importante para refletirmos, pois deveria ser uma motivação corriqueira para que as pessoas participem não apenas das reuniões do CMS, mas também de outros espaços de controle social, para que possam compreender como tem sido realizada a gestão da saúde dos serviços públicos e, desse modo, poder influir nos seus rumos.

No entanto, Luz e outros (2020, p.520) destacam que o exercício do controle social tem encontrado dificuldades para sua normatização e que tem sido pouca a mobilização popular, enfraquecendo, assim, a gestão compartilhada. Por esse motivo, os autores defendem a necessidade de se retomar a mobilização na saúde, o que beneficiará a longo prazo a resolução “dos entraves democráticos e participativos da gestão, fiscalização e promoção de tal área”.

Desse modo, compreendemos que o desenvolvimento de um controle social precisa levar em consideração a Alteridade para a garantia do acesso como direito à saúde, mas é necessário que as instâncias do controle social estimulem a participação de fato da comunidade, possibilitando momentos de escuta e discussão com os usuários do SUS.

5 ACESSO À SAÚDE ENQUANTO DIREITO: na voz dos conselheiros do CMS e usuários do SUS

Partindo do entendimento de que o direito à saúde é fundamental e indispensável para o bem-estar do cidadão, é necessário que conselheiros e usuários do SUS compreendam o que é o acesso à saúde enquanto direito para defendê-lo.

Assim, neste item, trazemos uma discussão sobre o que os conselheiros e usuários do SUS pensam sobre saúde, direito à saúde, acesso à saúde e acesso à saúde enquanto direito, e, por fim, quais têm sido as atividades desenvolvidas pelo CMS de Feira de Santana para a garantia do acesso à saúde enquanto direito.

5.1 Saúde: da intervenção funcionalista à qualidade de vida

O conceito de saúde sofreu mudanças com o passar do tempo. Antes tida como a ausência de doenças, o que lhe conferia um caráter biologistas, hoje a saúde é percebida como resultante de vários determinantes não apenas biológicos, mas também políticos, econômicos, sociais e ambientais, que influenciarão na manutenção do bem-estar.

Ao falarmos sobre a concepção de saúde, a maioria dos conselheiros (E1CS, E3CS, E5CS, E6CS, E7CS, E9CS, E10CS, E11CS, E14CS) tem um conceito ampliado de saúde, como proposto pelo MRSB, conforme algumas falas a seguir.

[...] **uma gama de condições que convergem para o seu bem-estar**, e essas condições elas estão relacionadas a todos os aspectos da sua vida é ... **emocionais, físicos, de trabalho, de convivência, de possibilidades**, de é ... **acesso a bens e serviços, de sonhos, de futuro**, de... possibilidades mesmo daquilo que você pode pensar e querer enquanto pessoa humana. E com toda redundância do termo [risos] saúde tem um aspecto ampliado (E1CS).

Então a gente tem que está se preocupando muito desde a cabeça, que é quem sustenta todo o corpo, a questão psicológica, de como é que está essa pessoa até o pé. [...] **Saúde é desde a água potável que chega na sua casa**, como essa água chega para poder a gente está ingerindo, saúde é um todo, é um conjunto **de ações e de atividades que são realizadas para poder a gente ter essa qualidade de vida**. Então saúde está **muito ligada à questão da qualidade de vida da pessoa, voltando a frisar que não é ligada a parte da doença, pura e simplesmente como a maioria das pessoas enxergam** (E5CS).

Então eu entendo que é **o estado de vida saudável de uma pessoa, e a vida envolve corpo, alma e espírito**, então a gente precisa trabalhar todas essas áreas. **Saúde é o bem-estar do ser humano, viver em um ambiente saudável e sustentável**. [...] na prática para mim eu entendo que ela seja um completo bem-estar da sua vida em convivência com o outro. [...] por isso eu digo que a saúde é o bem-estar seu e do ambiente que você vive (E6CS).

Ai, saúde é um conceito tão amplo, a gente vai naquele tradicional, o completo bem-estar físico, mental e social, mas a saúde vai muito além disso. A saúde ela é para mim, saúde é prioritária, é acesso, e eu não falo para você de acesso a serviços de saúde, mas é todo um acesso, **é um acesso a condições de vida, de moradia, de educação**, é tudo acesso. Então para mim saúde se você não tem acesso você não tem saúde... [...] saúde você ter acesso à educação, à infraestrutura, à alimentação, à moradia, à educação, a lazer, saúde é isso. (E9CS).

Saúde ela perpassa por uma série de coisas, **qualidade de vida**, é você **poder morar bem, se alimentar**, seus amigos, o meio onde você frequência frequenta, saúde é muito complexo hoje, antes eu saberia definir melhor, hoje com a evolução eu ainda me pergunto: saúde é o que mesmo? (E11CS)

Apesar de compreendermos que a saúde também pode ser influenciada pelo acesso a serviços de saúde que de fato atendam às demandas da população, concordamos com a E9CS, quanto ao fato de que saúde ultrapassa esse acesso.

Desse modo, D'Ávila e Saliba (2016-2017) afirmam que a concretização do direito à saúde está associada não apenas ao acesso aos serviços de saúde, mas também ao nível de concretização dos direitos sociais, econômicos e culturais.

O E14CS complementa as falas anteriores e afirma que saúde vai além do bem-estar físico e mental, mas que perpassa pelo indivíduo viver com dignidade, ter autonomia, e que saúde também é democracia.

Saúde é um completo bem-estar físico, mental, psicológico, social, econômico, e não só a ausência de doença, não é? Na minha perspectiva saúde é um conceito um pouco mais ampliado, a saúde ela compreende é a capacidade de você viver com dignidade, viver com decência, e viver de uma forma autônoma, de uma forma que você consiga expressar os anseios também. Saúde também é democracia (E14CS).

Para Silva (2017), o direito à saúde tem ligação direta com a dignidade da pessoa humana, que é um dos fundamentos da República Federativa do Brasil trazidos no artigo 1º da CFB. Assim, segundo a autora, para a CFB a pessoa não deve estar apenas biologicamente viva, mas é necessário que tenha uma vida digna. Portanto, a saúde física e psíquica, a partir das suas dimensões preventiva, curativa e promocional, são condições básicas para se ter dignidade existencial, não sendo possível falar em dignidade da pessoa humana sem estar presente a proteção à saúde.

Além disso, ao trazer a participação da comunidade como uma das diretrizes do SUS, a CFB reforça a ideia de que a democracia sanitária constitui um dos alicerces para a sua estruturação e o seu desenvolvimento (AITH, 2014-2015). Desse modo, a saúde no Brasil tem um caráter democrático ao permitir que os cidadãos participem das decisões políticas sobre a

saúde por meio dos espaços de participação da comunidade, como os conselhos e as conferências de saúde.

Assim, segundo Aith (2014-2015), para a construção e a instituição da democracia sanitária, são necessárias a criação e a consolidação de instituições e processos juridicamente regulados que viabilizem a participação da sociedade nas deliberações do Estado sobre as questões da saúde.

O E8U concebe a saúde em uma perspectiva ampliada.

É hoje não tem como pensar saúde que não seja uma ideia ampla, não só a ausência de saúde. **A saúde além do bem-estar físico, emocional, psicológico da pessoa, também é o meio que a pessoa vive**, é o que é que é feito para promoção de saúde daquela pessoa, é o que é que o trabalho da pessoa traz para aquela pessoa, é a sua, é o seu bem-estar inclusive de você, pra você poder acessar não só os equipamentos de saúde, mas também de lazer, de bem-estar, então pra mim é tudo isso, tudo o que está no entorno que envolve diretamente e indiretamente é o processo de saúde doença da pessoa, inclusive o meio ambiente que a pessoa está inserida (E8U).

Como já discutido anteriormente, o conceito ampliado de saúde proposto pelo MRSB pressupõe o desenvolvimento de ações que não estão relacionadas apenas aos serviços de saúde, mas que dizem respeito também aos modos de viver dos indivíduos.

O E10CS cita algumas condições necessárias para se ter saúde, que estão relacionadas aos determinantes sociais da saúde.

Então saúde é você ter isso, pois é **educação, moradia digna, transporte, lazer, saneamento básico**, saúde é você não ficar trancado dentro de sua casa como se você tivesse num presídio, saúde é você ter liberdade, então é isso que eu entendo por saúde, uma qualidade de vida que possa lhe dar melhores condições de você viver mais um pouco (E10CS).

De modo convergente ao E10CS, os E12U e E13U também citaram elementos que são necessários para a saúde.

Para mim a saúde é tudo, é **você ter saneamento básico, é você ter transporte, é você ter uma casa boa para viver, ter boa alimentação, é ter um médico, uma unidade de saúde que funcione, que tudo funcione**. Para mim saúde é isso, é você ter uma boa escola para que nossos filhos estudem, para que a gente não tenha muita preocupação, tem um bairro limpo, organizado, para mim saúde é isso, é tudo isso (E12U).

Saúde é bem-estar, se eu estou, se eu me sinto bem, se eu estou bem é porque eu tenho **saneamento básico**, é porque eu tenho **minha rua é pavimentada**, porque eu tenho **transporte coletivo** que me conduz até onde eu preciso chegar, de forma precisa, **se eu tenho uma prevenção a doenças como vacinas**, não é? Como nós estamos passando agora por um momento delicado, então quando isso tudo está acontecendo eu vejo isso como saúde (E13U).

Nesse sentido, o E15U afirma que são necessários os determinantes sociais da saúde “Logo, para ser plenamente saudável eu preciso ter esses determinantes sociais preenchidos e as boas relações”.

Essas falas estão de acordo com a afirmação de Vanderplaat (2004) de que o direito à saúde envolve vários aspectos socioeconômicos que, juntos, fornecem condições que poderão possibilitar às pessoas terem uma vida saudável, uma vez que fortalecem os determinantes da saúde, como moradia, acesso à água potável, saneamento básico, emprego, entre outros. Portanto, entendemos que a saúde necessita ser vista não apenas como a ausência de doença, mas como resultante de várias condições relacionadas à forma como as pessoas vivem, que determinarão sua qualidade de vida e, conseqüentemente, sua saúde.

Os E11CS e E18CS convergem ao afirmarem que a saúde está relacionada ao estado físico e mental.

Saúde é corpo e mente sã. Como é que se dá isso hoje no mundo que a gente se encontra com tanta vulnerabilidade? É complicado porque saúde não é só você está bem, aliás é você está bem com você, é a sua saúde mental, a sua saúde física, ela é muito forte (E11CS).

Então **saúde é isso é um estado de é tanto físico, para mim, quanto emocional**, os dois (E18CS).

Percebemos nessas falas características da saúde em uma visão individual. Desse modo, fica implícito que a saúde está relacionada apenas às questões biológicas e emocionais, que interferirem com a saúde mental, como as relações com outros indivíduos e com o ambiente.

Em outra perspectiva, para o E16CS, a saúde “não é para a questão só doente, é uma prevenção”.

[...] muitas vezes as pessoas a questão da saúde só pensam quando se está doente e a questão da saúde não é para a questão só doente, é uma prevenção, então eu acredito que cada um de nós precisa é estar se reavaliando, entendeu? [...] o que eu entendo um pouco da saúde é que a gente devemos prevenir para que o problema não aconteça (E16CS).

Uma fala que é complementada pelo E17CS, ao afirmar que, para se ter uma saúde plena, é necessário investir na prevenção.

Então assim se a gente não tem uma saúde preventiva, oh minha amiga a gente não pode ter aquilo que poderia denominar como saúde plena do ser, entendeu? A saúde total, o bem-estar total dessa pessoa, é muito distante isso, muito distante (E17CS).

São falas que se direcionam também com o proposto pelo MRSB, tendo em vista que, para se alcançar a saúde no seu sentido ampliado, é necessário criar condições que impeçam ou minimizem as situações que podem levar ao adoecimento. Entendemos que são condições relacionadas a ações que previnam agravos e patologias, como também ações de promoção da saúde.

Por outro lado, o E17CS ainda trouxe que o bem-estar pleno é uma utopia.

É o bem-estar total da comunidade, da sociedade, do homem. O bem-estar pleno ele é uma utopia no meu entendimento, porque também como a gente tem uma sociedade danificada por conta da sua saúde, porque só cuida na área curativa [...] (E17CS).

O próprio E17CS e o E10CS questionam como falar em uma saúde plena diante das dificuldades.

Então se fala muito de qualidade de vida e qualidade de vida, mas qual é essa qualidade de vida que nós temos se falta tudo isso para gente? (E10CS)

[...] **quando a gente fala de uma saúde plena, que plena é essa que a gente está falando?** Que saúde é essa plena? **Será que a gente tem essa possibilidade de ter essa saúde plena em um país que tem várias mazelas e situações** e que acaba é indo diretamente é na saúde psicológica, na saúde clínica, mental? Hoje nós estamos com um país adoecido de pessoas de transtornos [...] (E17CS).

Ademais, o E4CS chama atenção para como se pode falar de saúde no conceito ampliado diante das situações enfrentadas.

Aí a gente poderia falar o conceito ampliado da OMS. Atualmente o que é que a gente vê? Uma guerra, a gente vê um país que determina que eu quero a terra do outro país. O que é que a gente pode pensar em saúde em relação a isso? Você está aqui mascarada eu mascarada, o que é que a gente precisa pensar em saúde? (E4CS).

Diante dessa realidade, segundo Costa, Souto e Rizzoto (2017), a crise econômica e política tem repercutido sobre a saúde; além disso, a situação da saúde piora conforme o sistema assistencial se debilita com o passar do tempo.

Assim, compreendemos as falas desses conselheiros de que é difícil se conseguir uma saúde plena, como o proposto pelo MRSB, tendo em vista que o agravamento das condições de vida, moradia e trabalho dos brasileiros, com a crise econômica e política do país, refletem diretamente nas condições de saúde das pessoas.

O E2U descreve situações em que faz uma relação da saúde com serviços que são essenciais para alcançá-la.

Numa perspectiva da gente pensar o direito à saúde quando eu penso saúde eu penso em moradia não tem como falar em saúde sem pensar ali na Mangabeira como aquelas pessoas conseguem conviver ali com aquela Lagoa que tem uma péssima drenagem que é muito pouco preservada, e aí as pessoas vivem com as enchentes aqui em Feira, próximo a esses locais, mas moram lá assim. E aí a gente vai discutir tanto a condição de moradia quanto o preço que é um terreno aqui em Feira, se as pessoas têm acesso ao espaço de moradia para construir suas moradias ou elas ocupam esses espaços por falta. Então quando eu penso em saúde eu penso nisso, sabe? Que o direito o direito à saúde tanto a nível de serviço, mas quanto a outros serviços que são básicos para existência. Hoje a gente está fazendo a entrevista num dia que é importante, é um dia que é relacionado a defesa da nutrição. Então como é que eu penso em saúde sem pensar numa política de segurança alimentar, sabe? Num país que tipo nos últimos anos a gente teve um agravamento da miséria e da pobreza e que as pessoas estão passando fome, voltaram a passar fome como há tempos a gente não via [...] (E2U).

Diante dessa fala, entendemos ser essencial que não apenas os serviços e a gestão da saúde se preocupem com o desenvolvimento de ações que irão influenciar na qualidade de vida da população, mas que essas ações sejam pensadas e desenvolvidas em conjunto com outros setores, com a finalidade de que, assim, de fato, se consigam alcançar condições para que as pessoas tenham uma vida com dignidade e saúde.

Todavia, para Prado e outros (2022), a abordagem intersetorial está relacionada à necessidade de implantar políticas sociais, de saúde ou educação, que agreguem às suas diretrizes o objetivo de satisfazer os direitos ou as demandas da comunidade, para uma população específica. Ainda segundo os autores, o desenvolvimento de políticas multisetoriais baseadas na integração pode aumentar os interesses para a redução de disparidades em saúde para além da esfera da saúde. Somado a isso, incluir a intersetorialidade no planejamento das políticas públicas possibilita o desenvolvimento de ações voltadas para a redução das iniquidades em saúde.

Chamou atenção a fala do E4CS de que a saúde tem sido pensada no individual e não no coletivo.

O que é que a gente pode querer de saúde? Introduzir o bem-estar do outro ou o meu? Parar de problemas do outro ou do meu? Hoje em dia saúde se resume no meu umbigo, nós estamos é 'animalescamente' animais, é até uma redundância falar isso, mas nós estamos animais, nós não pensamos mais no outro, nós pensamos mais em nós como saúde, em nossa família, em nosso meio, nosso ambiente. **Saúde deixou de ser a coletividade, na verdade saúde passa a ser o que eu quero para minha, para o meu halo de conhecimento e de preenchimento. Mas saúde deveria ser a coletividade, deveria ser participação**, o controle social, a interação entre um [...] e outro, a gente está aqui, a gente está como se fosse apagar fogo, um incêndio, [...] Então de repente a gente a gente está numa sociedade que não existe mais o outro, saúde acabou. O que existe agora são contratempos psicológicos: o que é melhor para mim ou o que é melhor para mim. Não existe mais o que é melhor para mim e o que é melhor para o outro. Saúde não temos mais, a busca de saúde deveria ser essencial para que a gente pudesse é disseminar o bem, mas nós estamos sendo, como disse no início, animais, somos animais, racionais, mas nós estamos passando para irracionalidade da saúde (E4CS).

Percebemos nessa fala características da Alteridade, tendo em vista que o conselheiro aborda sobre a necessidade de se pensar não apenas na saúde do indivíduo, mas também na dos que estão à sua volta.

Para Lévinas (2009, p.197), encontrar com o rosto do outro provoca uma inversão humana do em-si e do para-si, passando do “cada um por si” para priorizar o “para-outro”, em que o eu passa a ter responsabilidade pelo outro homem.

Assim, entendemos que o outro nos permite perceber um mundo além do nosso, que possui características diferentes da nossa, com história, cultura e necessidades próprias, e, ao entendê-las, somos convocados a sermos mais solidários e justos, lutando com as outras pessoas pelas suas necessidades.

Por sua vez, o E17CS fala que “E a saúde é algo que dói, que as outras ainda até acaba que passando, mas a saúde é algo visível, algo notado, é algo que você sente de perto a situação”. Para tanto, fica perceptível que as pessoas precisam de saúde para viver, que é necessário dar aos cidadãos acesso a bens e serviços para garantir o seu direito à saúde.

5.2 Direito à saúde: um direito à vida?

O direito à saúde, segundo Nogueira e Pires (2004) é um elemento complicado da agenda política e da agenda governamental, e a discussão sobre o seu assunto e o seu alcance é essencial. Desse modo, a partir dos debates, será possível viabilizar a inclusão e a efetivação do direito à saúde com um delineamento em que a democracia e a universalidade sejam garantidas, ou então sejam muito reduzidas.

Portanto, compreendemos ser fundamental que os conselheiros reconheçam a saúde como um direito, e que o protagonismo deles é importante para a sua garantia.

Com relação ao direito à saúde, alguns conselheiros se complementaram ao afirmarem que é algo que as pessoas já têm desde a sua concepção.

Eu acho que a gente tem o direito à saúde é desde quando a gente está na barriga da mãe, quando eu mulher engravidou e começou a fazer o meu pré-natal, então o meu feto já tem direito à saúde, mesmo antes de nascer (E7CS).

Direito à saúde começa no momento que o indivíduo é gerado, você passa a ter direito, direito à vida, à vida com dignidade, esse direito à saúde ele não, ele é de todos, é de toda a população brasileira, de todo o povo dessa nação, ele tem direito, direito como bem, como você ser dessa terra, desse solo [...] (E9CS).

Tudo. Acho que tudo, acho que todos nós desde a barriga da mãe já temos esse direito à saúde, até na hora de morrer já tem esse direito à saúde [...] (E11CS).

Essas falas expõem que as pessoas, indistintamente, sem considerar idade, cor ou raça, têm direito à saúde, sendo ela, portanto, indispensável também aos indivíduos desde a sua concepção, para que as crianças tenham uma vida saudável após o nascimento.

Complementando a fala do E9CS, para o E14CS o direito à saúde é ter direito à vida “O direito à saúde é o direito à vida, é um direito que na minha concepção é um direito inalienável [...]” (E14CS). Além disso, o E15U acrescenta que “Direito à saúde para mim é fundamental é claro [...]”.

Nessa direção, Silva (2017, p.4) afirma que a saúde é um elemento do direito à vida, tanto como elemento existencial quanto como elemento relacionado à sua qualidade, assim, para ela, “Sem saúde, não há vida”.

A saúde e a vida, para Sturza e Costa (2010), são consideradas cláusulas pétreas da CFB, que estão relacionadas com a definição de dignidade da pessoa humana, sendo necessário, portanto, que o poder público garanta a prestação de serviços públicos qualificados, assegurando uma condição de vida digna, sob pena de responsabilidade.

Por sua vez, o E2U reforça que o direito à saúde é um direito fundamental dos indivíduos que está relacionado com outros direitos sociais.

Então pensar o direito à saúde é pensar em que é um, que para mim é um direito fundamental do sujeito, mas que engloba diversos outros direitos sociais assim que eu acho que a gente deve garantir, então todas essas as políticas que tocam os determinantes sociais de saúde eu acredito que elas fazem parte do direito à saúde, e para ter o direito à saúde elas precisam estar garantidas (E2U).

A CFB (BRASIL, 1988) apresenta, em seu artigo 6º, os direitos sociais, e entre eles está a saúde: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”.

Considerando o conceito ampliado de saúde proposto pelo MRSB, concordamos com a fala do E2U, uma vez que, para alcançar o direito à saúde, os cidadãos também precisam ter acesso a outros direitos sociais. Nessa direção, Sposat e Lobo (1992) afirmam que as Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080 e 8.142) trouxeram para a saúde a compreensão de que ela é um produto social e histórico que é influenciado pelas condições de vida e de trabalho das pessoas.

Além disso, as falas de alguns conselheiros se complementaram ao afirmarem que todos têm direito.

Todos nós temos. Eu tenho que ter direito, você tem que ter direito, todos nós temos que fazer parte (E4CS).

[...] é um direito que ele decorre dos direitos humanos é diretamente, o ser humano ele tem direito a ter saúde no meu entendimento, e no meu entendimento cabe ao Estado, como gestor da vida pública, é ser o responsável por garantir todas as condições para que todos os indivíduos se é estejam inseridos no seio social e possam vim a gozar da saúde, de uma boa saúde (E14CS).

Então assim as pessoas ainda não percebem isso, que o direito é para todos. Todos. Garantido para todos, independente de ser branco, amarelo, preto, homossexual, o que seja, LGBT, independente do que seja é para ser garantido para todos, e infelizmente a gente vai com QI [...] (E17CS).

Saúde como diz é um direito de todos e dever do Estado, então o direito à saúde é algo inerte de, está intrínseco, é direito de todo indivíduo ter o acesso à saúde [...] (E18CS).

Vemos que as falas expressam uma concepção atrelada ao preconizado pela CFB (BRASIL, 1988), que traz, no seu artigo 196, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Assim, com a CFB, a saúde passou a ser reconhecida de fato como um direito de todo cidadão brasileiro, indistintamente.

O E4CS chama atenção que o direito é de todos e que não tem que depender de outras pessoas para ter acesso à saúde.

Direito à saúde é você chegar na própria unidade querer procurar um médico e o médico estar lá, querer procurar o dentista e o dentista estar lá, querer procurar enfermeira para conversar, para fazer a consulta, a primeira consulta e ele estar lá, e eu não precisar mendigar, esse direito tem que ser aberto, SUS é isso, a equidade e a liberdade de você ter esse direito tem que ser aberto, eu não tenho que depender de outra pessoa para me consultar, eu tenho que chegar lá e ter esse direito (E4CS).

É visível, implicitamente, nessa fala do E4CS, que, para ele, o acesso aos serviços de saúde não poderá estar atrelado a algumas pessoas ou funcionar como moeda de troca [para o voto, por exemplo], uma prática vista anteriormente por outros conselheiros ao falarem sobre as dificuldades para alguns atendimentos no município. De todo modo, com essa fala, vemos que os serviços precisam ser oferecidos de acordo com as demandas da população e necessitam estar disponíveis para serem usados pelas pessoas quando precisarem.

Por sua vez, o E3CS fala que o direito à saúde é sagrado, uma vez que, para sua concretização, é necessário o cumprimento dos princípios do SUS.

O direito à saúde é o direito do tipo assim, como que sagrado que é aquela coisa de que o Estado deve prover as condições para que a pessoa tenha acesso, e ao ter acesso ela tem um atendimento integral. Então direito está relacionado, no caso do SUS, a você ter uma rede e um sistema público de qualidade, socialmente referenciado para que essa pessoa, para que as demandas e as necessidades dela tenham resolutividade, porque se você não tem acesso, universalidade, se você não tem a

integralidade, se você não tem a equidade, você prejudica o direito. [...] Então direito é efetividade dos princípios do SUS através do papel do Estado, não é? Isso para mim é direito (E3CS).

Além disso, o E9CS fala que o direito passa pelas políticas públicas e por um sistema de saúde organizado: “[...] não sei assim como é que eu vou te dizer esse direito porque tudo perpassa pela política, e eu falo de efetivação de políticas públicas, de que você consiga, é de que a gente consiga ter um sistema também organizado em saúde” (E9CS).

Para Araujo e Nascimento (2016), o conceito de saúde enquanto um direito de saúde pressupõe que o sistema de saúde desenvolva suas ações considerando os princípios da universalidade, da equidade, da integralidade e do acesso. Além disso, se considerarmos que o SUS foi criado para viabilizar o direito à saúde, e que ele tem suas bases legais e organizacionais nos princípios dispostos na CFB (BRASIL, 1988), é imperativo que eles sejam cumpridos para que a saúde seja garantida enquanto direito.

Compreendemos também que, para a concretização do direito à saúde, é necessário que as políticas de saúde sejam desenvolvidas a partir das necessidades apresentadas pela população e, para isso, elas precisam ser planejadas com o Estado e a sociedade, com vistas ao bem comum da garantia do exercício da cidadania.

É importante salientar a colocação do E10CS de que, antes do SUS, apenas as pessoas que tinham carteira assinada tinham acesso aos serviços de saúde.

[...] o ano em que eu casei, só quem tinha direito era quem uma carteira assinada, era o INPS, e aí minha esposa adoeceu e eu desempregado e sem uma carteira assinada para esse hospital receber a minha esposa para atendimento foi, era uma dificuldade, meu irmão teve que entrar com o esposo dela, porque tinha uma carteira assinada, e minha esposa foi atendida (E10CS).

Nas Constituições Federais anteriores à de 1988, apenas os trabalhadores que contribuía com a Previdência Social tinham direito ao acesso à saúde pública, assim, quem não era inserido no mercado de trabalho, com renda e carteira assinada, dependia completamente dos serviços privados (SILVA, 2017). Desse modo, a CFB de 1988 (BRASIL, 1988) trouxe a possibilidade de qualquer pessoa ter esse acesso garantido sem precisar pagar diretamente por ele.

Nessa esteira, segundo o E17CS, o direito à saúde é ter acesso a todas as demandas: “É ter acesso a todos os, as possibilidades das nossas demandas. Se eu tenho uma demanda, mesmo que seja de alta complexidade, eu precisaria realmente de ser agraciada com esse processo, se eu não sou, então qual o direito que eu tenho?”.

Os usuários E8U e E12U têm falas convergentes com a do E17CS ao conceberem que direito é ter acesso às demandas.

Direito à saúde é você ter direito e você ter acesso a todas essas coisas a todas essas demandas (E8U).

A Constituição fala que todos nós temos direito à saúde, educação, segurança, então direito à saúde é você ter, é você ter acesso a tudo o que você precisa que você não tem. É você ter o exame na hora que você precisar, é você ter o profissional de saúde na hora que você precisar, e ... ter as coisas específicas básicas no SUS [...] (E12U).

Essas falas estão de acordo com o artigo 196 da CFB (BRASIL, 1988), que diz que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. A partir disso, entendemos que o direito à saúde só será cumprido por meio de políticas públicas sociais e econômicas e pelo acesso universal e igualitário às ações de saúde.

Para tanto, é necessário o desenvolvimento de políticas sociais e econômicas que levem em consideração as necessidades da população, com a finalidade de reduzir os riscos de adoecimento, além do desenvolvimento de ações que viabilizem o acesso universal e igualitário.

Apesar disso, as falas de alguns conselheiros se complementam ao considerarem que, infelizmente, muitas vezes o direito está no “papel”, mas não é cumprido na prática.

O direito à saúde a gente vê muito a questão das leis, a questão do que está no papel, só que falta muito na prática do dia a dia. O direito à saúde ele peca muito porque ele fica preso ao papel através das leis, mas isso não vem para prática o que chega na prática é muito pouco [...] (E5CS).

[...] então fala é que saúde é um direito do povo e um dever do Estado [...] isso é uma verdadeira, uma grande mentira, então infelizmente nós ainda vivemos essa realidade, quer dizer que é demos um passo à frente, demos dois passos para trás (E10CS).

Direito à saúde como se diz que é um Sistema Único de Saúde brasileiro e que muitas vezes não tem acesso porque a gente necessita daquele profissional e muitas vezes ah, o SUS ou aquele município conveniado ao SUS e não tem aquela demanda. Então de fato na verdade eu tenho, eu era para ter acesso e muitas vezes o acesso não dá acesso para gente por não ter um profissional (E16CS).

O usuário E15U também compreende que, apesar de ser um direito dos cidadãos e um dever do Estado, o direito à saúde não tem sido cumprido “[...] saúde é direito de todos e dever do Estado e só que, infelizmente, isso não vem sendo cumprido [...]” (E15U).

É perceptível, a partir das falas, que o direito à saúde não tem sido cumprido pela dificuldade de acesso às ações e aos serviços de saúde. Estudos referem (SANTOS, 2018;

VICAVA et al., 2018) que a oferta do acesso, de profissionais e da utilização dos serviços tem sido um dos desafios do SUS desde a sua implantação, que precisa ser superado.

Nesse sentido, para Paim (2018), alguns aspectos estão relacionados ao comprometimento do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, sendo eles a deficiência da infraestrutura pública, a falta de planejamento que leve em consideração as bases da sociedade, os obstáculos com a organização das redes regionalizadas e as dificuldades para a transformação dos modelos de atenção e das práticas de saúde.

Assim, para o E17CS, a população se ‘acostumou’ a não ter acesso a tudo que precisa e se admira quando consegue algo.

Você vê que as pessoas estão tão acomodadas de saber que as coisas não funcionam bem, que falam assim ‘não, mas eu consegui isso, eu consegui isso’ como se fosse uma glória, você está entendendo? ‘Não, não eu consegui isso, o outro eu vou dá um jeitinho’. Isso eu ouço demais aqui, você está entendendo como é a história? Quer dizer, olha a falta de percepção, não eu precisaria ter ele todo integralizado, o meu direito todo integralizado naquilo que eu preciso, e infelizmente isso não ocorre muito, infelizmente (E17CS).

Nesse sentido, o E5CS afirma que é necessário fazer cumprir a legislação que garante os direitos à saúde “[...] eu costumo dizer que os nossos direitos à saúde são poucos pela aquilo que existe. Lei nós temos várias, temos muitas, a gente precisa fazer cumprir, para gente ter um direito melhor à saúde”.

Infelizmente, segundo Santos e outros (2014), o SUS disposto na lei não é o que realmente acontece na prática, sendo necessário que haja essa concretude. A lacuna na prestação eficiente dos serviços públicos básicos tem sido o grande problema para a concretização dos direitos sociais, e não a legislação.

Por sua vez, o E1CS disse que, quando fala em direito à saúde, vem a sensação de utopia diante das dificuldades enfrentadas pela sociedade.

O direito à saúde volta, volta para mim a sensação de utopia porque quando a gente entende a saúde de uma forma mais ampliada a gente vê que muita coisa é negada desde a essência, desde o básico. A gente vive numa sociedade de hiatos, de afastamentos, de restrições, onde a população mais abastada tem mais acessos a muitas coisas que dão conta de suprir as suas necessidades básicas e que as necessidades básicas supridas elas são é ... elas se transformam numa forma de ter saúde, né? (E1CS)

Essa fala também nos remete ao artigo 196 da CFB (BRASIL, 1988), uma vez que é firmado no artigo que o direito à saúde será garantido mediante as políticas sociais que minimizem os riscos do adoecimento. Mas, infelizmente, vivemos em uma sociedade de muitas

desigualdades sociais e regionais, que dificultam que as pessoas tenham acesso às condições sociais e de serviços de saúde necessárias para ter a saúde garantida.

Apesar disso, de acordo com o E6CS, é importante cuidar do outro, não fazer apenas o que está na lei.

[...] aí eu passo para saúde também muitas coisas da saúde a gente precisava olhar o lado da vida do ser humano, se você for olhar só a questão de direito, direito, direito, direito, direito, todo mundo vai ficar preso, entendeu? Em fazer as coisas que está no papel e tem muitas coisas que a gente precisa fazer que não está no papel uma delas é atender bem, cuidar do outro (E6CS).

O cuidar do outro para o desenvolvimento das ações de saúde reflete a Alteridade ao percebermos as necessidades do outro, precisamos pensar possíveis ações para ajudá-lo a resolvê-las.

Além disso, E15U ressalta que não se conseguirá acesso à saúde plena se todos não tiverem “[...] então é impossível conseguir acesso à saúde plena só para mim se meu vizinho não tem acesso a ela”.

Concordamos com essa fala, uma vez que a saúde plena está relacionada também às relações entre os indivíduos que vivem em sociedade, que vão refletir no trabalho, nas condições de moradia, de segurança, entre outros.

Diante dos entendimentos apresentados pelos conselheiros e usuários do SUS, compreendemos que o direito à saúde resulta não apenas de acesso às ações e aos serviços de saúde, mas também de outras políticas sociais. Portanto, é fundamental que as pessoas estejam presentes nos espaços de atuação da comunidade para que participem dos processos de decisão a respeito das questões da saúde.

5.3 Acesso à saúde enquanto direito: uma questão de Alteridade?

Com o intuito de discutirmos o acesso à saúde enquanto direito, inicialmente, trazemos uma discussão sobre o acesso à saúde a partir do entendimento dos conselheiros municipais de saúde e dos usuários do SUS.

O acesso à saúde, segundo Abreu de Jesus e Assis (2010), não se resume apenas ao conceito de porta de entrada; mais do que isso, caracteriza-se como um “dispositivo” que pode transformar a realidade. Desse modo, compreendemos que o acesso universal e igualitário é fundamental para concretizar o direito à saúde.

O acesso à saúde, para o E6CS, é o SUS: “[...] o SUS é o acesso à saúde, então eu resumo que o SUS, que o acesso à saúde é o SUS, ele pode realmente é definir o que é o acesso. É a realização do SUS”.

Além disso, para o E13U, acesso significa ter a Constituição Federal cumprida, garantindo saúde para todos os cidadãos: “Acesso à saúde significa você é ter a Constituição é de 1988 é sendo estabelecida, sendo cumprida, saúde para todos independentemente de cor, de raça, de crença, de financeira, de condição social, a sua completude, a saúde na sua completude”.

Sob essa ótica, compreendemos que o SUS foi criado pela CFB como uma ferramenta para cumprir a prerrogativa de que o Estado tem o dever de garantir que a saúde seja um direito de todos os cidadãos brasileiros. Assim, o SUS deve oferecer o acesso irrestrito a todas as pessoas.

Para o E3CS, o acesso está relacionado tanto ao princípio da universalidade quanto à conformação geográfica para ser atendido em um serviço de saúde, mas ele o entende como um princípio do SUS que é um direito de todos e um dever do Estado.

Acesso está relacionado ao princípio da universalidade, não é? Tem o acesso é no sentido de que o SUS é para todos e tem **um acesso no sentido mais de uma conformação espacial geográfica**, não é? Que é a facilidade para que você tenha é a possibilidade de chegar àquela localidade, mas eu acho que a acessibilidade é o princípio da Constituição, o SUS é um direito de todos e um dever do Estado então ele deve ter porta aberta [...] (E3CS).

Nesse sentido, de modo complementar, o E4CS entende que o acesso é para todos “[...] acessibilidade era para qualquer um, deve ser para qualquer um, deve-se ter acessibilidade liberada [...]” (E4CS).

O artigo 196 da CFB garante que o acesso é universal e igualitário e que deve ser permitido por meio de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Portanto, entendemos que o acesso universal é condição indispensável para se conseguir a saúde.

Apesar das afirmações pertinentes dos conselheiros, percebemos que há um certo equívoco entre os termos acesso e acessibilidade. Para Starfield (2002), a acessibilidade é uma característica da organização de um sistema ou instituição de saúde fundamental para que os indivíduos consigam chegar aos serviços de saúde, já o acesso é a maneira como a pessoa vai experienciar essa particularidade do serviço de saúde que busca.

A autora ainda acrescenta que a acessibilidade está relacionada a alguns aspectos como: o tempo, a disponibilidade de funcionamento das unidades de saúde e a disponibilidade dos

usuários; o aspecto geográfico, a necessidade ou não de utilizar transporte e a distância a ser percorrida; e a acessibilidade psicossocial, relacionada com os aspectos culturais da comunicação entre os trabalhadores de saúde e os usuários dos serviços.

Desse modo, o E3CS não está errado ao referir a questão geográfica como um aspecto da acessibilidade.

Para o E9CS, o acesso passa pelos princípios da equidade e da integralidade e está relacionado com a efetivação das políticas públicas.

[...] ele perpassa pelos princípios de equidade e integralidade, então não, para te definir acesso... acesso eu vou dizer que é a efetivação das políticas públicas, então se você não tiver, as políticas não estiverem realmente funcionando, a gente não tiver dignidade a vida, respeito à vida humana a gente não produz acesso (E9CS).

Concordamos com a fala do E9CS, pois o acesso só acontecerá de fato se as políticas públicas de saúde forem efetivas e tratarem das condições para que esse acesso aconteça. Logo, relembando as dimensões necessárias para alcançar o acesso propostas por Assis e Abreu de Jesus (2012), percebemos aqui a dimensão política do acesso, que diz respeito ao compromisso dos atores envolvidos na formulação de políticas públicas de saúde [gestores, trabalhadores e usuários] que considerem as necessidades de saúde da população, o que poderá influenciar na superação de lacunas de ofertas de serviços de saúde.

Algumas falas se complementaram a partir da associação do acesso com os determinantes sociais da saúde.

[...] você pode ter o melhor sistema de saúde do mundo, você pode ter todas as tecnologias leves, duras, meio-duras, mas para produzir esse acesso o caminho é longo, você vai perpassar por todo esse histórico de construção do indivíduo das políticas públicas, da educação, da infraestrutura, do bem-estar, para você produzir acesso (E9CS).

Primeiro começa dentro de casa, você ter uma boa, ter saúde mental é, uma boa alimentação, coisas que a gente sabe como é difícil daqui para frente vai ficar aí, aí tem a questão quando o seu corpo adocece você tem que ir para a unidade de saúde ou para um hospital [...] (E11CS).

O acesso à saúde é você é poder é ser respeitado enquanto sujeito e ter direitos a ter uma água tratada, a ter esgotamento sanitário, a ter segurança, a ter acesso a medicações é ou gratuitas ou de baixo custo, é você ter acesso facilitado a profissionais é de baixa, média e alta complexidade, é você ter acesso a tratamentos até a doenças raras que acomete uma parcela da população [...] (E14CS).

De modo complementar, os E8U e E15U também trouxeram características do acesso relacionadas aos determinantes sociais da saúde.

[...] mas também ter acesso à saúde pra mim é você ter acesso a saneamento básico, por exemplo, é você ter acesso a atividades culturais, por exemplo, você ter acesso a tudo que te traz o bem-estar, mas também aquilo que você precisa pra manter sua condição de saúde saudável também pra te restabelecer, no caso quando você é acometido (E8U).

[...] porque a pessoa que tem qualidade de vida, com boa moradia, moradia saneada, com água potável decente, com uma boa alimentação a probabilidade dele adoecer é mínima, então eu acho que o principal acesso à saúde passa por aí. Logo, mas se adoeceu eu tenha uma unidade de saúde lá no meu bairro, não tenha que andar, tomar ônibus e sofrer para chegar lá, e ser bem atendido lá na porta de entrada que nem sempre a gente consegue isso, chegar lá na porta de entrada [...] (E15U).

As falas apresentadas condizem com o entendimento que os conselheiros e usuários trouxeram sobre saúde. O acesso à saúde é permeado por outras questões sociais que não estão relacionadas diretamente ao âmbito da saúde, mas que são essenciais para se ter saúde, sendo necessário para sua concretização, portanto, o desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais.

Desse modo, para o E1CS, o acesso está relacionado não apenas a conseguir atendimento nos serviços de saúde, mas também às condições de saúde, e, por isso, pensando no bem-estar global, o conselheiro considera utópico.

[...] o acesso à saúde enquanto é porta de entrada para consumo de algum serviço é associados aos processos de adoeci de saúde-doença é uma coisa, acesso à saúde enquanto conjunção global daquilo que você precisa pra estar bem no seu dia a dia é quase que utópico você conseguir enxergar uma porta de entrada que me que consiga me dar acesso a essa complexidade (E1CS).

Por outro lado, o E18CS destaca que o acesso está relacionado às condições necessárias para alcançar o serviço de saúde, além de estar relacionado às políticas de saúde e às atividades desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

O acesso à saúde são as condições pela qual a gente consegue alcançar é os serviços que vão refletir na nossa saúde, é ter nosso cartão SUS, ter direito a acesso a unidade de saúde, poder retirar nossos medicamentos, quando não, ter uma justificativa porque está faltando, é marcação de consulta, então, enfim, acesso à saúde são as políticas, são os planejamentos e as atividades desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde que vão fazer com que esse, essa população ela tenha o seu saúde, o seu direito à saúde garantido, resguardado (E18CS).

De modo convergente, os E7CS, E16CS e E17CS afirmaram que ter acesso à saúde é precisar do serviço e ser atendido.

Ter acesso à saúde é o indivíduo precisar de atendimento em saúde e ele ir em determinado lugar e ele ter aquele acesso, é conseguir ter aquele acesso e suprir a sua

necessidade no todo, é não só na consulta, mas na consulta, no exame, na medicação (E7CS).

O acesso à saúde é as pessoas ter direito as fazer as consultas e as prevenção (E16CS).

Seria a possibilidade de eu ter o adentramento em todos os espaços que eu precisasse sem maiores dificuldades, ou seja, é um direito meu eu ter acesso, obedecendo a algumas regras [...] (E17CS).

Os usuários do SUS E8U e E12U também entendem o acesso como a possibilidade de utilizar serviços e equipamentos de saúde: “[...] acesso aos equipamentos de saúde é aquilo que a gente sabe que tem que ter, é as estruturas principalmente atenção básica na saúde, os profissionais de saúde acessíveis, capacitados e treinados também para atender às suas demandas [...]” (E8U); “Então acesso à saúde, eu entendo assim que... ter meios para parte conseguir as coisas [...]” (E12U).

Por sua vez, o E2U entende o acesso como adentrar no sistema de saúde.

[...] acesso à saúde de um grosso modo é toda a possibilidade que o sujeito ele tem de adentrar o sistema. Para mim acesso é isso, sabe? É pensar em como ele entra nesse sistema, como ele tem esse acesso garantido ou não, então acesso para mim é a forma como que ele consegue chegar a ser atendido nas suas necessidades, então isso para mim é acesso (E2U).

Tais entendimentos sobre o acesso à saúde concebidos pelos conselheiros e usuários remetem ao conceito proposto por Abreu-de-Jesus e Assis (2010), em que o acesso é tido como a “porta de entrada”, o local de recepção, acolhimento do usuário que tem uma demanda de saúde específica, e os caminhos percorridos por ele no sistema para ter a sua demanda de saúde resolvida.

Já o E5CS entende que o acesso está relacionado à informação.

Então esse acesso à saúde começa principalmente com a questão da informação as pessoas têm que estar melhor informadas, com relação à saúde, com relação a seus direitos, o que ela pode fazer, como deve fazer, como deve portar a questão do lixo para não estar contaminando a terra, tudo isso eu vejo que é importante com relação à saúde (E5CS).

De forma semelhante, a fala do E8U converge com a do E5CS, na ideia de que muitas vezes o acesso não acontece por causa da falta de conhecimento.

Na realidade você vive, falando de Feira de Santana, numa cidade que as pessoas nem conhecimento direito têm, **então pra você ter o acesso também você precisa ter o conhecimento sobre a rede, sobre a estrutura, sobre como funciona, sobre qual o direito você tem, então tudo isso interfere no acesso que você tem, não só você ter**

aquele posto de saúde lá que as pessoas ficam batendo na sua cabeça né que é a porta de entrada, que você deve entrar, quando as pessoas não entendem nem como funciona e às vezes tem lá o posto de saúde e não tem a equipe ou então a equipe não te acolhe, então tudo isso faz parte do acesso, pra mim (E8U).

De acordo com E6CS, o usuário precisa se conhecer para saber qual o serviço que precisa buscar e que o serviço de saúde deve estar disponível.

[...] quando você tem acesso à saúde primeiro você tem que estar é consciente do que você está sentindo e do que você é, como assim, contribui com a sua vida. Então se você não é, não sabe o que é que você está sentindo não sabe o que você tem, para você ter esse acesso à saúde você precisa estar é se conhecendo, tendo conhecimento de como funciona primeiro você para você poder buscar o acesso correto, e do outro lado os serviços públicos têm que estar disponíveis com várias gramas de serviço para poder acolher esse usuário para o serviço ter um excelente acesso (E6CS).

Segundo Thiede e McIntyre (2008), o acesso está relacionado com a autonomia em usar os serviços de saúde que serão determinados a partir da escolha do usuário. Escolha que, por sua vez, será influenciada pelas informações que cada pessoa tem com relação às questões de saúde e do serviço de saúde. Os autores compreendem a informação com uma condição para o acesso e afirmam que é preciso o desenvolvimento de políticas de saúde que foquem na comunicação em saúde.

Diante das falas apresentadas e da afirmação dos autores, compreendemos que o conhecimento sobre funcionamento do sistema de saúde e também sobre questões ligadas à saúde que proporcionem melhor qualidade de vida é essencial para que as pessoas tenham acesso à saúde.

Por sua vez, para o E3CS, o acesso está relacionado à resolubilidade das demandas de saúde da população, e quando esse acesso é prejudicado acontece a demanda reprimida.

Esse acesso abrange uma série de coisa desde a resolutividade, porque se você consegue, por exemplo uma determinada ação, procedimento, mas você não segue isso numa rede de atenção o seu acesso é prejudicado. Então aquilo que seria o fluxo normal ele é prejudicado e aquela pessoa ela passa a ser um termo que a gente usava muito na saúde que é uma demanda reprimida, então se ela não tem a porta aberta, uma rede, ela vai se construir uma demanda reprimida [...] (E3CS).

Em convergência com essa fala, para o E15U, “Acesso à saúde para mim é pensar como ter um sistema de saúde com resolutividade [...]”.

Concordamos com as falas ao afirmarem que ter acesso à saúde significa alcançar a resolutividade, pois a finalidade do acesso é permitir que as pessoas, ao buscarem os serviços de saúde do SUS, resolvam suas necessidades. Por isso, compreendemos que acesso não se

restringe ao indivíduo conseguir atendimento, mas, mais do que isso, está relacionado a ele ter todos os insumos necessários que sejam capazes de ajudá-lo a solucionar sua demanda.

Com relação à demanda reprimida trazida pelo E3CS, para Thiede e McIntyre (2008), o grau de acesso à saúde é determinado pelo nível de adequação entre os serviços que são ofertados e as demandas de saúde que são trazidas pelos usuários. Portanto, a oferta dos serviços de saúde precisa ser organizada considerando as necessidades de saúde da população, para garantir um maior acesso à saúde.

Algumas falas convergem ao chamarem atenção sobre a espera por atendimentos.

A gente fala tanto dessa acessibilidade é, agora inventaram essa regulação [...] é as tecnologias se se pregaram se anunciaram que era para facilitar, é na verdade as tecnologias é foi para afastar o povo dessa saúde plena [...] (E10CS).

Muita das vezes você consegue ter o primeiro atendimento com a enfermeira, mas aí daí que direcione ao médico tem algumas unidades ainda tem, na verdade tem, eu tenho, mas [...] de forma limitada. E quando você necessita ir para um hospital de verdade, fazer uma regulação é sem comentários, eu nem falo porque é mortal. É você já dizer assim ‘eu estou já com o pé na cova’ (E11CS).

[...] tem que obedecer às regras de todo mundo do acesso, mas que a gente não tivesse que esperar uma regulação 8, 10 meses, que a gente não tivesse que esperar uma regulação a 2, 3 meses para fazer um exame simples, compreende? (E17CS).

O usuário do SUS E12U também refere a regulação como uma dificuldade para o acesso.

[...] aqui em Feira de Santana você vê que já morreu 163 pessoas na fila da regulação, então eles não tivessem, não tiveram acesso à saúde, a eles ficaram nos hospitais, nas UPAs e não conseguiu a vaga para ir para, no hospital não nas UPAs, que eles precisavam de uma vaga pra poder ir pro hospital para conseguir um tratamento. Então o acesso é muito difícil, muito difícil, principalmente a hospitais, atenção básica é mais fácil da pessoa conseguir, mas atenção básica é só o começo, tem doenças que não resolve na atenção básica (E12U).

De modo complementar, o E17CS ainda afirma que o acesso é restrito “[...] então assim esse acesso ele é muito restrito, ele é uma ‘garganta’ muito restrita para aqueles que precisam”.

O estudo de Schwartz e outros (2010) fez alusão à demora do atendimento, o que contribuiu para diminuir a credibilidade da ESF, dificultando o acesso. Uma realidade que observamos também no município de Feira de Santana, relacionada à demora por um atendimento ou exame, o que tem dificultado o acesso à saúde para os usuários do SUS.

Para Melo e outros (2021), a regulação do acesso tem sido considerada no Brasil como instrumento e tecnologia da gestão das redes. Segundo Peiter, Lanzoni e Oliveira (2016), a

regulação pode influenciar na oferta e na ordenação dos serviços, de modo a garantir o acesso e promover a equidade.

Apesar disso, Parra (2020, p.272) chama atenção de que a regulação é resultado tanto da organização quanto da desorganização dos serviços, sendo influenciada “pelas solicitações inadequadas, pela inexistência de contra referência, pelo absenteísmo, pela inadequada utilização dos sistemas de informação, e pela falta de transparência dos prestadores e gestores”. Por isso, é imprescindível que o planejamento dos serviços a serem disponibilizados para a população leve em consideração as suas demandas de saúde, de modo a garantir que o acesso à saúde aconteça.

Por sua vez, o E6CS ainda destaca que a falta de regulação acontece porque as pessoas não sabem ter o acesso: “[...] muitas vezes a falta de regulação está acontecendo justamente porque é as pessoas que estão nessa fila não estão sabendo ter o acesso, o que os outros souberem o ter o acesso e ocupar essa vaga”.

Não concordamos com essa fala do conselheiro, tendo em vista que a regulação não é determinada pelos usuários, mas pela gestão da saúde, que define como será organizada a estrutura do sistema de saúde para o oferecimento dos serviços à população.

Ainda em relação à assistência, o E4CS fala que não acha certo algumas pessoas ficarem com as ‘vagas’ para distribuir entre os que precisam, mas que houve uma descentralização no município com relação a isso por meio da Central de Regulação.

[...] deve-se ter acessibilidade liberada e não é ter esses riscos de é fulano de tal tem essas vagas, fulana de tal pode é fazer essa composição. Eu acho que ultimamente a gente tem visto isso que descentralizou aqui no município realmente nesses tempos agora essas marcações estão sendo feitas por uma central de marcação e está vindo das bases para fazer esse controle social (E4CS).

Nesse sentido, o E10CS fala sobre o acesso por meio de favores políticos.

Aí olhe bem, quer dizer para eu ter acesso a saúde eu tenho que estar **pedindo a um político** um jeitinho? Infelizmente, mas muitos brasileiros, as eleições elas são consolidadas nas urnas por causa disso, é o vereador que tem acessibilidade [...] as guias, está na casa dele (E10CS).

De modo complementar, além dos favores políticos, o E1CS referiu outras dificuldades para o acesso à saúde no município.

[...] quem enxerga o município, os serviços municipais de perto é enxerga os muitos gargalos que ele tem, que vão desde **o clientelismo**, que vão desde é a desvalorização

profissional, que vão desde a oferta desqualificada da estrutura que acolhe a população, que vão desde a restrição dos serviços de média e alta complexidade e a ... a forma como essa restrição é uma conduta política histórica implementada para amarrar os favores as pessoas há uma proposta eleitoral (E1CS).

As falas desses conselheiros se referem à cultura política que existe no município de que as senhas para os atendimentos, principalmente aos serviços de média e alta complexidade, fiquem sob a responsabilidade dos políticos, fazendo com que eles tenham o controle sobre quem deve ter acesso a esses serviços.

Nesse sentido, para Sposati e Lobo (1992), a não existência de uma regulação explícita da universalidade do direito conduz a uma predominância do favor e do clientelismo em detrimento da política do direito, levando a uma incerteza com relação aos atendimentos de saúde. Além disso, os autores reiteram que, muitas vezes, a barbárie antidemocrática se disfarça de populismo, e os direitos passam a ser entendidos como doações e favores.

Isso posto, percebemos a importância da dimensão organizacional do acesso, proposta por Assis e Abreu de Jesus (2012), em que a rede necessita ser organizada de modo que os serviços possam dar respostas diretas e positivas às demandas apresentadas pelos usuários, sendo importante o fortalecimento dos serviços que recebem esses usuários no sistema e a definição de fluxos de atendimentos que sejam estruturados de acordo com as demandas epidemiológica, sanitária e social, além de se possibilitar a integração dos serviços.

Portanto, entendemos como indispensável a luta pela garantia de que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde sem que precisem, para isso, de favores políticos, tendo em vista que esse é um direito garantido na CFB que deve ser cumprido.

Além disso, o E10CS falou sobre algumas burocracias que muitas vezes atrapalham o acesso.

[...] outro dia eu vi um quadro lá na secretaria de uma mãe, de uma mãe que estava precisando de uma, da [...] carteirinha do SUS para poder a filha ser atendida na localidade dela, o não tem cabimento uma carteirinha do SUS ser mais importante do que uma vida, e eu fui tentar intervir falando que a moça chorando e tal com seu filhinho e tal para o menino ser, a criança ser vacinada. Então isso é um absurdo de uma mãe está com um bebê no colo e a insensibilidade, que é falta de sensibilidade é “não, mas é porque a norma de procedimento, existe toda uma norma”. Se quebra a norma quando a vida está em jogo, não pode de maneira nenhuma norma de procedimentos ser mais importante do que uma vida. E simplesmente a mãe teve que voltar porque não tinha [...] um comprovante de residência para receber sua carteirinha, isso é um absurdo (E10CS).

Além do mais, segundo o E16CS, algumas pessoas têm dificuldade no acesso justamente pela falta de documentos pessoais: “Geralmente a gente sabemos que tem pessoa

que ainda não tem acesso à saúde pública por ele ter dificuldade é de até mesmo documentação.”.

Apesar de compreendermos que é necessário que se criem instrumentos para a organização dos fluxos do sistema de saúde, eles não devem ser impeditivos para que os brasileiros tenham acesso aos serviços de saúde, tendo em vista que a saúde é um direito de todos indistintamente.

Por outro lado, o E17CS destaca que, apesar de o SUS ofertar ótimos serviços, por vezes não disponibiliza alguns serviços básicos.

Apesar do SUS ofertar uma série de serviços de primeiríssima, a gente sabe disso, mas ainda às vezes até os serviços mais básicos às vezes a gente não consegue, é uma contradição. [...] Aí assim, quer dizer, na base às vezes a gente emperra esse acesso de serviços a serem prestados, entendeu como é? (E17CS).

É necessário que os municípios e também os serviços de saúde realizem o seu planejamento, considerando a sua realidade local, de modo que não falem os recursos necessários (insumos, profissionais e estrutura) para a prestação de uma assistência efetiva.

Além disso, o E17CS ainda chama atenção para o sofrimento dos profissionais de saúde pelas suas condições de trabalho.

[...] pense também no sofrimento que são para os profissionais, uma grande maioria são profissionais competentes que tem condições de trabalho, mas às vezes, tem o seu potencial de trabalho, mas às vezes você não tem o mínimo [...] Faz o que, não é? Então isso é uma angústia também muito grande para o profissional, os profissionais estão adoecendo dentro desse serviço (E17CS).

De fato, muitas vezes os profissionais podem ficar sem ter como prestar uma assistência adequada pela falta dos insumos necessários, o que pode provocar um sentimento de impotência por não poder trabalhar como deveria.

Nessa direção, no estudo de Cavalcanti, Oliveira Neto e Sousa (2015), os gestores expuseram que, para a prestação de uma melhor assistência na Atenção Básica, entre outros aspectos, era necessário qualificar os processos de gestão de pessoas, aperfeiçoar a estrutura física das unidades e informatizá-las.

Por sua vez, o E10CS destaca que o acesso deveria ser um direito concreto: “Então é essa acessibilidade, esse direito ele não era para ser em palavra, mas teria que ser concreto, então as coisas no país não se materializam ao discurso [...]”.

Enfim, para o E15U “[...] esse acesso à saúde é chave, coisa que nós não temos, e creio que ainda levaremos um bom tempo para ter [...]”.

Portanto, é de suma importância que os gestores municipais assumam que a falta de insumos e de uma estrutura adequada nas unidades impacta diretamente na qualidade da assistência, e que é sua responsabilidade prover as condições necessárias para o funcionamento dos serviços de saúde.

Consideramos a fala do E15U relevante, pois, para ele, ter acesso à saúde é o melhor indicador social, mas que para isso é necessário educar a população.

Direito à saúde para mim é fundamental, é claro que eu venho brigando há muitos anos sobre o exercício pleno da cidadania e eu lhe disse antes para mim que saúde, **ter acesso à saúde é o melhor indicador social para dizer que eu tenho acesso a cidadania plena**, e é claro que sem ter moradia saneada, sem ter acesso a alimentação saudável, sem ter acesso às boas relações humanas e sem ter trabalho com condições que não agrida, sem ter as águas poluídas, o ar poluído nós não teremos, não seremos saudáveis de forma nenhuma, mas a questão que a gente esbarra é: como educar a população? E não é fácil. [...] A questão é como educar a população para lutar isso (E15U).

É necessário que sejam desenvolvidas propostas que tratem do desenvolvimento da cidadania desde a formação do cidadão, tanto na escola quanto na família, até o seu envolvimento como cidadão que se percebe e se considera como sujeito de direitos, deveres e responsabilidade (LIPORONI, 2017). Desse modo, com a educação, poderá haver uma maior sensibilização das pessoas para lutarem por seus direitos, incluindo aqui a participação nos espaços do controle social em saúde.

Após apresentarmos uma discussão sobre o acesso à saúde e entendendo que a luta pela defesa do acesso à saúde enquanto direito passa pela compreensão dos conselheiros e dos usuários do SUS sobre o acesso à saúde enquanto direito, trazemos uma análise do entendimento de conselheiros e usuários sobre essa temática.

Para o E3CS, o acesso enquanto direito é colocar os princípios do SUS em prática para que o Estado garanta o acesso: “Acesso enquanto direito eu penso que é você é colocar em prática os princípios para que uma vez os princípios sendo garantido pelo Estado permite o acesso. Permitir o acesso através da resolutividade, se você não tem isso você rasgou tudo [...]”.

O E5CS complementa que ter acesso ao direito é fazer cumprir as leis.

[...] o acesso ao direito não adianta eu saber que existe uma lei e eu pegar essa lei e guardar, então o acesso é eu pegar essa lei, divulgar essa lei e eu fazer com que essa lei seja cumprida, aí eu estou tendo acesso a esse direito, acesso a essas leis que tão aí

para poder promover, melhorar a qualidade de vida das pessoas como um todo (E5CS).

Para que o SUS seja cumprido, a CFB de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde, 8.080 e 8.142/90 (BRASIL, 1990a; 1990b), tratam dos princípios e das diretrizes que devem regê-lo. Portanto, é necessário que esses princípios e essas diretrizes sejam cumpridos para que haja a garantia do acesso às ações e aos serviços de saúde e, conseqüentemente, o direito à saúde seja cumprido.

Complementando essa fala, segundo o E10CS, o acesso à saúde enquanto direito é o Estado garantir as condições mínimas para que se tenha saúde “[...] quer dizer é o Estado que lhe governa condicionar minimamente possível essas condições, do conjunto de todas essas políticas públicas que eu te falei porque saúde é políticas públicas no seu conjunto na sua totalidade”.

Os E2U e E8U complementam em suas falas que o acesso à saúde enquanto direito é uma responsabilidade do Estado.

Acesso à saúde enquanto direito, eu acho que quando a gente coloca lá na Constituição que saúde é um direito de todos e dever do Estado é ... eu acho que o acesso deveria estar garantido por conta disso, e o acesso ele deveria ser uma responsabilidade do Estado para garantir o nosso direito à saúde. Então eu acho que o acesso é uma responsabilidade do Estado [...] (E2U).

[...] para mim tem esses conflitos aí, não só do acesso ao atendimento à saúde, a atenção em saúde, nem só o acesso à atividade de ressarcir, de restabelecimento da saúde, que vem antes na verdade, que é dever do Estado que tem que ser pra todos, muitas vezes não tem acesso, não tem direito, não tem conhecimento, sabedoria o que é que está acontecendo (E8U).

Assim, ao se ter na CFB (BRASIL, 1988) que a saúde é um direito de todo cidadão e um dever do Estado, este precisa assumir o compromisso de desenvolver os meios (políticas, ações e serviços) para que as pessoas tenham condições propícias para alcançarem uma vida saudável.

Nesse sentido, o E9CS entende que o acesso à saúde enquanto direito está relacionado à organização do sistema de saúde para a garantia do acesso.

Aí a gente já vai para um cunho mais, vamos dizer mais técnico [...] o acesso talvez a Acessibilidade como um direito à saúde. Então a gente precisa ter um sistema de saúde organizado, eu preciso ter um sistema de saúde regionalizado, para que eu possa promover esse acesso enquanto direito porque o direito você já tem, você nasceu você tem direito, isso tá dado, isso constitucional, mas que você avance assim, pra que a gente tenha a questão da Acessibilidade, que todos tenham direito ao sistema, a porta de entrada [...] eu acho que o direito passa pela organização do sistema, que a gente

tem um sistema regionalizado, um sistema integrado para que a gente tenha essa garantia do direito, é isso (E9CS).

A regionalização e a hierarquização são algumas das diretrizes organizativas do SUS, que buscam permitir que os serviços de saúde estejam distribuídos e organizados no território de modo a facilitar o acesso das pessoas a eles, uma vez que, segundo Vasconcelos e Pasche (2006), a regionalização tem o objetivo de distribuir de forma racional e equânime os serviços de saúde no território a partir das particularidades e demandas da população e a hierarquização, por sua vez, trata da organização dos serviços de saúde em níveis de atenção e da implementação de fluxos de atendimento entre os serviços.

Outrossim, concordamos que, de fato, a garantia do acesso à saúde enquanto direito está diretamente relacionada ao modo como o sistema de saúde público está organizado para oferecer as ações e os serviços de saúde de forma resolutiva.

Entretanto, o E1CS chama atenção que o Estado tem garantido em parte o acesso à saúde enquanto direito, e que o direito que está na lei difere do que é colocado em prática.

É, está na nossa Constituição a saúde como direito, mas a gente tem uma saúde como direito constituída socialmente? Não. Tem uma normativa que nos diz que ela é, que ele deve ser garantido. O Estado tem nos garantido? Não. Tem garantido parte dela? Sim. De uma forma desejável, próxima do desejável? Nem sempre, né? É ainda assim é melhor do que não ter nada. A gente fica sempre voltando naquela máxima de que o SUS é muito bonito no papel, mas que a prática é bem distante daquilo que está programado, daquilo que está normatizado, que está é configurado enquanto política de assistência ampla à população, ampliada a população. Então, direito constituído na letra dura da lei é bem distante do direito que a população goza (E1CS).

Em convergência com essa fala do conselheiro de saúde, para o E8U, todos têm direito à saúde, mas isso não acontece na prática “Porque na teoria todos têm direito à saúde, mas na prática nem todos têm [...]”.

Apesar do direito universal à saúde ter sido conquistado por meio da CFB de 1988, ainda existe uma realidade desigual e excludente do acesso à saúde, principalmente relacionada aos problemas de acesso a serviços de média e alta complexidade (ARAÚJO; NASCIMENTO; ARAUJO, 2019; SILVA et al., 2017). Entendemos que o acesso universal é uma condição fundamental para atingir a saúde, constituindo-se também como um direito social que precisa ser cumprido.

Porém, para o E12U, o acesso é difícil e muitas vezes não acontece por falta de investimento dos governantes.

Então eu acho que o acesso à saúde é muito difícil, está se tornando cada dia mais difícil por causa do, por causa dos governantes mesmos que eles desviam todo, desvia o dinheiro que vem do Ministério da Saúde termina não comprando as coisas, você vê que no posto que eu trabalho a dentista ela tem mais de 3 meses que não faz nenhum po, nenhuma obturação, extração porque não tem material, aí cadê o acesso? O cidadão não tem acesso ao dentista porque o município não compra material (E12U).

O E3CS acrescenta que direito só existe no SUS quando o acesso é permitido: “Direito só existe no SUS, na política pública SUS, se o acesso é permitido, se o acesso se constitui na prática, se o acesso é prejudicado pela integralidade, pela não é efetividade das políticas, você não tem, entendeu?”.

Já a fala do E17CS associa que direito e acesso caminham juntos, um depende do outro para se concretizar.

[...] eu para eu ter meu direito garantido eu preciso ter o acesso, uma coisa não vai sem a outra, estão as duas, os dois estão caminhando em conjunto. Eu tenho meu direito aqui, para eu ter meu direito garantido então eu preciso que eu tenha a possibilidade de acessar e ter a condição de garantia desse direito, então são dois elos que precisam estar muito intrincados para poder acontecer porque senão, não adianta eu ter meu direito e eu não tenho como acessar ou vice-versa [...] (E17CS).

Partindo do pressuposto de que a saúde é um direito de todos, que será garantido por meio do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (BRASIL, 1988), compreendemos que acesso é essencial para se alcançar a saúde, e, portanto, constitui-se como um direito de todo cidadão brasileiro.

Quanto ao acesso à saúde, o E14CS afirma que é a possibilidade de exercer o direito à saúde, e acrescenta o que é ter acesso à saúde.

O acesso é a possibilidade de exercer o direito à saúde, então quando você liga a torneira que a água está fluoretada, que a água está cloretada, que a água está limpa, que a água está tratada, isso é um acesso à saúde. Quando você tem na sua residência esgotamento sanitário encanado a uma rede de tubulação que vai levar esses dejetos para longe de sua residência para mim isso aí é, quando você é busca uma unidade de saúde de urgência e emergência e é atendido isso é acesso à saúde, e o não acesso é o contrário disso [...] (E14CS).

Assim, E3CS, E10CS, E11CS e E16CS se complementam ao entenderem que o acesso à saúde enquanto direito está relacionado com o acesso a bens e serviços de saúde.

Então ter direito não é simplesmente dizer ‘eu tenho direito a determinada coisa’, sim, mas vá, mas você vai ser encaminhado para o CAPS? Não. Você vai ter a dispensação de medicação? Não. Cortou o seu direito, cortou o seu acesso, cortou o princípio da universalidade que é cobrir, por exemplo, a sua necessidade de medicação, política nacional de assistência farmacêutica (E3CS).

Imagine você ficar numa, levantar de manhã cedo pelo esse Brasil afora você levanta uma 1 hora é da madrugada, meia-noite, vai 10 horas da sua casa colocar aí como já aconteceu comigo, de passar a noite inteira correndo o risco de ser assaltado, uma violência ainda, imagine que saúde é essa? Depois você fica lá na fila quando bate na hora da sua chegada no portão aí chega e diz ‘o médico não veio, as fichas acabaram’, então, entendeu? Então é isso que eu vejo como direito, acesso, é você ter realmente isso em mão [...] (E10CS).

Ó, o acesso como direito à saúde é ele acontecer de verdade, é você chegar, eu já vou falar da atenção primária, é você chegar na unidade, é você ter o médico, é você poder ser encaminhado, ter os exames e evitar que você vá para o hospital [...] (E11CS).

O acesso como direito à saúde, é você ir naquele estabelecimento da saúde e conseguir o atendimento, eu acho que poderia ser mais ou menos isso (E16CS).

Em convergência com os conselheiros, as falas dos E12U e E13U se complementam ao afirmarem que o acesso à saúde enquanto direito é ter acesso ao serviço quando precisa.

Então, é eu acho assim que acesso enquanto direito à saúde, que todo cidadão teria que ter direito, tem que ter acesso a tudo o que ele precisasse em relação à saúde tanto [...] municipal como estadual, nos órgãos estaduais como municipal (E12U).

Acesso como o direito à saúde é poder é procurar e achar as portas abertas, no popular as portas abertas, não é se sentir é excluído daquele direito que você tem (E13U).

Portanto, para esses usuários e conselheiros, o acesso à saúde enquanto direito se concretiza no fato de ter as ações e os serviços disponíveis para a sua assistência quando precisarem.

Diferente das demais falas aqui apresentadas, na fala do E6CS, o acesso à saúde enquanto direito está relacionado a reconhecer que tem direito à saúde.

[...] primeiro conhecer, eu tenho direito a saúde? Tenho. E porque eu tenho direito a saúde? Primeiro porque eu preciso para ter vida, e segundo porque é o Estado é obrigado a te dar esse direito, você não pode ficar sem esse direito, mas para isso você precisa ter pensado que é direito seu também cuidar desse direito, por que às vezes, a gente às vezes acha que nós temos só direito e esquecemos que nós temos obrigações. Então o direito está diretamente proporcional às suas obrigações. [...] e qual é a nossa obrigação? De contribuir para fortalecer o SUS, cuidar da nossa saúde, da sua alimentação, cuidar do nosso ambiente, então às vezes a gente não cuida das nossas obrigações, mas exige os nossos direitos [...] (E6CS).

O E7CS e E17CS complementam essa fala ao mencionarem que os cidadãos têm direitos e deveres.

É um direito que nós temos, nós como cidadãos temos, assim como nossos deveres. A gente não tem nossos deveres de pagar nossos impostos [...] é pagar IPTU, IPVA do carro, é pagar aluguel, quem paga aluguel, pagar tudo. Então assim, junto com esse

pagar a gente já tem o direito à saúde, que a gente já está pagando a nossa saúde, mesmo sem saber se vai usar um dia (E7CS).

Então assim quando eu vejo tipo é fazendo as campanhas e eu tenho que fazer massificação de propaganda dessas campanhas ou eu tenho que dizer que você precisa vacinar os seus filhos ou se você está gestante você precisa fazer seu acompanhamento senão você não tem o auxílio Brasil é o fim da picada, compreende? Eu tenho que trazer algo que eu precise ter, interligar com o recurso para dizer ‘se tu não cumprir com tua obrigação aqui’ olha onde a gente chegou, ‘você não tem o direito aqui’, entende? [...] Quer dizer aonde é que está a minha participação de responsabilidade como cidadão, como pai, como família, como sociedade? (E17CS).

Segundo Sturza e Costa (2010), para alcançar o bem comum da população, é necessário que o cidadão tenha consciência das suas responsabilidades enquanto parte do coletivo. Assim, para D’Ávila e Saliba (2016-2017), é preciso o envolvimento de toda a população no desempenho da cidadania e na participação social para que haja a efetivação do direito à saúde no Brasil.

Desse modo, compreendemos ser imprescindível que as pessoas assumam responsabilidade de fato como cidadãos e estejam dispostas a tomarem lugar nas instâncias de participação da comunidade, não apenas no âmbito da saúde, mas também dos outros direitos sociais, para que alcancem as condições necessárias para ter uma vida de qualidade.

Além disso, o E6CS fala que é necessário conhecer o seu direito e respeitar o do outro.

[...] é você realmente é conhecer onde vai até o seu direito e respeitar o direito do outro, porque se existe uma fila porque tem alguém na tua frente então você não pode jamais querer usar artifício de querer cortar essa fila, o que você vai direito atrás do seu direito tirando direito de alguém (E6CS).

Viver em sociedade exige que reconheçamos não apenas os nossos direitos, mas também os das outras pessoas, de modo que os respeitemos e não os violemos.

De forma diferente das demais falas, segundo o E2U, o acesso à saúde enquanto direito o faz lembrar da judicialização.

[...] mas penso na judicialização, por exemplo, porque hoje com tantos entraves ao acesso à saúde hoje a gente precisa por vezes judicializar as questões a nível assistencial mesmo porque não se consegue de outra maneira assim, existe diversas barreiras dentro do próprio sistema e que faz com que a gente não consiga assim [...] (E2U).

Segundo Sant’Ana (2018), os limites para o acesso à saúde têm levado muitas pessoas a buscarem a justiça para reivindicar do Estado em relação ao direito à saúde. Para o autor, a judicialização da saúde é uma possibilidade legítima e democrática de os cidadãos terem a

concretização de direitos essenciais e o acesso à saúde. Como vemos, a judicialização da saúde possibilita que o Estado garanta aos cidadãos o acesso a insumos ou atendimentos em saúde que são essenciais para restabelecer ou manter a sua saúde.

Apesar disso, Araújo e Quintal (2018) chamam atenção que a judicialização atravessa a intervenção do Poder Judiciário no Poder Executivo e o prejuízo ao princípio da equidade, uma vez que, com relação ao primeiro aspecto, ocasiona uma alteração do planejamento, destinação de recursos e orçamentos destinados às ações de saúde, e com relação à equidade, pois, apesar da quantidade de serviços realizados pelo SUS, parte da população ainda está excluída de algum tipo de atenção.

De acordo com esses autores, a influência do Judiciário tem confirmado as desigualdades sociais em saúde ao garantir o acesso indistinto de bens e serviços a algumas pessoas, sem considerar os que não usam o Judiciário, reforçando as divergências entre alta demanda e limitação de recursos. Neste sentido, questionamos: como garantir esse acesso?

Após analisarmos as concepções de saúde, direito e acesso enquanto direito, trazemos as ações que têm sido desenvolvidas pelo CMS de Feira de Santana em prol do acesso à saúde enquanto direito.

Para o E14CS, a existência do CMS já é importante para garantir o acesso.

Tem. Tem acontecido atividades [...] a própria manutenção desse espaço, a existência dele é muito importante ainda que ele não tenha a devida visibilidade social, não tenha o reconhecimento do que está sendo feito ali existe sim atividades muito importantes que fazem com que tenham um impacto sobre a, os destinos da saúde pública, especialmente no município de Feira de Santana (E14CS).

A concretização do direito à saúde depende da luta da população pela garantia desse direito (SPOSATI; LOBO, 1992). Para tanto, Cruz e outros (2012) ressaltam que é necessária a valorização da participação social na gestão das políticas de saúde como uma decisão política institucional, para possibilitar avanços na equidade e na universalização do acesso à saúde, sendo uma alternativa para a inclusão de sujeitos de forma ativa, crítica e criativa no âmbito da atenção à saúde.

Portanto, entendemos que o CMS possibilita essa participação da comunidade nas decisões acerca das políticas públicas de saúde, podendo influenciar no acesso à saúde, na medida em que as políticas são planejadas de acordo com as características da população e das suas necessidades.

Para o E18CS, o CMS tem desenvolvido **ações que garantem o acesso à saúde**.

As atividades né, que a gente consegue desenvolver? Por exemplo, **curso de capacitação pros novos conselheiros municipais de saúde, Conferência Municipal de Saúde, Conferência, participar da Conferência Estadual, participar da Conferência Nacional, levar representante do Conselho Municipal de Saúde** de Feira de Santana **pra esses movimentos**, esses palanques, essas oportunidades que são de extrema necessidade pra poder levar como é que está tendo o acesso à saúde em Feira de Santana, **é treinar, capacitar os novos conselheiros**, é também tem tipo como se fosse os conselheiros em cada unidade de saúde, que leva a demanda pro conselheiro que tá dentro do Conselho Municipal de Saúde, então capacita eles também, de vez em quando faz evento dos Conselhos nessas unidades de saúde [...] (E18CS).

Além de referir as capacitações, foram citadas ações que garantem o acesso à saúde como o direito, e que essas ações são realizadas por outros órgãos além dos da saúde.

Capacitações, de tanto de trabalhadores como usuários, seria a questão de conferências, **discussões, reuniões**, apelo à sociedade, são campanhas que são feitas, **divulgação, chamamento, é informação**, então são todos os trabalhos que são feitos é para poder sensibilizar e mostrar a necessidade de nós cuidarmos da saúde da população da comunidade e isso aí envolve não só um órgão de saúde mas outro instâncias governamentais que têm que estar inserido nesse projeto de sensibilização, conscientização, **apoio e incentivo na criação de instrumentos que venha é coibir problemas** [...] (E6CS).

Considerando que o direito à saúde precisa ser garantido também por meio de políticas sociais, entendemos que apenas o setor saúde não dá conta de desenvolver as ações necessárias para essa garantia, portanto, necessita de uma inter-relação com outras instâncias. Assim, é muito importante que o CMS mantenha esse diálogo e a proposição de ações com outros órgãos.

Por sua vez, as falas de alguns conselheiros convergem ao afirmarem que o CMS consegue fazer algumas intervenções para garantir o acesso.

[...] em certa medida tem [intervenções] porque é existe é essa divergência e essa **luta interna para garantir a política de saúde, política de recursos humanos, discute a questão do financiamento** [...] então a gente discute isso, debate, leva para Conferência Estadual, leva para Conferência Nacional, então eu acho que de certa maneira a gente consegue (E3CS).

Às vezes sim e às vezes não [intervenção]. As vezes um ou outro conselheiro fala em relação que está tendo dificuldade de ter essa acessibilidade a consultas e aí é se conversa sobre isso, mas o conselho eu acho que ele é um pouco omissos em relação a isso (E4CS).

Como a gente é guardião [...] de um regimento que nós temos em mão, aí **a gente consegue fazer a intervenção, certas intervenções em certos lugares porque nem todos a gente consegue** (E10CS).

Mais ou menos. Porque no papel tem tudo lindo, essa é a grande verdade, diferencial tem sido esse, no papel sim, mas na realidade não, muitas das vezes não, aí uma coisinha aqui outra coisinha ali, mas a luta é grande como eu já falei [...] (E11CS).

O E8U complementa que as ações para garantir o acesso têm acontecido em certa medida, principalmente na Atenção Básica.

Ó em certa medida sim, não acho que seja assim da forma pelo caminho às vezes por onde a gente queria, mas na cidade de Feira de Santana ou bem ou mal você tem um caminhar de ampliação do acesso à saúde das pessoas principalmente em Atenção Básica [...] (E8U).

No estudo de Souza e outros (2021), os resultados mostraram que as instâncias do controle social, apesar de terem facilidades para a garantia do acesso à saúde, ainda precisam passar por transformações fundamentais para garantir esse acesso, a partir do fortalecimento entre o setor de Saúde Pública e a comunidade, de modo que o SUS cumpra sua ‘função’ de forma mais ampla, igualitária e equânime.

Embora essas falas explicitem que o CMS consegue fazer algumas intervenções, o que consideramos um avanço, tendo em vista o desenvolvimento de ações para o acesso à saúde, é importante que a participação da comunidade seja fortalecida nesses espaços e que a gestão esteja disposta a acatar as deliberações do CMS.

Outrossim, a fala do E8U destaca que, às vezes, o acesso é garantido pela iniciativa privada.

Não é de maneira como a gente queria assim dialogada, de maneira direcionada para onde a comunidade de fato necessita, às vezes a gente vê um caminho pelo viés da iniciativa privada, o meu caso eu discordo. Enfim, eu acho que existe uma tentativa sim de ampliação do acesso um caminhar de ampliação ao acesso à saúde, mas é enviesado em determinados assuntos, assim ainda aquém do que poderia ser, do meu ponto de vista ainda é um pouco enviesado (E8U).

De acordo com a Lei 8.080 (BRASIL, 1990a), a participação da iniciativa privada é permitida no SUS em caráter complementar. Apesar disso, percebemos na prática que, em muitos momentos, os gestores acabam utilizando a iniciativa privada em vez de qualificar as instituições do SUS, além de buscar o favorecimento de empresários da saúde.

Para o E1CS, o CMS faz um trabalho de ‘formiguinha’ de trazer pautas para discussão, que nem sempre estão de acordo com as propostas da gestão.

É, o Conselho Municipal de Saúde tem esse trabalho de ‘formiguinha’, de fazer o, de fazer a resistência, eu acho que é um pouco disso assim, é e a gente está ali tentando não entregar os pontos de vez. E a gente briga, briga para que as nossas necessidades sejam ouvidas, a gente leva para o Conselho as pautas dos trabalhadores, as pautas da população de cada comunidade, cada Conselho Local, o que que eles vivem é e o que eles demandam enquanto necessidade de assistência pelo poder público. Nem sempre

isso é se circunscreve a possibilidade da Secretaria Municipal de Saúde porque é a gente sempre volta naquele problema de que a saúde é uma coisa complexa (E1CS).

Compreendemos o fato de os conselheiros se manterem resistentes e levantarem discussões a respeito das necessidades da população para que sejam ouvidos no CMS, o que reflete a Alteridade, ao ouvir o outro e tentar fazer com que as transformações aconteçam para a resolubilidade das demandas.

O E9CS também afirma que há o desenvolvimento de ações para garantir o acesso a partir da discussão de algumas pautas.

Algumas pautas sim, a gente tem algumas pautas que eu acho que elas perpassam pela garantia do acesso. É ... essa que eu estou te trazendo mesmo que era a expansão da APAE, para que a gente avançasse para um outro nível de CER, deixa eu ver outras pautas assim, a pauta da saúde mental, a expansão da rede de CAPS, é a expansão da rede de saúde mental do município, que é sempre uma pauta recorrente, então elas perpassam pelo acesso e pelo direito. [...] as questões da regulação que isso é, é constante, uma outra pauta que para mim é bem recorrente que é um hospital municipal, um hospital geral municipal, isso tudo garante acesso, garante cuidado continuado (E9CS).

De fato, essas temáticas citadas pelo conselheiro dizem respeito ao acesso aos serviços de saúde diretamente. Além delas, observamos, durante as reuniões, que as pautas discutidas poderão impactar direta ou indiretamente no acesso à saúde como direito, uma vez que discutem o funcionamento de programas e ações, o financiamento da saúde, entre outros.

Com uma fala diferente dos demais, o E2U afirmou que a proposição de ações discutidas nas Conferências para serem colocadas no Plano Municipal de Saúde pode melhorar o acesso.

Então quando a gente pega o para o quando vai primeiro para as Conferências que tem as propostas, às vezes os conselheiros eles já têm propostas específicas que vão melhorar o acesso, certo? Então uma das coisas da última Conferência mesmo foi a questão do fortalecimento da média complexidade a nível municipal pensando nos serviços especializados né aqui, que em Feira a maioria deles são prestadores de serviço, então fortalecer essa estrutura municipal é uma forma também de defender isso. Então isso tem se dado através da atuação nas Conferências e na disputa do Plano Municipal de Saúde, eu acho que isso tem acontecido (E2U).

Concretamente, discussões efetivas e pragmáticas das Conferências de Saúde podem trazer a possibilidade de um maior número de pessoas para participar de proposições a respeito das ações e dos serviços de saúde oferecidos à população, permitindo que essas proposições sejam realizadas, de forma que considere a realidade das pessoas a que se destinam. Nesse sentido, é reforçado por Escorel e Moreira (2012) que a norma legal criou um ‘fluxo decisório

e operacional' ao permitir que as Conferências de Saúde possam propor diretrizes para a formulação de políticas, observando a avaliação da situação de saúde.

Os E12U e E13U, apesar de afirmarem que são desenvolvidas ações para o acesso, dizem que elas demoram para acontecer, dificuldades, portanto, a serem vencidas.

Tem tido essas ações para garantir esse acesso, eles fazem, eles cobram isso, mas você sabe como é a **burocracia**, né? É licitação, **precisa de licitação**, precisa de licitação, **precisa esperar a boa vontade**, o chefe atender aquela demanda. Cobrar, cobra, o difícil chegar (E12U).

Eu acho que **caminhado eles têm, mas a passos lentos**, poderia ser a passos mais largos, mais rápidos, a necessidade é premente, é constante, é ... **a demanda é muito grande para a oferta**, então a gente tem uma demanda muito grande e a oferta muito pequena. Então acho que eles pecam muito nisso, quando há a necessidade de mais profissionais uma vez que a demanda é muito grande, então eu percebo que eles não têm se preocupado tanto com isso, **os gestores que estão no Conselho eles não têm tido essa preocupação a contento, como deveria** (E13U).

Aqui percebemos que, embora exista um movimento do CMS em prol do desenvolvimento de ações que visem à garantia do acesso à saúde, há uma dificuldade em fazer com que essas ações se concretizem na prática. O E13U ainda chama atenção para o fato de que eles não veem uma preocupação dos gestores.

Salientamos, também, que o E11CS fala que alguns conselheiros são pertinentes nas suas reivindicações e isso ajuda na aprovação de algumas ações, mas que infelizmente muitas vezes elas não acontecem na prática.

[...] outros conselheiros também são assim bem pertinentes naquilo, nas suas proposições e a luta grande de todos os conselheiros na verdade, é aprovada algumas coisas, mas na hora, na realidade mesmo quando chega lá na ponta é como eu disse é um faz de conta (E11CS).

Nessa direção, Souza e outros (2021) têm percebido que nem sempre as deliberações dos Conselhos de Saúde são respeitadas pelos gestores e parlamentares, ocasionando, assim, uma restrição aos direitos dos cidadãos e uma redução do acesso e da participação deles nas políticas sociais que poderiam influenciar em melhores condições de vida, até mesmo devido ao acesso garantido às informações.

Essas informações têm garantido o acesso à saúde com o repasse de conhecimento seguro.

Sim, o que a gente busca, o que a gente procura muito nas reuniões nossas do Conselho é justamente isso é **garantir essas informações**, porque se nós formos bem assessorados e bem informados a gente tem como repassar isso para as pessoas dos

nossos segmentos e para população como um todo. Então a gente funciona por o Conselho, a Secretaria Municipal de Saúde passa as informações, a gente recebe, repassa para os Conselhos Locais de Saúde e repassa também nas suas redes, na sua comunidade ali para poder chegar ao maior número possível de pessoas que envolve determinados assuntos. [...] Então, a informação segura, séria é o que leva essas pessoas a terem os seus direitos assegurados, a tá cumprindo realmente aquilo que é feito [...] (E5CS).

Segundo esse conselheiro, o CMS funciona como um veículo das informações acerca das questões da saúde a serem socializadas com a população, para garantir que as pessoas conheçam como os serviços de saúde funcionam e assim tenham o seu acesso à saúde garantido. Entendemos que os Conselhos de Saúde são espaços de participação da comunidade e, por se constituírem de representantes dos segmentos sociais, precisam dar esse retorno para a comunidade.

Contudo, Assis e Vila (2003) referem-se à necessidade de o controle social apresentar à população, de maneira clara e de fácil compreensão, os dados relacionados às principais demandas de saúde e os compromissos firmados pelas equipes de saúde, com a finalidade de garantir a participação dos cidadãos nas deliberações e de auxiliar o controle social, tendo em vista o estímulo à transparência institucional, uma luta do controle social.

Nesse sentido, para os E7CS e E16CS, as ações para garantir o acesso estão relacionadas às ações grupais. Particularmente, o E16CS refere que tais grupos movimentam a população, como em feiras de saúde, e, por esse motivo, justifica que as outras atividades desenvolvidas pelos conselheiros atrapalham essas ações.

Primeiro que eles usam a desculpa da pandemia que não pode fazer nada por conta da pandemia, não pode ter aglomeração, não pode nada. Mas aí o prefeito já liberou uso de máscara aí para todo mundo, mais evento para saúde aí só para falar da pandemia, evento para direito à saúde, tipo uma ação social, para incentivar a pessoa ir à unidade de saúde procurar a unidade de saúde, é evitar para que não adoeça, tratar, cuidar do cuidador assim, não tem [...]. Eu vejo mais essas ações em escola técnica, em faculdade, em empresas privadas, mas no âmbito público... (E7CS).

De ter tem, mas é como eu reafirmo, a maioria dos conselheiros de saúde tem uma outra ocupação, então se elege as prioridades e as políticas que não são prioridade ela vai adormecendo até tentar achar uma vaguinha, entendeu? Mais diante das políticas públicas, diante dos Conselhos Locais e aquelas atividades que muita comunidade faz, a questão da ação global, que tem aquelas ações que o povo usa a feirinha, na feira da saúde, a gincana da saúde, tem um pouco assim se debatido (E16CS).

Percebemos na fala desses conselheiros uma certa confusão com relação às ações que o CMS pode realizar com vistas à garantia do acesso à saúde, deixando implícito que é importante haver discussões com os conselheiros sobre quais são as suas 'funções' e como podem auxiliar na concretização do acesso aos serviços e bens de saúde.

Por outro lado, o E17CS diverge das falas anteriores ao referir que não são desenvolvidas ações para garantir o acesso. Para o conselheiro, o que é feito são proposições a partir de programas que já existem.

Não. A gente tem as ações para garantir que são ações, são ligadas diretamente aos programas, eles prestam conta ao Conselho, o Conselho cobra, cobra essa, esse programa como é que está [...] aí quando a gente vai para o diálogo de não bateu meta porque ficou, teve essa fragilidade aqui aí eles fazem uma outra, a nossa interferência é em cima das ações a qual eles fazem, a gente pode, às vezes propõe algumas ações complementares para poder ver se conseguem alcançar lá (E17CS).

Mediante essa afirmação, entendemos que as ações de avaliação dos programas e das proposições para melhorar a sua qualidade constituem ações para o acesso à saúde, mas que precisam ser incrementadas de acordo com as necessidades da população.

Apesar de ter afirmado em uma fala anterior que não existem ações para o acesso, o E17CS se contradiz ao afirmar que têm sido realizadas algumas propostas que vão influenciar nesse acesso.

Outras propostas, por exemplo, agora mesmo estão querendo fazer uma, um trabalho muito mais ligado aos Conselhos Locais, bom a proposta é do Conselho porque entendeu que Feira cresceu muito então você não pode só ficar com 5, 6 Conselhos Locais em um determinado, e os outros? Aí é uma proposta e aí sai à frente porque acha importante a criação disso porque eles vão nos fortalecer lá na ponta e é preciso que eles tragam as demandas, por que quem é que tem perna para ir lá todos? (E17CS).

Como já referido anteriormente, os CLS têm o objetivo de, por estar mais próximo da população, identificar as suas demandas e levar para discussão no CMS, trazendo, assim, a possibilidade para o desenvolvimento de ações de saúde que de fato representem a realidade local.

Dando continuidade à fala do E17CS, ele acrescenta que, muitas vezes, as ações partem das demandas e denúncias, sendo complementado pelo E6CS com as novas reivindicações.

[...] mas em compensação **atender reivindicações novas** porque às vezes nós fazemos um planejamento é de algo que já acontece, mas nesse meio termo acontece outra situação que precisa mudar o rumo daquelas atividades, daqueles processos que a saúde exige, que é tão complexo (E6CS).

Tem algumas propostas que são feitas pelo Conselho que são no sentido de, de uma minoria do serviço que está sendo executado, aí às vezes quando vem como demanda, como denúncia também, pode acontecer isso também como denúncia, e aí vamos à apuração desses fatos aqui, o que é isso aqui? A, então precisa propor isso aqui. É tem uma, é propositivo, mas é muito mais fiscalizador do processo, entendeu? (E17CS).

Em convergência e/ou complementariedade com a fala do E17CS, para o E2U, as denúncias facilitam os processos de acesso.

[...] **eu acho que o fato das denúncias** elas existirem por vezes no Conselho em relação, por exemplo, a uma unidade, o funcionamento de uma unidade, a falta de profissional, eu acho que isso **facilita os processos de acesso**, tá. **Principalmente pensando nessa nos entraves mesmo no funcionamento do sistema** [...]

.....
Então, nesse processo de denunciar, às vezes alguns conselheiros eles são chamados a visitar a unidade de saúde daqui de Feira, certo? [...] Então **esses processos de denúncia e fiscalização** que os conselheiros **fazem eu acho que eles são favoráveis a melhorar o acesso à saúde aqui no município** [...] (E2U).

Por conseguinte, as denúncias e as reivindicações realizadas no CMS possibilitam uma avaliação dos serviços de saúde prestados, o que permite o planejamento de ações para a solução dos problemas apresentados.

Enfim, consideramos que é fundamental que os conselheiros percebam a importância do desenvolvimento do seu protagonismo para a elaboração de ações que viabilizem o acesso à saúde. Para tanto, é imprescindível levar em conta a Alteridade, de modo que os anseios e as necessidades da população sejam considerados.

6 CONTROLE SOCIAL NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: a participação social na relação Estado e sociedade

A participação da comunidade nas políticas de saúde é tida como uma das formas mais avançadas de democracia, uma vez que exige uma nova relação entre Estado e sociedade, ao permitir que as deliberações com relação às ações de saúde sejam negociadas com os representantes da sociedade, considerando que eles são conhecedores da realidade da saúde da população. Desse modo, no contexto do SUS, a democratização é discutida a partir do controle social (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Todavia, entendemos que, nas instâncias do controle social, considerando a Alteridade, ela depende da compreensão e da apreensão dos conselheiros sobre a atuação nesses espaços, e do reconhecimento da sua importância para garantir o desenvolvimento de ações de saúde que satisfaçam as necessidades da população e, conseqüentemente, garantam o seu direito à saúde.

Para compreendermos como tem se dado a atuação do CMS do município de Feira de Santana para a garantia do acesso à saúde como direito, trazemos nesta categoria o entendimento de conselheiros e usuários do SUS sobre o controle social em saúde e o Conselho Municipal de Saúde.

Por conseguinte, apresentamos falas convergentes, divergentes e complementares explicitadas pelos participantes do estudo. Inicialmente, discutimos a compreensão sobre o controle social em saúde e, posteriormente, do Conselho Municipal de Saúde.

Os E3CS, E4CS e E14CS compreendem que o controle social está interligado à legislação do SUS.

[...] **controle social** a gente entende como sendo uma ferramenta, porque um princípio organizativo do SUS, é assim crucial para a o sistema público de saúde e antes disso para a cidadania, não é? O controle social em saúde inclusive ele é produto de lutas (E3CS).

Controle social seria basicamente as diretrizes do SUS [...] (E4CS).

Controle social é um mecanismo previsto na lei orgânica do SUS ao qual estipula que é os atos decisórios em toda a implementação dos serviços de saúde devem se passar pelo escrutínio, pela avaliação de um Conselho [...] (E14CS).

Nessas falas, os conselheiros conhecem as bases legais do SUS. Como já foi tratado anteriormente no referencial teórico deste estudo, a participação da comunidade é uma das diretrizes organizativas do SUS, que foi estabelecida na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e teve sua organização normatizada na Lei 8.142 (BRASIL, 1990b).

Além disso, a colocação do E3CS resgata que, no controle social, a participação da comunidade, nas decisões políticas do SUS, são oriundas das lutas da população, mais especificamente, do MRSB.

Assim, a definição do direito à saúde como um direito de todos e dever do Estado, bem como a constituição do SUS com seus princípios e diretrizes, foi resultado das discussões do MRSB, da Constituição Federal e das Leis Orgânicas da Saúde, em que pudemos ter a legalização da participação da comunidade nas políticas de saúde.

Por sua vez, para o E8U, apesar de ser uma ferramenta do Estado, o controle social é um espaço de decisão da comunidade.

É, o **controle social**, no meu entendimento, apesar de ser uma ferramenta do Estado, mas para mim **é um espaço onde é a comunidade tem o acesso a decidir** algumas instâncias de decisão dentro das políticas de saúde (E8U).

Segundo Rolim, Cruz e Sampaio (2013, p.145), a Constituição Federal de 1988, ao assegurar a democracia, por meio da participação da sociedade civil no controle e na gestão de políticas públicas, e os Conselhos, as Conferências e as audiências públicas, permitiu que a população desempenhasse seu poder de forma indireta, ao eleger seus representantes, e diretamente, com os “plebiscitos, referendos e projetos/ações de iniciativa popular”.

Outrossim, o E1CS nos apresenta dois entendimentos de controle social e destaca que o utilizado pelo CMS é o do controle do Estado pela sociedade.

Bom, tem dois entendimentos, tem o da área jurídica, é ... que é o controle da sociedade, mas o que **a gente utiliza no Conselho Municipal é o controle pela sociedade, é como se a sociedade tivesse vez e voz para intervir, interferir nas questões** relacionadas a gestão da saúde e a prática da saúde no município (E1CS).

A fala do E1CS ao referir “como se a sociedade tivesse voz e vez para interferir” leva a questionar essa realidade no município. Em contrariedade, o que observamos nas reuniões é que, de fato, poucos conselheiros expressam sua “voz”, questionam e emitem sua opinião com relação aos assuntos apresentados, e geralmente não geram interferências no processo de deliberação, resultando sempre na aprovação das demandas apresentadas pela gestão.

Correia (2007, p.6) considera que a sociedade civil não é homogênea, uma vez que se constitui como um local de interesses contraditórios, de classes sociais e, assim, o Estado poderá ser controlado pelas classes subalternas quando incorporar às suas demandas, no entanto esse controle dependerá da correlação de forças entre “os segmentos sociais organizados na sociedade civil”.

Desse modo, para Correia (2007), o controle social está relacionado com a capacidade que as classes sociais têm para influenciar na gestão pública, fazendo com que as ações do Estado sejam direcionadas aos interesses dessas classes.

Portanto, entendemos que, na saúde, o controle social exercido pelos Conselhos e pelas Conferências vem de espaços institucionalizados, que têm como uma das finalidades dar garantias para assegurar o desenvolvimento de ações que atendam os interesses da população com uma atuação de representantes de diversas classes sociais, constituídos por trabalhadores, usuários e gestores.

Falas convergentes dos E1CS, E4CS e E18CS destacam a finalidade do controle social na discussão das demandas de saúde da população.

É um controle é exercido pela sociedade, pelos coletivos da sociedade, organizados ou não, é pelas representações de trabalhadores, pelas representações das organizações é... sociais, é... que fazem o exercício de **avaliar, de intervir, de controlar**, de algum modo colocar as demandas que emanam desses grupos, dessas categorias, entidades, pessoas representadas ali, então é uma forma de trazer da sociedade demandas para que elas sejam colocadas em discussão dentro do conselho e que essas demandas elas façam parte da pauta é... de ordenamento de gestão (E1CS).

[...] você realmente **participar, interagir e debater junto à sociedade** junto, ao conselho, **as necessidades de saúde do município** (E4CS).

Controle social é de extrema importância né porque a meu ver **é quem traz as demandas realmente da necessidade da população** para secretaria de saúde (E18CS).

Para o desenvolvimento de ações que estejam de acordo com as necessidades de saúde da população, é imprescindível que haja a discussão dessas demandas nos espaços de controle social, só assim elas poderão ser identificadas e, a partir de então, serem traçados planos de ação para intervir sobre essas necessidades.

Em complementação a tais falas, o E9CS, além de afirmar que “o papel do controle é ele ir trazendo as demandas”, ressalta ainda que o “controle social para mim deveria ser alicerce do SUS”.

Primeiro **controle social para mim deveria ser alicerce do SUS**, eu acho que quando a sociedade e quando a gente consegue trabalhar como preconiza o Sistema Único de Saúde a gente teria um sistema mais próximo do ideal, o ideal a gente sabe que não atinge, mas isso depende muito da mobilização social e esse é **o papel do controle, ele ir trazendo as demandas** e tentando organizar o serviço é ... por meio da sua atuação (E9CS).

Tal colocação deixa explícito que o controle social, por meio da participação da sociedade, é importante para que os serviços do SUS sejam organizados de acordo com as demandas apresentadas pela população. E, nesse sentido, apresentamos as falas convergentes de alguns conselheiros sobre a atuação da população, usuários do SUS, no controle social.

[...] **esse controle tem que estar sendo representado** para o realmente por aquelas **pessoas que representam algum núcleo da sociedade** [...] (E6CS).

Controle social é parte dos usuários, né, que faz parte dentro desse processo de fiscalização dentro da estrutura de governabilidade dos gestores, então o que é o controle social? É o Conselho Municipal, é esse controle, é a sociedade civil fazendo parte também, fiscalizando, é procurando saber aonde está indo a verba de saúde (E10CS).

[...] **o controle social ele só acontece a partir da sociedade civil**, certo? [...] eu não compreendo se uma sociedade civil ela não estiver forte nos Conselhos, ela não vai para frente, porque somos nós da sociedade como representação da sociedade que fazemos acontecer é, vamos dizer assim, a inquisição não é, frente aos gestores para buscar realmente fazer com que aconteça o controle social (E17CS).

O E2U também fala que o controle social acontece com a participação social.

A minha compreensão de controle social dentro do Sistema Único de Saúde, ela se dá através da participação social. Essa participação social dos sujeitos ela se dá no espaço do Conselho, ela se dá também dentro das Conferências, mas falando especificamente do Conselho. Eu acho que o controle social lá se dá pela ação dos conselheiros de saúde, mas também das pessoas que estão lá visualizando aquilo porque só o fato de você estar no espaço isso já de certa maneira é ... imprime um controle sobre aqueles sujeitos que lá estão, porque, por mais que você não tenha nem voz e nem voto, como é o caso do Conselho aqui de Feira (E2U).

De fato, o controle social exercido pelos Conselhos e pelas Conferências é um dos desdobramentos da participação social no SUS, que só será efetivo se os cidadãos participarem, reconhecendo e lutando pelos seus direitos.

Para Rolim, Cruz e Sampaio (2013), as condições para a democratização da gestão pública em saúde se dão em torno do controle social em saúde, que se constitui como uma das formas mais avançadas de democracia, tendo em vista que apresenta uma nova relação entre Estado e sociedade, de modo que as deliberações com relação às ações na saúde devem ser acordadas com os representantes da sociedade, que são os conhecedores da realidade da saúde das comunidades.

Apesar disso, nas reuniões, observamos que era pouca a participação de outras pessoas além dos conselheiros de saúde, o que deixa claro que é necessário investir na divulgação do CMS e da importância da participação dos cidadãos para a defesa dos interesses coletivos.

Já o E3CS ressalta que o controle social é uma estratégia de cidadania, uma forma de organização.

[...] **ele é uma uma estratégia de cidadania pra defesa da vida, defesa de políticas públicas de reação contra o modelo de produção capitalista** e uma forma importante de organização no caso específico da saúde, ou seja, ele junta dois elementos importante: a saúde, a cidadania e a defesa nesse caso da política pública. (E3CS)

Esse mesmo entendimento é destacado pelo E11CS, ao reforçar que o controle social norteia o que é direito e dever de cada categoria social.

Controle social é ele que vai de uma certa forma nortear o que é de direito, o que é de dever de cada um [...] O que é de competência do gestor municipal né, dos gestores municipal de uma certa forma do jeito é ... o prefeito, secretários, essas coisas, e qual é o papel da comunidade nisso aí? Cobrar aquilo que lhe é direito? Então é por aí (E11CS).

A participação social em saúde, ao ser introduzida na Constituição Federal de 1988 como uma das diretrizes para efetivar o SUS, segundo Junglos e outros (2019), torna-se uma base para estimular a prática da cidadania, do ponto de vista de um controle social em que o cidadão seja ator da sua saúde e da saúde da comunidade na qual vive.

Nesse sentido, para Carvalho (2014), a participação da comunidade na saúde é um direito de todo cidadão que precisa ser estimulado e garantido. Ainda segundo o autor, o controle social exige que cada cidadão controle a sociedade como um todo, o que constitui o setor público e o privado.

Para Gamarra Júnior (2006), o controle social é um instrumento da cidadania que foi obtido por meio das lutas que procuraram dispor para o país um novo contexto em saúde, e constitui uma oportunidade de os cidadãos participarem dos espaços de decisão do Estado, pelos menos ao questionar suas ações.

Desse modo, compreendemos que a participação da comunidade no SUS é um provável estímulo à cidadania; é o momento em que acreditamos que as pessoas podem tomar consciência dos seus direitos e deveres e, portanto, lutar pela garantia deles, uma vez que, para o E5CS e o E6CS, o controle social pode contribuir para o bem da sociedade.

Bom, controle social em saúde significa tudo o que envolve a saúde dos munícipes de Feira de Santana. Todas as pessoas que moram em Feira de Santana e que passam por Feira de Santana, **é a gente tem que estar fazendo esse trabalho de melhoria da qualidade de vida para essas pessoas**, por isso a gente tem que ter o cuidado de tá verificando toda essa situação é que perpassa, o que acontece no dia a dia, para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas (E5CS).

Eu entendo que **é uma forma de contribuir para o bem comum da sociedade**, onde lá são tratados de assuntos pertinentes à Saúde Pública e precisa por lei ter um controle social [...] (E6CS).

Ao possibilitar que haja a discussão sobre as ações de saúde e as políticas públicas de saúde, entendemos que o trabalho das instâncias do controle social irá impactar na qualidade de vida da população, uma vez que a saúde, concebida neste estudo de modo ampliado, possibilitará melhores condições de vida para as pessoas.

Para o E4CS, controle social é participar e contribuir com as decisões.

[...] você realmente **participar, interagir e debater junto à sociedade** junto ao Conselho as necessidades de saúde do município. Participar de maneira mais efetiva, mais eficaz, é ... ter um o planejamento de querer atuar dentro para poder é, não interferir, mas ajudar nas decisões que precisam ser tomadas para a melhoria do sistema de saúde público (E4CS).

Tal afirmação está de acordo com a Lei 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990b), em que se afirma que as instâncias do controle social necessitam atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. Para tanto, é resguardado aos Conselhos de Saúde o caráter permanente e deliberativo, ou seja, eles devem se reunir regularmente para decidir sobre as ações de saúde.

Essa proposição é enfatizada também pelo E8U, ao considerar que o controle social é um espaço em que a comunidade pode deliberar.

É um espaço, que apesar de suas limitações, a comunidade ainda pode entender, ter acesso à informação e ter acesso a algum nível de tomada de decisão, acerca do que é melhor, do que ela considera melhor no rumo que tem a saúde para ela, pra comunidade (E8U).

Ainda de acordo com a Lei 8.142 (BRASIL, 1990b), as instâncias da participação da comunidade são compostas por gestores, trabalhadores e usuários do SUS de forma paritária, de modo a resguardar a possibilidade de que os representantes do povo, das pessoas que usam o SUS, participem das decisões sobre os rumos das políticas públicas de saúde.

Apesar disso, o E17CS compreende que o grande 'vetor' do controle social é a participação da sociedade civil, mas que essa participação tem acontecido pouco.

[...] qualquer pessoa pode participar, pode ir lá, pode inquirir, só não pode votar porque só os conselheiros que podem votar, mas ela pode estar lá presente, e a gente vê muito pouco a participação também da sociedade civil em relação a isso, entendeu? Que seria o grande vetor de controle social através da gente que está lá para os representar, entendeu? (E17CS).

Tal situação talvez ocorra pelo desconhecimento da população, bem como pela baixa cultura participativa no Brasil. Portanto, é imprescindível que a participação da população nesses espaços seja estimulada de modo a garantir que se tenha a percepção dos usuários do SUS acerca das decisões realizadas.

Assim, para Sposati e Lobo (1992), é necessário que seja desenvolvida uma nova cultura política/ democrática, em que decisões sejam democratizadas e se traga a ALTERIDADE para o controle social, permitindo que as ações sejam reguladas para garantir o direito à saúde.

Além disso, Carvalho (2014) afirma que é necessário fortalecer os Conselhos de modo que eles sejam os emissores da comunidade que representam, criando oportunidades para que os Conselhos ouçam os usuários do SUS e também sejam ouvidos em relação às atividades que desenvolvem em nome da comunidade.

Por sua vez, diferentemente das falas anteriores, para o E7CS, o controle social é saber como são utilizados os recursos da saúde.

Controle social em saúde pra mim é a gente saber aquilo que entra e aquilo que é realmente passado pra população, pra sociedade, é ... e o fim que ele tá sendo, esse recurso ele tá sendo utilizado de que forma (E7CS).

Nessa direção, os E12U, E13U e E15U complementam a fala do E7CS quando afirmam que o controle social está relacionado à busca da compreensão de como os serviços funcionam e como está acontecendo o financiamento da saúde.

[...] controle social em saúde eu entendo assim que é ... tipo que as coisas funcionem né, porque é como é que você vai controlar algo que não funciona? Que é os programas de saúde funcione, a ... o PSF funcione, os programas que a gente tem, as campanhas funcionem. Eu entendo assim porque às vezes só fica no papel né não funciona (E12U).

A minha compreensão está relacionada a, o cidadão, a comunidade é buscando entender como é que as coisas funcionam e, especialmente, como é que elas são financiadas e até onde o usuário do SUS ele, ele recebe esse retorno né, até onde isso acontece (E13U).

[...] e a função do controle social chave é esse, não só fiscalizar o executivo para ver se tá usando bem os recursos que chegaram da saúde, mas ver também se eles estão sendo efetivamente empregados em prol da população nos três, é, princípios: na promoção, na prevenção, na cura e reabilitação de quem já adoeceu (E15U).

De acordo com a Lei 8.142 (BRASIL, 1990b), as instâncias do controle social precisam realizar o controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Desse modo, cabe ao controle social não apenas propor, mas também avaliar a

implementação das ações de saúde, além de fiscalizar os recursos financeiros empregados nessas ações.

Divergindo das demais falas, de acordo com o E9CS, infelizmente, o controle social não tem acontecido como deveria.

[...] **o que a gente mais observa dentro dos Conselhos Municipais de Saúde** e até mesmo dentro do Conselho Estadual de Saúde, do Conselho Nacional de Saúde é **são articulações muito mais individuais que não atinge esse coletivo**, esse todo, e enquanto a gente não tiver um sistema, um, Conselhos atuantes pensando no todo e no coletivo e tentando apoiar a organização do sistema isso aí a gente fala de redes, de regionalização, a gente não avança, a gente vai ficar sempre naquele, naquele joguinho, é um momento eu estou brigando por isso, no outro momento estou brigando por aquilo, mas sempre de interesse [...] (E9CS).

Importante ressaltar que, nas instâncias do controle social, o que precisa prevalecer são os interesses coletivos e não individuais, com propostas de ações que busquem o bem comum da população.

Nas falas aqui analisadas, conselheiros e usuários compreendem o que é o controle social e qual o seu objetivo/ função. Apesar disso, apenas um dos conselheiros apresentou uma compreensão diferente do controle social, que é dissociada da relação entre Estado e sociedade civil, fazendo uma associação com a prevenção de doenças.

O controle social em saúde na verdade são as políticas públicas no caso voltadas para a área de saúde, muitas pessoas só pensam que o controle social seria fazer consulta médica e etc., não, seria a prevenção, no caso as pessoas prevenir pra que não possa se adoecer e essas pessoas não ter a necessidade de tá utilizando o SUS, mas aí entra várias políticas né, exemplo política educacional, é importante o indivíduo ser é educado pra saber e ter os seus reconhecimento e também queira que não entra a política de organização né de sobrevivência, no caso o usuário do SUS ele precisa de tá assim diante desse controle, tá sabendo se utilizar (E16CS).

Esse conselheiro foi o único entrevistado que não possuía ensino superior, entretanto reiteramos que ter uma graduação não deve influenciar no que ele compreende enquanto controle social. É importante que ele entenda o que é o controle social e que o CMS é uma das suas instâncias para que ele consiga exercer seu protagonismo enquanto conselheiro.

A Lei 8.142 (BRASIL, 1990b) instituiu duas instâncias de participação da sociedade: os Conselhos de Saúde e as Conferência de Saúde. Ambos devem ter a paridade garantida e ser realizados nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal).

Para Carvalho e outros (2017), os Conselhos e as Conferências de Saúde são instâncias que podem transformar a relação entre Estado e sociedade civil, uma vez que expandem e reorganizam essas relações com a finalidade de implantar as políticas de saúde de acordo com

as proposições da Constituição Federal de 1988. Além disso, segundo os autores, a sua concretização enquanto exercício político que representa os interesses da comunidade precisa de uma participação ampla dos segmentos sociais (usuários, trabalhadores, gestores dos serviços de saúde públicos e privados).

Nesse sentido, por ser uma instância de caráter permanente, o CMS se constitui como um espaço de contínua discussão a respeito das ações e políticas de saúde, possibilitando que os cidadãos participem diretamente desses espaços e decidam, por meio dos seus representantes, sobre as questões de saúde.

Assim, o entendimento do CMS, segundo o E3CS, é um desdobramento da participação, sendo uma ferramenta de luta do cidadão.

[...] Conselho ele já entra como um desdobramento dessa concepção maior da participação, se a gente discutir que a história da humanidade é a história de luta de classe, a participação entra aí como um instrumento importante de defesa de um segmento que é explorado, que é reprimido, que é o quê? É ... oprimido, e ele tem como ferramenta a luta. Então, o conselho ele entra nessa esfera de luta, ele entra na esfera da cidadania [...] (E3CS).

Tal afirmação se mostra importante para a discussão de que o CMS se constitui como um espaço de luta e, conseqüentemente, de cidadania, uma vez que os indivíduos podem e precisam participar desse espaço, tendo em vista a garantia dos seus direitos, o que vem reforçar que o objetivo do CMS é o controle social.

O objetivo central do Conselho Municipal de Saúde é o controle social da saúde. Como eu disse antes, não é o secretário de saúde que vai dizer onde vai ser investido o dinheiro da saúde (E15U).

Segundo Grisotti, Patrício e Silva (2010), os CMS são entendidos como agentes do controle social pois atuam na formulação das políticas de saúde e na utilização dos recursos públicos investidos na saúde, além de poderem ser compreendidos como intermediadores das relações de poder entre a população e os trabalhadores de saúde.

Assim, para o E8U, o CMS é um espaço em que usuários, trabalhadores e gestores devem discutir e decidir sobre as políticas de saúde.

[...] é o espaço que as pessoas se reúnem, é tanto os usuários, quanto os trabalhadores, quanto os gestores para debater e discutir e tomar o rumo, deliberar efetivamente sobre essas questões da política de saúde no âmbito municipal, estadual e federal (E8U).

Como referido anteriormente neste estudo, a Lei 8.142 (BRASIL, 1990b) delimita a participação do Conselho pela paridade da representação dos usuários com relação aos outros segmentos nos Conselhos e Conferências, e a Resolução n.º 33, de 23 de dezembro de 1992 (BRASIL, 1992) definiu que essas instâncias são compostas por 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços públicos e privados.

A seguir, o E17CS destacou que a composição do CMS é paritária.

É um órgão é paritário, no caso com 25% que representa o governo, e mais o restante ele é representado dividido três categorias que estão aí representadas e que na realidade são os pares que precisam se reunir, se debruçar sobre todo o processo da política municipal mais amplamente ainda sobre a política nacional e entender os programas, os projetos, os serviços, os benefícios para que eles cheguem à comunidade, aos usuários, aos assistidos, que infelizmente muitas vezes não chegam (E17CS).

Tal paridade no CMS possibilita a democratização no SUS, ao permitir que os atores que fazem o SUS (trabalhadores e gestores) e os que o utilizam (usuários) possam definir os rumos das políticas e ações que o constituem.

Portanto, algumas falas se complementam a respeito da discussão no CMS sobre as demandas da população: “[...] a gente sabe qual a função que o Conselho tem é de... de reunir as demandas da população e trazer para a discussão, para a pauta, mas a gente também entende os limites que esse conselho tem” (E1CS); “[...] o papel dele [Conselho] é desenvolver é ações e trazer demandas coletivas do município, para dentro do Conselho, para as discussões dentro do conselho” (E9CS).

De modo complementar, a fala do E2U explicita que o CMS é um espaço de discussão e expressão dos anseios da comunidade: “[...] **eu acho que o conselho serve de um espaço para expressão dos anseios da população**, sabe? Da gente tentar ser um órgão de cogestão, eu acho que isso é o que eu penso sobre o Conselho” (E2U).

Para Andrade e Vaitsmam (2002), discutir a participação popular no campo da Saúde Pública é importante, pois só se conseguirão avanços na qualidade dos serviços e das ações de saúde com a participação efetiva da população, uma vez que ela pode identificar os problemas e as soluções relacionadas às suas demandas.

Por isso, compreendemos que, para o desenvolvimento de ações de saúde que sejam efetivas, o CMS precisa discutir as demandas da população, sendo necessário ouvir não apenas os representantes dos usuários, mas também possibilitar a participação da comunidade nas suas discussões.

Por conseguinte, para o E15U, o CMS necessita discutir com a população suas necessidades.

[...] ele deveria consultar a população, fazer assembleias com a população dos bairros, discutir qual, quais eram prioridades, o que, ajudar a população a entender os determinantes sociais da saúde, o que é promoção da saúde, o que é prevenção de doenças e o que é cura e reabilitação de quem já adoeceu. [...] E ao fazer esse trabalho na comunidade ele ia perceber, ia ter clareza de qual é, quais eram as prioridades de lá e mostrar para população que os determinantes sociais da saúde não se reduz o corpo dizer que é saudável, esse, esse é um dos papéis do Conselho Municipal de Saúde, só que não há recurso, a secretaria não investe na formação e os conselheiros municipais da saúde estão lá perdidos, nem com os Conselhos Locais às vezes consegue fazer um trabalho efetivo (E15U).

Uma fala que deixa explícita as possibilidades de espaços para a discussão e a escuta dos usuários do SUS, ao mesmo tempo que refere que tais espaços ainda não foram estabelecidos no município, ficando visível a necessidade de se pensar e fazer que eles aconteçam em prol do desenvolvimento de ações que possibilitem melhores condições de vida para a população. Isso é reforçado nas falas dos E5CS e E7CS, ao sustentarem que o objetivo do CMS é tratar do bem-estar da população.

[...] o Conselho de Saúde não é específico, é de uma ação exclusivamente da saúde se tratando de doença, mas não, é a saúde se tratando do bem-estar como um todo da população (E5CS).

Nosso objetivo é de levar melhoria para população, para as instituições do SUS a ... para os bairros, as unidades básicas de saúde a UBS, as policlínicas, UPAS, os serviços municipais que são ofertados pelo SUS na cidade (E7CS).

Mediante tal compreensão, é reforçado pelo E4CS que o CMS pode interferir nos destinos da saúde: “A gente pode mudar ações, a gente pode implantar ações, a gente pode interferir diretamente, a gente tem o poder de querer que isso realmente aconteça [...]”.

Além disso, o E6CS complementa que o CMS tem voz para reivindicar o cumprimento da lei: “[...] esse conselho vai estar fiscalizando as ações de serviços públicos de saúde, então é uma Câmara, é um órgão aonde tem voz para poder pleitear reivindicar exigir o cumprimento daquilo que foi estabelecido por lei [...]”.

Entendemos que o CMS, ao discutir em torno do planejamento, da execução e da avaliação das políticas públicas de saúde, pretende fazer com que tais políticas estejam o mais próximo possível das demandas apresentadas pela comunidade, possibilitando que elas sejam resolvidas e, assim, permitindo que a população tenha melhores condições de vida.

De modo diferente, o E12U afirma que as discussões no CMS muitas vezes “não andam”.

[...] às vezes eles não querem entrar em atrito com o governo, como o povo da Secretaria e às vezes as coisas ‘não andam’, a gente vê, a gente vai para as reuniões, fala, fala, fala, fala e não acontece. Seria bom que, é, que as coisas funcionassem, que as cobranças realmente acontecessem, às vezes fica só no papel, mas é muito bom, é um meio de fiscalizar, entre aspas (E12U).

Não obstante, apesar de haver as discussões no CMS, muitas vezes o que é discutido não é realizado, conforme explicitado nesta fala. Desse modo, concordamos com Gamarra Júnior (2006) e Oliveira e Almeida (2009) quanto ao fato de que uma das principais dificuldades do controle social de saúde é a não execução pelos gestores das deliberações dos Conselhos de Saúde.

Por sua vez, o E6CS e o E18CS afirmam que o CMS possibilita uma aproximação dos usuários com o sistema de saúde e a gestão.

[...] algo assim muito necessário para poder aproximar usuário da gestão, então não poderia também, hoje é todo mundo de lá da Secretaria no serviço na gestão da reclamando, já fazem isso, mas, Conselho Municipal de Saúde é um lucro de representação da comunidade, entendo que seria essa função (E6CS).

[...] além desse papel social, que é tentar unir o usuário ao sistema de saúde fazendo uma ponte, um ligamento, uma ligação entre eles [...] (E18CS).

Já o E2U tem uma narrativa de que o CMS é uma conquista: “[...] então para mim o Conselho é esse espaço institucional, ao mesmo tempo **ele é uma conquista**. Eu acho que a gente precisa entender o Conselho quanto uma conquista, mesmo sabendo de todas as limitações que ele tem”.

Diante dessas falas, compreendemos que o CMS é uma das instâncias do controle social e, nesse sentido, concordamos com Cotta e outros (2011, p.1122) ao afirmarem que o controle social precisa ser entendido como consequência da participação direta da população na gestão pública, que leva ao apoderamento pela sociedade de recursos e estratégias “para planejar, fiscalizar e analisar as ações e os serviços de saúde”.

Enfim, segundo Cotta e outros (2011), com a instituição do SUS, a saúde passou a ser entendida como uma questão de cidadania, que precisa da participação política da sociedade na gestão do SUS para o seu exercício. Assim, os Conselhos de Saúde são vistos como importante instrumento para a tomada de decisão com a participação da comunidade, além de se constituírem enquanto meio estratégico que garante a democratização do poder de decisão.

Importante ressaltar a colocação do E6CS e E2U sobre o CMS ser uma conquista, e, se voltarmos para a história da Saúde Pública do Brasil, como já discutimos antes, a participação da comunidade foi defendida pelo MRSB, assim, graças a esse movimento, foi assegurada na Constituição Federal de 1988.

Contraditoriamente, os E1CS e E4CS se contrapõem às falas anteriores ao afirmarem que o CMS era para ser um local de discussão das demandas da população, mas que isso não tem acontecido, uma vez que, na realidade, é para aprovar as demandas de gestão.

Então assim, era para ser um lugar que você discute, que você traz as demandas da população para que elas sejam pautas para tomada de decisão é mais ajustada com as demandas do povo, mas **na verdade é um lugar em que é as [...] demandas da gestão vêm para serem validadas porque precisa dessa etapa**, é uma etapa obrigatória **a validação do Conselho do que quer que seja que a gestão queira implantar**, ou aprovar, ou deliberar (E1CS).

As Interações, as é ... **formabilidades do Conselho em si são as aprovações das diretrizes em que a saúde tem que ser tomada. Tudo o que o secretário de saúde, é as diretorias de saúde**, os encaminhamentos em si de das ações têm que passar pela aprovação do Conselho, para que esse Conselho, é, possa em si, é, dar continuidade ao processo do que as pessoas querem que aconteça no princípio a nível de SUS (E4CS).

Vemos assim que tais falas apresentam que o CMS tem por finalidade apenas aprovar as demandas trazidas pela gestão da saúde. Entendemos que essa é uma parte importante do trabalho do CMS, mas que ele não deve se resumir apenas a isso, uma vez que a participação da comunidade no SUS traz a possibilidade de as pessoas participarem do planejamento, do acompanhamento e da avaliação das políticas de saúde.

Ademais, outras falas se contrapõem às anteriores, ao defenderem que o Conselho analisa e verifica projetos viáveis para o município, assim como cobram se a população tem acesso aos seus direitos.

[...] quais são as políticas públicas que existem dentro do município, essas políticas passam, esses projetos passam pelo Conselho para o Conselho estar analisando, verificando se realmente é viável, se não é, e a partir daí a gente autoriza pra que o Secretário, é o presidente do Conselho, encaminhe para o município, o município encaminhar para a Câmara de Vereadores pra poder ser aprovado e tá dando sequência dos atendimentos das pessoas nos postos de saúde no dia a dia da população como um todo (E5CS).

O Conselho Municipal de Saúde ele tem por finalizar, por finalidade a meu ver é... **atuar junto com a Secretaria de Saúde cobrando realmente se a população tá tendo acesso a tudo o que lhe é de direito**, aprovando entrada de empresas que possivelmente vão terceirizar seus serviços pra prefeitura, antes de assinar qualquer contrato a prefeitura tem que apresentar esse projeto pro Conselho Municipal de Saúde e é o Conselho Municipal de Saúde quem aprova [...] (E18CS).

Outro conselheiro de saúde, E6CS, tem uma fala que completa a ideia anterior sobre o CMS, considerando-o complementar a gestão.

É um, uma instância [CMS] é regulamentada por lei para poder gerir os destinos da saúde, dos serviços de saúde da população, então **é um órgão que vai estar fazendo promovendo as demandas e cumprindo o papel de gerir, fazer a gestão da saúde.** [...] **é um órgão complementar à gestão**, não é um órgão especialmente pra fazer gestão, mas eu entendo que ele é um órgão que reúne pessoas que vai tá contribuindo pra fazer a gestão, então ele hoje é indispensável pra poder até dar segmento nos processos de gestão da saúde [...] (E6CS).

Assim, concordamos com Carvalho (2014) que as ‘funções’ fundamentais dos Conselhos e das Conferências de Saúde são propor, debater e aprovar as políticas de saúde, além de controlar, incluindo aspectos econômicos e financeiros.

Nessa direção, as falas a seguir destacam que o CMS possibilita discussões relacionadas à gestão e ao financiamento da saúde.

O Conselho tem o objetivo e a finalidade de resguardar desde o a de **controlar desde os recursos públicos** que são, que vêm do Ministério da Saúde, do governo do estado, da prefeitura, que são pagos através dos impostos arrecadados [...] então enquanto conselheiros temos que estar verificando como é que está sendo gasto esse dinheiro, se realmente está adequado, se não está sendo [...] (E5CS).

Ó... além da **questão do financeiro, controle financeiro** do município no que tange à saúde, porque a lei diz que o município ele tem que prestar conta de tudo o que faz e tudo tem que ser pactuado, não pode ser uma coisa assim aleatória [...] (E11CS).

O Conselho Municipal de Saúde é um espaço, é, democrático, onde são levados a pauta, é, assuntos que são pertinentes às problemáticas dos **processos de saúde doença**, bem como é da pactuação da **gestão e do financiamento dos serviços públicos de saúde e privados também**, tem muitas pautas que são, que tangem à questão da... **financiamento público** e do serviço privado de saúde (E14CS).

No caso o objetivo do Conselho Municipal, como se tem duas organizações, que seria a sociedade civil organizada e o próprio poder público, que globaliza o Conselho através do presidente também que é o secretário, geralmente é o secretário, mas a gente é um fiscalizador, além da gente fiscalizar o sistema SUS através do município como usuário, mas também **fiscalizar as contas**, a gente teria que tá fiscalizando as contas do município através do Conselho e também **fiscalizar a unidade de saúde** porque hoje tem muitas pessoas que não presta esse serviço adequado [...] (E16CS).

Em convergência com tais falas, os E32U, E12U e E13U referiram que o CMS tem o objetivo de fiscalizar as finanças: “[...] ele [CMS] é uma instância também regulatória no sentido de que ele **fiscaliza as questões financeiras e de cumprimento de políticas públicas**, da implementação de políticas nacionais a nível municipal [...]” (E2U); “Então, o Conselho municipal ele é ótimo porque ele cobra, **é um meio de fiscalizar a gestão na saúde, as cobranças**, cobrar as coisas que não está funcionando [...]” (E12U); “É justamente isso, é

fiscalizar as finanças que contribui para que a saúde possa acontecer em cada município” (E13U).

As falas dos conselheiros também são convergentes a respeito da finalidade do CMS – fiscalizar: “A nossa função é fiscalizar.” (E7CS); “[...] a gente precisa estar compreendendo e entendendo que é esse o nosso papel de estar lá é, vamos dizer assim, tanto na fiscalização [...]” (E17CS).

Diante dessas falas, percebemos que a ação de fiscalizar foi a mais citada pelos conselheiros e usuários, seja relacionada à fiscalização de recursos financeiros ou das ações de saúde.

Nesse sentido, o estudo de Martins e outros (2013) também apresentou resultados convergentes com a maioria dos conselheiros deste estudo, ao explicitar que a sua principal ‘função’ é fiscalizar. Entretanto, os autores consideram que isso revela certo grau de imaturidade dos conselheiros.

De acordo com a Lei 8.142 (BRASIL, 1990b), o Conselho de Saúde atuará “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros”. Desse modo, entendemos que o CMS controla não apenas os gastos públicos, mas também a implementação da política de saúde.

Para tanto, é importante esclarecer que os conselheiros precisam assumir que, enquanto membros do CMS, poderão propor e deliberar acerca das estratégias para execução das políticas de saúde, de modo que não apenas ‘vigiem’ as ações da gestão, mas que também sejam capazes de propor e influenciar nos rumos da saúde.

Entretanto, os E1CS e E3CS apresentam falas diferentes das demais ao afirmarem que o CMS se trata de um órgão consultivo, deliberativo e colegiado.

A gente sabe que **é um órgão consultivo**, a gente sabe **o poder que ele tem de deliberar** algumas coisas [...] (E1CS).

[...] uma instância privilegiada de Controle social, então o conselho ele aparece aí como **órgão é de organização de trabalhadores, de usuários** e de outros **segmentos na defesa da política pública do SUS**. E ele é um ele é um órgão privilegiado porque pelo **caráter deliberativo** ele passa a ser um órgão, é, privilegiado e também pelo seu caráter colégio de colegiado, pela sua condição de, como é que chama? De defesa, ele tem diversos atributos, e pela paridade, que ele envolve trabalhador, envolve usuário, envolve gestor, prestador, então ele tem essa prerrogativa importante, então eu diria que o conselho ele está aí dentro das políticas públicas do SUS da saúde, principalmente que foi um dos pioneiros como um instrumento fundamental [...] (E3CS).

Seguindo essa compreensão, os E2U, E8U e E15U têm falas convergentes com as dos conselheiros a respeito de o CMS ser uma instância deliberativa.

O Conselho Municipal de Saúde ele **é uma instância deliberativa do Sistema Único de Saúde**, é uma instância permanente [...] (E2U).

O Conselho Municipal de Saúde para mim é um lugar onde, a instância física, onde as pessoas se reúnem, é o espaço que as pessoas se reúnem, é tanto os usuários, quanto os trabalhadores, quanto os gestores para **debater e discutir e tomar o rumo, deliberar efetivamente sobre essas questões da política de saúde** no âmbito municipal, estadual e federal (E8U).

[...] o Conselho Municipal de Saúde, que em tese foi o Conselho que mais avançou no país, que ganhou capilaridade, que ganhou uma formação no sentido de negociar com o estado e ter de fato, **não só ser consultivo, mas tem um poder deliberativo ainda que no papel** (E15U).

Tais falas refletem o que está posto na Lei 8.142 (BRASIL, 1990b), afirmando que os Conselhos de Saúde possuem caráter permanente e deliberativo, além de ser um órgão colegiado que é formado por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários.

Para Moreira (2016), quanto maior a participação dos que são diretamente interessados no processo decisório de certa política, maior será a chance de ela trazer resultados que resolvam as demandas deles e, conseqüentemente, menores serão os riscos de expressarem as predileções de representantes políticos. Complementa-se ainda que, ao possuírem caráter deliberativo, os CMS podem ajudar na produção de políticas de saúde que respondam mais diretamente aos interesses de indivíduos que geralmente não participam de processos decisórios, contribuindo assim para a democratização.

Por isso, por entendermos que o caráter deliberativo, aliado ao caráter colegiado do Conselho de Saúde, traz a possibilidade de discussões e decisões mais democráticas dentro do CMS, essa se torna uma oportunidade para o desenvolvimento de ações de saúde mais alinhadas às necessidades da comunidade.

Entretanto, segundo Gomes e outros (2018), para a efetivação do caráter deliberativo, os conselheiros precisam se reconhecer como tal, e necessitam de conhecimentos sobre como exercerem o controle social, compreendendo também a cooperação na construção dos instrumentos de gestão da saúde. Assim, vemos que, para o fortalecimento do SUS, é necessária a divulgação sobre as leis que o regem, além da promoção dos conhecimentos sobre as funções dos conselheiros de saúde.

Além disso, para Oliveira e Almeida (2009, p.147), “Deliberar está vinculado a ações de discussão, reflexão, resolução, decisão, autonomia, e também à ação de ponderar, meditar, examinar, escolher alternativas, tornar-se responsável pelos atos”, esperando-se que os conselheiros consigam realizar essas funções, e que o poder decisório esteja distribuído equitativamente entre os representantes do Conselho.

Nesse sentido, para o E11CS, o mais importante é o conselheiro entender qual o seu “papel” no CMS.

[...] mas, mais importante pra mim são os conselheiros porque conselheiro não pode ser qualquer um de chegar e dizer assim ‘eu tenho um sindicato de agente comunitário eu vou enviar [cita seu próprio nome]’, pra que? Pra [cita seu próprio nome] só chegar lá e dizer amém? Não. [...] o bom conselheiro ele tem que primeiro ter conhecimento daquilo que ele está fazendo, do seu papel enquanto conselheiro, da sua responsabilidade enquanto conselheiro até porque se algo der errado ali no bojo do conselho ele também pode sofrer consequências porque ele é responsável pelas decisões da grande maioria. Então tem que ser uma pessoa que tenha conhecimento, tem que ter uma pessoa que tenha compromisso [...] (E11CS).

Essa fala explicita que os conselheiros precisam ser compromissados e conhecer de fato seu “papel” enquanto conselheiro para exercerem o seu protagonismo de forma que tragam bons resultados para a população. Dessa forma, compreendemos ser importante o investimento em Educação Permanente em Saúde para os conselheiros, para subsidiar a sua prática.

Ademais, para Araujo, Araujo e Nascimento (2022), a EPS pressupõe o desenvolvimento de ações educativas a partir da análise crítica dos problemas identificados do trabalho dos profissionais de saúde a quem as ações são direcionadas, de forma colaborativa, garantindo que todos os envolvidos participem ativamente do processo de ensino-aprendizagem.

Por conseguinte, entendemos que a realização de ações educativas a partir das necessidades de aprendizagem dos conselheiros, dos serviços de saúde e da população possibilitará a construção de conhecimentos para uma melhor atuação dos conselheiros em prol do bem comum da população.

Destarte, de forma diferente dos demais participantes deste estudo, a fala do E4CS descreve que participar do Conselho é ‘uma cachaça’, que, ao ingressar no CMS, é difícil se afastar do seu exercício: “[...] o Conselho é uma ‘cachaça’, é uma ‘cachaça’ que se toma, ou um ‘Guaraná’ que se toma e que se tem vontade de atuar, mas que as pessoas não dão valor”.

É importante enfatizar, também, a colocação desse conselheiro de que as pessoas não dão valor ao CMS. Assim, podemos inferir que o ‘não dar valor’ está associado à pouca participação da sociedade nesse espaço. Realidade que encontramos em alguns estudos (BISPO

JÚNIOR; MARTINS, 2012; CAVALCANTI; CABRAL; ANTUNES, 2012; CRISTO, 2012; GUIZARD et al., 2015; ANDRÉ et al., 2021), afirmando que a pouca participação e o pouco envolvimento da comunidade reforçam o baixo desempenho do controle social.

Tal realidade também foi identificada no estudo de Kohler e Martinez (2015), ao relatarem que o pouco envolvimento da sociedade civil prejudica a representação das necessidades da população nos conselhos de saúde. Nessa direção, é preciso que as pessoas compreendam e se apropriem da sua função nos espaços de participação e controle social, para que eles “não se tornem espaços esvaziados e/ou fictícios de atuação democrática” (BALIEIRO; MACEDO, 2022, p.48).

Portanto, é importante a divulgação das ações realizadas pelo CMS e da sua relevância para o rumo da saúde pública, para que a população seja sensibilizada quanto à imprescindibilidade da sua participação neste espaço.

7 (DES) ARTICULAÇÃO DO PROTAGONISMO DO CMS E DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE: valorização e respeito aos valores democráticos?

Neste item, fazemos uma abordagem de como têm sido realizadas as ações do CMS, quais as atividades desenvolvidas pelos conselheiros, como têm acontecido as discussões e as deliberações nas reuniões do CMS e como é realizada a defesa dos interesses coletivos. Para tanto, conduzimos uma análise considerando a Alteridade e a participação política. Além disso, analisamos sobre a atuação do CMS com suas contradições e conflitos, permeados com avanços/ facilidades, dificuldades/ limites e perspectivas, destacando-se, assim, o protagonismo dos seus conselheiros para a garantia do acesso à saúde.

7.1 O fazer dos protagonistas: ações desenvolvidas no Conselho Municipal de Saúde pelos conselheiros

Os Conselhos de Saúde, enquanto mecanismos de participação da sociedade, devem elaborar políticas públicas de saúde, acompanhar e fiscalizar as ações de saúde. Para tanto, entendemos ser necessária a integração entre os conselheiros de saúde. Nesse sentido, Bortoli e Kovalski (2019) afirmam que o governo municipal e a sociedade civil precisam caminhar juntos para resolver as demandas de saúde do município, de modo que os recursos sejam utilizados com maior efetividade, considerando os problemas da população.

O E3CS fala que o CMS de Feira de Santana é “bastante atuante” e que desenvolve várias ações relacionadas às políticas públicas, como a discussão de relatórios de gestão, da PAS e do PMS.

[...] eu diria que o Conselho Municipal de Saúde ele [...] é um Conselho assim bastante atuante, entendeu? Ele tem muitas dificuldades, mas ele consegue avançar nas discussões relacionadas às políticas públicas em Feira de Santana, por exemplo, é tanto das políticas públicas, portanto aquilo que é essencial para o Sistema Único de Saúde que está alinhado lá com universalidade, integralidade, está alinhado com princípios e também com diretrizes, então o Conselho ele pauta diversas dessas questões que são cruciais que são as políticas públicas. Por exemplo, é tem algo que é fundamental que está colocado como instrumento de gestão do SUS que é a discussão do, por exemplo, do Relatório de Gestão, da Programação Anual de Saúde, a discussão, por exemplo, do Plano Municipal de Saúde (E3CS).

De modo complementar, a fala do E8U refere que o CMS possibilita a discussão e a formulação de políticas de saúde: “É, eu acho que ações de debate, de fomento à discussão mesmo, de formulação da política, de direcionamento da política de saúde [...]”.

São falas que deixam explícitas as ações que de fato se espera que o CMS desenvolva, as quais estão relacionadas à proposição de políticas públicas direcionadas para a concretização do SUS e, conseqüentemente, para a garantia de um acesso universal e igualitário, e que possibilite a assistência integral aos indivíduos. Além disso, o E3CS ainda traz os instrumentos de gestão (relatório de gestão, PAS, PMS) como um importante aliado para a avaliação das ações de saúde.

Em convergência com essa realidade, o estudo de Kleba, Comerlato e Frozza (2015) referencia também como principais instrumentos utilizados pelos Conselhos o relatório de prestação de contas e, em menor proporção, os planos. Além disso, as comissões temáticas específicas e a apresentação de programas foram citadas como mecanismos para qualificar as deliberações ao possibilitar uma maior apropriação pelos conselheiros das temáticas das pautas.

Esses autores complementam que os espaços públicos que utilizam instrumentos e mecanismos nos processos de gestão podem qualificar os debates e decisões, tendo em vista que potencializam os movimentos participativos, deliberativos e o controle social, de acordo com as atividades realizadas.

Compreendemos, portanto, que o CMS pode se utilizar de meios que viabilizem o trabalho dos conselheiros de envolvimento, proposição e controle sobre as ações e os serviços de saúde e, assim, conseqüentemente, facilitem o desenvolvimento das ações do CMS.

Ainda a respeito da fala do E3CS, os E9CS e E17CS complementam que, além da aprovação de relatórios de gestão, os conselheiros também aprovam a prestação de contas: “Bom, é a aprovação das contas, do relatório de gestão é uma das ações que ele tem feito [...]” (E9CS); “Nós somos corresponsáveis pela gestão no caso porque nós aprovamos não só contas, aprovamos o plano municipal [...]” (E17CS).

Desse modo, percebemos que esses participantes fazem referência ao “controle” exercido pelo CMS, uma vez que, segundo Carvalho (2014, p.51), a participação da comunidade envolve três eixos, a saber: “é o engajamento através da ação, é o desafio da proposição e o controle dos fatos e feitos” – controle que está relacionado a todas as ações desenvolvidas, inclusive a questão econômico-financeira.

Por sua vez, para o E6CS, além da criação de CLS e das câmaras, o CMS realiza várias ações, como avaliação da prestação de contas, Conferências Municipais de Saúde, eventos, capacitação de conselheiros e trabalhadores de saúde.

Lá no Conselho nós temos um plano de ação que é executado mediante o que a promoção em saúde exige, então hoje nós temos é algumas regulamentações que é vinda é das diretrizes da saúde que o Conselho tem que fazer, às vezes a prestação de

contas, conferências, os eventos, as campanhas de saúde pública a capacitação dos profissionais tanto do conselho com os profissionais de saúde, então tem uma gama de serviços que a saúde que o Conselho Municipal desenvolve na criação de outros Conselhos Locais, de outras câmaras, acompanhamento de todas essas ações de saúde (E6CS).

O regimento do CMS de Feira de Santana prevê, no seu artigo 8º, que serão instaladas comissões internas temporárias ou permanentes (FEIRA DE SANTANA, 2007-Doc.1).

Diante das ações desenvolvidas pelo CMS, são referidas a participação dos conselheiros nas comissões/ câmaras técnicas, retratada em algumas falas a seguir.

[...] **tem comissões distintas** que tratam de assuntos específicos dentro e por vezes quando há alguma pauta, alguma demanda de discussão ou trabalho [...] (E1CS).

Então o conselheiro e a conselheira ele não vai no Conselho só no dia da reunião, está certo? Então **essas câmaras dão essa organicidade, essa funcionalidade ao Conselho** (E3CS).

[...] mas existe, por exemplo, é **várias, é, comissões que integram** dentro desse Conselho [...] (E10CS).

As **comissões são os elos de ligação** para fortalecer o Conselho (E17CS).

O usuário E2U também referiu as comissões como ação do CMS.

Então, destrinchando as comissões que existem dentro do Conselho Municipal de Saúde elas têm trabalhado tanto na implementação de políticas setoriais da área da saúde como também no próprio fortalecimento do controle social, certo? (E2U)

A organização dos Conselhos de Saúde em Comissões Técnicas é realizada com vistas a aumentar a abrangência e a efetividade de suas ações (FERRO, 2020). Rocha, Moreira e Bispo Júnior (2020) entendem que as comissões são um avanço para o desenvolvimento do Conselho, uma vez que permitem que determinados temas sejam discutidos e analisados mais profundamente.

Outrossim, o E17CS sugere que as comissões se reúnam antes das reuniões.

Então assim a gente hoje tem uma função dentro do Conselho nós temos comissões, várias comissões, mas ainda [...] a função específica era que cada comissão assumisse as suas, os seus objetivos específicos e que a gente pudesse estar em conjunto antes mesmo da reunião trazendo as demandas dessas comissões, porque às vezes uma comissão ela interage com outra [...] (E17CS).

Nessa fala, fica implícito que as comissões e câmaras técnicas não têm se reunido a contento. Em uma das reuniões presenciais, observamos que um grupo de conselheiros se

reuniu antes da reunião do CMS iniciar para realizar algumas discussões; nessa mesma reunião, foi relatado, no ‘o que ocorrer’, como sugestão, que as comissões se reunissem antes de todas as reuniões do CMS para facilitar as discussões. Entretanto, não houve uma definição sobre isso.

De acordo com as informações fornecidas pela Secretaria do CMS, atualmente o CMS de Feira de Santana conta com as seguintes Comissões e Câmaras Técnicas: Comissão PCCS (Plano de Cargos Carreira e Salários); Comissão de Visitas às Unidades; Comissão de Planejamento de Conferência; Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST); Câmara Técnica para Financiamento da Saúde; Câmara Técnica CLS; Câmara Técnica de Visita das Unidades de Saúde; Comissão Intersetorial; Câmara Técnica para a Formação da Eleição; e Câmara Técnica Saúde Mental.

Pelo que foi possível ver e a partir das falas dos participantes deste estudo, os conselheiros que participam das comissões e/ ou câmaras têm a responsabilidade de discutir e tomar decisões sobre os assuntos que competem a cada uma delas. Por exemplo, a Comissão para Planejamento de Conferência irá se reunir para tratar da organização da Conferência e das pré-conferências; a Câmara Técnica CLS discutirá maneiras de expandir a formação de novos CLS, como reunião nas Unidades de Saúde da Família com trabalhadores de saúde e usuários do SUS para esclarecimentos e explicações sobre a importância desses espaços, e ações para fortalecer os CLS que já existem.

Quanto às abordagens sobre essas comissões, foram citados o CLS, a CIST e a de PICS (Práticas Integrativas e Complementares), e a mais citada foi a comissão de visitas institucionais (E1CS, E3CS, E4CS, E5CS, E7CS, E1CS, E16CS e E18CS).

Na oportunidade, percebemos que a realização das visitas pela Comissão de Visitas às Unidades pode ter objetivos diferentes. As falas a seguir, por exemplo, expressam que as visitas acontecem com um caráter fiscalizador, para verificar se as unidades estão funcionando de forma adequada.

Por exemplo, **tem um grupo que trata das visitas institucionais**, de fazer **inspeção às unidades para ver como elas estão funcionando** ou se surge uma necessidade de avaliação de alguma instituição que precisa é estar registrada junto ao conselho. Esse grupo que faz as visitas eles vão até essa instituição, tem um roteiro que os próprios, é, conselheiros elaboraram para avaliar essas instituições [...] (E1CS).

Além disso, também quando alguma instituição, alguma organização social quer fazer parte do Conselho, então ocorre **as visitas nesses locais para verificar se realmente estão adequadas ou não**, se podem fazer parte do Conselho de Saúde ou não (E5CS).

Olha, tem várias ações, tem **as visitas de unidades de saúde**, tem visitas de entidade, entidades que é tipo assim... uma associação que não tem fim lucrativo, aí a gente vai

lá visitar para ver como está sendo aberto e tal, é deixa ver o que mais, eu já fiz uma visita em uma entidade, mas eu não lembro o nome, **para a gente ver se está tudo nas normas, se está tudo direitinho como está no papel, se está funcionando**, se o regimento está correto (E7CS).

Por sua vez, as falas a seguir exprimem que as visitas acontecem após receberem uma denúncia, ou para fiscalizar ou acompanhar a instituição visitada com o intuito de se vincular ao CMS e, conseqüentemente, poder angariar possíveis financiamentos.

[...] e quando aparece demanda, algum **tipo de denúncia ou então fiscalização**, fiscalizar a questão de que tem a ... **algumas entidades que precisa do aval do Conselho**, exemplo **de essas casas de e usuário de droga**, e tem alguns convênios que precisa ser fiscalizado pelos conselheiros, então qualquer tipo de convênio que o município for fazer com alguma organização da saúde privada ele precisa do aval dos conselheiros (E16CS).

[...] **tem as comissões que, por exemplo, averiguam se tem uma instituição de caridade e ela quer receber, tem uma verba para ela receber de algum vereador**, ultimamente a gente foi no Lar do Irmão Velho, aí eu fui, o Conselho Municipal de Saúde vai lá fiscalizar, conhecer a instituição, as unidades, faz todo um relatório técnico dessa visita e isso vai pra votação na plenária do Conselho Municipal de Saúde e aí se todos aprovarem aquela instituição ela passa a ser credenciada ao Conselho, ao Conselho Municipal de Saúde e passa a ter autorização de receber a sua verba, caso contrário ela não vai ter direito. [...] **Tem as comissões também para visitar as policlínicas** para saber se elas estão se enquadrando se está tudo conforme a lei, se ela está cumprido todas as... meu Deus do céu, as exigências né das RDCs que por ventura regem ela ali, o pessoal de enfermagem, de farmácia, serviço social, tudo (E18U).

Concordamos com Kleba, Comerlatto e Frozza (2015) ao afirmarem que os instrumentos e mecanismos utilizados pelos Conselhos precisam ser aumentados como oportunidade de concretizar, de forma instrumental e política, os processos participativos e deliberativos na gestão das políticas públicas.

Nesse sentido, para o E3CS, o CMS não é um fim em si mesmo.

O Conselho em Feira de Santana ele não é um fim em si mesmo, poderia, o que é um fim em si mesmo? **Ele não se limita a debater e deliberar só no seu âmbito dos 56 membros entre titulares e suplentes**, por quê? Porque o controle social em Feira de Santana ele está descentralizado, então você tem um Conselho Municipal de Saúde do ponto de vista, digamos assim uma hierarquia da participação popular em Feira, no campo da saúde, você tem no topo o Conselheiro Municipal, aí depois você tem os conselhos setoriais, por exemplo, nós temos a CIST, que é a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, que é uma Câmara Técnica do conselho ligado ao CEREST que discute as questões relacionadas à saúde do trabalhador (E3CS).

As ações apresentadas até aqui são importantes para a compreensão de que o CMS atua para além do espaço das suas reuniões, imbricado não apenas às demandas apresentadas pela gestão, mas, mais do que isso, precisa estar atento aos assuntos que dizem respeito à saúde da

população e que são da sua competência, uma vez que, para Lévinas (2009), a Alteridade pressupõe que as necessidades do outro nos convocam à responsabilidade, a ajudá-lo.

Além disso, o CMS também desenvolve ações intersetoriais, como é o caso da CIST. Desse modo, observamos que há um envolvimento de alguns conselheiros que compõem essa comissão com outras instituições do município que atuam na saúde do trabalhador.

Ainda com relação às comissões, o usuário E2U reforça que elas têm fortalecido o controle social ao implantar os CLS.

Bom, a nível de organização do controle social, o Conselho de Saúde daqui de Feira de Santana, através de comissões, ele tem trabalhado no fortalecimento do controle social a partir da fundação de Conselhos Locais de Saúde, isso é um processo que tem mais de 10 anos [...] (E2U).

Em convergência com essa fala, vários conselheiros referem-se à formação dos CLS; dentre eles destacamos as falas dos E1CS, E6CS e E14CS, como uma ação do CMS.

[...] a gente tem é um trabalho paralelo muito bom sendo realizado que é a questão da formação dos Conselhos Locais de Saúde [...] (E1CS).

[...] então tem uma gama de serviços que a saúde que o Conselho Municipal desenvolve na criação de outros Conselhos Locais de outras câmaras, acompanhamento de todas essas ações de saúde (E6CS).

[...] existe um trabalho muito importante em paralelo da criação dos Conselhos Locais de Saúde e do fortalecimento dessas discussões nos bairros, porque na realidade a saúde acontece não só no ambiente central como é o caso do Conselho Municipal de Saúde [...] (E14CS).

Concretamente, há uma comissão no CMS para discutir e apoiar o fortalecimento e a implantação de novos CLS no município. Compreendemos que essa é uma ação importante para a capilarização dos espaços de controle social e, conseqüentemente, para a democratização das políticas de saúde, uma vez que, para Lisboa e outros (2016), os CLS são vistos como uma possibilidade para a configuração da estrutura organizacional do SUS que, no entendimento deste estudo, é uma oportunidade para dar visibilidade à participação social por meio do estabelecimento e da efetivação das políticas de saúde.

Embora os CLS não apresentem um caráter deliberativo, Souza e Krüger (2010) afirmam que possibilitam o desenvolvimento de ações que auxiliam para ampliar a fiscalização e a conformação da política de saúde. Ainda para esses autores, apesar da participação social no SUS por meio dos CLS ser frágil, ela possibilita a chegada de novos atores, divulga informações sobre o SUS e fortalece esses espaços participativos.

Outrossim, o estudo de Miwa, Seriaponi e Ventura (2017, p.421) identificou alternativas para uma maior visibilidade dos CLS e para estimular a participação social

[...] a capacitação tanto dos conselheiros como dos profissionais que atuam nas unidades de saúde; uma maior interação e colaboração entre CMS e CLS; uma melhor prestação de contas, isto é, uma maior divulgação das ações e realizações dos CLS; e a criação de mecanismos que facilitem a identificação entre usuários e seus representantes nos conselhos.

Os autores fazem uma análise com relação a essas alternativas, enfatizando que são necessárias algumas questões, como:

- o desenvolvimento de capacitação de conselheiros e profissionais de saúde, para que eles compreendam o funcionamento do SUS e o conceito ampliado de saúde, e que se mantenham em estudo constante;
- uma maior interação entre os CLS e o CMS, para que os conselheiros municipais de saúde possam conhecer concretamente a realidade das localidades, e os conselheiros locais de saúde devem levar suas demandas para serem discutidas no CMS e não diretamente com o secretário de saúde;
- a divulgação dos CLS para uma maior participação da comunidade, inclusive por meio da divulgação nas novas mídias ou cartilhas distribuídas na própria unidade;
- a divulgação de fotos dos conselheiros na unidade para que os usuários conheçam os seus representantes.

Portanto, entendemos que é crucial que haja um maior estímulo à formação de CLS e uma maior interação entre CLS e CMS. Nesse sentido, uma das propostas da *XI Conferência Municipal de Saúde* (FEIRA DE SANTANA, 2021b-Doc.2) foi “Participar da revitalização dos CLS (Conselho Local de Saúde) nos bairros que já os têm e implantar naqueles que não têm, fomentando a participação social na saúde”. Essa proposta foi acatada tanto no Plano Municipal de Saúde 2022-2025 (FEIRA DE SANTANA, 2021c-Doc.3) quanto na Programação Anual de Saúde 2022 (FEIRA DE SANTANA, 2022-Doc.4).

Diferente dos demais participantes deste estudo, na fala do E3CS, há um momento em que acontece uma reunião dos CLS com um representante do setor de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde para identificar as demandas da comunidade.

[...] tem também um momento que os Conselhos Locais de Saúde fazem uma assembleia e a representação da Secretaria do setor de planejamento vai para apresentar, para receber essas propostas que saiu dos Conselhos Locais, sem contar que ele passa depois do Conselho Municipal (E3CS).

Vemos assim a importância da fala desse conselheiro ao explicitar a inserção dos usuários no planejamento da saúde. Tal relevância é sustentada por Miwa, Seriaponi e Ventura (2017, p.413), ao afirmarem que desenvolver meios para o controle social e a participação popular na gestão em saúde sem levar em consideração as realidades “micros” [CLS] pode constituir um “desperdício da experiência”.

O E3CS referiu como uma das ações do CMS as Conferências Municipais de Saúde para avaliação das ações e para subsidiar a elaboração do PMS.

Em Feira de Santana nós conseguimos avançar, por quê? Por que o Plano Municipal de Saúde elaborado pelo setor de planejamento da Secretaria, mas nós hoje em Feira de Santana, já em Feira de Santana a gente faz uma Conferência Municipal para avaliar a política do SUS e apresenta propostas para subsidiar a elaboração do Plano Municipal de Saúde, que é inclusive é uma recomendação do Conselho Nacional de Saúde, mas poucos conselhos, poucas gestões consideram isso, e a gente avançou, entendeu? (E3CS).

Em convergência com a fala do conselheiro E3CS, os usuários E2U, E8U e E13U também referiram como ação do CMS a realização de conferências.

Sobre as Conferências de Saúde, o Conselho daqui ele atuou bastante na produção das Conferências de Saúde e eu acho que isso se deu também muito em contato com a os profissionais da Secretaria, então a gente fala, quando eu falo os profissionais eu falo específico a Secretaria do Conselho o ... o setor de planejamento e vale ressaltar que o setor de planejamento é um dos poucos setores que têm profissionais concursados, é um dos poucos setores que têm profissional concursado. Então eles têm feito sempre as Conferências, inclusive em tempo de pandemia a gente teve uma conferência virtual, tiveram umas 80 pessoas, tinham 150 cadastrados para irem, mas foi eu creio que foi muito positivo ter realizado mesmo com um quantitativo menor de pessoas e tal, mas foi muito bacana, nós tivemos vários estudantes da UEFS participando inclusive, então foi muito bacana assim (E2U).

[...] organização de Conferências de Saúde, por exemplo, organização é e implementação das Conferências de Saúde, e por aí vai (E8U).

O Conselho Municipal geralmente é um dos responsáveis pela organização das Conferências de Saúde que acontece de dois em dois [...] (E13U).

As falas dos E3CS e E2U deixam claro que a realização das Conferências de Saúde Municipais tem influenciado no planejamento para a saúde. No entanto, para o E1CS, as Conferências Municipais de Saúde têm acontecido pelo envolvimento dos conselheiros para garantir que as reivindicações da comunidade sejam garantidas, mas infelizmente nem sempre são atendidas, pois “no fim das contas quem decide o que é possível é a gestão”, ou seja, um controle social em que o espaço não é do ‘outro’, mas dos “donos do poder”.

[...] as Conferências Municipais de Saúde, elas são feitas, elas são realizadas por que o Conselho batalha para que essas coisas sejam garantidas, elas são garantidas, mas aquilo fica é sobrestrado, ah vai vamos colocar o que é possível. **No fim das contas quem decide o que é possível é a gestão.** O Conselho foi, trabalhou, o Conselho fez, executou, mas quem decide o que entra e o que sai é a gestão. Então eu é ... ao meu ver aos modos do que o Conselho é atualmente no sentido prático do fazer mesmo do exercício do controle social, ele está dissociado é do que o controle social é enquanto teoria (E1CS).

A última Conferência Municipal de Saúde realizada em Feira de Santana, até o final da coleta de dados desta pesquisa (novembro de 2022), tinha acontecido em julho de 2021 de forma remota, por meio das plataformas digitais Microsoft Teams e You Tube. O objetivo dessa Conferência foi

[...] avaliar a situação de saúde da população, a estrutura das Redes de Serviços e de Atenção à Saúde, os processos de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde e formular diretrizes para subsidiar a elaboração do Plano Municipal de Saúde para os próximos 04 (quatro) anos (2022-2025), tendo como eixos: I – Atenção Básica e Ciclos da Vida; II – Gestão, Média e Alta Complexidade; III – Vigilâncias em Saúde e Assistência Farmacêutica (FEIRA DE SANTANA, 2021, p.5-Doc.2).

Ao analisarmos o *Plano Municipal de Saúde 2022-2025* (FEIRA DE SANTANA, 2021c-Doc.3) e o *Relatório da Conferência Municipal de 2021* (FEIRA DE SANTANA, 2021b-Doc.2) observamos que, de fato, várias propostas da Conferência foram acatadas no PMS.

A seguir estão algumas dentre as propostas acatadas no PMS e PAS:

- desenvolvimento de ações que assegurem “a qualidade dos serviços de saúde da Atenção Básica, garantindo equipamentos e insumos para o seu devido funcionamento” (FEIRA DE SANTANA, 2021b, p.7-Doc.2);
- “Melhorar as articulações entre os serviços da Atenção Básica e Rede de Atenção à Saúde, fortalecendo a referência e contra referência” (p.7);
- “Realizar ações específicas que atendam ao alcance das metas pactuadas nos indicadores do Previnde Brasil, sem perdas na qualidade da assistência e em outros agravos de saúde não relacionados aos indicadores” (p.8);
- “Garantir 100% de acesso da população ao atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 e municípios que aderirem a regionalização com garantia de funcionamento de todas as unidades móveis” (p.9);
- “Reestruturar a política de assistência farmacêutica garantindo o acesso da população aos medicamentos” (p.10);
- “Intensificar a Fiscalização/inspeção dos Serviços de Saúde pela Vigilância em Saúde” (p.11).

No Doc.3 (FEIRA DE SANTANA, 2021c), foi realizada uma priorização das propostas da Conferência Municipal de Saúde de 2021 por meio do Planejamento Estratégico Situacional, com a classificação dessas sugestões de acordo com Magnitude (M), Transcendência (T), Vulnerabilidade (V), Urgência (U) e Factibilidade (F). Diante dos eixos discutidos na Conferência, identificou-se que

No eixo da Atenção básica e ciclos da vida foi elencada 28 propostas e 10 priorizada com P25⁴; no eixo gestão, média e alta complexidade foram elencadas 34 propostas e 14 priorizadas com P25; no eixo vigilância a saúde e assistência farmacêutica foram elencadas 25 propostas e 13 priorizadas com P25. (FEIRA DE SANTANA, 2021, p. 99)

É visível que, apesar de essas ações serem priorizadas como de execução imediata, algumas delas não foram contempladas no PMS. Entretanto, entendemos que o fato de a maioria das ações tidas como prioritárias estarem no Plano reflete um grande avanço para a participação da comunidade de Feira de Santana, tendo em vista que as propostas discutidas por usuários, trabalhadores de saúde e administradores e prestadores de saúde foram acatadas.

Outra ação realizada pelo CMS citada por alguns conselheiros foi a capacitação dos conselheiros para o funcionamento do Conselho (E5CS, E6CS, E16CS, E17CS), exemplificada por duas dessas falas, a seguir:

E um outro fator também que o Conselho atua que é forte também é com relação à capacitação, então todos nós conselheiros quando a gente entra a gente tem que está sendo capacitado justamente para entender como funciona o Conselho, o que é o Conselho, para que é o Conselho, pra gente saber o que é que tá fazendo ali (E5CS).

Aí eu digo ‘espera aí pessoal vamos fazer uma capacitação’, outra [...] é função do Conselho por si só não esperar secretaria alguma, ela tem recurso, o Conselho tem recursos para fazer as capacitações continuadas, permanentes, porque as contas giram rapidamente [...] (E17CS).

O usuário E2U também citou a formação dos conselheiros: “[...] mas eles também fazem atividades de formação com esses conselheiros, não é algo constante e periódico, mas acontece pontualmente, tá...” (E2U).

Compreendemos que as atividades de formação dos conselheiros precisam levar em consideração a EPS, uma vez que é uma estratégia possível de ser utilizada no controle social, com procedimentos pedagógicos que podem colaborar para o desenvolvimento da atuação do sujeito social, tendo em vista a garantia do direito à saúde a partir de metodologias

⁴ Nesse caso o P se refere a percentil.

participativas, com atividades educativas formais e informais que valorizam os conhecimentos e as vivências de todas as pessoas envolvidas (BRASIL, 2009).

Por outro lado, o E8U complementa que o Conselho deveria ser um espaço de formação dos conselheiros e comunidade: “[...] também deveria ser de formação política dos conselheiros, da comunidade, de incentivo a outras ações de controle social [...]”.

Em relação à atividade educativa, tivemos a oportunidade de observar durante as reuniões do CMS que apenas uma atividade educativa foi realizada para os conselheiros locais de saúde.

Contudo, compreendemos que a formação política dos conselheiros e da comunidade é essencial para que haja uma efetiva participação na elaboração e no controle das políticas públicas, mas requer

[...] empoderamento, autonomia, engajamento, conhecimento sobre as bases legais do sistema de saúde, definição de estratégias, capacidade de análise sócio-política para tomada de decisões, compreensão de conceitos, respeito ao próximo e boa comunicação, sendo muitas as dificuldades para efetivar o papel atribuído aos atores que participam dos conselhos de saúde (FERNANDES; SPAGNUOLO, 2021, p.388).

Dessa forma, a realidade leva a pensar que parte das dificuldades para o protagonismo do conselheiro está relacionada à falta de informação/ conhecimento. Cotta, Cazal e Rodriguez (2009, p.434) sustentam que essa participação e esse controle social atribuem transparência aos serviços públicos e, para isso, consideram que “só se pode controlar aquilo que se conhece”, portanto, é necessário que sejam realizadas continuamente atividades educativas para os conselheiros, de modo a possibilitar-lhes o exercício do controle social e a participação ativa na gestão das políticas públicas de saúde.

A partir do momento que o CNS, por meio da Resolução 363 de 2006 (BRASIL, 2006), propõe que os processos de formação dos conselheiros sejam orientados pela EPS, entendemos que o CMS precisa priorizá-la como orientadora das suas práticas educativas, tornando-as parte do cotidiano das ações do Conselho, de modo que se possibilite a discussão entre os seus membros com o objetivo de ampliar os seus conhecimentos para um melhor desenvolvimento das suas atividades, principalmente para os debates nas reuniões.

Nesse sentido, trazemos algumas falas convergentes dos conselheiros sobre o CMS precisar ouvir e debater as demandas da população.

Existe também que é **papel nosso estar ouvindo demandas de pessoas com relação a reclamações ou parabenizando o serviço** que está sendo oferecido e aí nós trazemos as discussões independente da reunião ordinária que acontece uma vez por

mês, mas nos nossos grupos dentro das redes sociais que nós participamos a gente está sempre discutindo e buscando isso (E5CS).

Em cima da pauta que foi elaborada, que está programada para aquela reunião, a gente vai buscar coisas dentro da comunidade que a gente participa para poder levar para as discussões na reunião do Conselho (E5CS).

[...] **a gente procura ir e ouvir os anseios das comunidades**, é ver o que elas, o que é, é o que é que dói, o que elas sentem na verdade, qual é a visão que elas têm aqui de da saúde município, e através da das palestras que a gente faz dentro desses setores a gente vai trazendo as reivindicações deles, desse povo, é e não somente dos [cita classe que representa], mas da sociedade civil como todo, então o conselheiro ele é um ouvinte, tá? (E10CS)

Pode se alguém chegar no meu portão aí e disser assim ‘Oh [cita seu nome] eu preciso de um dentista’, eu não posso dizer ela ‘vá porque lá você vai encontrar’. Ela até vai encontrar a dentista, mas não funciona porque lá não tem medicamento, lá não tem medicamento, utensílios para que ela possa fazer o trabalho dela como deve, então é meio complicado isso aí, e qual é o meu papel? Levo isso para o Conselho, levo isso para o secretário (E11CS).

Com relação à fala do E10CS de que o conselheiro é um ouvinte das demandas da comunidade, o E6CS destacou que a primeira ação do conselheiro é justamente ouvir a população.

A primeira é de ser ouvinte, primeiro de você participar, você tem que estar presente, depois de ser ouvinte e fazer suas reivindicações e questionamento sobre todos os assuntos que lá se pautar sobre a questão de saúde especialmente na saúde do trabalhador (E6CS).

Tendo em vista que o diálogo crítico e libertador presume ação, é necessário que seja realizado com os oprimidos, sem considerar como está sua luta pela libertação (FREIRE, 2021). Assim, para o estabelecimento coletivo do direito à saúde, compreendemos que o exercício do controle social determina a escuta dos cidadãos, possibilitando que suas demandas e seus anseios sejam ouvidos.

Realmente, é importante que o conselheiro não apenas ouça o que é discutido nas reuniões, mas também esteja disposto a ouvir as demandas surgidas tanto da classe que representa como de toda a sociedade, além de estar disposto a buscar soluções para as situações demandadas. Assim, é necessário que o CMS crie canais de escuta da comunidade para que as suas demandas também sejam trazidas para a discussão, mesmo que esse Conselho tenha outros meios comunicacionais que podem ser utilizados para trabalhar essas demandas, inclusive é importante que as discussões aconteçam de fato nas reuniões, para o conhecimento de todos.

Nesse sentido, segundo o E12U, o CMS luta pela resolução dos problemas: “Ó o Conselho eles correm atrás das coisas que não funciona, em relação, em relação aos

profissionais, em relação às coisas que faltam na cidade, em relação também a dinheiro que vem para saúde”.

Essa fala é importante uma vez que explicita que a função do CMS é atuar para solucionar as demandas apresentadas pelos serviços de saúde, profissionais de saúde e usuários, em prol do oferecimento de uma assistência à saúde qualificada e que de fato atenda os anseios da população, bem como garanta o acesso à saúde como direito.

Todavia, o E6CS chama atenção sobre a responsabilidade do Conselho em envolver a sociedade no processo de gestão: “[...] mas temos que estar em alerta para poder estar atento às demandas urgentes que acontece, então o conselho ele traz para gente uma certa responsabilidade de envolver é toda a sociedade no processo de gestão da saúde [...]”.

Como os Conselhos de Saúde, instituídos pela Lei 8.142 (BRASIL, 1990b), têm um caráter colegiado e são formados por representantes da administração e de prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, assumem que a sociedade faz parte dos processos de gestão do SUS e, portanto, possibilitam que ela participe das decisões acerca da formulação e do controle da execução das políticas públicas de saúde, tornando-se assim uma gestão participativa.

Essa gestão participativa auxilia na efetivação das diretrizes do SUS, desenvolve e valoriza os gestores, profissionais e usuários e possibilita o desenvolvimento da democracia, por meio da priorização de demandas, das deliberações coletivas e do controle social (SILVA et al., 2018).

Além disso, o E14CS trouxe o fato de o conselheiro precisar observar a realidade para desenvolver suas ações.

Bom, **as nossas práticas elas são pautadas** na [...] observação, não é? Na observação de como vem se, vem se dando, vem acontecendo a [...] organização do serviço de saúde, a gente acompanha os noticiários, a gente frequenta as unidades de saúde, a gente das reuniões, das criações dos Conselhos Locais de Saúde, a gente tá sempre buscando levar pautas que estão em evidências no cenário nacional e internacional, nas reuniões, sempre que é possível, que é acatado, porque a gente sabe que existem alguns entraves às vezes, às vezes em questão de ordem, em questão de prioridade, mas é em linhas gerais é dessa forma (E14CS).

Compreendemos que, para que as ações do CMS sejam desenvolvidas com Alteridade, é preciso que os usuários tenham suas demandas ouvidas e respeitadas, sendo necessário, portanto, que participem desse espaço de decisão sobre os rumos das políticas públicas de saúde de que eles usufruem.

Assim, o E6CS é complementar à fala do usuário E12U, que citou a fiscalização como uma ação do CMS: “Eles fazem algumas coisas assim, é mais, é mais fiscalização, cobranças” (E12U).

Em concordância a fala desse usuário, o E11CS também falou sobre a ação do CMS de fiscalizar: “Fiscalizador também e ver de que forma junto com gestão, não é brigar fazer aquele escarcéu não, ver de que forma como a gente poder melhorar a saúde do posto, da unidade de saúde [...]”.

Dando sequência às falas anteriores, o E13U, além de falar sobre o financiamento, complementa sobre a responsabilidade do CMS com o funcionamento dos programas e projetos.

[...] os Conselhos Municipais também são responsáveis pelo, pela, como é que eu vou dizer? Não só pelas finanças, mas também pelo funcionamento dos programas, dos projetos, pelos repasses financeiros e enfim, a partir daí. Mas tem muitas outras atribuições do Conselho Municipal (E13U).

Tais falas explicitam o compromisso do controle do CMS, a respeito de os conselheiros necessitarem estar atentos à avaliação do funcionamento das políticas e serviços de saúde, além de fiscalizar os gastos com a saúde pública.

Desse modo, para Nunes e Cançado (2020, p.154), o controle social compreende “uma fiscalização que vem do povo em benefício do povo”, representando uma grande conquista para a sociedade, que possibilita ao cidadão avaliar a atuação dos governantes considerando os interesses da população e que desenvolve instrumentos com poder de decisão sobre políticas públicas, como, por exemplo, os conselhos gestores.

Apesar disso, segundo o E13U, algumas ações referidas pelo CMS são mais discursivas e têm pouca efetividade, além de serem voltadas principalmente para os usuários, salientando a necessidade de o profissional também ser considerado.

Eu acho que o Conselho Municipal ele fala muito, é muito verbal, é muito diálogo, mas pouca ação é e é focado mais no usuário do SUS, o profissional precisa também ser visto, ser notado, receber condições para atender o usuário do SUS, por que no final todos somos usuários seja profissional, seja usuário do SUS, seja gestor, todo mundo vai precisar do SUS em algum momento, então é preciso que os profissionais estejam devidamente é paramentados, é devidamente apoiados, pra que possa, é, realizar um trabalho digno pra quem tem necessidade, pra quem busca o SUS (E13U).

Infelizmente, observamos que ainda existem muitos empecilhos para que as discussões realizadas nos Conselhos de Saúde sejam postas em prática, pois estão relacionadas às questões organizacionais e orçamentárias do SUS, como também a questões políticas.

Diferente dos demais conselheiros, a fala do E4CS destaca que achava que o CMS poderia fazer mais, dando a seguinte justificativa:

Como eu te falei da LDO [Lei de Diretrizes Orçamentárias], é uma, a gente poderia é formar câmaras dentro do Conselho algumas câmaras para poder fiscalizar mais efetivamente as ações do próprio conselho dentro é dessas unidades com essas câmaras, por exemplo, a gente poderia ir no ‘Oh o hospital HTO [Hospital de Traumatologia e Ortopedia] acabou, venceu o contrato’, a gente fez o que? Nada. O HTO agora rompeu o contrato porque os nomes deles foram para essa investigação da LDO, então eles não querem o nome deles atrelado a problemas com o município, aí romper o contrato. São pessoas que vão ser prejudicadas, muitas. Eu acho que nós, hoje mesmo eu vou comentar sobre isso dentro do conselho para poder é tomar uma, que o conselho tomar uma posição de me fazer um documento para a Câmara Municipal em relação a isso, a gente não pode ficar de pé e mãos atadas. A gente teve a invasão aí, a gente viu uma mulher sendo espancada pelo um vereador, a guarda municipal ser empurrada pelo vereador, mas o presidente que a gente poderia é como conselho municipal de saúde fazer uma representação, conversar, pedir que esse é vereador se explicasse ou que essa policial se é contasse a parte dela, eu acho que a câmara municipal, o Conselho Municipal tem que atuar melhor em relação a isso (E4CS).

Apesar de compreendermos a colocação desse conselheiro de que, em alguns momentos, o CMS precisa se envolver mais com as questões levantadas, dentre elas está a questão da invasão à prefeitura, que é uma discussão que extrapola as competências do CMS, entendemos que é importante que seja discutido no Conselho quais as ações ou posições que podem e precisam ser tomadas enquanto CMS.

Diante das inúmeras ações mencionadas pelos conselheiros realizadas pelo Conselho, há uma fala do E1CS sobre o fato de o conselheiro ter outras atribuições além de ser conselheiro e a justaposição com o trabalho político do controle social ser “pesada”, demandando tempo e formação.

É, eu penso que os conselheiros todos têm algumas, todos têm funções adicionais, trabalha com alguma coisa, trabalham na saúde, são trabalhadores são [...] têm sua vida pessoal e paralela, não tem como se debruçar somente para aquilo. Eu acho que o trabalho político de acompanhar, de fazer controle social ele é um trabalho político pesado, sério e que demanda bastante tempo, e formação inclusive (E1CS).

Além disso, o E17CS reforça a fala do E1CS de que as atribuições dos conselheiros “são demais, são muitas”, conforme esta narrativa: “Então as atribuições são demais, são muitas, é

nós precisaríamos ter um conselho mais robusto, com técnicos que pudessem estar também dentro da própria estrutura do conselho também para contribuir, entendeu?” (E17CS).

Essa situação é visível no trabalho dos conselheiros, acompanhado de responsabilidade e dedicação, necessitando também de um apoio técnico, como atividades formais de EPS ou até mesmo orientações e esclarecimentos de dúvidas sobre determinados assuntos.

Para a efetividade do CMS, é necessário que suas ações sejam desenvolvidas de modo a possibilitar a inter-relação entre usuários do SUS, trabalhadores e administradores e prestadores de serviços em prol do desenvolvimento de políticas públicas de saúde que atendam às demandas da população. Entretanto, é preciso que os conselheiros assumam o compromisso com as atividades a serem desenvolvidas no CMS.

Ao falarmos mais uma vez sobre o protagonismo dos conselheiros, chama atenção uma outra situação sobre a atuação dos conselheiros referida nas falas a seguir, a respeito de eles não exercerem atividade remunerada.

Você não recebe nada financeiramente para estar ali, o que você tem é a vontade de que as coisas, **portanto**, às vezes, **é**, reuniões são suspensas por falta de quórum (E4CS).

É todo **o conselheiro ele é um funcionário do município não remunerado**, não sei se você sabia disso, somos um funcionário do município não remunerado **e quando a gestão falha normalmente esses conselheiros são responsabilizados** (E10CS).

[...] **o Conselho Municipal de Saúde por ser uma atividade não remunerada e as reuniões acontecem no meio da semana, é algo que exige um esforço tremendo de todos que estão ali, pode ter certeza que todo mundo que está ali está fazendo muito além do que qualquer uma outra pessoa normal**, normal assim, um cidadão comum porque tá abrindo mão de estar ganhando dinheiro, está abrindo mão de estar cuidando de sua família, está abrindo mão de estar estudando, está abrindo mão de estar fazendo qualquer outra coisa normal, que o cidadão é normal estaria fazendo para estar ali é se debruçando sobre essa temática [...] (E14CS).

Ainda com relação à não remuneração dos conselheiros no CMS, o E4CS complementa: “[...] é eu achava que deveria ser pago porque aí seria uma forma de uma cobrança para que essas reuniões efetivamente se acontecessem com mais é brevidade [...]” (E4CS).

Tal realidade também é identificada no estudo de Vale e outros (2017), em que os conselheiros consideraram que, apesar de ser um exercício de cidadania, o seu trabalho não ser remunerado não o torna atrativo, o que poderia ser diferente se o fosse.

Entretanto, o E4CS acrescenta que o fato de os conselheiros não serem remunerados faz com que as pessoas que participam realmente se interessem: “Por outra parte é bom porque a gente vê que essas pessoas que estão lá dentro são pessoas compromissadas, que querem alguma coisa mesmo, independente de não receberem nada” (E4CS).

Ao comentar sobre o fato de a remuneração poder melhorar a participação dos conselheiros, o estudo de Cristo (2012) referiu que, com isso, haveria a perda da finalidade dos Conselhos, que é o controle social, uma vez que os Conselhos têm sua origem vinculada à gestão compartilhada para ajudar o município na efetivação de uma sociedade melhor.

Segundo a Resolução nº 453 (BRASIL, 2012a) e a Resolução nº 604 (BRASIL, 2018), os membros dos Conselhos de Saúde não terão suas funções remuneradas, mas, por se tratar de uma atividade de relevância pública, eles serão dispensados do trabalho sem que isso lhes traga prejuízos.

Portanto, para Souza e outros (2012), ao tornar-se conselheiro, o sujeito precisa ter esse conhecimento para assumir essa atribuição por desejar o benefício da comunidade e por querer solucionar as necessidades dos serviços de saúde.

Apesar de todas as ações realizadas pelo CMS citadas pelos entrevistados, o E7CS afirmou que o CMS não tem desenvolvido muitas ações, só as demandas das reuniões.

É isso dentro do Conselho **a gente só tem mesmo as demandas da reunião**, das discussões, as votações das verbas que entra, aí vem a, **não tem muita coisa, só tem a reunião mesmo**. Eu não sei se é porque eu entrei, não sei se é porque eu entrei no, na pandemia aí tudo restrito, entendeu? Então assim **até as reuniões estão sendo on-line**, então assim não tem muito o que se fazer (E7CS).

Por outro lado, alguns conselheiros mencionaram como uma das ações do CMS as reuniões que são realizadas mensalmente: “Nós fazemos reuniões na primeira quarta-feira de cada mês” (E5CS); “[...] além de ter um compromisso de participar das reuniões frequentemente (E6CS)”; “[...] a gente se reúne mensalmente ou então [...] extraordinária [...]” (E16CS).

[...] e as reuniões mensais como eu falei que é para as decisões mais é ... mais forte digamos assim tipo assim decisivas, pra questões decisivas a reunião, aprovação de ata, deliberações que se concorda, se não concorda, essas coisas assim, e também tem a previsão do ano seguinte que vai ser discutida, ou problemas que surjam de acordo a demanda e a gente vai tentando resolver na medida do possível (E11CS).

Entretanto, outro conselheiro chama atenção que as ações do CMS não se resumem às reuniões mensais: “Então o conselheiro e a conselheira ele não vai no Conselho só no dia da reunião, está certo?” (E3CS).

A Resolução 333 do CNS (BRASIL, 2003) regulamentou que os Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, devem reunir o Plenário (seus membros) regularmente a cada mês de forma ordinária, ou de forma extraordinária sempre que necessário. Além disso, ainda segundo essa resolução, as atribuições dos Conselhos de Saúde serão desenvolvidas nas

reuniões do Plenário e também nas comissões intersetoriais, pré-estabelecidas pela Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990a), em comissões internas de conselheiros, de caráter permanente ou temporário, ou outras comissões intersetoriais e outros grupos de trabalho (estes podem conter indivíduos que não são conselheiros).

Enfim, fica claro que as atribuições dos conselheiros não estão relacionadas apenas à realização das reuniões, ainda que elas se constituam como um espaço indispensável para o funcionamento do CMS e para que haja o envolvimento de todos os conselheiros nas discussões e deliberações.

Compreendendo que as principais discussões e decisões do CMS acontecem na reunião do Plenário, trazemos no item a seguir como tem acontecido o processo de condução das discussões e de deliberações das pautas no CMS de Feira de Santana.

7.2 Alteridade nas ações do CMS: presença, ativação, participação, cooptação, subalternidade, tutelada?

A participação da comunidade traz uma possibilidade de transformação social ao expressar um estímulo necessário para que o SUS de fato aconteça na prática, mas, segundo Silva e outros (2012), essa ideia de mudança está relacionada à necessidade de se ter representantes que façam a transformação acontecer a partir do controle social.

Tendo em vista que na reunião do Plenário serão realizadas as discussões e deliberações a respeito das proposições e do controle das políticas públicas de saúde, entendemos que esse é um espaço em que todos os membros do CMS precisam participar ativamente para que de fato se garanta que o princípio da participação da comunidade no SUS seja efetivo. Além disso, compreendemos que, ao se pensar no desenvolvimento de um controle social que seja orientado pela Alteridade, é preciso ouvir as demandas trazidas pela comunidade, para que o planejamento e o desenvolvimento de ações sejam realizados respeitando as necessidades da população.

Nesse sentido, retomando Sposati e Lobo (1992), a Alteridade no controle social requer a presença de um sujeito que se contraponha aos que detêm o poder institucional, que possa pressionar e ser protagonista, ser sujeito e não sujeitado a situações.

Portanto, é necessário compreender como têm acontecido os processos de discussões e deliberações no CMS de Feira de Santana para entendermos se as ações do Conselho têm considerado a Alteridade para a garantia do acesso à saúde como direito.

Os E3CS e E5CS têm falas convergentes ao explicarem como tem acontecido a realização das discussões e deliberações durante as reuniões.

Aí a gente tem a reunião mensal, essa reunião mensal é a gente aí discute as pautas tem uma pauta dos Conselhos Locais, dos informes, e a pauta que é aquela que é definida na reunião anterior. Debate, tudo encaminhado pelo presidente, é ... quando há necessidade coloca em aprovação, se não, se eu não, se a maioria, segue aquela sistemática normal: maioria, minoria simples, é assim que que o regimento é coloca sobre o funcionamento do Conselho (E3CS).

Geralmente o presidente é quem coordena a reunião e ele tem já as pautas predefinidas, os temas que serão abordados e ele vai dando um tempo, que as pessoas têm para estarem falando durante essas explicações para quando terminar a gente tirar algumas dúvidas, caso sejam necessárias, e aí vai para aprovação, sendo aprovada aquela pauta passa para pauta seguinte ou caso tenha ficado alguma dúvida que não tenha conseguido responder fica para uma próxima reunião (E5CS).

Durante as observações, percebemos que, de um modo geral, as reuniões acontecem de acordo com o exposto por esses participantes: quem coordena a reunião é o presidente do Conselho; antes de se iniciar a reunião, há a comunicação de informes; em seguida, as pautas são apresentadas, havendo um tempo para discussão e questionamento dos conselheiros e, caso necessário, a aprovação é realizada por uma votação simples. No final da reunião, são tratados outros assuntos que não foram atendidos durante a discussão das pautas, o que ocorrer.

Algo que chamou atenção durante o processo de deliberação de determinados pontos discutidos foi justamente o tempo para votação. Observamos que, na maioria das vezes, o presidente abria o espaço para votação, para que as pessoas falassem se estavam de acordo ou não, mas esse tempo era muito curto, o que gerava a impressão de que nem todos os conselheiros conseguiam manifestar sua decisão.

Na verdade, só havia a manifestação das pessoas que eram contrárias ou que se absteriam da votação. Portanto, entendemos que tal atitude pode comprometer o caráter deliberativo do CMS, tendo em vista que, em muitas votações, os assuntos foram deliberados sem que todos os conselheiros expusessem suas opiniões.

Entretanto, para o E14CS, o CMS tem conseguido, a partir das discussões, realizar as fiscalizações e deliberações e tentado resolver as demandas apresentadas.

[...] é as fiscalizações que são realizadas pelas comissões que são deliberadas a partir das discussões que ocorre nos momentos das reuniões elas também estão acontecendo, estão sendo providenciados os relatórios que são disponibilizados a todos os conselheiros bem como ao gestor municipal de saúde e os demais, onde também são indicados a solicitação de tomada de providências para os problemas que são encontrados e apresentados nesses relatórios (E14CS).

Essa fala converge com os resultados do estudo de Silva e outros (2012) em que os conselheiros municipais de saúde consideraram que as ações do CMS eram definidas nas reuniões e refletiam as necessidades de a população fazer o acompanhamento da gestão e controle das ações de saúde.

Por sua vez, com relação às reuniões, alguns conselheiros destacaram que são tratados vários assuntos importantes para a saúde do município.

[...] então o pessoal a gente tem, pauta sempre no Conselho **a terceirização e as implicações desta para saúde**. A gente pauta a **questão do financiamento da saúde**, está certo? A gente está pautando agora no Conselho, inclusive é uma outra comissão interna do Conselho, que é o que? **A elaboração no município do PCCS**, que é o Plano de Cargos, Carreiras e Salários [...] (E3CS).

[...] com pauta que tem hoje em dia mesmo a gente está falando, **ainda continua sobre a questão da COVID-19, sobre a questão das vacinas, a questão da gripe**, são temas que a gente aborda, a questão do Conselho, **dos Conselhos Locais de Saúde** também de cada região [...] (E5CS).

[...] ele traz algumas pautas de cunho coletivo, mas são poucas, a parte dos trabalhadores tem trazido muito **a questão do PCCS, do Plano de Carreira de Cargos e Salários do município**, uma pauta que não tem avançado que para mim foi uma pauta é uma pauta importante que **a pauta da APAE**, da expansão do conselho do CEF municipal, então assim a gente sempre tem pautas interessantes, mas que a gente não consegue avançar (E9CS).

Dentre os aspectos citados, percebemos que três deles se destacam por ambos interferirem diretamente nos atendimentos oferecidos à população do município: a terceirização, o financiamento e o PCCS.

Quanto ao financiamento, a partir da Emenda Constitucional 95 (BRASIL, 2016), houve um congelamento de gastos com a saúde no Brasil, o que impacta diretamente na qualidade dos serviços ofertados ao influenciar nos insumos, na estrutura e nos profissionais necessários para o funcionamento das instituições de saúde.

Já a terceirização e o PCCS são aspectos que influenciam na qualidade do trabalho dos trabalhadores de saúde por estarem relacionados com as condições de trabalho e os seus direitos trabalhistas. A terceirização pode trazer impactos negativos à saúde dos trabalhadores terceirizados, além de se ter uma associação da terceirização com a precarização das condições de trabalho, cujas características são “diferenças salariais e de benefícios, perda dos direitos trabalhistas, excesso de trabalho e falta de treinamento” (MANDARINI; ALVES; STICCA, 2016, p.143).

Por sua vez, o PCCS pode ser utilizado como um instrumento de motivação para os trabalhadores de saúde, colaborando com a valorização, a permanência e a expectativa de

carreira (MENDES et al., 2018). É inegável que o PCCS traz a possibilidade de os trabalhadores terem seus direitos garantidos, havendo inclusive um maior estímulo à qualificação e à permanência no seu emprego, e, em consequência, influencia no desenvolvimento de vínculo com a comunidade que assiste.

Tais aspectos comentados levam a contextualizar a situação no município de Feira de Santana, uma vez que poucos são os trabalhadores da saúde efetivos [concursados]. Inclusive, o último concurso foi realizado em 2012, mas até o momento os aprovados no concurso não foram convocados, como também não há um PCCS, além de o município trabalhar com a contratação de pessoal a partir de empresas.

Ao analisarmos as pautas das reuniões, observamos que elas incluíram assuntos relacionados à apreciação e à aprovação de instrumentos de gestão, à apresentação de serviços e protocolos dos serviços oferecidos no município, além da prestação de contas do município e de assuntos relacionados a organização do próprio CMS, como a frequência dos conselheiros nas reuniões, a reestruturação das câmaras técnicas e a comissão organizadora da XII Conferência Municipal de Saúde.

É importante salientar o posicionamento do presidente do CMS em uma das reuniões observadas, que quase não acontecia por falta de quórum, tendo ele afirmado que “se a reunião não acontecesse não teria problema, pois não tinham pautas importantes, ‘bombásticas’, a serem discutidas”. Naquele dia não havia na pauta assuntos que precisassem de deliberações; as temáticas estavam relacionadas à apresentação de planos de serviços de saúde. Tal posicionamento do presidente deixa implícito que a reunião só é importante quando tem votação de alguma demanda da gestão, desconsiderando as pautas que tratam sobre assuntos que são relevantes para o conhecimento do funcionamento dos serviços.

Esse posicionamento do presidente do CMS acaba por ir de encontro à Alteridade, uma vez que não considera a importância da discussão de assuntos que não precisam ser votados para a comunidade e para os segmentos que têm representação no CMS.

Ainda com relação às pautas, o E1CS fala que uma pauta que é difícil de discutir é a prestação de contas.

É, tem algumas coisas que são bastante complicadas, a meu ponto de vista assim. **A primeira delas é a aprovação de contas.** É, a gente tem uma, eles encaminham com um determinado espaço de tempo um relatório de gestão que para quem não tem um entendimento sobre contabilidade ou administração aquilo ali serve única e exclusivamente para fazer saber de uma forma superficial sobre as contas do município e é eles deixam aberto para contestação, mas quem não entende não tem como contestar, não é bem verdade isso? E aí acaba que vira uma situação pro-forme [...] (E1CS).

A esse respeito, pudemos observar nas reuniões que, mesmo os conselheiros tendo dúvidas com relação ao conteúdo da prestação de contas, poucos questionavam sobre ele, havendo, inclusive, algumas abstenções durante a votação. Apesar disso, naquela reunião, a prestação de contas foi aprovada pela maioria dos conselheiros sem nenhum questionamento. Essa é uma realidade que se contrapõe à efetivação da Alteridade, uma vez que é preciso dialogar, questionar e lutar pelo bem comum da população, defendendo os seus interesses.

Ainda, em uma determinada reunião observada, em que aconteceu a prestação de contas do bimestre, alguns conselheiros se abstiveram de votar, informando que não tinham informações suficientes no relatório, surgindo a discussão de que eram necessários maiores conhecimentos e maior suporte técnico para aprovarem as contas, com uma ajuda de técnicos para a compreensão do relatório. Nesse momento foi sugerido, pela gestão, que se desejassem poderiam visitar o setor responsável pela prestação de contas para esclarecimentos de possíveis dúvidas.

Em resposta, nesse sentido, é justificada a fala do E10CS sobre a dificuldade para aprovar as contas por falta de conhecimento.

[...] porque nem todo mundo lá é contabilista trabalha em administração de gestão eu, por exemplo, sou [cita sua profissão], então qual conhecimento que eu tenho de fiscalizar isso? Então há essa dificuldade também dentro do conselho, então o que que acontece aí normalmente eu falo “rapaz eu não vou aprovar conta, não vou aprovar conta que eu não sei onde foi o dinheiro, quanto veio” (E10CS).

Segundo Gonçalves e outros (2021), ao ser apresentado um relatório de contas, espera-se que sua organização e escrita estejam apropriados ao perfil dos conselheiros, de modo que eles compreendam as informações ali contidas para exercerem o controle que lhe é conferido por lei. Além disso, os autores acrescentam que a lacuna de informação a respeito dessa área necessita ser preenchida a partir da capacitação dos cidadãos sobre essa discussão.

De acordo com Duarte e Machado (2012), o que é apresentado à plenária para deliberação precisa ter a compreensão e a participação dos conselheiros, para estimular o entendimento e a objetividade dos dados, junto com as explicações necessárias para ajudar na análise, reforçando ainda que a apresentação dos temas precisa ser realizada de modo a permitir a participação e fomentá-la.

Para proporcionar tal entendimento, o estudo de Gonçalves e outros (2021, p.11) propôs alterações no instrumento de prestação de contas a fim de facilitar esse processo, apesar de terem questionado

[...] em que medida os instrumentos de gestão usados pela pesquisa-ação podem ser transformados em instrumentos de manipulação – dos membros do Conselho pelos representantes do poder – e de alienação – por dar-lhes ideologicamente a ideia de que estão em posição idêntica à dos representantes do poder político e administrativo, servindo de almofada para que a estrutura do poder permaneça ileisa.

Ao considerarmos que o controle dos aspectos econômicos e financeiros relacionados às políticas públicas de saúde é uma das atividades do CMS, compreendemos que os conselheiros precisam ter consciência dos conteúdos abordados nesses relatórios de prestação de contas, e eles devem conter as informações necessárias e de forma clara.

Quanto à definição das pautas no CMS, as falas do E3CS e do E4CS convergem ao afirmarem que são definidas por gestores e conselheiros, na reunião anterior.

[...] a pauta ela é, **ela é definida não, tanto na reunião quanto nas demandas do gestor**. Então, por exemplo, o conselheiro ele pede uma pauta para ser debatida, para ser discutida, para ser deliberada, então essa pauta vem na próxima reunião, está certo? (E3CS)

Não, quanto a isso é, é ... aberto, **todas as pautas são definidas anteriormente o que é que vai fazer na próxima reunião e os pontos pautados são discutidos livremente, não há imposição de pautas**. [...]a gente tem que no ocorrer, no que opinar, e a pauta às vezes alguma que já vem é liberada da própria Secretaria, mas os conselheiros e conselheiras têm o direito de opinar pautas e solicitar presenças (E4CS).

Ainda sobre a definição da pauta, o E14CS concorda que elas são definidas durante as reuniões: “A construção da pauta é feita a cada reunião que acontece [...]”.

Existem algumas pautas predefinidas e outras sugeridas nas reuniões.

Geralmente **o presidente é quem coordena a reunião e ele tem já as pautas predefinidas** [...] E **essas pautas também são sugeridas pelo próprio grupo de trabalho, os próprios conselheiros** é sugerem pautas para poder estar participando das próximas reuniões (E5CS).

Já existe algumas pautas pré-estabelecidas pela a administração do Conselho, pelo setor administrativo e em todas as reuniões é os coordenadores do Conselho, as pessoas que estão à frente, **a presidência sugere no que ocorrer** pautas para a próxima reunião, então como é muito diversificado, tem muitas pessoas que têm muitos problemas, então sempre tem pauta [...] (E6CS).

Se apresenta uma pauta o presidente, a secretária do Conselho convoca através de convocatória, mas geralmente na discussão o conselheiro pode apresentar algumas pautas que possam ser discutidas e apreciadas no Conselho também (E16CS).

[...] as pautas, às vezes a gente pede pauta como eu já pedi e eles não incluem pauta, então se eu tenho o mesmo direito que você enquanto conselheira as pautas devem ser é ... têm entrar dentro do processo [...] (E17CS).

De forma divergente às falas anteriores, segundo o conselheiro a seguir, as pautas das reuniões são prontas e poucas vezes as sugestões de pautas dos conselheiros são atendidas.

[...] é como eu lhe falei no início eles já mandam para gente o convite com as... tudo o que vai fazer, tipo eles lá mesmo pautam é uma vez ou outra que alguém dá uma sugestão de pauta é que eles acatam, mas assim quase sempre nunca é ouvido, aí a pessoa que deu a sugestão vai lá no que ocorrer (E7CS).

Percebemos, nas falas, que a definição das pautas sem a participação direta dos conselheiros, mas sim colocando os assuntos que mais interessam à gestão, explicita que existe uma relação de poder no CMS de Feira de Santana. Um poder concebido por Foucault (1984) como uma relação de força, em que todas as pessoas estão envolvidas, seja como geradoras ou receptoras. Segundo Brígido (2013, p.60), “através de seus mecanismos, o poder atua como uma força coagindo, disciplinando e controlando os indivíduos”.

Considerando a afirmação de Foucault (1984, p.136) de que “a partir do momento em que há uma relação de poder, há uma possibilidade de resistência. Jamais somos aprisionados pelo poder: podemos sempre modificar sua dominação em condições determinadas e segundo uma estratégia precisa”, compreendemos que os conselheiros podem fazer resistência e apresentar suas necessidades de temas para serem discutidos nas reuniões. Isso posto, o E17CS fala sobre a necessidade de questionar aos conselheiros quais pautas querem discutir, para que suas demandas não sejam discutidas apenas no que ocorrer.

Às vezes, por exemplo, as pautas é precisariam ser, vamos dizer assim, colocadas com maior antecedência e perguntar aos conselheiros quais são as pautas que vocês precisam, querem discutir e não deixar no que ocorrer, porque pauta pautada na parte principal é uma coisa e você deixar para o que ocorrer é outra [...] (E17CS).

Concordamos com essa fala do conselheiro, pois entendemos que as ações do CMS precisam ser realizadas, respeitando todos os seus membros, daí a necessidade de incluí-los nas decisões com relação aos assuntos a serem discutidos pelo plenário. Porém, é importante também que os conselheiros se contraponham e exijam a inclusão das pautas que sugeriram ou que precisam que sejam discutidas.

Quando o E7CS refere que, muitas vezes, as demandas dos conselheiros são trazidas ao final da reunião no que ocorrer: “[...] e aí a gente consegue, nós conselheiros, levar nossas demandas no que ocorrer”, é uma situação excepcional.

Não obstante, nessas reuniões, observamos momentos em que os conselheiros apresentavam as suas demandas no que ocorrer, já no final das reuniões, e, muitas vezes, não tinham tempo para discutirem a contento, prejudicando os possíveis rumos para a questão.

Mas, diferentemente das falas anteriores, o E6CS afirma que, por conta da quantidade de solicitação de pautas, nem sempre elas são incluídas na reunião posterior, mas elas não são excluídas.

[...] às vezes tem até pauta demais, que a gente fica assim protelando algumas pautas não acontece de você excluir alguma pauta, sempre tem espaço para colocar, pode não ter aquele aquela naquele mês, mas já fica agendado para o próximo mês (E6CS).

Notamos, assim, que há uma divergência entre os conselheiros com relação à definição das pautas: alguns entendem que esse processo é realizado pela “gestão”, outros afirmam que tanto a “gestão” quanto os conselheiros podem propor pautas.

Tivemos a oportunidade de observar que, ao final das reuniões, não havia a discussão da pauta da reunião anterior. O que vimos foi alguns conselheiros solicitarem ou sugerirem a inclusão de pautas, mas essas solicitações foram pouco atendidas, como no caso da solicitação para discutir sobre a terceirização no município, solicitada em alguns momentos, e que não aconteceu a discussão.

Entendemos que as pautas precisam ser definidas considerando tanto as demandas da “gestão” como as dos conselheiros, por expressarem os anseios da comunidade, dos profissionais e dos serviços de saúde.

Outrossim, com relação às discussões, o E17CS afirma que muitas vezes acontece a discussão de assuntos que já foram discutidos anteriormente porque os conselheiros não leem a ata da reunião anterior: “[...] as reuniões é um negócio que vai e volta, vai e volta... você já discutiu depois volta com aquele negócio, aí você não participou da reunião passada aí você diz assim: sim? Entendeu como é a história? Não lê as atas”.

Um dos pontos de pauta de todas as reuniões é a aprovação da ata da reunião anterior, a leitura dela é condição imprescindível para a participação das reuniões, para que os que estiveram presentes aprovelem o que foi escrito e os que não estiveram tenham conhecimento dos assuntos discutidos.

Ainda a respeito da discussão dessas pautas, alguns conselheiros reiteraram que o tempo para abordagem delas, na sua grande parte, é pequeno.

[...] é um problema que existe no Conselho, tudo bem que com o virtual a gente sabe que atividade virtual é mais cansativa, tal, mas às vezes a pauta ela é corrida e isso não dá tempo debater [...] (E3CS).

Ó a questão, as pautas como o conselho se reúne e tem um regimento, é uma hora de relógio podendo se estourar um pouco, mas as pautas são grandes e aí muitas vezes não dá tempo pra se discutir por conselheiro não ser liberado, os conselheiros ele é parte da sociedade civil ele é representado por uma instituição, então esse conselheiro trabalha em empresa e aí ele não pode estar dando essa cobertura maior aos conselheiros, então da mesma natureza são os conselheiros das secretarias também por ter outras atribuições (E16CS).

[...] **são muito corridas as discussões, leva muito tempo discutindo o óbvio**, mínimo, aquilo que não é importante [...] Resultado, e as coisas principais para checar a gente acaba passando aí dá uma reunião on-line muito frágil [...] (E17CS).

Essas falas relatam três situações que tornam o tempo insuficiente para a discussão de forma adequada: a realização das reuniões on-line; as pessoas não poderem participar por mais tempo por conta dos seus trabalhos; e a discussão ampla de assuntos que não são muito importantes.

Quanto a não poder participar das reuniões por conta do seu trabalho, como referido anteriormente, os conselheiros têm a prerrogativa legal de poderem se ausentar do trabalho para as reuniões. Por outro lado, apesar de o E17CS expor que se perde tempo com alguns assuntos, é preciso compreender que nem todos os assuntos terão a mesma importância para todos os conselheiros, sendo necessário respeitar cada posicionamento.

O que pudemos observar nas reuniões é que, de fato, algumas discussões poderiam ter acontecido de forma mais ampla pelos conselheiros, com a sua participação questionando e expondo suas opiniões. No entanto, houve situações em que eles tiveram a ‘necessidade’ de discutir, de forma rápida, todos os pontos de pauta, e apenas um número pequeno de conselheiros falava.

Também observamos que, principalmente nas reuniões on-line, havia pouco envolvimento dos conselheiros nas discussões das pautas, com pouca interferência para problematizar as situações apresentadas. Todavia, com o retorno das atividades presenciais, vimos que os conselheiros passaram a ter maior participação.

O estudo de Magalhães e Xavier (2019, p.207) identificou alguns pontos críticos relacionados à participação social em um CMS, como “as tentativas de coerção, a falta de debates profícuos, o tempo escasso para discussões profundas e a existência de barreiras ao processo deliberativo e assimetrias discursivas”.

Além disso, os autores afirmam que existia uma disparidade discursiva ao perceberem que geralmente apenas um grupo pequeno de pessoas falava, o que fortalece os achados da

participação proforma e também indica que pode haver uma intimidação dos novos participantes, e como forma de constrangimento é utilizada a linguagem. Os autores entendem essa situação como contrária ao processo participativo, pois as disparidades “descolam o conjunto de verdade da razoabilidade das propostas para a posição de fala dos vocalizadores”. Reconhecem, ainda, que pode haver o procedimento *ad referendum* e deliberações que sofrem influência do comportamento grupal como sinal de limites ao poder decisório do conselho.

Outrossim, complementando a realidade do estudo desses autores, a fala do E1CS reporta que os conselheiros atuais já estão há muito tempo como conselheiros, o que pode desmotivar as discussões.

Então é eu penso que é os conselheiros dessa gestão atual já tem bastante tempo que tem os mesmos conselheiros, as eleições elas estão quase para ser realizadas aí, e a mudança, mas a bem da verdade muda-se pouco as representações e acaba que fica, ficam as mesmas pessoas com pouca motivação para discussão das coisas [...] (E1CS).

Ademais, Santos, Vargas e Lucas (2011) chamam atenção que, ao permanecerem por muito tempo enquanto conselheiros, eles se “profissionalizam” e ficam, com o passar do tempo, distantes da classe que representam.

De acordo com o disposto na Lei nº 2830/2007 (FEIRA DE SANTANA, 2007-Doc.1), que trata do regulamento do CMS de Feira de Santana, o conselheiro terá o mandato de dois (2) anos, podendo ser reconduzido uma vez. Apesar disso, dos 13 conselheiros participantes deste estudo, 10 deles têm mais de quatro (4) anos no exercício de conselheiro, e três (3) já atuam há mais de 10 anos como conselheiros, com alternância como titular e suplente, e da classe que representam.

Nesse sentido, Santos, Vargas e Lucas (2011, p.493) apresentam como possíveis causas para a repetição da mesma pessoa como conselheiro:

A dificuldade com a informação, o fato de o conselheiro aprimorar sua linguagem e distanciar-se da base, a dificuldade quanto à sensibilização para o voluntariado, o pouco engajamento político, resultado de um passado de pouca abertura política, podem não formar uma reserva de sujeitos para proporcionar o rodízio.

Assim, é importante influenciar o engajamento da população nas instâncias do controle social, em especial no CMS, oportunizando que outros atores assumam como conselheiros, trazendo a possibilidade de que novos interesses, ideais e discursos possam movimentar o diálogo e as deliberações do Conselho.

Nas discussões das reuniões, o E9CS chama atenção de que tem havido uma divisão entre dois grupos no CMS, o que tem impedido que as discussões avancem.

A gente é o que eu te falei, é como se fossem grupos, **tem um grupo que é sele, que é de apoio à gestão, tem um grupo que é mais de oposição**, mas traz pautas coletivas. Esse grupo ele tenta avançar nas discussões, mas ele chega naquele embate entre dois grupos, é como se, é ... um papel mais, tem conselheiros que desenvolvem um papel muito mais político do que técnico nessas pautas, principalmente quando essas pautas vão mais de enfrentamento à gestão municipal (E9CS).

Por isso, os Conselhos, por serem um local de negociação de vários interesses, não poderão escolher como estratégia o confronto. Para Costa e Vieira (2013), nos Conselhos que se tornaram espaços de disputa entre os segmentos, aconteceu uma mudança do interesse público. Segundo os autores, o papel dos Conselhos é influenciar nas deliberações sobre as políticas de saúde, então eles precisam ter a capacidade de negociação.

Quanto à fala anterior sobre a existência da dualidade entre os interesses da população e da gestão, o E1CS e o E14CS são complementares sobre esse assunto.

Então eu acho que para mim o protagonismo está em defender essas bandeiras, cada qual a sua é óbvio, como eu falei tem uma dualidade aí que é nos polariza de modo a defender interesses da comunidade e interesses da gestão, às vezes eles são os mesmos interesses também, óbvio porque no fim das contas as coisas convergem para o bem da população, mas nem sempre é assim (E1CS).

[...] às vezes é chato, às vezes você acaba ali levando ao desgaste com outros colegas que têm outros interesses, ali você não tá no espaço só dos usuários, você tem o espaço dos prestadores de serviço, você tem o espaço do pessoal que representa a [...] esfera de poder municipal, então são interesses por vezes antagônicos não é, então muitas vezes tem, tem problemas, tem questões, então são situações que às vezes tem pessoas que não conseguem separar, fica chateado pessoalmente com [...] alguma coisa que você leva pra ser abordado no conselho [...] (E14CS).

Para que haja um trabalho efetivo de controle público nos Conselhos de Saúde, Oliveira (2006) analisa que depende do modo como atuam os núcleos de poder e de como acontecem as interações entre os representantes do governo, dos trabalhadores e dos usuários, o que abrange a ideia de poder e comunicação.

Além disso, esse autor lembra que, quando há questão partidária envolvida nos Conselhos de Saúde, isso prejudica o controle público: quando o partido é de oposição ao governo, há sempre embates; quando é da situação, não existe discussão e crítica.

É importante salientar que, no CMS, é essencial defender os interesses do coletivo em um contexto democrático, em que, apesar de ideias divergentes, elas não podem vir

acompanhadas de questões políticas que impeçam que as ações sejam realizadas considerando o bem comum da população.

Merece destaque a fala do E10CS ao afirmar que uma minoria tem lutado para consolidar as políticas de saúde.

Então tem várias pautas que a gente discute, mas é o que? É aquilo é, a consciência coletiva teria que ser a maioria para consolidar essas políticas e não é, é uma minoria que de fato defende e luta por isso (E10CS).

Por sua vez, os E1CS, E9CS e 10CS têm falas que se complementam ao afirmarem que alguns conselheiros de fato exercem o seu ‘papel’ e outros não.

A gente tem grupos diferentes dentro do Conselho que discutem áreas diferentes, então provavelmente **tem aquele que participa com afinco, que traz as coisas com verdade, que faz as coisas acontecerem, como também tem muita gente que cumpre a tabela de ir lá ou participar virtualmente da reunião** e estar ali como [...] **só na missa de corpo presente, mas efetivamente não se coloca em defesa de nada** [...] (E1CS).

Tem um grupo bem atuante que é esse grupo **que tenta fazer as provocativas, e que muita coisa só acontece porque esse grupo meio que vai empurrando**, bora empurrando para ver se se vai, entendeu? (E9CS)

Nós estamos sempre em atividade, **é existe os conselheiros que a frequenta as reuniões do conselho em 30 dias, e existe conselheiros que eles estão em plena atividade quase todos os dias** [...] (E10CS).

O E10CS ainda acrescenta que nem todos os conselheiros atuam de fato.

[...] então nós temos esse problema dentro do Conselho nesse Conselho, por quê? Por que é você está ali tal, participando de uma reunião do Conselho e passa a reunião todinha calado, e por quê? Você não pode intervir porque você vive pedindo favores direto ali, então essa minoria, essa minoria teimosa [...] Então, tem cinco, seis, oito pessoas ali, entendeu? No meio dos 28 que que cumpre o seu ‘papel’. Aí o Conselho mesmo assim cumpre um papel importante? Claro, muito importante (E10CS).

Durante as reuniões, observamos que geralmente eram os mesmos conselheiros que levantavam discussões e questionamentos; os demais, aparentemente apáticos, sequer falavam alguma coisa durante as sessões. Entretanto, a “voz” desses poucos que falavam não era suficiente para interferir no processo de deliberação, levando sempre à aprovação das demandas apresentadas pela gestão. Por outro lado, vimos que houve um maior envolvimento dos conselheiros nas reuniões após o afastamento do Secretário Municipal de Saúde do seu cargo pela Polícia Federal e quando as reuniões passaram a ser presenciais.

De modo divergente, o E11CS afirma que as discussões têm acontecido quase que de forma democrática: “Não ele tem acontecido quase que de forma, quase [ênfase na palavra] que de forma democrática, eu vejo assim porque é aberto para as pessoas se colocarem falar do seu pensamento [...]”.

A fala do E17CS, além de concordar, completa a anterior.

Mas assim é os acessos eles não são negados, justiça seja feita, eu acho os acessos restritos, restritos assim que poderiam ter uma amplitude maior. Mas eles não são negados, as falas são colocadas, vão levanta a mãozinha, cai é aquela confusão lá, mas assim e você tem que ser insistente [...] (E17CS).

Sabendo que o CMS é uma instância colegiada, espera-se a democracia em suas ações, oportunizando que todos os seus membros possam usar da palavra para defender o seu ponto de vista.

Para Bispo Júnior e Gerschman (2013, p.14), os Conselhos só conseguirão desenvolver de modo eficaz sua função de “instância democrática, participativa e deliberativa” em locais em que há valorização e respeito aos valores democráticos. Desse modo, esperar que aconteça um desempenho democrático em conselhos onde há “competição desenfreada, a desonestidade e a desvalorização do outro” é praticamente impossível (p.15).

Essa realidade leva a refletir sobre o protagonismo dos conselheiros. Exemplo referido na fala do E1CS ao afirmar que isso depende da ambição de cada um.

É, eu acho que isso também é muito de uma é ambição pessoal de representação, assim eu acho que a palavra ambição é até forte no sentido de que, mas eu quero que ela se represente como **é a força do querer pra fazer aquilo acontecer ...** a maioria dos conselheiros, **existe uma dualidade de forças ali, é uma disputa, é um espaço de disputa, quer queira quer não é um espaço de disputa política, é um espaço de luta de força, um espaço de luta de interesses,** interesse da gestão e interesse da população. E eu acho que os protagonismos eles se dão à medida que essas pessoas, que os conselheiros munidos da sua ambição pessoal de representar o seu público-alvo, seu público representado é trazem os seus problemas, as suas demandas para que elas sejam debatidas e incluídas dentro das políticas e práticas implementadas pela gestão (E1CS).

De acordo com a fala do E1CS, o protagonismo está relacionado ao envolvimento do conselheiro com a classe que representa. Todavia, entendemos que o conselheiro só conseguirá de fato defender os interesses do segmento que representa e de toda a sociedade se estiver envolvido com a causa que representa.

Porém, para o E9CS, não se tem conseguido avançar nas discussões das pautas.

[...] então assim **a gente sempre tem pautas interessantes, mas que a gente não consegue avançar**. Por exemplo, às vezes se dá uma aprovação de pauta na **plenária do Conselho**, mas assim isso tem acontecido no Conselho de Feira, não chega para gente em termos de CIR [Comissões Intergestores Regional], porque você sabe que é a aprovação no Conselho ela vem pra CIR para ela ir pra CIB [Comissões Intergestores Bipartite] e ir para cunho estadual. Está havendo uma dificuldade nessa interface, da secretaria do Conselho (E9CS).

A Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) da Bahia nº 011/2015 (BAHIA, 2015), no seu artigo 5º, afirma que a CIB, no âmbito estadual, tem como objetivo “pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde”, e, no seu artigo 6º, que as Comissões Intergestores Regionais (CIR), no âmbito regional, têm a finalidade de “pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços integrados em redes de atenção à saúde para o conjunto dos municípios correspondentes às Regiões de Saúde da sua abrangência”.

Se considerarmos que todos os Secretários de Saúde Municipais da região que compõem a CIR serão representantes de seus respectivos municípios (BAHIA, 2015), as deliberações realizadas no CMS com relação à rede de atenção à saúde serão discutidas, inicialmente, na CIR e, posteriormente, na CIB.

Portanto, é importante avaliar por que não está havendo essa interrelação entre o CMS e a CIR, citada pelo E9CS, tendo em vista que a não existência dessa articulação poderá resultar em perdas para a garantia do acesso à saúde como direito.

Diante do que foi exposto, e considerando os três tipos de participação política propostos por Sani (1998), presença, ativação e participação, observamos, em determinados contextos e/ou momentos, que existem esses três tipos no CMS de Feira de Santana, com uma variação no decorrer das reuniões, sendo que nas últimas reuniões observadas foi perceptível um certo envolvimento dos conselheiros, ou seja, uma maior participação.

Mas, mesmo com uma maior participação dos conselheiros no CMS, precisamos chamar atenção ao fato de que eles precisam compreender a importância de participarem realmente desse espaço, enquanto local de decisões políticas que influenciarão no modo de viver das pessoas, como representantes de um segmento que os escolheu para representá-lo.

Isso posto, vimos que poucos foram os conselheiros que enfrentaram os que detêm o poder, ou seja, a gestão, pressionando pelo coletivo de usuários e trabalhadores do SUS. Por isso, compreendemos que só com a Alteridade será possível que o CMS de Feira de Santana provoque mudanças no cenário da saúde do município.

Além disso, como já referido anteriormente, as discussões no âmbito do CMS precisam acontecer em torno do atendimento das necessidades da comunidade. Por mais que existam

divergências políticas e ideológicas entre os conselheiros, elas não podem atrapalhar o desenvolvimento das ações em prol da garantia do direito à saúde.

7.3 Defesa dos interesses coletivos versus individuais

Os Conselhos e Conferências de Saúde, segundo Costa e Vieira (2013), são a materialização da participação social, que tem a finalidade de incluir no Estado uma nova forma de democratização da esfera pública, de modo que a sociedade esteja mais presente. Ao influenciar nas deliberações da gestão, Estado e sociedade estabelecem juntos responsabilidades para que prevaleça a vontade do coletivo. Desse modo, para que seja conferida uma condição de decisão coletiva, é preciso que a condição de igualdade e liberdade de opinião entre os indivíduos seja preservada, baseando-se no desenvolvimento de opiniões que busquem melhorias para a comunidade. Portanto, esperamos que no CMS os conselheiros possam expor as demandas do segmento que representam e da comunidade em geral de modo que os interesses coletivos sejam defendidos.

As demandas da população identificadas pelos conselheiros E5CS e E10CS se complementam ao afirmarem que é a partir da solicitação dos usuários: “As mães geralmente trazem ou diretamente para mim ou através das assistentes sociais que a gente tem na instituição, algumas demandas em relação a isso [...]” (E5CS).

[...] a gente procura ir e ouvir os anseios das comunidades, é ver o que elas, o que é que é, é o que é que dói, o que elas sentem na verdade, qual é a visão que elas têm aqui da saúde município, e através das palestras que a gente faz dentro desses setores a gente vai trazendo as reivindicações deles, desse povo [...] (E10CS).

De modo diferente, o E7CS identifica as demandas apresentadas pelos trabalhadores do serviço que conhece.

Então, eu conheço o pessoal que trabalha aí eu pergunto como está, se está faltando alguma coisa, é ... como está sendo as medicações, se está faltando... se está faltando algum médico. E, como eu sou enfermeira tem a UNACON e tem, eu conheço algumas pessoas que trabalham lá também e me passa também, e também tem a [cita o nome da associação], que é a [cita o nome] é minha sucessora [...] (E7CS).

Apesar de situações diferentes com relação à forma como identificam as necessidades a serem discutidas no CMS, percebemos que E5CS e E7CS explicitam fazer essa identificação

diretamente com as pessoas que compõem o segmento que eles representam, dando ideia de um olhar voltado para as suas bases.

Tal atitude reflete um dos objetivos da participação da comunidade no SUS, que é a escuta da comunidade nos Conselhos e nas Conferências de Saúde por meio dos indivíduos que foram escolhidos para representá-los. Além disso, a escuta pressupõe reconhecer as necessidades do outro [Alteridade] e não as negligenciar, mas ajudar a resolvê-las.

De modo complementar, o E6CS refere que, além das solicitações dos usuários, há também denúncias, acidentes que chegam até o conhecimento dos conselheiros...

Através da própria solicitação dos usuários, usuários usam hoje as redes sociais, a mídia, o rádio, e denúncias, é situações de acidente que a gente ocorre, então tudo isso leva a gente a estar antecipando também algumas ações (E6CS).

Assim, notamos que as demandas da comunidade têm sido identificadas pela escuta dos usuários do SUS, seja pelas conversas diretamente com as pessoas, seja pelas redes sociais ou por outros meios de comunicação.

Na oportunidade, o E14CS complementa a fala do E6CS ao referir que identifica as demandas por meio da observação dos serviços como usuário.

[...] nós estamos sempre antenados com os veículos principais de comunicação bem como nós usuários, não é? Eu por exemplo, o meu plano de saúde é o SUS eu não tenho outro plano de saúde, então quando eu preciso acessar algum serviço de saúde eu busco sempre a porta de entrada do SUS, então ali eu já estou exercendo minha função de conselheiro porque eu chego lá, faço minha inscrição, já observo como é o tratamento na recepção, já observo como funciona a dinâmica da unidade, eu já converso com os demais pacientes que estão na mesma condição que eu ali, sem me identificar até pra poder manter o distanciamento ético ou até pra não alterar a forma como eu poderia vim a ser tratado caso eu seja reconhecido como um membro do Conselho Municipal de Saúde, porque a gente sabe que esse viés existe, então eu ajo dessa forma, essa é minha forma particular de agir eu não posso falar pelos outros conselheiro [...] (E14CS).

Desse modo, a observação direta também se constitui como uma forma de identificação das demandas que podem ser discutidas no CMS, uma vez que, ao utilizar os serviços públicos de saúde do município, o conselheiro busca identificar as possíveis necessidades tanto do serviço quanto dos trabalhadores e dos usuários que o utilizam.

Já o E16CS identifica as demandas nas reuniões do sindicato: “A gente geralmente é ... a gente faz reunião mensal aqui na sede do sindicato e aí a gente sempre aborda alguns problemas que há na questão da saúde [...]”.

Nessa direção, segundo o E3CS, quem mais discute as demandas são os sindicatos.

Oh, o setor que mais está organizado e discute, do ponto de vista da categoria para levar as demandas para o Conselho é os sindicatos, esses... porque você tem representação de associações, você tem representação de conselho de classe esses usam a prerrogativa deles (E3CS).

A visão do E3CS pode estar relacionada ao grau de organização dos sindicatos, que permite, como afirmou o E6CS, que aconteça uma reunião mensal com os sindicalistas, podendo assim se ter um maior contato com as bases para discussões e identificação das suas necessidades.

Nesse sentido, nos resultados do estudo de Morita, Guimarães e Di Muzio (2006), os conselheiros representantes dos sindicatos estavam entre os que mais participavam em relação aos que representavam a sociedade civil, uma vez que debatiam e argumentavam sobre os assuntos e que não questionavam apenas sobre o que concerne aos grupos que representam, mas também sobre os assuntos relacionados aos problemas do sistema de saúde do município.

Mas, nas nossas observações, não víamos tanto envolvimento dos conselheiros que são sindicalistas nas discussões, divergindo do estudo de Morita, Guimarães e Di Muzio (2006). Todavia, observamos que, quando falavam, eles não discutiam apenas assuntos que interessavam ao seu segmento, mesmo que não fosse de forma tão aprofundada.

Por outro lado, segundo o E11CS, as demandas da comunidade são identificadas por meio dos CLS: “Sim, o Conselho Local de Saúde é parte do Conselho. É parte do Conselho, não vive mais um sem o outro não, são assim [gesto de união com as mãos], eles são assim”.

Apesar disso, para o E2U, as demandas da comunidade são identificadas por meio dos CLS, mas a gestão ouve e não faz interferências.

Olha acontece muito dos conselheiros levarem, eles falarem dessas demandas, por esse processo que eu disse de acesso aos **Conselhos Locais de Saúde**, de se reunir com as representações dos conselhos uma vez no mês, então acontece muito de levarem isso, levarem essas demandas é só que muitas vezes isso não é ouvido pela gestão, ou eles ouvem, dizem que vão registrar mas não dão uma resposta, é como se fosse algo sem continuidade, entende? É aquele faz ouvir, a gestão faz ouvido de mercador na maioria das vezes [...] Então levar às vezes as pessoas levam no entanto quando chega não é atendido, não é ouvido, a Secretaria diz que pra evitar ter conflito, o embrólio, é diz que vai atender, mas na realidade não é isso que a gente vê, sabe? Então, acontece muito isso assim (E2U).

Realidade parecida foi encontrada no estudo de Lisboa e outros (2016), em que os CLS viram, na possibilidade de estabelecimento de parceria com o CMS, uma forma de alcançar seus objetivos. Assim, esse Conselho seria um apoio para a instituição e o desenvolvimento dos CLS, no entanto, os representantes ficaram decepcionados pois, mesmo estando presentes nas

reuniões do CMS, não conseguiram inserir suas demandas nos debates, apesar de se esperar isso, mesmo que houvesse uma resposta contrária, acolhendo e apoiando as comunidades.

Desse modo, é importante que as demandas trazidas pelos CLS sejam consideradas no CMS, e as deliberações a respeito delas sejam acatadas pela gestão. Quando isso não acontece, percebemos que as demandas apresentadas pelos cidadãos (outro) não são respeitadas e, conseqüentemente, não há responsabilização em atendê-las.

Por sua vez, o E3CS afirma que uma das propostas para o novo regulamento do CMS é que os CLS tenham representação no Conselho, o que dará mais organicidade.

Agora do ponto de vista geral há uma, a fora os Conselhos Locais que inclusive na nova reformulação vai entrar uma representação do Conselho Local e os Conselhos Locais eles se reúnem mensalmente eles têm uma roda de conversa, então é um órgão que dá muita organicidade, que vai dar muita organicidade ao Conselho Municipal, além dos sindicatos (E3CS).

Segundo Lisboa e outros (2016), os CLS estão mais próximos da população com o objetivo de favorecer a participação da comunidade e levar ao CMS discussões que estejam ligadas à realidade local. Assim, o estudo de Gregório e outros (2017) mostrou que a organização da população no espaço do CLS permitiu conquistas no território que ajudaram em melhorias de vida para os moradores do bairro.

Portanto, espera-se que os CLS possam se constituir como espaços de discussões que permitam a identificação das demandas da comunidade a serem discutidas posteriormente no CMS.

Além disso, segundo o E3CS, o plano de ação do Conselho tem como proposta o desenvolvimento de plenárias entre usuários e trabalhadores do SUS, além de propor capacitação para os conselheiros.

A gente está propondo agora, está no plano de ação do Conselho plenárias de usuários e trabalhadores do SUS e aí isso vai ajudar a que a gente dê maior dinamismo do ponto de vista coletivo ao Conselho Municipal de Saúde, que ele ainda tem os limites da institucionalidade no que tange a reticência de alguns conselheiros em debater, tanto isso é pelo ponto de vista da formação em saúde, e aí tem uma coisa que a gente está agora no plano de ação do conselho, que é o que? Curso de capacitação dos conselheiros (E3CS).

Assim, esperamos que essa proposta possibilite uma maior articulação dos CLS com o CMS e, conseqüentemente, a população se sinta mais estimulada a participar desses espaços e contribuir com o planejamento das políticas públicas de saúde, sendo reforçado pelo E10CS que o conselheiro municipal de saúde é um guardião das reivindicações: “[...] o conselheiro ele

precisa ser esse guardião dessas reivindicações e também deve fazer um papel fiscalizador dentro da gestão”.

Entretanto, compreendemos que, ao ter conhecimento de alguma necessidade da comunidade ou do segmento que representa, o conselheiro precisa atuar de modo a permitir que ela seja garantida, reivindicando com liberdade por possíveis soluções. Diante dessa perspectiva, o E10CS ainda acrescenta que, enquanto conselheiro, tem plena liberdade para reivindicar: “[...] se nós somos conselheiros e representamos a sociedade civil e, principalmente, os usuários então nós temos plena liberdade de reivindicar, nós estamos muito mais em defesa da cidade de Feira de Santana do que a vontade de um gestor [...]” (E10CS).

Por sua vez, quando questionamos sobre como é realizada a defesa pelos interesses coletivos, algumas falas foram convergentes afirmando que eles são colocados em pauta nas reuniões.

É isso, é às vezes as coisas são colocadas como enquanto pauta, há uma dificuldade também de em de se colocar essa pauta. É ... muitas vezes a gente consegue, outras não (E1CS).

Isso, a gente faz essa devolutiva e a provocação desses assuntos nas reuniões em cima das pautas que vão surgindo, caso não tem nenhuma pauta com esse determinado tema ou esse assunto aí fica no que ocorrer. Aí no final quando acaba as pautas aí no que ocorrer é que a gente vai falar e trazer esses assuntos ou solicitar que entre como pauta para a próxima reunião (E5CS).

Tem acontecido, a gente tem feito algumas pautas lá e algumas têm sido atendidas, entendeu? (E6CS)

Consegue colocar em pauta e consegue levar até o secretário e conseguir aprovações dele para que dê o start e desenvolva algo ali que esteja parado e que realmente necessite (E18CS).

Apesar de o E1CS ter falado que nem sempre consegue colocar as pautas, o E5CS consegue trazer os pontos desejados nas pautas “Sim, geralmente a gente sempre consegue estar colocando os temas para poder entrar como pauta”.

Diante dessas falas, entendemos que a defesa do interesse coletivo acontece nas discussões realizadas nas reuniões do plenário, seja nos pontos de pauta ou no que ocorrer. Além disso, alguns conselheiros (E6CS e E18CS) chamam atenção que eles têm conseguido o atendimento dessas demandas.

Com relação às reivindicações, o E6CS ainda acrescentou exemplos do que tem sido atendido.

A gente tem é solicitado essa questão de Conferências, seminários, entendeu? Capacitação, é criação de Conselhos Locais, câmaras técnicas, tudo isso são reivindicações do sindicato que é são atendidas como pleito de controle social. A, uma das câmaras técnicas que funciona muito bem lá é a da CIST que é a comissão intersetorial de saúde do trabalhador que a gente tem apoio do núcleo do CEREST [Centro de Referência em Saúde do Trabalhador]; e lá nós fazemos várias reivindicações para participar de congressos, seminários e o Conselho tem nos atendido nesses pleitos (E6CS).

Complementando essa fala, o E4CS afirmou que a defesa dos interesses coletivos tem acontecido no CMS de Feira de Santana.

Acontece, isso é frequente, porque quando passa para mim, para aprovação da gente, a gente está dentro desse, desse contexto. O Conselho não é alheio a isso em relação a isso, atua, e gente tem pessoas atuantes, tem pessoas gritantes dentro do Conselho (E4CS).

Segundo o E3CS, tem acontecido a defesa dos interesses coletivos pois eles têm conseguido discutir temas que contrariam a gestão, como a **terceirização, a convocação dos concursados e as cooperativas**: “[...] a gente tem, tem é colocado pautas que contrariam a gestão, está entendendo?”.

Essa é uma realidade que almejamos que passe por mudanças, pela Alteridade que se espera de sujeitos que se contraponham aos detentores do poder e que de fato lutem pelos assuntos que são de interesse da comunidade.

O E18CS, apesar de expor que os interesse coletivos têm sido atendidos, cita exemplos de situações que estão ligadas a determinadas categorias profissionais e de um grupo relacionado a uma associação de pessoas com determinada patologia, deixando implícito que essa defesa dos interesses coletivos acontece pelos representantes de cada segmento.

A acontece pra, o pessoal dos, dos agentes comunitários de saúde também tem discussão com relação a necessidade deles do piso, agora de enfermagem também, tem o pessoal da anemia falciforme, são bem participativos (E18CS).

Dentre alguns temas que vêm sendo discutidos pelo CMS, o E6CS afirma que

Outra reivindicação nossa lá no Conselho é a questão da regulação. Isso tem causado muita discussão lá, é, às vezes a Secretaria, o serviço, o Conselho e a Secretaria de Saúde Municipal se responde como às vezes impotente para resolver isso, mas é uma questão de saúde que precisa ser discutido. Outra questão é a questão de financiamento, nós tratamos lá muito e reclamamos muito da questão de financiamento, hoje a os serviços públicos a demanda aumentaram e os recursos não seguiram a proporção, pelo contrário reduzindo isso para atender mais serviços (E6CS).

As temáticas que os conselheiros têm discutido, enquanto interesses coletivos (terceirização, convocação de concursados, cooperativas, regulação e financiamento), têm impacto direto no acesso à saúde, portanto precisam continuar sendo discutidas em prol do oferecimento de melhores condições de saúde para a população.

Apesar disso, segundo o E16CS, tem acontecido a defesa dos interesses coletivos no CMS, mas infelizmente as discussões no Conselho são mais voltadas para o financiamento.

[...] quando aparece as demandas a gente vai ser apreciada e apresentado o problema e a questão da solução, entendeu? Então o Conselho de Saúde ele infelizmente ele é mais voltado a para questão das contas do município e a questão gestão do município, mas os problemas que for achado ou encontrado tem vez que tem uma certa dificuldade de se debater ele porque também tem algumas demandas que não depende dos conselheiros, então tem demanda que possa ser, ter de ligado a outras secretarias, câmara de vereadores, então geralmente [telefone toca e entrevistado continua], então geralmente encaminha essas pautas como foi sugerido, entendeu? Então o debate dentro dos conselhos ele nunca é assim rejeitado não, então a gente discute junto [...] (E16CS).

É importante que os conselheiros reconheçam que a atuação do CMS não se resume à fiscalização dos recursos financeiros, mas, mais do que isso, necessita estar relacionada à proposição e ao acompanhamento das políticas públicas de saúde, para que as demandas da comunidade sejam acolhidas para debates, para identificar possíveis soluções.

Apesar dessas falas, segundo o E6CS, algumas reivindicações não têm sido atendidas, mas isso acontece porque não depende exclusivamente da gestão da saúde.

Tem alguns pleitos que não está sendo atendido a questão de valorização do trabalhador de enfermagem, do piso salarial, das condições de trabalho, é então tem alguns pleitos que ainda é não depende assim exclusivamente da gestão da saúde mais da gestão geral administrativa e isso às vezes impacta nas nossas reivindicações, mas a gente não desiste não, vamos continuar [...] (E6CS).

Além disso, muitos assuntos são discutidos e firmadas ações no CMS, mas diversas vezes não são postas em prática.

[...] algumas coisas elas são, elas são ditas, mas elas não são feitas. Por um exemplo, a gente trouxe um relatório de recomendação para Atenção Básica sobre é dessa da comissão de visitas que a gente realizou visitas no município para fazer uma avaliação das Unidades de Saúde da Família e das unidades de saúde municipais e muitos problemas foram relatados e esses problemas eles foram colocados em reunião e o secretário de saúde se prontificou a resolver 'Não essas questões, esses pontos a gente vai resolver pode deixar que eu resolvo' e não se resolve, sabe? (E1CS)

O estudo de André e outros (2021) apresentou como limites para o funcionamento dos conselhos de saúde, e, conseqüentemente, para o controle social, dificuldades quanto a questões como proposição e resolutividade; pouco comprometimento de gestores e trabalhadores em efetivar as decisões e compromissos das instâncias participativas; e obstáculos impostos pelas determinações sociais do processo saúde-doença para a participação social em saúde.

Ademais, para que o CMS consiga exercer o controle social, é necessário que a gestão respeite suas deliberações, a fim de que as decisões acerca do bem comum da população sejam de fato efetivadas. Por outro lado, questionamos se os interesses da população têm sido defendidos no CMS. A fala do E11CS deixa claro que nem sempre, pois cada conselheiro defende os interesses da instituição que representa.

Nem sempre. Por que lá é assim é uma coisa mais abrangente porque não é Asa Branca lá é Feira de Santana então cada membro do conselho representa uma instituição, aí cada um também traz sua demanda e é uma coisa de cada vez, não é tanto por isso a necessidade dos Conselhos Locais de Saúde porque aí quem traz isso aí essa discussão à tona é o Conselho Local de Saúde (E11CS).

Também, percebemos que algumas falas deixam clara a defesa dos interesses dos segmentos sociais que representam, como destacado pelos E5CS e E7CS.

É, eu trabalho numa instituição que é voltada especificamente para a pessoa com deficiência intelectual, mas independente **disso eu faço é a defesa da pessoa com deficiência como um todo, pode ser ele visual, auditivo, físico pra mim não importa**, eu estou em busca da melhoria da qualidade de vida, de acesso da informação, de acesso à saúde dessa população como um todo, então a gente questiona desde as calçadas que não estão adequadas, os banheiros, pra que possa tá melhorando cada vez mais o acesso e o desenvolvimento dessa pessoa com deficiência dentro do município (E5CS).

Então cada um tem a sua representatividade, cada um luta pelo seu interesse. A minha luta é pelos portadores de doenças crônicas, para que eles não faltam, não falte as medicações que eles usam, não falte as especialidades que eles precisam, não fica em falta o básico que eles necessitam para ter uma qualidade de vida melhor (E7CS).

Nas reuniões, observamos que, especificamente, o momento “do que ocorrer” era o espaço em que havia maior manifestação dos conselheiros com relação às demandas que traziam, e de fato havia uma maior discussão sobre as necessidades individuais de cada segmento.

Concretamente, para Lévinas (1988), o outro, ao expressar-se, expõe suas fraquezas e necessidades e, por isso, não podemos ser surdos ao seu apelo e ignorá-lo, e isso não nos limita, mas estimula a liberdade, ao suscitar nossa bondade. Assim, entendemos que, no exercício do

CMS, é necessário que os conselheiros escutem os apelos da população e lutem pelas necessidades não apenas do segmento que representam, mas de toda a população.

Em contrapartida, para o E9CS, é necessário que haja um direcionamento mais técnico e menos político no CMS.

O que eu sinto? Que a gente precisa ter direcionamentos mais técnicos e menos políticos, para mim isso é o mais importante para que a gente possa avançar nas discussões. Gestor tem que tirar a roupa de gestor, trabalhador tem que tirar a roupa de trabalhador, não que a gente fique sem os nossos anseios, sem as nossas defesas, mas assim um precisa olhar e entender o ponto de vista do outro porque enquanto a gente tiver de armadura a gente não avança em discussões (E9CS).

O estudo de Bispo Júnior e Gerschman (2015) identificou o padrão de defesa dos interesses corporativos pelos conselheiros que está relacionado aos representantes assumirem no Conselho a defesa dos interesses do seu segmento em detrimento dos interesses gerais com relação à saúde da população. Além disso, percebeu-se uma disputa velada entre alguns representantes, que tinha a finalidade de introduzir assuntos relacionados à categoria que representam nos debates do Conselho.

Portanto, compreendemos que o conselheiro, como representante do seu segmento, precisa defender seus interesses, mas não considerá-los mais importantes do que os interesses da população como um todo, até por uma questão Ética para com o outro.

Para Santos (2016), a Ética está relacionada com a responsabilidade com o outro ou uma não-indiferença com a sua diferença. Assim, consideramos que, ao encontrar o outro, que é distinto do eu, precisamos estar disponíveis para escutá-lo e conhecê-lo. Desse modo, levando em conta o controle social, acreditamos que os conselheiros precisam estar disponíveis para ouvir e conhecer as demandas expostas pelos outros conselheiros, de modo que se possibilite a todos pensarem politicamente sobre as situações, para que haja uma responsabilização pelo desenvolvimento de ações que beneficiem toda a população.

Mas, diferente dos outros conselheiros, a fala do E11CS justifica que primeiro ele leva as discussões para o Conselho e, se não resolver, conversa diretamente com o Secretário de Saúde.

É, por exemplo, eu vou falar da minha classe. Todas as vezes que nós temos algum problema, um problema maior eu levo para reunião do Conselho primeiro, para depois tentar consensuar com o Secretário (E11CS).

Essa fala traduz que alguns problemas não conseguem ter resolução durante as reuniões do conselho, por isso esse conselheiro acha melhor discutir com o Secretário de Saúde sem outras interferências.

Por sua vez, para o E18CS, as entidades que não têm representação no Conselho também conseguem ser ouvidas.

Ah sim, de outras que não tão também com certeza traz, os conselheiros trazem essa demanda. [...] Porque geralmente são pessoas que são participativas na população, são participativas na Unidade Básica de Saúde, no bairro, conhecem muitas pessoas que trabalham ali no setor, então consegue fazer com que essas pessoas sejam ouvidas através desses conselheiros e traga pra dentro do Conselho Municipal de Saúde (E18CS).

Salientamos que o CMS é um local para defender os interesses de toda população, independente de esses sujeitos estarem presentes ou não nos espaços que possibilitem a participação da sociedade. Nesse sentido, Bispo Júnior e Gerschman (2015, p.189) identificaram também, em seu estudo, a representação de interesses relacionados ao posicionamento em “defesa da melhoria do estado de saúde da população e do desenvolvimento de políticas de saúde amplas e resolutivas”, em que houve uma relativização dos interesses pessoais e corporativos diante da importância dos assuntos gerais sobre o SUS e a qualidade da saúde, ou seja, é o interesse geral predominando com relação às peculiaridades das partes.

Em divergência às falas dos demais conselheiros, o E17CS destaca que os interesses coletivos não têm sido defendidos no CMS, mas os individuais.

Tem não. Conselho não, do coletivo para o bem comum, o bem-estar comum da sociedade é muito complicado, entendeu? É muito complicado. Às vezes a gente leva para lá, exemplos, são exemplos, tipo assim “meu pai não foi atendido”, está entendendo? [...] É, eu percebo que a gente não consegue ver o coletivo, se meu pai não foi atendido não é porque eu sou conselheiro, ele teria que ser atendido independente de eu ser conselheiro ou não, não é? Os direitos são garantidos, então assim a gente, às vezes a gente só percebe quando toca na gente, quando dói na gente, entende o que eu estou dizendo? Então assim às vezes eu percebo que as pessoas não compreendem a integralidade do Sistema Único de Saúde, os princípios do Sistema Único de Saúde que tinha que estar sendo honrados dentro do processo, às vezes não compreende isso [...] (E17CS).

Tal fala remete à “imaturidade” ou à falta de conhecimento dos conselheiros a respeito da sua representação, uma vez que, ao serem escolhidos para representar um segmento, eles precisam se considerar representantes da sociedade para lutarem por seus direitos. É importante o desenvolvimento de ações educativas que levem em consideração a missão do CMS e do

conselheiro, para que haja estímulo para o desenvolvimento de ações que de fato satisfaçam as necessidades da população.

Além disso, as falas dos E1CS, E3CS e E10CS se complementam ao justificarem que o presidente do CMS muitas vezes tem o poder de controlar os avanços da discussão, por ser ele também Secretário de Saúde do município: “[...] o poder de colocar o ponto final na questão, tem o poder de colocar até onde aquela discussão vai” (E1CS); “As políticas públicas não conseguem avançar porque essa presidência ela ainda é colocada pelo gestor, ou seja, pelo prefeito do município de Feira de Santana” (E10CS).

Durante o processo de observação, vimos, em algumas reuniões observadas, que o presidente do CMS, que também é o secretário de saúde do município, interrompeu a fala de alguns conselheiros, em especial de um conselheiro que era o que mais usava a palavra nas reuniões. Apesar de sabermos que existe um teto com relação ao tempo de cada fala, entendemos que os conselheiros precisam ter suas falas respeitadas.

O E3CS ainda acrescenta que o presidente do CMS manipula a discussão, o que a prejudica, uma vez que há conselheiros que sofrem represálias e retaliações.

Então são temáticas que se você pegar a ata do Conselho você vai ver lá que está sendo pautado, está sendo debatido, mas existe um problema que é o problema que é o limite da institucionalidade do Conselho, que é o que? A prerrogativa que a gestão [presidente do CMS] tem de fazer, de manipular a discussão e como tem conselheiros que tem é o limite do ponto de vista da reserva do debate por conta de represálias e retaliações isso prejudica o debate, não só em Feira isso é uma problemática geral, está certo? (E3CS)

Essa realidade foi declarada em outras falas de alguns dos conselheiros, apesar de parte deles, muitas vezes, não expor claramente suas opiniões por medo de represálias, como a perda do seu emprego ou do emprego de algum familiar.

Essa situação não é novidade. Para Farias Filho, Silva e Mathis (2014), os representantes do governo utilizam a cooptação dos conselheiros como uma estratégia para controlar a agenda deliberativa no Conselho. Além disso, os autores acrescentam que a cooptação também reflete que os cooptados acabam tendo algum benefício individual ao terem esse comportamento, o que assegura a tese da teoria dos grupos sociais de que, por ter um custo alto, a participação acaba favorecendo a procura por interesses individuais em situações em que se precisaria optar pelos bens públicos, como é o caso da saúde universal.

Diante dos dados analisados e das reuniões observadas, percebemos que muitas vezes há uma predominância em se debater questões relacionadas à gestão do serviço de saúde, esquecendo-se de trazer discussões que sejam relacionadas diretamente às demandas da

população. Por sua vez, quando essas demandas são trazidas, elas são feitas de forma individualizada pelos representantes com relação aos seus segmentos.

Ao resgatarmos os três tipos de Alteridade do controle social [cooptada, subalternizada e tuteladas] propostos por Sposati e Lobo (1992), de certo modo, eles são perceptíveis no CMS de Feira de Santana, mediante as características encontradas nos relatos e as observações, apresentadas a seguir.

Com relação à **Alteridade cooptada**, notamos que alguns conselheiros participam pouco das discussões, o que pode estar relacionado ao déficit de informação que influencia diretamente na sua capacidade argumentativa, justificando opinarem pouco. Sposati e Lobo (1992) analisam que há um afastamento dos representantes populares da luta e da inclusão de interesses dos representados, entretanto não observamos essa característica dos conselheiros defenderem interesses próprios.

Por sua vez, vimos que existe uma relação de ‘respeito’ (ou subserviência, medo, pouco envolvimento nas discussões?) às colocações do Secretário Municipal de Saúde, pelos conselheiros, havendo poucos questionamentos relacionados à não inclusão de pautas que foram sugeridas pelos conselheiros, mas acatando todas as pautas defendidas pela gestão, uma **Alteridade subalternizada**. Apesar disso, não foi possível observar a retirada de discussões das pautas por acreditarem que os conselheiros poderiam não compreender as questões tratadas, pelo contrário, foi visto que alguns pontos de pauta sugeridos podem não ter sido incluídos porque ocasionariam debates que diziam respeito não apenas à gestão atual, mas também a anteriores.

Quanto à **Alteridade tutelada**, percebemos uma variação de subalternidade fortalecida pela tecnoburocracia, tendo alguns conselheiros se empenhado na defesa apenas da causa do seu segmento, e não a da população como um todo.

7.4 Protagonismo do CMS para a garantia do acesso à saúde como um direito: instância democrática, participativa e deliberativa?

O CMS é um espaço para discussão das necessidades de saúde dos usuários, o que pode facilitar a oferta dos serviços que atendam às suas demandas. Assim, o protagonismo dos Conselhos é essencial para a proposição e a execução de políticas que sejam direcionadas às necessidades da população.

Particularmente, alguns participantes deste estudo, representados nas falas a seguir, ressaltam como avanço e/ou facilidade para a atuação do CMS a formação dos CLS, exemplificada a seguir.

[...] **acho que é um ponto forte do Conselho aqui são os trabalhos dos Conselhos Locais, a gente tem Conselhos Locais atuantes**, em construção, em formação, com eleição periódica, com reuniões periódicas, eu acho que essas ações difundidas elas são muito importantes para que as demandas elas venham, elas sejam com força e com organização para que as representações elas não se percam na luta, na militância, no tempo (E1CS).

[...] esses **conselhos locais** têm contribuído bastante para o conselho tomar suas atuações (E4CS).

A gente tinha uma proposta bem interessante que para mim era melhor que era a articulação, a implantação dos **Conselhos Locais de Saúde**, avançou um pouco, é esse foi um dos maiores avanços que eu vi dentro do tempo que eu estou no conselho municipal de saúde (E9CS).

Em convergência com as falas desses conselheiros, um usuário também ressalta os CLS como uma facilidade para o desenvolvimento das ações do CMS.

O fato de existirem Conselhos Locais de Saúde, então como existe uma comissão do Conselho para trabalhar com os conselhos locais muitas vezes eles captam as demandas dos Conselhos Locais e levam diretamente para o Conselho Municipal e isso é muito bacana. Então eu acho que isso é uma forma de aprofundamento da democratização do SUS (E2U).

Os CLS têm como objetivo discutir e definir, junto com a comunidade, as principais necessidades de saúde, a intervenção sobre elas e como será o envolvimento da comunidade (BISPO JÚNIOR; MARTINS, 2012). Lisboa e outros (2016) reforçam, inclusive, que essa proximidade da comunidade no CLS tem como finalidade não só a participação da população, mas também o encaminhamento ao CMS de debates contextualizados com a realidade do município.

Frente a tal perspectiva, Bispo Júnior e Martins (2012) ainda ressaltam que os CLS são dispositivos importantes para mobilizar a comunidade e fortalecer o SUS e as unidades de saúde. Desse modo, Lisboa e outros (2016) complementam que os CLS são compreendidos como uma possibilidade de ordenar a estrutura organizacional do sistema de saúde.

Neste estudo, tivemos a oportunidade de observar que a interlocução entre CLS e CMS é importante para garantir o acesso à saúde da população e, conseqüentemente, a resolubilidade das suas demandas de saúde. Entretanto, tal participação precisa de um protagonismo efetivo em defesa dos direitos à saúde. Para isso, é necessário um conhecimento sobre os direitos e

deveres por parte dos cidadãos, tornando-os capazes de influenciarem nas transformações da saúde.

O E10CS reforça que a capacitação dos conselheiros locais de saúde também é um aspecto facilitador, até porque “[...] a gente faz pelo menos dois cursos anualmente para esses conselheiros, pra que eles estejam capacitados a dar as respostas pra comunidade” (E10CS).

Para tanto, de acordo com Shimizu e Moura (2015), é preciso incorporar, em uma democracia participativa, uma prática educativa que discuta temáticas relacionadas à comunidade e política, o que poderá possibilitar o desenvolvimento de cidadãos aptos a assegurar a democracia. Contudo, a formação dos conselheiros não precisa acontecer de forma pontual, mas fazer parte do cotidiano das ações do controle social.

As falas destes conselheiros, a seguir, complementam ao se reportarem sobre a importância da organização da população e sua necessidade de ter acesso aos espaços do controle social.

[...] ou eu me organizo para defesa do direito que eu conquistei ou eu vou ficar de fora e ficar de fora significa estar excluído (E3CS).

Então a gestão na parte política é isso, quando ela, quanto mais ela abrir isso obviamente para a população mais eles vão ter facilidade para governar e administrar, e administrar melhor. Então essa acessibilidade é fundamental [...] deixar que o controle social seja feito [...] pela população (E10CS).

Tanto a organização da população quanto a acessibilidade, referidas nestas falas, vêm ao encontro da afirmação de Junglos e outros (2019), ao sustentarem que a população precisa se apoderar dos espaços de participação que são legalmente estabelecidos no SUS, como os Conselhos, para que o controle social não se torne limitado, com pouca capacidade de se articular com outros segmentos populares e sociais e de intervir nas políticas públicas de saúde.

Porém, vemos na fala do E17CS que ela é enfática ao reforçar a necessidade de criação dos CLS para que possibilitem o diálogo da população com o CMS.

[...] **tem sim que se criar os Conselhos Locais porque seriam é ... descentralização** e trazer para o foco principal do Conselho todas as demandas que precisam ser dialogadas, definidas e estabelecidas, porque eu acho que é esse a grande a dificuldade enquanto órgão de controle social do município, entendeu? (E17CS).

Como percebemos, é uma fala em que fica implícita a ênfase a ser dada a um maior diálogo entre o CMS e a população, e que os CLS podem fazer uma intermediação entre eles.

Nesse sentido, concordamos que ouvir a população é essencial para que o CMS possa, efetivamente, atuar em prol das suas necessidades.

No entanto, na contramão desse diálogo, as falas dos E10CS e E17CS se reportam às unidades de saúde não “entenderem” a importância dos CLS.

O Conselho ele é visto ainda por quem administra as unidades como, **não como um agente de melhoria, mas como se fosse uma pedra no sapato da gestão**. Então não é ainda bem visto [...] (E10CS).

As unidades [de saúde] às vezes não têm entendimento da importância que é criar aquele Conselho Local que estaria bem próximo ali a todo processo, e assim às vezes a gente também não tem pessoas disponíveis e que tenham o entendimento da importância do seu ‘papel’ dentro desses espaços (E17CS).

Dentre os propósitos do trabalho desenvolvido pelo CLS, além de facilitar o acesso à informação e a comunicação entre o CMS e a população, está ajudar a coletividade a restabelecer a confiança e cobrar de seus representantes, criando assim uma maior discussão e sensibilidade a respeito dos seus direitos e espaços democráticos, para incentivar sua cultura participativa (VENTURA *et al.*, 2017).

Entretanto, segundo o E1CS, os CLS ainda não têm força suficiente para trazer discussões para o CMS, divergindo das falas anteriores sobre os avanços/ facilidades com relação à sua influência no CMS.

[...] **mas os Conselhos Locais inclusive não dão conta de trazerem com representatividade em fala, em voz, as demandas da sua comunidade**, eles trazem, é colocado em questão então é colocado em discussão, mas aquilo não tem muita força, força de voto por exemplo, de interferência, e aquelas pessoas não são os conselheiros são só Conselhos Locais [...] **a formação dos Conselhos Locais não dão conta de colaborar com o exercício do Conselho Municipal de Saúde** a ponto de que ele possa decidir ou intervir nas questões que são pautas ali, pautas trazidas pela gestão no caso como, por exemplo, essa aprovação de contas (E1CS).

A fala do E1CS, aparentemente, deixa implícita a falta de uma discussão proativa entre os CLS e o CMS. Tivemos oportunidade de observar, nas reuniões, que sempre um conselheiro trazia informes nas reuniões sobre o funcionamento e a organização dos CLS, mas, naqueles momentos, não houve a participação de um representante dos CLS para discutir as questões, tornando-se assim um mero comunicado.

De acordo com Bispo Júnior e Martins (2012), apesar de a participação dos CLS ser institucionalizada, isso não garante a promoção da mobilização social e o envolvimento comunitário, mesmo sendo essas consideradas ferramentas importantes para efetivar a

democracia e consolidar o SUS, uma vez que consideramos esses como locais que promovem a cidadania e as melhorias das condições de vida e saúde dos cidadãos.

Para o E3CS, diferentemente das falas anteriores, ‘o entendimento de algumas entidades’, a ‘percepção’ dos representantes de que necessitam do SUS também foi tida como uma facilidade para as discussões do Conselho.

O que tem facilitado é o entendimento de algumas entidades no sentido da ‘centralidade’ [ser o centro; foco] do SUS, da saúde, e a ‘centralidade’ [o foco] da participação, isso é o que tem facilitado, ou seja, as pessoas olham para frente e ela percebe que o seguinte ó ‘eu dependo exclusivamente do SUS’, entendeu? (E3CS).

Mas, de acordo com Souza e outros (2021), para que as pessoas participem das instâncias do controle social e as utilizem para defenderem o direito à saúde, é fundamental que elas tenham sensibilidade para compreenderem que são responsáveis pelo controle social e entendam seus direitos e deveres no SUS.

Por sua vez, os E9CS e E10CS têm falas convergentes sobre uma das facilidades para a atuação do CMS ser ele se manter ativo e não deixar que sua atuação ‘fique morna’: [...] é a busca por não deixar controle social ficar morno, desaparecer [...] (E9CS).

Nosso conselho é um Conselho ativo, é um Conselho ativo, com todas as dificuldades e todos os desvios de comportamento que a gente possa ter e aí eu me coloco também incluso nisso [...] a gente tem ‘é o cheiro de gente’, ‘de pessoa e está é enraizado na gente’ (E10CS).

Em tais falas, fica subentendido que o conselheiro tem uma atuação proativa no CMS em defesa da política de saúde do município, uma situação em convergência com o estudo realizado por Bortoli e Kovaleski (2019) ao referirem que a resistência dos conselheiros levou a progressos nos serviços de saúde, que devem ser vistos como incentivo à emancipação cidadã e, conseqüentemente, aos avanços nas políticas públicas de saúde.

Outra facilidade no trabalho do CMS é referida pelo participante E11CS no que diz respeito à relação ‘tranquila’ entre os conselheiros, o que facilita o desenvolvimento do trabalho: “A própria relação nossa da condução dos trabalhos, eu acho tranquilo porque não vejo maiores dificuldades” (E11CS).

Nesse sentido, para o E6CS, no município, o controle social se une sem questões partidárias: “[...] o nosso controle social aqui em Feira conseguiu realizar e unir as lideranças e as entidades num só objetivo é para poder discutir a saúde sem as questões de copartidária”.

Outrossim, encontramos falas divergentes, que deixam visíveis as relações políticas conflitantes entre os pares, apesar de os conselheiros conseguirem desenvolver suas atividades em conjunto.

Mas hoje a gente tem inclusive um Conselho que na conformação entre aqueles que defendem a política da gestão e os que defendem a política dos movimentos a gente tem um equilíbrio [...] (E3CS).

E a gente está ali porque a gente sabe que é preciso fazer um enfrentamento, mas esse enfrentamento aqui inclusive é muito complicado porque parte do corpo do Conselho atende as solicitações que essa gestão encaminha, sem discussão [...] (E1CS).

Durante as reuniões, apesar de uma aparente relação ‘cordial’ e ‘respeitosa’ entre os conselheiros, foi perceptível nas falas de alguns deles uma narrativa com uma tendência em acatar as decisões da gestão, enquanto outros são mais questionadores.

Uma situação observada foi convergente com a fala do E1CS, de que é preciso fazer enfrentamento dos conselheiros para com a gestão, tornando-os vozes visíveis, com atuações proativas, diante do trabalho participativo e com parceria.

A fala do E17CS deixa explícito que poucos conselheiros participam de forma ativa nas reuniões, divergindo da fala do E1CS.

Então às vezes eu vejo a nossa participação, eu estou falando de forma geral, só dois, três participarem e muito mais incisivo da sociedade civil [...] eu vejo assim muito a parte da gestão, a representação da gestão, eles mais em *stand-by* e defensiva (E17CS).

O conselheiro de saúde, entendido como cidadão consciente e envolvido na vida política da cidade em que vive, pode ter suas preferências ou laços de filiação com algum partido político. Todavia, tal situação não pode estar associada à sua posição de conselheiro quando o que está em jogo são os interesses dos usuários (BRASIL, 2002).

Aliado a essas questões, o E17CS fala que alguns conselheiros só participam do CMS por interesses próprios.

E também tem a ‘zona’ de interesse, diga-se de passagem, tem pessoas que estão, isso precisa ser dito, que estão lá porque tem a sua ‘zona’ de interesse; às vezes tem convênio com o SUS e coisas dessas naturezas que são coisas mais sérias, entendeu, e tem seus interesses vistos lá, compreendeu? (E17CS).

Em contrapartida, o E8U fala sobre a necessidade de os conselheiros compreenderem que representam uma base que precisa estar mobilizada: “[...] a gente só vai conseguir avançar na

atuação do conselheiro quando o conselheiro entender que ele é o representante de uma base, se essa base estiver mobilizada e politizada” (E8U).

O conselheiro não pode representar apenas os seus anseios, mas deve representar os interesses das pessoas que o elegeram, assim, a autenticidade da sua representação está no fato de ele ser o mensageiro das idealizações e aspirações de uma coletividade (BRASIL, 2002).

Por conseguinte, as pessoas que participam das instâncias do controle social em saúde precisam fazer desses espaços locais de luta pela garantia do direito das outras pessoas, não apenas defenderem os seus direitos ou das entidades que representam, mas, mais do que isso, exercerem o seu protagonismo de representantes da sociedade em prol da luta pelo coletivo.

Ainda a respeito da necessidade de que os conselheiros compreendam que representam uma classe, o E17CS, no início da entrevista, disse que, no CMS, representava a administração e os prestadores de serviço quando, na verdade, é representante dos usuários.

Mas, no decorrer da entrevista, teve esta fala:

Aí eu não percebo, eu percebo assim eu estou lá porque represento tal lugar, eu estou lá porque represento tal, a gente chega e pergunta assim oh meu amigo você representa o que aqui? Não sabe nem, entendeu? Não sei que espaço eu estou representando. Eu vi isso no dia da capacitação, eu disse: pessoal quem é aí conselheiro, você representa o que, que representação você faz aqui? Você está entendendo? Porque a pessoa se acha, ela se representa, compreende o que eu estou dizendo? E aí acaba que dando uma quebrada nessa questão do coletivo, da representação, representar atividade, representação, entendeu? Às vezes acaba (E17CS).

Apesar da contradição da fala, o participante trouxe outra afirmação a respeito do trabalho coletivo dentro do CMS:

Na realidade a gente precisa alinhar, alinhar dentro do Conselho o propósito para que nós estamos ali, independente se eu sou de tal representação se você é de tal, tudo bem cada uma ali está dentro de um coletivo, representando um coletivo, mas quando a gente se junta ali somos um coletivo único em detrimento de quê? Da questão da saúde do todo, compreende? E essa talvez seja a maior limitação que a gente tenha, a gente ainda compreender que o nosso papel vai para além da minha representação. Que às vezes a gente não compreende isso [...] (E17CS).

Reiteramos que, para que haja a defesa dos interesses de toda população, é necessário que os conselheiros trabalhem em parcerias em ações que não estejam voltadas apenas às entidades que representam, mas que tais ações sejam pensadas e desenvolvidas para além das entidades representadas no CMS.

Entretanto, o E3CS faz referência a um aspecto limitador à participação no CMS como a terceirização de pessoal/ trabalhador, representante de algumas instâncias.

[...] **modelo de gestão caracterizado, dominado pela terceirização. Isso limita a participação. Limita a participação do usuário, limita a participação principalmente do trabalhador.** Então o trabalhador, que tiver representando determinado setor ele fica limitado porque ele pode ser repreendido, reprimido, ele pode sofrer represálias (E3CS).

Fica perceptível que a terceirização poderá influenciar na autonomia dos conselheiros, conforme afirmam os usuários (E2U, E8, E15U), reforçando que esses conselheiros não têm autonomia política.

Existem pessoas lá que às vezes elas são chamadas na reunião do Conselho Municipal daqui de [cita o município] só para votar. A gente sabe disso, a gente já viu isso acontecer, certo? Ou de funcionário que tem vínculo frágil na hora da votação é conselheiro de saúde, nem estava na reunião ser retirado do lugar que estava na Secretaria para ir votar. Então isso é uma dificuldade que a gente tem, sabe? Por que muitos profissionais que estão lá e alguns até usuários eles não têm autonomia política (E2U).

Eu acho que muitas vezes **os conselheiros eles são de certa medida coagidos assim a tomar decisões que na verdade favoreçam a Secretaria de Saúde** (E8U).

[...] normalmente **os profissionais de saúde da que são cooperativados no Conselho Municipal de Saúde sempre votam contra a gente para não perder o emprego, com medo da retaliação** (E15U).

Tais falas levam a compreender que os trabalhadores que são terceirizados e atuam no CMS não têm autonomia para participar das deliberações. Essa é uma situação encontrada no estudo de Magalhães (2017), ao afirmar que existem alguns entraves para a consolidação do CMS como um espaço pleno do controle social, dentre eles está a incompletude da autonomia do Conselho de Saúde.

Mas, segundo Galheigo (2008, p.67), para que as decisões políticas sejam democratizadas, é preciso assumir alguns princípios de ação, como “aceitar o *outro*, ter acesso à informação, apropriar-se da representação enquanto estratégia política, ter capilaridade por meio de canais permeáveis às informações e à problematização das questões sociais” para haver o desenvolvimento de capital social. O aceitar o *outro*, aqui, é compreendido como Alteridade.

Por conseguinte, segundo Lévinas (1988), quando o outro expõe suas opiniões e necessidades, ele nos convida à responsabilidade de intervir sobre as situações necessárias. Portanto, respeitar a autonomia dos conselheiros de modo que eles desenvolvam suas funções de forma crítica e reflexiva é respeitar sua individualidade, suas ideias e suas necessidades, bem como assegurar que a população que ele representa seja ouvida.

Ainda com relação a terceirização versus autonomia, o E3CS complementa:

[...] nos dias atuais eu entendo que o modelo de gestão centrado na terceirização, ele respinga de maneira forte no controle social. Então se você perguntar assim: é quais são as dificuldades que tem de participação? Uma, é a luta pela sobrevivência né, o capitalismo ele, a ... hora de trabalho, carga horária de trabalho, a luta para você ganhar o pão de cada dia tira você da participação. E a forma como a saúde é uma política de saúde estão sendo enviesadas, eu diria que é uma forma de rasgar os princípios do SUS, rasgar a Lei 8080, rasgar a Constituição federal na medida em que tudo está sentado na terceirização, está certo? Na medida em que o financiamento é mudado, entendeu? Então tudo isso aí respinga no controle social em saúde, então controle social em saúde ele é refratário de uma política econômica e de um modelo de capital, e de um modelo do capital que é um modelo conservador, fascista, entendeu? (E3CS)

O E3CS traz, em sua fala, uma denúncia/ desabafo das situações que têm afetado a participação social no SUS, que condicionam essa participação, e, para ele, a terceirização é o produto de uma política econômica que influencia no sistema de saúde e, conseqüentemente, na participação das pessoas, em especial dos trabalhadores de saúde, nas instâncias do controle social, quando as pessoas que possuem emprego político têm receio de participar de fato das reuniões, opinando e votando.

Essa é uma realidade semelhante à observada no estudo de Cotta e outros (2011), em que alguns conselheiros não participavam das discussões por serem prejudicados posteriormente e perderem o emprego, levando-os a terem uma baixa influência nas decisões, o que acabava resultando na aprovação das propostas da gestão.

Considerando a fala do E3CS a respeito de o trabalho afetar a participação social, o E16CS concorda que muitas vezes o trabalho dos conselheiros impede sua participação nas reuniões: “Então tem algumas atividades do conselho que acaba dormindo ou não acontecendo por o conselheiro ter outras ocupações, aí muitas vezes não consegue chegar à meta”.

Por sua vez, uma fala reflete que uma dessas dificuldades tem sido incluir as solicitações de ponto de pauta nas reuniões: “as pautas, às vezes a gente pede pauta como eu já pedi e eles não incluem pauta” (E17CS).

O E2U complementa que, além da dificuldade de incluir determinados pontos de pauta, percebe que tem havido “uma prática para desestimular a participação” dos conselheiros.

Então por vezes a fala delas é cortada, por vezes precisa pedir ponto de pauta com quatro reuniões seguidas; a pessoa pedindo um ponto de pauta para apresentar uma questão e ouvir que vai ser colocado na próxima reunião, isso não acontece. E você tem que pedir de novo, então fica, a gente nota o tempo todo que é uma prática para desestimular a participação e é isso que acontece (E2U).

A não inclusão de pontos de pauta solicitados por conselheiros, além de configurar-se como uma falta de respeito, também contraria a sua autonomia e a sua legitimidade,

influenciando no seu protagonismo enquanto representante de um segmento da sociedade que o escolheu para estar naquele espaço defendendo seus anseios. As demandas trazidas pelos conselheiros precisam ser colocadas em pauta e discutidas entre os pares.

Em contrapartida, outro aspecto facilitador do trabalho do CMS são os grupos de trabalho criados dentro do Conselho, as câmaras técnicas e as comissões, citados pelos conselheiros (E3CS, E4CS, E9CS) e pelo usuário do SUS (E2U), explicitadas em duas falas a seguir, de grupos diferentes.

Os avanços têm sido agora pela introdução de algumas câmaras, que a gente está começando a fazer essas câmaras, que aí é essas câmaras poderiam facilitar esse tipo de ingresso ou esse tipo de cobrança às unidades básicas que a gente tem (E4CS).

As comissões elas têm feito um bom trabalho no Conselho, isso é muito positivo (E2U).

No decorrer das observações e entrevistas, percebemos que os conselheiros têm estruturado seu trabalho dentro do CMS em comissões e câmaras técnicas organizadas em grupos específicos para realização de discussões para além das reuniões mensais do Conselho. Consideramos isso como um aspecto avançado no trabalho do CMS.

Ademais, Rocha, Moreira e Bispo Júnior (2020) referem que as comissões no CMS constituem um avanço para o desenvolvimento do Conselho, uma vez que permitem que determinadas temáticas sejam analisadas de forma mais aprofundada. Além do mais, segundo Liporoni (2017), a organização interna de grupos de trabalho permite debates mais amplos, discernimento e aprofundamento sobre determinadas temáticas para as posteriores tomadas de decisão.

Outra facilidade referida pelos grupos diferentes de participantes, em falas do E6CS e do E8U, foi a realização das reuniões do CMS, na sua maioria, terem sido on-line em virtude da pandemia do COVID-19. Algo positivo devido a uma maior participação e, conseqüentemente, mais realizações das reuniões por apresentarem quórum.

Porém depois da pandemia, com o advento da tecnologia e da necessidade de fazer as reuniões remotas nesse período de dois anos aí remotamente tivemos **reuniões frequentes remota e não teve mais essa questão de falta de quórum** (E6CS).

A reunião mesmo que eu participei foi on-line, inclusive on-line, então isso traz **quer queira, quer não uma facilidade das pessoas não precisarem se deslocar**, se locomover, estarem aí participando, eu acho que isso é uma facilidade (E8U).

Essas reuniões on-line aconteceram em conformidade com a Resolução nº 654/ 2021 (BRASIL, 2021b), que, devido à emergência da pandemia do COVID-19, legalizou que os Conselhos de Saúde teriam a possibilidade de realizar suas reuniões de forma remota.

Durante a realização da pesquisa, observamos oito reuniões do CMS (de março a novembro de 2022), sendo que as reuniões passaram a ser presenciais a partir do mês de setembro. Todas as reuniões que foram agendadas de forma virtual no período aconteceram; entretanto, das três reuniões presenciais, apenas uma teve quórum, as outras duas se configuraram como reuniões informativas, sem deliberações.

Ao falar sobre a questão do quórum deliberativo, Ventura e outros (2017, p.911) afirmam que “uma sociedade civil organizada apresenta um diálogo melhor com o governo”. Desse modo, entendemos que a realização das reuniões do CMS é de extrema importância para que haja a defesa do direito à saúde.

No entanto, alguns conselheiros têm faltado às reuniões, prejudicando muitas vezes o andamento das discussões e até mesmo as votações por falta de quórum: “A gente está tendo dificuldade porque depois da pandemia a gente ficou muito on-line e aí semana passada mesmo que tu veio, tu viu que não teve quórum, tá tendo muita falta de representantes” (E18CS).

As faltas constantes de certos membros do CMS fizeram com que alguns conselheiros identificassem, como necessidade, a troca de parte das representações.

Então ela não indica o nome porque ela não está participando, então a gente precisava mudar essa representação e só pode mudar pela lei, e colocar outros [...] (E3CS).

A mudança de algumas representações no Conselho, de entidades que vem faltando, então a gente sugeriu que pudesse mudar e convidar outras entidades e aí para fazer esse processo a gente tem que usar a Câmara Municipal, tem que fazer projeto de lei (E6CS).

E também, não sei se eu estou equivocada, a composição do Conselho eu acho que ela também tem que ser modificada [...]. Aquela composição que tem lá talvez a gente possa abarcar mais outros espaços mais necessários que existe em Feira de Santana, porque uma composição que você faz lá atrás 20 anos atrás, sei lá, 15 anos atrás hoje atualmente já é uma outra realidade, não é verdade? (E17CS).

Nas reuniões, observamos que os conselheiros fizeram alteração do regimento do Conselho, mas precisam que ele seja aprovado pelo prefeito e encaminhado à Câmara Municipal de Vereadores. Outrossim, esse ‘novo’ regimento está no gabinete do prefeito há um tempo sem eles obterem resposta; os conselheiros comentaram sobre a necessidade de agendarem uma reunião com o prefeito para conversarem sobre a importância da sua deliberação para o encaminhamento do processo.

Por outro lado, com relação à realização das reuniões on-line, os conselheiros (E11CS, E14CS) divergem sobre as facilidades referidas por alguns participantes, considerando-a limitante: “[...] as reuniões têm sido feitas de forma remota, então assim nota-se que houve uma quebra na qualidade da profundidade das discussões [...]” (E14CS).

Nesse período por conta do COVID elas têm sido assim on-line as reuniões é não com tanto fervor porque até porque é uma coisa mais fria tal, e ... mas tem acontecido, tem, as discussões têm sido assim continua sendo assim muito fortes, porém, eu queria sentir mais os conselheiros atuantes (E11CS).

Ademais, a fala do E3CS acrescenta que a realização de reuniões on-line e o presidente do CMS controlando a reunião acabam limitando a participação dos conselheiros.

[...] você tem uma reunião de Conselho que **o debate ele se concentra mais em duas, três pessoas e com o secretário de saúde, que é o presidente, está certo? É ... ele tem também prerrogativa de estar na mesa controlando, ele isso limita também a participação.** Como a reunião é virtual, limita mais ainda (E3CS).

Pensamos que, realmente, o fato de o secretário de saúde presidir as reuniões poderá ‘intimidar’ a participação dos conselheiros, influenciando diretamente no seu protagonismo. Desse modo, Bortoli e Kovalski (2020, p.8) entendem que, no exercício do controle social, as liberdades fundamentais precisam ser asseguradas, como a “liberdade de consciência, de opinião, de expressão, de associação e as propostas não devem ser constrangidas pela autoridade de normas e requerimentos postos”.

Com referência ao controle social, segundo Sposati e Lobo (1992), o que se quer é a atuação de um sujeito que se contrapõe, que tenha força e presença para intimidar e ser protagonista, ou seja, ser sujeito e não sujeitado, que tenha capacidade de se contrapor aos que possuem o poder institucional, e que tenha inserção significativa na constituição coletiva do direito à saúde.

Mas, em divergência à fala do E3CS a respeito da participação do Secretário Municipal de Saúde, o E14CS a considera um “avanço muito importante”.

[...] só o fato do gestor municipal de saúde ter que colocar na agenda dele aquele momento que ele vai ter que parar para poder ouvir a comunidade, ouvir, isso **para mim é um avanço muito importante**, porque eu acredito que no dia que isso acabar, a situação vai ser muito pior porque eles vão ter a possibilidade de atender somente os interesses que vai favorecer diretamente aos interesses deles (E14CS).

Essa fala explicita que o CMS é um local em que o gestor municipal [SMS] precisará ouvir os anseios dos cidadãos, configurando-se, assim, como um espaço democrático, reforçando que “no dia que isso acabar, a situação vai ser muito pior [...]”.

Porém, contraditoriamente, o E11CS refere como aspecto limitante não haver uma eleição para a escolha do presidente do CMS, sendo sempre o Secretário Municipal de Saúde.

O Conselho tem uma coisa que eu não gosto, em particular, e isso é uma luta que a gente vai travar lá adiante que... **a lei diz que o Conselho não pode ser, o presidente não pode ser [...] o secretário de saúde, até pode, porém, tem que ser numa eleição entre as partes, e aqui não, aqui existe uma lei municipal**, pelo menos foi o que nos foi passado, que obrigatoriamente é o secretário (E11CS).

Essa é uma realidade que merece uma reflexão, pois o fato de o presidente do Conselho ser o Secretário Municipal de Saúde foi o limite mais referido pelos participantes deste estudo, tanto por conselheiros quanto usuários (E1CS, E3CS, E7CS, E10CS, E11CS, E17CS, E2U, E8U, E15U), para uma atuação efetiva do CMS, como explicitados em três (3) falas a seguir.

A gestão municipal é também a presidência do Conselho e eu acho que isso impacta sobremaneira assim na, de como o Conselho consegue andar [...] e impacta no que o Conselho é, porque o Conselho acaba sendo é uma parte de gestão porque ele atende às demandas que a gestão traz, **a gestão tem mais voz, a gestão tem mais poder de decisão porque todo o controle inclusive das reuniões e das pautas está com a gestão** (E1CS).

[...] não tem cabimento mais o Conselho ele ter é a ordem para administrar através de um gestor isso é uma, isso é **uma coisa antidemocrática, antipolítica, entendeu?** (E10CS)

Na hora que eu tenho um **secretário de saúde sendo presidente com Conselho Municipal de Saúde, é raposa vigiando galinha** (E15U).

Segundo o regimento atual do CMS, o presidente do Conselho é o secretário municipal de saúde, não há uma eleição para sua escolha, o que contradiz as orientações da Resolução nº 453/ 2012 (BRASIL, 2012a), de que o presidente do Conselho ‘deve’ ser eleito pelos seus membros em reunião.

Como referido anteriormente, o ‘novo’ regimento já está em trâmites para legalização; enquanto isso não acontecer, não poderá haver eleição para a presidência do CMS, nem serem alteradas as entidades que o compõem.

De modo diferente dos demais conselheiros, segundo o E10CS, foi realizado um acordo entre o presidente do CMS e os conselheiros para que o presidente permanecesse: “[...] quando eu cheguei no Conselho já estava é, esse acordo feito, ou se deixava a presidência a critério do

Secretário de Saúde no caso na época era [cita nome] né, ou a gente não conseguia consolidar é os conselhos locais de saúde” (E10CS).

Tal afirmação tem uma dimensão política inadequada e uma dimensão simbólica equivocada, uma vez que se observa cooptação por parte da gestão para que ela não perdesse a presidência do CMS, sob a ameaça de não aceitarem a formação de CLS caso houvesse eleição para presidente, portanto, entendemos também que há um desrespeito à autonomia dos conselheiros.

Ainda com relação ao secretário de saúde ser o presidente do CMS, o E3CS complementa a ideia, ao reforçar que essa influência da gestão vai impactar negativamente no aspecto democrático do CMS.

[...] o aspecto democrático dele fica um pouco fragilizado por conta da institucionalidade e pelo *modus operandi* da classe dominante que está dentro do Conselho e está fora através da gestão, então a gente vai ver que ele tem limites, ele tem obstáculos e, portanto, desafios para superar (E3CS).

Acreditamos que, em consequência desse impacto negativo, é necessária a aprovação do ‘novo’ regimento para a escolha do presidente do CMS via votação democrática, no sentido de não só escolher o futuro presidente, mas também oportunizar sua rotatividade para efetividade das ações, sendo inclusive isso defendido por Bortoli e Kovaleski (2020), uma vez que a rotatividade dos segmentos na presidência do Conselho é favorável para efetivar as deliberações. Desse modo, vemos que é premente que o regimento do CMS seja alterado e aprovado para que permita que outros segmentos possam ocupar a presidência, a fim de possibilitar um controle social mais democrático.

Além disso, outra fala, que consideramos de significados que merecem reflexões, evidencia que essa influência do gestor na atuação do CMS também impacta sobremaneira na sua funcionalidade, com o próprio poder desse gestor conforme “os interesses da sua administração”.

Os limites são todos, porque o Conselho Municipal de Saúde ele é uma instância consultiva é, porém é parcialmente deliberativa, não tem muito poder, não tem muito poder decisório direto sobre financiamento, sobre escolhas, sobre imposição de convocação de concursados, por exemplo, ele pode somente fazer uma boa ação, ele pode somente solicitar, fazer, pedir, enfim o Conselho Municipal de Saúde é um espaço privilegiado onde a sociedade pede que os seus anseios sejam atendidos, mas na prática quem tem a ‘caneta bic’ **é quem resolve, é o gestor, e o gestor [Secretário de Saúde Municipal] resolve conforme seus interesses, os interesses da sua gestão, da sua administração** (E14CS).

Dando continuidade à sua fala, esse entrevistado complementa que as ações do CMS têm pouca efetividade, e que acabam prevalecendo as decisões da gestão.

[...] mas na prática minha experiência também já provou que não influencia em muita coisa [CMS], faz barulho, às vezes aparece numa reportagem ou em outra, mas na prática acaba acontecendo exatamente conforme a gestão é municipal, ou a gestão privada é delibera e toca em frente né, e eles sempre vão ter bons argumentos jurídicos, eles sempre vão ter uma boa assessoria é que vai corroborar e vai fazer acontecer exatamente o que ele deseja (E14CS).

Nessa direção, os usuários (E2U, E8U, E15U) têm falas convergentes à do E14CS a respeito do CMS sobre a efetividade nas suas ações e dizem que, muitas vezes, funciona apenas como “órgão consultivo e burocrático”, “transmissão das coisas que vêm acontecendo”, “grande maioria [conselheiros] ou é ‘aparelhada’ ou é coagida para ir”.

Às vezes o Conselho **ele se torna apenas consultivo, algo meramente burocrático** (E2U).

[...] e aí você às vezes sentir que aquele espaço é espaço de correia de transmissão né, **não é um espaço de debate**, é só de ‘correia’ de **transmissão das coisas que vêm acontecendo**, ou que tenha sido implementado pela secretaria de saúde, quando há a grande maioria, porque você vê que a **grande maioria ou é aparelhada ou é coagida para ir**, então eu acho que é uma coisa que precisa ser discutida, ser debatida, ser colocada para ser superada (E8U).

Então quer dizer o Conselho acaba não tendo efetividade na sua ação [...] (E15U).

Esse contexto pode ser visto em outras realidades, como destaca o estudo de Durán e Gerschman (2014), no qual o Conselho de Saúde muito institucionalizado beneficiou uma atuação que hierarquiza e legitima as decisões e propostas do gestor.

Tais afirmações sustentam que o CMS não tem exercido a sua função de fato, uma vez que o inciso 2 do artigo 1º da Lei 8142 (Brasil, 1990a, s.p.) diz que o CMS,

[...] 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.

Diante do panorama apresentado sobre o CMS ser apenas consultivo, é urgente que haja uma sensibilidade dos gestores, membros do Conselho e cidadãos em geral, para desconstruir tal prática. Porém, é necessário um movimento dentro do CMS em prol de garantir que seu protagonismo seja assumido pelos conselheiros e respeitado pela gestão.

De outra parte, a falta de informação ou o desconhecimento foram explicitados pelos próprios conselheiros (E4CS, E5CS, E9CS, E10CS e E17CS), o que pode prejudicar o protagonismo deles, como exemplificado em três falas a seguir.

Então, eu acho que o ‘nó’ crítico muito dos Conselhos, principalmente do nosso Conselho Municipal de Saúde é isso: **a falta de informação** (E4CS).

[...] às vezes assim **a gente fica limitado com determinadas coisas ou pela falta da informação, ou por alguma dificuldade de entendimento** porque como eu falei com relação as leis existe muitas e a gente precisaria se debruçar mais para estar se informando mais com relação a isso para levar para as discussões no conselho e que isso possa ser disseminado entre mais pessoas (E5CS).

Para mim esse é **o fator limitante é o desconhecimento, a não capacitação dessas, das pessoas que fazem parte do Conselho**, e que **muitos ainda enxergam o Conselho como espaço político**, um espaço onde você pode buscar favorecimentos (E9CS).

Os E2U e E15U ratificam essa falta de conhecimento dos conselheiros como fator limitante: “[...] **muitos conselheiros não entendem nem o que é o SUS** às vezes, sabe?” (E2U); “[...] você **não tem uma preparação dos conselheiros para efetivamente desempenhar bem o seu papel**” (E15U).

Tal realidade é também apresentada em outros estudos (ALENCAR, 2012; GUIZARD *et al.* 2015; BORTOLI; KOVALESKI, 2019), em que os próprios conselheiros reconheceram seu “despreparo” para uma atuação efetiva, o que mostra premente uma necessidade de informações e conhecimentos do ponto de vista de uma Educação Permanente em Saúde, para exercerem suas atividades como responsáveis pela defesa dos interesses coletivos em favor do direito à saúde.

Em especial, a EPS é destacada no estudo realizado por Alencar (2012) na formação desses conselheiros, o que fortalecerá a atuação do CMS com relação à proposição, à deliberação e à fiscalização das políticas de saúde. Contudo, para Bortoli e Kovaleski (2020), o desafio é sensibilizar os conselheiros de que eles precisam ampliar seus conhecimentos políticos, éticos e técnicos.

Consequentemente, a falta de conhecimento dos conselheiros sobre o regimento do CMS poderá interferir na participação da comunidade nas reuniões.

[...] a gente pode solicitar a palavra essa palavra ela ser submetida ao pleno do Conselho e ele decidir se ele me cede a palavra ou não enquanto sujeito que participa da reunião. Então eles avaliam se eu posso falar sobre determinada temática ou não, mas isso em [cita o município] isso nem acontece, o secretário atual inclusive ele leva ao pé da letra que ninguém pode falar e ele esquece essa outra parte do regime, certo?

[...] eles se aproveitam do desconhecimento do regimento, inclusive pelos conselheiros, para cercear a palavra das pessoas que vão às reuniões (E2U).

Nessa situação, das reuniões observadas, apenas em uma delas houve a participação direta de usuários do SUS quando um deles pediu a palavra e os conselheiros avaliaram se ele podia falar; outro usuário colocou no chat da reunião, que acontecia de forma remota, uma sugestão de pauta a ser discutida, uma vez que o presidente interino oportunizou aos conselheiros apresentarem os assuntos que gostariam de discutir, entretanto não foi realizada em reuniões posteriores a discussão sobre as temáticas.

A respeito dessa participação, destacamos que a reunião foi a primeira observada sem a presença do secretário de saúde, uma vez que, naquele momento, ele foi afastado do cargo por conta de investigações da Polícia Federal, tendo assumido a Secretaria de Saúde sua chefe de gabinete e, conseqüentemente, a presidência do CMS.

Os resultados do estudo de Rocha e outros (2021, p.11) mostram que a posição assumida por governos e gestores responsáveis pela prestação dos serviços de saúde muitas vezes impede a participação proativa da sociedade civil, uma vez que, ao se comportarem contrários à participação, eles acabam por prejudicar o processo, desde o “esvaziamento de poder dos conselhos, às práticas de cooptação e clientelismo”, tornando o conselho um órgão que meramente homologa as deliberações de outras instâncias.

Apesar desse e de outros aspectos já abordados aqui, resgatamos o estudo de Rocha e outros (2021) ao referenciar que a gestão precisa entender e respeitar a atuação, o protagonismo do Conselho, assim como a sociedade civil necessita estar preparada e organizada para representar os anseios do segmento dos usuários. Desse modo, os autores reiteram que, se cada uma das partes tiver consciência de sua responsabilidade e atuação, poderá acontecer a elaboração de intervenções adequadas no desenvolvimento e no acompanhamento de políticas públicas de saúde efetivas.

Diferente das falas anteriores, a fala do E3CS refere como avanço as reivindicações do Conselho atendidas na Programação Anual de Saúde (PAS): “Então o que tem de avançado foi exatamente o produto do controle social que está na programação anual, mas tem limitações [...]” (E3CS).

Em uma determinada reunião do CMS, observamos que foi apresentado pelo Setor de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde a PAS, e alguns conselheiros falaram sobre o fato de algumas propostas da última Conferência Municipal de Saúde [realizada em 2021] serem acatadas na PAS.

Desse modo, analisando a PAS 2022 e o Relatório da Conferência Municipal de 2021, vimos que muitas propostas da Conferência foram contempladas nesse instrumento de gestão.

Como foi dito anteriormente, no PMS 2022-2025 foram priorizadas propostas da Conferência Municipal de 2021, mas observamos nesse documento que, apesar de essas ações serem priorizadas como de execução imediata, algumas delas não foram contempladas nem no PMS e nem na PAS, enquanto outras foram colocadas apenas na PAS ou no PMS. Não obstante, compreendemos que a análise das ações propostas na Conferência Municipal de Saúde se constitui como um passo importante para o controle social em saúde, tendo em vista que suas demandas foram levadas em consideração para o planejamento em saúde do município, garantindo, assim, que os usuários do SUS sejam ouvidos.

Quanto à Conferência Municipal de Saúde, foi considerada pela E2U um avanço a realização das Conferências de Saúde pelo CMS: “Mas acredito que esses micro avanços que o Conselho tem dado de fazer Conferências ‘certinhas’, Conferências que de fato em alguma medida mobiliza a sociedade ou chama sociedade a discussão”.

Tal fala, aparentemente, deixa evidente que a Conferência Municipal de Saúde tem se constituído como um espaço relevante de participação não apenas das pessoas que compõem o CMS, mas de todos os cidadãos que o desejarem, possibilitando, assim, que as demandas da população sejam discutidas e identificadas possíveis intervenções. Além disso, o fato de algumas das propostas discutidas nas conferências estarem sendo incorporadas pela PAS é um avanço para a democratização das deliberações.

Apesar de a maioria dos participantes referir que existem avanços/ facilidades para a atuação do CMS, os usuários E13U e E15U e o conselheiro (E17CS) relativizam sobre os avanços, como exemplificado na fala do E13U: “[...] na verdade eu não vejo muito avanço, eu só vejo a vontade de alguns poucos que fazem parte do Conselho que estão inseridos na comunidade é lutar e querer [...]”.

Todavia, há divergências sobre esses avanços, pois tanto conselheiros (E7CS; E16CS) quanto usuário do SUS (E12U) referiram não existirem avanço ou facilidade.

Por sua vez, considerando que todas as dificuldades e os limites já relatados vão influenciar diretamente no acesso à saúde, para o E11CS, a maior dificuldade é fazer os serviços funcionarem na ‘ponta’: “[...] no meu olhar lá tu termina consensuando, no entanto na hora da execução na ponta é que chega as dificuldades” (E11CS).

Para o E13U, essas dificuldades são provenientes da falta de estrutura para o atendimento à população, conforme a fala a seguir:

No sentido das necessidades básicas que as unidades precisam de medicação, por exemplo, é na falta de medicação, na supressão de medicamentos que antes tinha nas unidades e que não tem mais e que deveria ter, na questão do material de curativo [...] **é na falta de estrutura**, na falta de material de trabalho para os profissionais [...] (E13U).

Essas situações podem estar relacionadas ao fato de os participantes deste estudo esperarem ações que tenham um retorno imediato ou uma atuação mais efetiva do CMS sobre as políticas públicas de saúde do município.

Tivemos a oportunidade de observar, em algumas reuniões, a verbalização de determinados conselheiros no que ocorrer sobre a falta de medicamentos e insumos nas unidades de saúde, e questionaram por que isso acontecia. Naquele momento, o presidente do CMS respondeu que a demora era devido ao processo de licenciamento que estava em curso. Isso vem reforçar a fala do E12U sobre a morosidade dos serviços públicos.

Às vezes é muito difícil a gente trabalhar com o poder público, sabe? Porque eles demoram demais de resolver os problemas e a comunidade não espera, a saúde não espera, educação não espera, eles demoram demais (E12U).

Tais dificuldades podem ter como agravante as questões financeiras do município, referidas pelos E5CS e E6CS, sendo uma dessas falas exemplificada a seguir: “Com relação a [dificuldade] financeira existe alguns limites, mas que são impostos pela própria lei [...]” (E5CS).

Lembramos que o financiamento da saúde sempre foi um assunto preocupante e que tem se agravado diante do atual contexto político, em que houve o congelamento do financiamento da saúde por meio da Emenda Constitucional nº 95/ 2016 (BRASIL, 2016).

Até aqui discutimos os avanços/ facilidades e dificuldades/ limites que influenciam no protagonismo dos conselheiros municipais de saúde, mas, durante as entrevistas, também foram mencionadas perspectivas para a atuação no CMS, apontadas a seguir.

Para o E7CS, a perspectiva é que haja mudança, que o presidente não seja mais o Secretário Municipal de Saúde.

Dizem que quando ter a próxima eleição que isso vai se mudar então vamos esperar a próxima eleição pra ver, se realmente vai mudar porque desde antes de eu ser conselheira já participei de algumas reuniões como estudante e sempre era o secretário de saúde que estava lá dentro o tempo todo (E7CS).

Os entrevistados E4CS e E17CS têm a perspectiva de haver eleição para escolha do presidente do CMS:

Então se houvesse uma eleição eu acho que o Conselho seria uma atuação diferenciada, então a prospectiva seria que se tivesse uma eleição [...] (E4CS).

[...] não é que fazendo alternância de poder que o Conselho vai ficar maravilhoso, mas você vai ter uma retroalimentação do processo, entende? Vai ter uma retroalimentação do processo e aí você tem a garantia de que tem o mesmo direito que eu, entende como é? (E17CS)

Nas falas desses conselheiros, a eleição do presidente influenciará no caráter democrático do conselho, uma vez que partirá do princípio de que os seus representantes podem escolher o presidente, além de possibilitar que a presidência seja dissociada do gestor da SMS.

Um exemplo apresentado no estudo de Rocha, Moreira e Bispo Júnior (2020) a respeito da realização da eleição para a mesa diretora do conselho possibilitou que houvesse um distanciamento do presidente do Conselho do segmento da gestão. Para os autores, essa ação potencializa a autonomia ao viabilizar uma postura democrática e independente no desenvolvimento dos trabalhos.

Além da eleição, para o E17CS, é necessária também uma reestruturação do regimento para a reorganização da composição do Conselho.

Primeiro fazer eleição; segundo que a gente possa conseguir fazer uma reestruturação do regimento interno, que a gente possa fazer uma reestruturação da composição do Conselho porque se a gente não consegue organizar, a nossa casa fica complicado (E17CS).

Mas, contraditoriamente ao E17CS, o E18CS afirma que o CMS está se renovando, tendo em vista que está havendo trocas de representantes constantemente.

Tem, tem, porque está renovando; todo ano tem que renovar né a composição dele e agora está renovando; então, assim, a partir do momento que inova sempre é solicitado aos conselheiros se ele tem realmente intenção de querer continuar ou não e, se não, indicar alguém que seja ativo, acho que é isso (E18CS).

Apesar de a fala do E18CS afirmar renovação anual dos representantes do CMS, essas ‘trocas’ não acontecem anualmente, tendo em vista que as eleições do CMS acontecem a cada dois anos, e, segundo as observações nas reuniões, assim como as falas dos entrevistados, as eleições já deveriam ter acontecido, mas estão atrasadas por conta da pandemia do COVID-19. Além disso, o que se observou nas últimas reuniões que aconteceram de forma presencial é que algumas entidades cujos representantes não estavam participando das atividades do CMS foram convidadas a enviar outros representantes, havendo assim o ‘ingresso’ de novos representantes.

Por outro lado, percebemos que alguns conselheiros já ocupam o cargo de conselheiros há muitos anos.

Para Gomes e Orfão (2021), a baixa rotatividade e a não existência de um limite para o número de mandatos levam a uma ‘profissionalização’ dos conselheiros, o que pode permitir a permanência de práticas com poder de influenciar na insuficiência do exercício democrático. Diante disso, entendemos que é importante encorajar outros sujeitos sociais para que eles participem dos espaços do controle social e tragam novos olhares para essas instâncias.

Além disso, o participante E1CS tem como perspectiva que a presidência do CMS seja assumida por representantes da sociedade ou que eles tenham a mesma influência que a gestão nas decisões.

E a gente vem tentando a um tempo é que a [...] comunidade assuma que a população, que os representantes da população assumam a mesa ou faça parte em proporções de força igual à da mesa gestora do Conselho, é, então enquanto há luta há esperança né eu acho que só a luta muda as coisas de fato (E1CS).

Porém, a eleição de presidente do CMS precisa ser mais independente e seus membros precisam ser ouvidos pelo presidente, como defende o E10CS: “[...] a gente gostaria, a gente gostaria de um conselho mais independente aonde os seus pares pudesse dizer “ó, eu quero isso” com o presidente [...]”.

Quanto ao E14CS, a perspectiva é que haja mais democracia e participação popular no CMS.

Eu enxergo o Conselho Municipal de Saúde como uma trincheira, talvez um espaço de resistência onde as pessoas que ainda estão inseridas nesse processo acreditam que é poder ter esse espaço pra marcar posição, quem sabe num momento futuro; mais é receptivo às ideias de democracia e participação popular esse Conselho de saúde possa vir a ter uma outra conotação, uma outra perspectiva, uma perspectiva talvez de mais democracia e participação direta que é o que a maioria almeja [...] pelo que eu noto nas intervenções, e nos ao longo desses anos que eu participo no Conselho Municipal de Saúde a ideia sempre era de, a ideia de todos era que pudéssemos ser mais e pudéssemos influir mais (E14CS).

Infelizmente, segundo Carvalho e outros (2017), apesar de a participação da comunidade ser institucionalizada no SUS, ela não é uma garantia de que as oportunidades de acesso ao poder serão iguais para todos os participantes e nem anula as diferenças de caráter reivindicatório entre os representantes sociais.

É importante que se tenha um equilíbrio entre os poderes dentro do CMS para que os representantes dos usuários e dos trabalhadores sejam ouvidos e tenham a possibilidade de

fazerem valer as suas opiniões, cabendo à gestão respeitar e aceitar a atuação desses segmentos, uma vez que, para o E2U, o Conselho não vai ser sempre um ‘apêndice’ da gestão, pois se espera que o CMS não seja apenas um órgão para validar as decisões da gestão.

A perspectiva é que na política tudo muda, as coisas estão aí para serem transformadas, e eu não acredito que a gente vá ter sempre esse Conselho de saúde de apêndice da gestão municipal, entendeu? (E2U).

Como vemos, é importante que a autonomia dos conselheiros seja garantida para que eles atuem em prol da resolução das demandas da população e não apenas na regularização das ações e nos planejamentos da gestão.

Contudo, diferentemente dos demais entrevistados, para o E13U, é necessário o desenvolvimento de um trabalho de parceria dentro do Conselho.

[...] eu acho que **as pessoas precisam trabalhar como parceiros, como colaboradores e não como é subordinados** [...] então eu acho que isso vai contribuir mais porque aí eles vão conseguir se colocar no lugar dos outros, os que realmente precisam do SUS e vão enxergar melhor essa necessidade e vão agir mais que é o que eu acho que tá faltando, seja profissional, seja profissional do SUS, seja gestão, enfim (E13U).

Concordamos com tal fala ao entendermos que os interesses dos usuários do SUS só serão de fato resguardados quando gestores, trabalhadores e usuários se entenderem como parceiros que têm os mesmos direitos e deveres dentro do CMS e estiverem dispostos a lutarem juntos pelo bem comum da população, considerando suas necessidades.

Ademais, os conselheiros E3CS e E5CS reforçam que a mobilização das pessoas vem fortalecer o controle social.

Então eu vejo na frente uma coisa boa, eu vejo na frente um movimento em Feira que deve, que deve se mobilizar para e vai fortalecer o controle social, está certo? Mas isso não é não depende de uma avaliação ou de uma reflexão, isso é uma questão prática, então acho que é nesse aspecto (E3CS).

Sim, a gente torce é ... para que cada vez mais pessoas possam está se engajando, está se envolvendo, para poder está passando, é fazendo parte do conselho e está passando essas informações para população como um todo (E5CS).

Complementando essas falas, o E8U sustenta que o município possui espaços de mobilização e pessoas comprometidas com a comunidade e que ele acredita no trabalho do controle social.

Existem espaços de mobilização na cidade, espaço de educação e pessoas também comprometidas com o que estão fazendo né, tanto no sentido técnico da coisa, como no sentido mesmo de busca mesmo dessa atuação mais, mais voltada para o usuário, mais comprometida com o usuário, eu acho que existem boas iniciativas, eu ainda acredito [risos], apesar de tudo eu ainda acredito na força, na potência que é o controle social dentro da do sistema de saúde (E8U).

Diante das falas apresentadas, concordamos aqui com Oliveira e Pinheiro (2010) quanto ao fato de que é preciso adotar dispositivos de democracia participativa como uma estratégia política, social e cultural, de modo que cumpram com o desenvolvimento da esfera pública e com uma maior participação dos representantes da população/ dos sujeitos no debate público e nas decisões a respeito das questões sobre o coletivo.

Mas, para que haja a organização da sociedade, é necessário que ela seja instruída a respeito das políticas públicas de saúde e do funcionamento das instâncias do controle social, como foi relatado por alguns participantes do Grupo 2 - usuários do SUS.

[...] a gente precisa ter uma participação mais efetiva no Sistema Único de Saúde e isso passa por uma formação contínua de multiplicadores mesmo [...] de multiplicadores de pessoas que entendam o SUS... (E2U).

[...] primeiro é preparar a população para entender o que é saúde e os determinantes sociais dela e como cobrar para que de fato o direito constitucional seja implementado (E15U).

Assim, a partir do exposto, entendemos que é necessário o desenvolvimento efetivo de espaços de discussão que possibilitem a gestão colegiada entre usuários, trabalhadores e gestores de saúde, para que juntos pensem, discutam e executem políticas públicas que busquem garantir o direito à saúde. Logo, é imprescindível que os cidadãos sejam estimulados a participarem desses espaços de discussão, e, para isso, as instâncias do controle social precisam ser (re) conhecidas pela população, cabendo aos gestores e profissionais de saúde fazerem a divulgação, conforme preconizam as diretrizes da política de educação permanente para o fortalecimento do controle social em saúde.

Ainda, Rezende e Cordeiro (2019) afirmam que há necessidade de sensibilizar e politizar os cidadãos para participarem do controle e se responsabilizarem pela saúde individual e coletiva, a fim de que haja o restabelecimento de um sistema de saúde que assista à população de acordo com os princípios do SUS.

Concordamos com Guizardi (2015), ao afirmar que as instâncias do controle social precisam produzir movimentos que extrapolem os seus espaços e aproximem a participação política do cotidiano da população e dos serviços de saúde.

Todavia, os E2U e E13U defendem que o CMS precisa incentivar o fortalecimento e a implantação dos CLS para ter suporte e para um maior envolvimento da comunidade.

Então, por isso eu acho que a as perspectivas aí desse Conselho Municipal é a gente fortalecer os conselhos que já existem, reoxigenar né a participação social dentro deles e fazer com que os outros Conselhos Locais também sejam formados e eu acho que isso vai dar um suporte para o Conselho Municipal de Saúde talvez até para mudar essa conjuntura que a gente tem hoje (E2U).

Bom, as perspectivas do Conselho Municipal é uma das tem acontecido que é criar os conselhos locais de saúde, hoje nós temos 33 aqui em Feira de Santana, Conselhos Locais de Saúde, e continuamos fazendo eleição porque é algo legal, a nível Federal, para que a comunidade possa estar mais inserida, mais envolvida com seus próprios interesses, que são interesses justos, que são interesses coletivos (E13U).

As falas desses entrevistados deixam claro que o CLS é um espaço que pode estimular as pessoas a participarem politicamente, tendo em vista que partem de discussões voltadas para a realidade local, e, desse modo, podem subsidiar as ações desenvolvidas pelo CMS ao levarem suas demandas para debates e deliberações.

Apresentamos a seguir uma situação sobre a questão vista com positividade a partir do estudo de Vale e outros (2017), ao identificar potencialidades relacionadas à participação enquanto conselheiro em CLS, como o desenvolvimento da autonomia em movimentos sociais relacionados às políticas públicas, a criação de relações interpessoais, a sensação de ser representante de uma comunidade e a condução da exposição de interesses sociais locais.

Ademais, a fala a seguir reforça que, para que os CLS de fato exerçam seu protagonismo, é necessário que eles conheçam o funcionamento do SUS, com a formação dos conselheiros locais de saúde, tese defendida por um usuário na fala a seguir:

[...] **investir na formação dos conselheiros locais de saúde** que na hora que nós investirmos bem na formação dos conselheiros locais de saúde eles serão os **futuros conselheiros municipais e com melhor compreensão de como o SUS** possa de fato ter resolutividade dentro do município (E15U).

Por sua vez, os conselheiros E3CS e E17CS concordam sobre a necessidade da formação dos conselheiros municipais de saúde:

Para o avanço é importante colocar em prática a política de educação permanente em controle social, é fundamental curso, as capacitações, está certo? (E3CS)

[...] e tentar fazer um trabalho antes das eleições com as diversas entidades, do que é mesmo o papel, qual vai ser o teu papel aqui, entendeu? Porque tem gente que chega ai meu Deus do céu “fui mandada aqui, fui mandada representar aqui” e aí está pensando que é só para ir lá e acabou e às vezes nem aparece em reunião (E17CS).

Por conseguinte, Rezende e Cordeiro (2019) defendem que é necessário estimular o conhecimento dos conselheiros por meio de instrumentos e tecnologias, com a difusão e a discussão de documentos, normas e estudos científicos imprescindíveis para levar a reflexões sobre a realidade e discutir como enfrentar os limites para aperfeiçoar as políticas de saúde. Para tanto, os conselheiros precisam ter compromisso com suas ações e sua formação, assim como a consciência da sua corresponsabilidade com a gestão, além do interesse em participar na luta pela saúde.

Ainda nesse estudo, os autores fazem referência à Educação Permanente como uma das estratégias essenciais para potencializar o desempenho do controle social com vistas a fornecer aos conselheiros reflexões e capacidade crítica que possibilitem uma maior fluidez nos debates e nas deliberações.

Além disso, segundo Monteiro e Moraes (2017), os processos pedagógicos da Educação Permanente para o controle social favorecem a promoção da ação do sujeito social sobre a concretização do direito à saúde, ao oferecer instrumentos para intervir no cotidiano dos serviços e da comunidade, a partir de metodologias participativas, que reconhecem as vivências e experiências.

Desse modo, a EPS não é apenas uma questão de entendimento, mas uma prioridade para os conselheiros de saúde, de todas as instâncias do controle social, pela importância para o seu desempenho, uma vez que permite a eles reflexões acerca da sua prática e sobre as realidades e demandas da população, para, assim, pensarem e discutirem sobre possíveis soluções.

Por sua vez, o E17CS comunga com a relevância da EPS ao justificar que os membros do Conselho precisam compreender como acontecem os processos no CMS e se reconhecerem como representantes de uma entidade, a partir dessa formação.

Eu acredito que nós só iremos avançar se nós tivermos uma sociedade civil é vamos dizer assim com entendimento, não precisa ter anel no dedo não, mas ter entendimento do processo e faça a representação do órgão da qual ele está ali a representar, entendeu? (E17CS)

Já o desejo do E16CS é que as reuniões voltassem a acontecer de modo presencial para que houvesse maiores discussões.

A gente precisa de voltar presencial, o presencial está sendo um, num está tendo, voltou e parou, então isso atrapalha muito porque a gente acaba só discutindo as

pautas, principalmente aquelas prioritárias e as que possa ser construída a gente não, não está tendo (E16CS).

Além disso, ainda a respeito dos aspectos organizacionais do Conselho, o E17CS faz referência à necessidade de ter um calendário fixo das reuniões: “**Tem que ter o dia certo da reunião, o calendário fixo da reunião**, porque todo mundo trabalha, todo mundo tem o que fazer, eu não posso trocar a reunião de quarta-feira para segunda, entende?”.

A esse respeito, tivemos oportunidade de observar que as reuniões tinham um dia fixo para acontecer, na primeira quarta-feira de cada mês. Mas houve necessidade de trocar a data de uma reunião, uma mudança que foi decidida durante a reunião anterior com os conselheiros. Apesar disso, a reunião que estava agendada para acontecer de forma presencial não aconteceu por falta de quórum, sendo realizada apenas uma reunião ampliada sem deliberações.

No entanto, mesmo diante das perspectivas apresentadas pela maioria dos entrevistados sobre a atuação do CMS, um dos conselheiros não vê “grandes perspectivas”.

No nosso momento atual eu não vejo grandes perspectivas não, a não ser daquelas pessoas que têm a ideologia, a vontade de fazer acontecer, hoje eu não vejo eu posso dizer a nível municipal, a nível estadual, a nível nacional é grandes articulações e grandes movimentos de fortalecimento dos conselhos, isso não existe (E9CS).

Essa ‘desesperança’ é também permeada nas falas dos E2U e E12U, levando-os, às vezes, a desanimarem com o processo de luta, mas sabendo que é preciso continuar pela comunidade.

[...] às vezes a gente está baixo astral mesmo assim, a gente já não aguenta mais só né chegar nas reuniões e ver aquilo e quando a gente vai nas reuniões dos Conselhos Locais de Saúde que a gente vê aquelas pessoas no território fazendo pequenas coisas que são que impactam a aquela população ali, a gente entende porque é necessário lutar, sabe? Às vezes é uma coisa pequena, mas é importante, sabe? (E2U)

[...] as perspectivas é a esperança né, não pode perder a esperança e desistir porque é... quando a gente desiste a gente tá desistindo do povo, da saúde, desistindo do cidadão então tem que continuar mesmo, mesmo tendo dificuldades, buscando [...] às vezes a gente desanima, mas na mesma da hora esse ânimo começa tudo de novo, não pode desistir, porque quando a gente desiste muitas pessoas vai sofrer porque você podia ajudar a alguém, um cidadão, uma família e quando você desiste está desistindo também das pessoas (E12U).

Vemos que, pelas falas desses usuários que participam das instâncias do controle social, eles aparentemente não fazem isso pensando apenas em melhorias para si ou para os seus, mas se atentam às necessidades do outro, do coletivo. Percebemos, assim, traços da Alteridade, uma

vez que eles entendem que o outro tem necessidades e que juntos precisam lutar por essas pessoas, considerando que os espaços do controle social em saúde são um caminho para isso.

Além do mais, essas são falas que manifestam que é importante a adoção não apenas da Educação Permanente em Saúde para a formação dos conselheiros, mas também é necessária uma formação política dos usuários do SUS para que eles compreendam seus direitos e como funcionam os espaços em que podem reivindicá-los. Sendo assim, André e outros (2021) entendem que os princípios e as diretrizes da política de Educação Popular em Saúde podem contribuir para promover a ampliação da consciência sanitária desses usuários na perspectiva das classes menos favorecidas.

Entretanto, comungamos com a ideia de Silva e Medeiros (2020) de que é preciso envolver as práticas do controle social da especificidade da educação popular, sendo necessário que a atuação do controle social seja expandida e inserida em espaços de prestação de serviços, para que as políticas sociais [nela incluídas as políticas de saúde – como destacado pelas autoras deste estudo] se tornem objeto de reflexão e construção compartilhada de conhecimento e transformação social.

Por isso, Silva e Medeiros (2020, p.11) advogam que o “controle social democrático das políticas públicas” poderá aprimorar seu potencial emancipatório ao passo que se firmar como espaço favorável “a politização e a organização da classe subalterna”, ou seja, quando a atuação do controle social acontecer em consonância com o processo de educação popular.

Enfim, é essencial a adoção de dispositivos de democracia participativa como uma estratégia política, social e cultural para que se possa cumprir com o desenvolvimento da esfera pública e com uma maior participação dos representantes da população/ dos sujeitos na discussão pública e nas deliberações sobre as questões que interessam ao coletivo (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As instâncias do controle social são fundamentais para que os cidadãos possam participar de discussões, proposições, controle e deliberações sobre as políticas públicas de saúde. Diante disso, compreendemos que o CMS é um espaço que permite o desenvolvimento de ações para garantir o acesso à saúde. Mas, também entendemos que essa instância enfrenta limites e desafios para sua garantia, sendo necessário o desenvolvimento de iniciativas que respondam ao compromisso daquilo com que se propôs a defender em prol das políticas públicas de saúde, considerando a ALTERIDADE dos sujeitos como protagonistas – Conselheiros Municipais de Saúde –, tendo inclusive a participação dos usuários do SUS, a partir do entendimento sobre saúde, direito e acesso à saúde e ações desenvolvidas na garantia do acesso à saúde como direito.

A respeito da inserção dos conselheiros no CMS, a maioria foi feita por indicação. Percebemos que nem no âmbito nacional nem no local existe legislação que exija a eleição do representante de cada segmento. Apesar disso, entendemos que a escolha por meio da eleição confere um aspecto mais democrático ao Conselho, uma vez que os segmentos a serem representados foram votados pelos pares, ou seja, seus representados.

Dentre as motivações dos conselheiros para ingresso no CMS, foram citadas: formação profissional e/ ou pessoal; história de participação nos movimentos sociais; participação anterior em outros conselhos; defesa contra desigualdades e injustiças; participação da luta por direitos sociais e pela saúde pública; interesse do segmento que representa em ter um representante no CMS; e até o pedido do “chefe”, sem qualquer motivação inicial.

A participação das pessoas, usuárias do SUS, no CMS é essencial para que, participando das discussões, elas consigam a efetivação dos seus direitos e reconheçam a importância da sua participação nesses espaços.

Os usuários do SUS também expressaram suas motivações para participarem das reuniões do CMS, dentre elas, formação profissional; participação no fórum popular de saúde e CLS; gosto pelo trabalho em prol do bem comum da sociedade; entendimento do CMS como espaço importante; luta por um Brasil justo; luta por uma saúde de qualidade; e necessidade de entendimento de como funciona o setor de saúde no município.

A população precisa ser motivada a participar dos espaços de controle social, em especial o da saúde, para que compreenda a realização da gestão dos serviços públicos e possa interferir neles.

O entendimento sobre saúde de usuários e conselheiros, na sua grande maioria, está relacionado desde o conceito ampliado de saúde formulado pelo MRSB, em que a saúde é resultante de determinantes sociais, ambientais e biológicos, até a concepção funcionalista, ligada a características biológicas e emocionais.

Diante da situação econômica e política do Brasil, alguns conselheiros e usuários do SUS se questionaram se seria possível alcançar a saúde, considerando-a uma utopia.

O direito à saúde foi tido como um direito de todos e dever do Estado, um direito fundamental de todo cidadão desde a concepção, do direito à vida e ao acesso a bens e serviços de saúde. Porém, para garantir esse direito, é essencial a efetivação das políticas públicas de acordo com as necessidades da população e um sistema de saúde organizado.

Apesar desses entendimentos, alguns conselheiros e usuários referiram que o direito à saúde não tem sido assegurado de fato na prática, principalmente por conta das desigualdades sociais. Desse modo, compreendemos que o direito à saúde é resultante do acesso aos serviços de saúde e de outras políticas sociais que possam garantir o usufruto de condições dignas de vida.

Quanto à compreensão sobre acesso, por sua vez, relaciona-se não apenas ao acesso aos serviços de saúde, mas também à necessidade do desenvolvimento de ações intersetoriais para que as questões sociais como educação, saneamento básico, meio ambiente, segurança, moradia, dentre outras, sejam garantidas.

O acesso foi destacado como a “realização do SUS”, expressando, dessa forma, que a concretização do SUS é necessária para garantir o acesso e, conseqüentemente, o direito à saúde, constituindo-se como a concretização da CFB de 1988.

Por outro lado, o acesso à saúde também foi relacionado a questões como insumos e serviços de saúde para atender as necessidades dos usuários, ter informação adequada para se movimentar na rede de assistência à saúde, e resolução das demandas apresentadas pelos usuários do SUS.

A respeito do acesso à saúde enquanto direito, foi enfatizado que é preciso que os princípios do SUS sejam colocados em prática para que se tenha o acesso, sendo considerados uma responsabilidade do Estado, e, para sua garantia, é necessária a organização e a regionalização do sistema de saúde. Além disso, foi perceptível na fala de alguns conselheiros que saúde não existe sem acesso, dessa forma, a concretização do direito à saúde depende do acesso.

Isso posto, para que o acesso à saúde seja garantido, é necessário que ele seja reconhecido como um direito e que os usuários do SUS entendam que também possuem

deveres. Desse modo, compreendemos que as pessoas precisam se envolver na participação social no SUS e reconhecer esses espaços como fundamentais para a defesa dos seus direitos.

Mediante tal realidade, o CMS permite a participação dos cidadãos nas decisões sobre as políticas públicas de saúde, o que pode interferir no acesso, ao passo que essas políticas são pensadas de acordo com as demandas apresentadas pela população. Assim, várias ações foram citadas como ações que podem influenciar na garantia do acesso à saúde, como discussão de determinados assuntos nas reuniões; proposição de ações nas Conferências Municipais de Saúde que têm sido incluídas na PMS e PAS; informações adequadas e seguras para a população; atendimento de denúncias e reivindicações da população; e fiscalização dos serviços de saúde.

Quanto ao entendimento de conselheiros de saúde e usuários do SUS sobre o controle social e Conselho Municipal de Saúde, o controle social foi tido como interligado ao SUS, reconhecendo-se que faz parte das suas bases legais, e que deveria ser o seu alicerce. Também foi entendido como o controle do Estado exercido pela sociedade, permitindo que a sociedade tenha ‘voz e vez’ para decidir e influenciar nas decisões da gestão da saúde, apesar de termos observado que poucos conselheiros participavam das discussões durante as reuniões. Outros entendimentos sobre o CMS foram referidos: contribuição com o bem comum da sociedade; conhecimento de como são utilizados os recursos, ou seja, fiscalização dos recursos financeiros da saúde e de como os serviços tem funcionado. Diante disso, entendemos que é necessário que os conselheiros compreendam que devem propor e deliberar a respeito das políticas de saúde.

Enfim, o CMS foi entendido como um órgão consultivo, deliberativo e colegiado; um desdobramento da participação, tendo o objetivo de exercer o controle social, em que usuários, trabalhadores e gestores precisam decidir juntos sobre as políticas de saúde. Desse modo, percebemos que só se conseguirá o desenvolvimento de ações de saúde efetivas ao se considerar as necessidades de saúde da população para o seu planejamento e execução, assim o CMS constitui um espaço propício para a escuta dessas demandas por meio da participação da comunidade.

Apesar de ser considerado uma conquista e de permitir uma aproximação dos usuários com o sistema de saúde e a gestão, para alguns conselheiros e usuários entrevistados, o CMS de Feira de Santana tem se configurado apenas como uma instância para aprovar as demandas da gestão. Salientamos que, ao considerar a Alteridade em suas ações, o CMS precisa levar em consideração as demandas apresentadas pelos segmentos que o compõem e não apenas as da gestão, para que as deliberações aconteçam para o bem comum de toda população.

Não obstante, os conselheiros precisam ser comprometidos e conhecer de fato seu “papel” enquanto conselheiro para exercerem o seu protagonismo de forma que traga bons resultados para a população. Assim, compreendemos ser importante o investimento em Educação Permanente em Saúde para os conselheiros a fim de subsidiar a sua prática.

Com relação às ações desenvolvidas pelo CMS de Feira de Santana, foi referido que ele possibilita a discussão e a formulação de políticas de saúde, bem como discute sobre os relatórios de gestão, PAS, PMS e aprovação de contas. Desse modo, percebe-se que o CMS tem desenvolvido atividades de envolvimento, proposição e controle sobre as ações e os serviços de saúde.

O CMS tem organizado seu trabalho em comissões e câmaras técnicas, destacando-se dentre as comissões a de visita às unidades de saúde ou outras instituições, realizadas com dois propósitos: caráter fiscalizador para verificar se as unidades estão funcionando de forma adequada após receberem uma denúncia ou com o intuito de a instituição visitada poder se vincular ao CMS e, assim, angariar possíveis financiamentos.

Outra ação realizada se refere à comissão sobre a formação dos CLS, com o objetivo de debater e apoiar o fortalecimento e a implantação de novos CLS no município. Entendemos que essa é uma ação fundamental para a democratização das políticas de saúde ao possibilitar que os espaços de controle social estejam mais próximos da população, oportunizando a sua participação.

No sentido de subsidiar o planejamento em saúde do município, as Conferências Municipais de Saúde foram citadas como uma importante ação desenvolvida pelo CMS. A análise do PMS 2022-2025 (FEIRA DE SANTANA, 2021c-Doc.3) e do Relatório da Conferência Municipal de 2021 (FEIRA DE SANTANA, 2021b-Doc.2) permitiu observar que de fato várias propostas da Conferência foram acatadas no PMS, o que representa um avanço para a população feirense, uma vez que as demandas, de certa forma, estão sendo ouvidas pela gestão de saúde.

A capacitação dos conselheiros também foi citada como uma ação realizada pelo CMS; apesar disso, durante o período da coleta, observamos que apenas uma foi realizada. Compreendemos que a realização de ações educativas para os conselheiros é essencial para a sua efetiva participação, e elas precisam ser orientadas pela EPS, uma vez que esta possibilita o desenvolvimento de ações que levem em consideração as necessidades dos conselheiros, dos serviços de saúde e da população, além de utilizar a metodologia em uma perspectiva dialógica e participativa que permite que todos participem do processo de aprendizagem, até porque o CMS precisa ouvir e discutir as demandas da população, e lutar pela resolução dos problemas.

Entendemos que esse é o caminho para que o direito coletivo seja estabelecido de forma coletiva, mas é necessário que o CMS crie canais de escuta da comunidade para que as suas demandas sejam trazidas para a discussão nas reuniões.

Todavia, compreendemos que o exercício do CMS não é fácil e se justapõe aos trabalhos dos conselheiros, pelo fato de desenvolverem atividades não remuneradas. Entendemos que os conselheiros, ao assumirem essa missão, precisam ser esclarecidos da não remuneração e, assim, ter sensibilidade, comprometimento e responsabilidade da atuação de cada um nesse espaço para o bem comum da sociedade.

Diante das ações apresentadas, percebemos que o CMS não atua apenas nas reuniões, e está atento não apenas às demandas da gestão, mas necessita se atentar aos assuntos sobre a saúde da população e que são da sua competência, o que poderá impactar no exercício da Alteridade.

Outrossim, observamos, em uma das reuniões, que, para o presidente do CMS, as reuniões só eram de fato importantes quando tinham pautas da gestão que precisavam de deliberação dos conselheiros, o que vai de encontro à Alteridade ao não considerar as necessidades dos segmentos da sociedade (outro) que compõem o Conselho.

Uma dificuldade com um maior destaque identificada nas reuniões foi referente à prestação de contas, uma vez que alguns dos conselheiros referiram não ter conhecimentos necessários para avaliar, e, inclusive, os relatórios disponibilizados não são facilmente compreensíveis.

Vimos que houve uma divergência com relação a como tem sido definida a pauta das reuniões. Alguns conselheiros falaram que ela é definida ao final de cada reunião e que os conselheiros também sugerem assuntos a serem discutidos, outros afirmaram que quem decide a pauta é a gestão, mas que os conselheiros podem opinar, outros ainda disseram que opinam, mas que os assuntos não são colocados em pauta. Na realidade, as pautas precisam ser definidas considerando tanto as demandas da gestão como as dos conselheiros, por expressarem os anseios da comunidade, dos profissionais e dos serviços de saúde.

Com relação à discussão das pautas, alguns conselheiros referiram que o tempo para discutir é pequeno, e naquelas oportunidades observamos que algumas discussões poderiam ter acontecido de forma mais ampla pelos conselheiros, com a sua participação questionando e expondo suas opiniões.

Além disso, o estudo deixa implícito que há uma dicotomia entre os interesses da gestão e da população. Nesse sentido, é fundamental o trabalho do CMS na defesa dos interesses do coletivo. No entanto, apesar da existência de ideias divergentes em um contexto democrático,

elas não podem vir acompanhadas de questões políticas que impeçam que as ações sejam realizadas considerando o bem comum da população.

Os resultados permitiram compreender que, no CMS estudado, na maioria das vezes, poucos conselheiros de saúde se expressam durante as reuniões, principalmente quando as reuniões foram on-line, seja questionando, contrapondo-se, discutindo ou influenciando nas deliberações das pautas apresentadas pela gestão de saúde do município.

Diante da realidade exposta, e considerando os três tipos de participação política propostos por Sani (1998), presença, ativação e participação, percebemos que esses três tipos de participação estão presentes no CMS de Feira de Santana, variando no decorrer das reuniões, em que, nas últimas observadas, feitas de forma presencial, foi perceptível um maior envolvimento dos conselheiros. Desse modo, os conselheiros precisam se reconhecer enquanto representantes de um segmento e quanto à importância de participar desse espaço, por ele ser um local de deliberações políticas que interferem no modo de viver das pessoas.

De maneira geral, os conselheiros têm uma compreensão sobre a defesa dos interesses coletivos, apesar de algumas demandas e reivindicações não estarem sendo atendidas. Entretanto, os resultados deste estudo sugerem que, geralmente, os conselheiros têm priorizado a defesa dos interesses de seu segmento em detrimento dos interesses coletivos.

Ainda a respeito das discussões nas reuniões do Conselho, os resultados deste estudo mostram que o fato de o presidente do CMS ser o Secretário Municipal de Saúde limita o debate, controla a fala de alguns conselheiros, além de, segundo parte dos conselheiros, “aparentemente” manipular a discussão, o que prejudica os debates, pois alguns deles têm receio de sofrerem represálias e retaliações.

Portanto, percebemos que, no CMS de Feira de Santana, coexistem a Alteridade cooptada, subalternizada e tutelada, apesar de haver conselheiros que de fato exercem a Alteridade no sentido de se contrapor ao estabelecido e de defenderem os interesses do coletivo em prol da garantia de um acesso à saúde resolutivo.

Ademais, o protagonismo do CMS tem sido permeado tanto por avanços e facilidades como também pelas dificuldades e pelos limites enfrentados para a atuação do CMS em prol do acesso à saúde como direito.

Como avanços e facilidades para o CMS, foram identificados: fortalecimento dos CLS; capacitação dos conselheiros locais de saúde; ‘entendimento de algumas entidades’/ ‘percepção’ dos representantes de que necessitam do SUS; trabalhos desenvolvidos nas câmaras técnicas e nas comissões; realização das reuniões por ter quórum durante as reuniões on-line;

reivindicações do Conselho atendidas na PAS; e realização das Conferências Municipais de Saúde.

Como dificuldades ou limites identificados para a realização do trabalho do CMS, citamos: unidades de saúde não “entenderem” a importância dos CLS; os CLS ainda não terem força suficiente para trazer discussões para o CMS; relações políticas conflitantes entre os conselheiros; poucos conselheiros participarem de forma ativa nas reuniões; a terceirização de pessoal/ trabalhador, representante de alguns segmentos representados; autonomia política prejudicada de alguns conselheiros; falta de inclusão das solicitações de ponto de pauta nas reuniões; falta de quórum nas reuniões presenciais; o presidente do Conselho ser o Secretário Municipal de Saúde; não realização de eleição para escolha do presidente; falta de informação/ desconhecimento dos conselheiros; e os serviços de saúde não funcionarem.

De acordo com os resultados apresentados, podemos inferir que o CMS em estudo possui alguns avanços e facilidades para a sua atuação em garantir o acesso à saúde enquanto direito, uma vez que ele, de certo modo, tem oportunizado a participação tanto da comunidade quanto dos próprios conselheiros nas instâncias de controle social. Entretanto, a existência de dificuldades e limites tem impedido a sua atuação plena com a garantia de que todos os envolvidos (usuários, trabalhadores e gestores) sejam ouvidos e respeitados.

Com relação às perspectivas para atuação do CMS de conselheiros e usuários, é possível citar: eleição para escolha do presidente do CMS; reestruturação do regimento e reestruturação da composição do Conselho; mais democracia e participação popular no CMS; o CMS não ser apenas um órgão para validar as decisões da gestão; desenvolvimento de um trabalho de parceria dentro do Conselho; instrução da população a respeito das políticas públicas de saúde e do funcionamento das instâncias do controle social para que participem delas; incentivo ao fortalecimento e à implantação dos CLS; e formação de conselheiros locais e municipais de saúde.

Por conseguinte, é necessário entender que, para que os Conselhos sejam de fato espaços de decisão e controle social dos feitos do Estado, é preciso que os indivíduos compreendam e fortaleçam os dispositivos técnicos e políticos que serão instituídos com a perspectiva de compartilhar o poder de decisão e o controle da concretização das políticas (KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015).

Nesse sentido, é necessário o desenvolvimento de ações que estimulem a inserção da sociedade no CMS, criando momentos que possibilitem essa participação, o que poderá permitir que não só os representantes dos segmentos sejam ouvidos, mas sim todos os usuários do SUS que quiserem opinar. Para tanto, é necessário investir na formação dos conselheiros locais e

municipais utilizando a EPS, mas também precisam se desenvolver ações educativas para os cidadãos que sejam orientadas pela Educação Popular em Saúde, a fim de que eles compreendam a importância de participar dessas instâncias para a efetivação de ações de saúde que considerem as suas necessidades.

Desse modo, as ações no CMS poderão ser realizadas considerando a Alteridade, em que os conselheiros exponham suas ideias, questionem e discutam, contrapondo-se, assim, ao que está estabelecido, para que as deliberações sejam capazes de provocar transformações nas práticas sociais e de saúde, garantido o acesso à saúde enquanto direito.

Para tanto, é imprescindível que o novo regimento seja aprovado e posto em prática, possibilitando uma maior democratização desse espaço, com eleição do presidente, e uma revisão das entidades representadas. Além disso, é necessário pensar na elaboração da pauta da reunião com a colaboração de todos os membros do Conselho, permitindo que as discussões sejam mais adequadas à realidade do município. Sugerimos, assim, que as pautas das reuniões sejam definidas nas reuniões anteriores, em que todos os conselheiros possam decidir sobre a priorização dos assuntos a serem discutidos.

Além disso, diante destes dados apresentados, para uma atuação protagonista do CMS estudado, é necessária uma gestão democrática, dando certa autonomia para a atuação da sociedade civil dentro do CMS e o reconhecimento da sua importância no controle social em saúde; os conselheiros precisam se reconhecer enquanto representantes da população e também ser formados para exercerem seu protagonismo; já os usuários do SUS e demais segmentos da população, precisam se organizar para ocupar os espaços que são indispensáveis para a luta pela garantia do seu direito à saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU DE JESUS, W.L.; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 161–170, jan. 2010.
- AGUIAR, M.N.; MEIRELES, A.T. Autonomia e alteridade como fundamentos da construção do sentido de dignidade existencial diante do direito à vida. **Revista Brasileira de Direito Animal**, v. 13, n. 1, 6 abr. 2018.
- AITH, F.M.A. Direito à saúde e democracia sanitária: experiências brasileiras. **R. Dir. sanit.**, São Paulo, v.15, n.3, p. 85-90, nov. 2014/fev. 2015.
- ALENCAR, H.H.R. Educação Permanente no Âmbito do Controle Social no SUS: a experiência de Porto Alegre – RS. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.1, p.223-233, 2012.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas Ciências Naturais e Sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 2002.
- AMORIM, C.R. et al. Participação e mobilização social no SUS: entraves, desafios e perspectivas. **Revista de APS**, v. 15, n. 3, 7 ago. 2012.
- ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.
- ANDRÉ N.A. *et al.* Dificuldades da participação social na Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática qualitativa. **Saúde em Redes**, v.7, n.2, 2021.
- ARANTES, C.I.S. et al. O controle social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 470–478, set. 2007.
- ARAUJO, B.O.; ARAUJO, M.O.; NASCIMENTO, M.A.A.N. Práticas educativas em saúde: possibilidades para transformação da realidade. In: ARAUJO, M.O. et al. **Gerenciamento em enfermagem**: teoria e prática em diferentes contextos. Curitiba: CRV, 2022.
- ARAÚJO, M.O.; NASCIMENTO, M.A.A.; ARAUJO, B.O. Dinâmica Organizativa do Acesso dos Usuários aos Serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade. **Revista de APS**, v. 22, n. 1, 2019.
- ARAUJO, M.O.; NASCIMENTO, M.A.A.N. **Dinâmica organizativa do acesso dos usuários do Programa Saúde da Família aos serviços e às práticas de saúde de média e alta complexidade**. Feira de Santana, BA: UEFS Editora, 2016.
- ARAÚJO, K.E.G.; QUINTAL, C. A judicialização do acesso aos medicamentos em Belo Horizonte: uma questão sobre equidade. **Rev. Bras. Polít. Públicas**, Brasília, v. 8, n. 3, p.212-235, 2018.

ASSIS, M.M.A.; ABREU DE JESUS, W.L. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, nov. 2012.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J.S.S.; NASCIMENTO, M.A.A.N. (Org.). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: Editora UEFS, 2010, p. 139–159.

ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S. o controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.11, n.3, p.376-82, 2003.

ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 815–823, 2003.

ÁVILA, H.G.G.; NASCIMENTO, J.F. As lutas contra a privatização da saúde na Bahia: é! [...] A gente quer é ter muita saúde [...]. **Revista Humanidades e Inovação**, v.8, n.35, p.168-180, 2021.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe3, p. 158–171, nov. 2018.

BAHIA. **Resolução CIB nº 011/2015**. Diário Oficial do Estado da Bahia. Salvador, BA: 11 de fevereiro de 2015.

Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 23 dez. 1992.

BALIEIRO, E.O.; MACEDO, R.M. Gestão participativa democrática, impasses, conquistas e desafios: uma análise realizada no município de Espinosa/MG. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul. n.61, p.34-52, maio 2022.

BASTOS JÚNIOR, R.A. *et al.* A concepção dos conselheiros sobre seu papel no Conselho Municipal de Saúde. **Revista de Ciências Humanas**, Viçosa, v.17, n.1, p.31-46, jan./jun. 2017.

BISPO JÚNIOR, J.P.; GERSCHMAN, S. Legitimidade da representação em instâncias de participação social: o caso do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.1, p.183-193, jan. 2015.

BISPO JÚNIOR, J.P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.1, p.7-16, 2013.

BISPO JÚNIOR, J.P.; MARTINS, P.C. Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1313–1332, 2012.

BOBBIO, N. **O futuro da democracia**; uma defesa das regras do jogo. Tradução: Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. — 7ª reimpressão.

BORDENAVE, J.E.D. **O que é participação**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

BORTOLI, F.R.; KOVALESKI, D.F. Efetividade da participação de um conselho municipal de saúde na região Sul do Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1.168-1.180, 2019.

BORTOLI, F. R.; KOVALESKI, D.F. Democracia e saúde: condicionantes da efetividade deliberativa de um conselho municipal de saúde no sul do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS**. Brasília, 03 de março de 2021a. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/CARTAS/Carta_Circular_01.2021.pdf Acesso em: 05 de outubro de 2021.

BRASIL. **Resolução nº 654, de 01 de abril de 2021**. Dispõe sobre as regras referentes à prorrogação de mandatos no âmbito dos Conselhos de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 01 abril 2021b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/resolucoes-2021/1678-resolucao-n-654-de-01-de-abril-de-2021> Acesso em: 30 jan 2023.

BRASIL. **Nota técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. 2019. Disponível em: <<https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>> Acesso em: 25 de mar.2021.

BRASIL. **Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9759.htm#art10>. Acesso em: 18 jan. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 604, de 8 de novembro de 2018**. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 8 de nov. 2018. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso604-Publicada.pdf>>. Acesso em: 15 de abr. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 21 de set. 2017a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em: 25 de mar.2021.

BRASIL. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 21 de set. 2017b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html> Acesso em: 25 de mar.2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95**. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 15 de dez. 2016. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em: 29 abr. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 8243 de 23 de maio 2014**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8243.htm>. Acesso em: 18 jan. 2021.

BRASIL. **Resolução no 453 de 10 de maio de 2012**. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 10 maio 2012a.

BRASIL, M. DA S. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diário Oficial da União. Brasília, DF: 12 de dez., 2012b. Disponível em:

<https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 7 maio 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Resolução nº 363, de 11 de agosto de 2006**. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 11 de ago. 2006.

BRASIL. **Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 354 de 14 e setembro de 2005**. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 25 de out. de 2005.

BRASIL. **Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003**. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 4 de nov. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do Conselheiro**: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do SUS**: NOB-SUS 01/96., nov. 1996. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf> Acesso em: 05 de janeiro de 2022.

BRASIL. **Resolução nº33, de 23 de dezembro de 1992**. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 23 dez. 1992.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: Diário Oficial da União, 1990b.

BRASIL. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL, M. DA S. **8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, n. 109, p. 126–150, mar. 2012.

BRAVO, M.I.S.; PELAEZ, E.J. A saúde nos governos Temer e Bolsonaro:

lutas e resistências. **Revista Ser Social** – Estado, democracia e saúde. v.22, n.46, p.191-209, jan.-jul. 2020.

BRÍGIDO, E.I. Michel Foucault: Uma Análise do Poder. Rev. **Direito Econ. Socioambiental**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 56-75, jan./jun0., 2013.

CAMARA DEPUTADOS. **Projeto de Lei 128/2019**. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2190591>>. Acesso em: 5 maio. 2021.

CARVALHO, G.C.M. **Participação da comunidade na saúde**. 2.ed., Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.

CARVALHO, B.G. et al. Participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. In: ANDRADE et al. (Eds.). **Bases da Saúde Coletiva**. 2.ed., rev. e ampl. ed. Londrina: Eduel, 2017. p. 133–159.

CASSÃO, P. A. **Professores iniciantes: marcas de alteridade na constituição da profissionalidade docente**. Dissertação (Mestrado em Educação), Instituto de Biociências do Câmpus de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro: 2013. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/90135/cassao_pa_me_rcla.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 15 de jul.2021.

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

CAVALCANTI, M.L.T.; CABRAL, M.H.P.; ANTUNES, L.R. Participação em saúde: uma sistematização de artigos publicados em periódicos brasileiros – 1988/2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p.1813-1823, 2012.

CAVALCANTI, P.C.S.; OLIVEIRA NETO, A.V.; SOUSA, M.F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.323-336, abr-jun 2015.

CHAUI, M.S. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. 7.ed. São Paulo: Cortez, 1997.

COELHO, J.S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 138–151, maio 2012.

COLLISELLI, L. et al. Conselho De Saúde: Uma reflexão sobre os processos de participação dos conselheiros. **Revista Grifos**, n.32/33, 2012.

CORREIA, M.V.C. **Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento** [on-line]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, 162 p. ISBN: 978-85-7541-522-1. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/qycmp/pdf/correia-9788575415221.pdf>> Acesso em: 17 de ago. 2022.

CORREIA, M.V.C. Controle Social na Saúde. In: MOTA, A.E. **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. Cortes Editora, 2007. p. 1–29.

CORREIA, M.V.C. Controle social. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>> Acesso em: 28 ago. 2022.

COSTA, M.L.; BERNARDES, A.G. Produção de saúde como afirmação de vida. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 822–835, dez. 2012.

COSTA, J. X. DA S.; CAETANO, R. F. A concepção de alteridade em Lévinas: caminhos para uma formação mais humana no mundo contemporâneo. **Revista de Estudos de Literatura, Cultura e Alteridade**. Igarapé, v. 3, n. 2, p. 195-210, 13 maio 2014.

COSTA, A.M.; SOUTO, L.; RIZZOTO, M.L.F. Saúde é democracia: ontem, hoje e sempre. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 991-994, out.-dez. 2017.

COSTA, A.M.; VIEIRA, N.A. Participação e controle social em saúde. In: **A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**: organização e gestão do sistema de saúde [on-line]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 237-271. Acesso em: 23 ago. 2022. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/98kjlw/pdf/noronha-9788581100173-08.pdf>>.

COTTA, R.M.M. et al. Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.853-872, 2010.

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**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.1121-1137, 2011.

COTTA, R.M.M.; CAZAL, M.M.; MARTINS, P.C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2437–2445, ago. 2010.

COTTA, R.M.M.; CAZAL, M.M.; RODRIGUES, J.F.C. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.419-438, 2009.

COUTINHO, C.N. As categorias de Gramsci e a realidade brasileira. In: COUTINHO, C.N.; NOGUEIRA, M.A. **Gramsci e a América Latina**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

COUTINHO, C. N. **Gramsci**: um estudo sobre seu pensamento político. Rio de Janeiro: Campus. 1992.

CRISTO, S.C.A. Controle social em saúde: o caso do Pará. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 109, p. 93-111, jan./mar. 2012.

CRUZ, P.J.S.C. et al. Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 1087–1100, dez. 2012.

DALLARI, S.G. O direito à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 22, n. 1, p. 57–63, 1988.

D'ÁVILA, L.S.; SALIBA, G.R. A efetivação do direito à saúde e sua interface com a justiça social. **Revista de Direito Sanitário**. v. 17, n 3, p. 15–38, nov. 2016./fev. 2017.

DICIO, Dicionário Online de Português. **Alteridade**. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/alteridade/>>. Acesso em: 7 jan. 2021a.

DICIO, Dicionário Online de Português. **Acesso**. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/acesso/>>. Acesso em: 7 jan. 2021b.

DICIO, Dicionário Online de Português. **Democracia**. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/cmocracia/>>. Acesso em: 22 ago. 2022.

DUARTE, E.B.; MACAHADO, M.F.A.S. O Exercício do Controle Social no Âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. **Saúde Soc**. São Paulo, v.21, supl.1, p.126-137, 2012.

DUBOW, C. et al. Participação Social na Implementação das Políticas Públicas de Saúde: uma revisão crítico reflexiva. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**, v. 8, n. 2, p. 103–111, 2017.

DURÁN, P.R.F.; GERSHMAN, S. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.3, p.884-896, 2014.

DURIGUETTO, M.L. Sociedade civil e democracia: um debate necessário. **Libertas**, Juiz de Fora, v.8, n.2, p.83 – 94, jul-dez 2008.

DUSSEL, E. Da fenomenologia à libertação. In: DUSSEL, E. **Filosofia da Libertação**. São Paulo: Edições Loyola, 1982, p.22-72.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M.R. Participação Social. In: LÍGIA GIOVANELLA et al. (Eds.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed., rev. e amp. Rio de Janeiro: CEBES/Fiocruz, 2012. p. 853–883.

FARIAS FILHO, M.C.; SILVA, A.N.; MATHIS, A. Os limites da ação coletiva nos Conselhos Municipais de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.6, p.1911-1919, 2014.

FEIRA DE SANTANA. **Programação Anual de Saúde 2022**. Feira de Santana: Secretaria Municipal de Saúde, 2022.

FEIRA DE SANTANA. **Cidade**. Disponível em: <<https://www.feiradesantana.ba.gov.br/>>. Acesso em: 6 maio. 2021a.

FEIRA DE SANTANA. **Relatório da XI Conferência Municipal de Saúde**. Feira de Santana: Conselho Municipal de Saúde/ Secretaria Municipal de Saúde, 2021b.

FEIRA DE SANTANA. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Feira de Santana: Secretaria Municipal de Saúde, 2021c.

FEIRA DE SANTANA. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Feira de Santana: Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

FEIRA DE SANTANA. **Lei Ordinária 2830 de 16 de outubro de 2007**. Gabinete do Prefeito Municipal, Feira de Santana: 16 de out. 2007. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/ba/f/feira-de-santana/lei-ordinaria/2007/283/2830/lei-ordinaria-n-2830-2007-dispoe-sobre-a-competencia-composicao-e-finalidades-do-conselho-municipal-de-saude-de-feira-de-santana-cmsfa-e-da-outras-providencias>>. Acesso em: 6 maio. 2021.

FERNANDES, V.C.; SPAGNUOLO, R.S. Construção de práticas emancipatórias com conselheiros de saúde por meio de oficinas educativas e mapas conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, n.2, p.387-398, 2021.

FERRO, L.F. Conselho de saúde como espaço emblemático para o trabalho acadêmico em comunidades. **REU**, Sorocaba, SP, v. 46, n. 1, p. 107–126, jun. 2020.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução: Roberto Machado. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 79.ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021. 256p.

GALHEIGO, S. M. Cidadania, alteridade, empoderamento e redes de solidariedade: variações acerca dos discursos e exercícios do controle social. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 32, p. 61–71, 2008.

GAMARRA JÚNIOR, J.S. Controle social na saúde: desafios e perspectivas. In: MACHADO, P.H.B; LEANDRO, J.A.; MICHALISZYA, M.S. (org.). **Saúde coletiva: um campo em construção**. Curitiba: Ibpx, 2006, p.147-174.

GOHN, M.G. **Movimentos sociais no início do século XXI: antigos e novos atores sociais**. Petrópolis: Vozes, 2003.

GOMES, C. S. C. L. B. **Lévinas e o outro: a ética da alteridade como fundamento da justiça**. Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação em Direito do Departamento de Direito da PUCRio. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2008.

GOMES, A. M. et al. Reflexões e produção coletiva sobre o “ser” conselheiro municipal de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, v. S1, 538-546, 2018.

GOMES, J.F.F.; ORFÃO, N.H. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 1199-1213, out-dez 2021.

GONÇALVES, A.O. et al. Prestação de contas e controle social: como o processo funciona. **Revista de Contabilidade e Organizações**, v.15, e166382, 2021.

GRAMSCI, A. **Maquiavel, a política e o Estado moderno**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1984.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**, volume 3 [recurso eletrônico]: Maquiavel, notas sobre o estado e a política. Tradução: Luiz Sérgio Henriques, Marco Aurélio Nogueira, Carlos Nelson Coutinho. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

GREGÓRIO, A.O. et al. “Segura tua mão na minha, pra fazermos juntos o que não posso fazer sozinha”: a experiência de um Conselho Local de Saúde”. **SANARE**, Sobral, v.16 supl. n.01, p.89-95, 2017.

GRISOTTI, M.; PATRÍCIO, Z.N.; SILVA, A. A participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.3, p.831-840, 2010.

GUIZARDI, F. L. A autocrítica necessária: notas sobre os desafios do controle social na saúde. **RECIIS – Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 8 out. 2015.

IBGE. **Feira de Santana (BA). Cidades e Estados. IBGE**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/feira-de-santana.html>>. Acesso em: 6 maio. 2021.

JANARY JUNIOR; SEABRA, R. **Projeto retoma criação de Política Nacional de Participação Social - Notícias**. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/552087-projeto-retoma-criacao-de-politica-nacional-de-participacao-social/>>. Acesso em: 18 jan. 2021.

JUNGLOS, C. et al. Motivações, importância, desafios e perspectivas do Controle social em saúde. **Cogitare enferm**. [Internet]. v.24, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.66874>. Acesso em: 26 jan 2023.

KANT, I. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Tradução: Paulo Quintela. Título original: *Grundlegung zur Metaphysic der Sitten*. Lisboa: Edições 70, 2007. Acesso em: 24 de out. 2022. Disponível em: < <https://www.arquer.com.br/arquivos/Fundamentacao-da-Metafisica-dos-Costumes-Kant.pdf>>

KANT, I. **Crítica da Razão Pura**. Tradução de Valério Rohden e Udo Baldur Moosburger. São Paulo: Nova Cultural, 1987, 3ª ed., Vol. 2, 223p.

KLEBA, M.E.; COMERLATTO, D.; FROZZA, K.M. Instrumentos e mecanismos de gestão: contribuições ao processo decisório em conselhos de políticas públicas. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v.49, v.4, p.1059-1079, jul./ago. 2015.

KLEBA, M.E.; ZAMPIROM, K.; COMERLATTO, D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, n.2, p.556-567, 2015.

KOHLER, J.C.; MARTINEZ, M.G. Participatory health councils and good governance: healthy democracy in Brazil? **Int. j. equity health**. v. 14, n.21, 2015.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Fundamentos de Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2006. 315 p.

LÉVINAS, E. **Totalidade e Infinito**. Trad. José Pinto ribeiro. Rev. Artur Mourão. Lisboa: Edições 70, 1988.

LÉVINAS, E. **Entre nós: ensaios sobre a alteridade**. Tradução: Pergentino Pivatto *et al.* 4.ed. Petrópoles, RJ: Vozes, 2009.

LIMA, L. D.; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, p. e00185220, 2020.

LIPORONI, A.A.R.C. A defesa da saúde pública através dos conselhos municipais de saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v.2, p.335-345, 2017.

LISBOA, E.A. *et al.* Conselhos Locais de Saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p. 679-698, set./dez. 2016.

LUZ, H.C. et al. Democratização da saúde: desafios da municipalização e descentralização administrativa relacionado a participação e controle social. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v.6, n.1, p.508-523, jan. 2020.

LUZURIAGA, M. J. et al. Procesos de expansión y límites a la privatización de la atención de la salud en América Latina: más allá de las tipologías. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

MAGALHÃES. F.G.G.P. **Controle social no processo participativo: um estudo no Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (MG)**. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Administração), Universidade Federal de Viçosa, Viçosa: 2017. Disponível em: <<https://www.locus.ufv.br/bitstream/123456789/10402/1/texto%20completo.pdf>> Acesso em: 24 ago.2022.

MAGALHÃES. F.G.G.P.; XAVIER, W.S. Processo participativo no controle social: um estudo de caso do Conselho Municipal de Saúde de Juiz de Fora (MG). **REAd**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 179-212, jan.-abr. 2019.

MANDARINI, M.B.; ALVES, A.M.; STICCA, M.G. Terceirização e impactos para a saúde e trabalho: Uma revisão sistemática da literatura. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v.16, n.2, p. 143-152, abr-jun 2016.

MARCHI, M.M.; SZTAJN, R. Autonomia e heteronomia na relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde. **Revista Bioética**, v.6, n.1, p.39-45, 1998.

MARTINS, C. S. et al. Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 437-445, set. 2013.

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.25-35, 2021.

MATOS, T.C.C.; FERREIRA, M.D.M. Participação e controle social no Brasil recente: influência do pensamento gramsciano. **EM PAUTA**, Rio de Janeiro, v.13, n.35, p. 65- 79, 1º Sem. 2015.

MEDEIROS, T.M.C. Planos de Cargos, Carreiras e Salários: perspectivas de profissionais de saúde do Centro-Oeste do Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 849-861, out-dez 2018.

MELO, E.A. et al. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n.1, e310109, 2021.

MENDES, T.M.C. et al. Planos de Cargos, Carreiras e Salários: perspectivas de profissionais de saúde do Centro-Oeste do Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 119, p. 849-861, out-dez 2018.

MERHY, E.E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (Org.). **Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade**. São Paulo: Abrasco, 1995. p. 117-148.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 83–107.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 329–335, jun. 2017.

MIWA, M.J.; SERAPIONI, M.; VENTURA, C.A.A. A presença invisível dos conselhos locais de saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.2, p.411-423, 2017.

MONTEIRO, M.C.S.; MORAES, T.C.L. Educação Permanente para o controle social: uma ferramenta para a gestão participativa e compartilhada. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, v.18, n.2, p.119-127, dez. 2017.

MOREIRA, M. R. Reflexões sobre democracia deliberativa: contribuições para os conselhos de saúde num contexto de crise política. **Saúde em Debate**, v. 40, n. esp, p.25-38, 2016.

MORITA, I.; GUIMARÃES, J.F.C.; DI MUZIO, B.P. A Participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? **Saúde e Sociedade**, v.15, n.1, p.49-57, jan-abr 2006.

MOURA, E.M.; SHIMIZU, H.E. Representações sociais de conselheiros de saúde acerca do direito à saúde e da cidadania. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.37 (esp), p.1-9, 2016.

MÜLLER NETO, J. S.; ARTMANN, E. Discursos sobre o papel e a representatividade de conferências municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 68–78, jan. 2014.

NASCIMENTO, M. A. A. et al. **Acesso à saúde como direito em sistemas universais**. Projeto de pesquisa, Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2016.

NOGUEIRA, V.M.R.; PIRES, D.E.P. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.753-760, mai.-jun. 2004.

NUNES, C.O.; CANÇADO, A.C. Desenvolvimento local e controle social: notas sobre os conselhos gestores de políticas públicas em saúde no Brasil e no Tocantins. **Revista Humanidades e Inovação**, v.7, n.14, p.145-155, 2020.

OLIVEIRA, V.C. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde. In: SANTOS, A. (Org.) **Caderno Mídia e Saúde Pública**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública/FUNED, 2006.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. 182 p.

OLIVEIRA, G. J. Efetivação do direito à saúde: ampliação do debate e renovação da agenda. **Revista de Direito Sanitário**. v.16 n.1, p. 78–86, jun. 2015.

OLIVEIRA, M.C.; ALMEIDA, E.S. Controle Social e Gestão Participativa em Saúde Pública em Unidades de Saúde do Município de Campo Grande, MS, 1994-20021. **Saúde Soc.**, v.18, n.1, p.141-153, 2009.

OLIVEIRA, L. C. DE; PINHEIRO, R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2455–2464, ago. 2010.

OLIVEIRA, A.M.C; DALLARI, S.G. Vigilância Sanitária, Participação Social e Cidadania. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.3, p.617-624, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE E CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Inclusão dos cidadãos nas políticas de saúde: experiências brasileiras e européias**. Resultados: Laboratório de Inovação sobre Inclusão de Cidadãos na Implementação das Políticas de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em: 04 de jul. 2021.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, jun. 2018.

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, jan.-mar. 2014.

PARRA, M.F.P. Os desafios no processo de regulação em saúde no SUS: experiência de profissionais na região da Grande São Paulo: Rota dos Bandeirantes. **J Health Sci Inst.** v.38, n.4, p.271-4, 2020.

PEIRANO, M. G. S. Antropologia no Brasil (alteridade contextualizada). In: MICELI, S. (Ed.). **O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)**. São Paulo: Editora Sumaré, ANPOCS; Brasília, DF: CAPES: Sumaré, 1999.

PEITER, C.C.; LANZONI, G.M.M.; OLIVEIRA, W.F. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 63-73, out-dez 2016.

PONTE, H.M.S. *et al.* Ser enfermeiro, ser conselheiro: despertando para o controle social e saúde pública. **Rev Bras Enferm [Internet]**. v.72, n.1, p.142-7, 2019.

POZZOLLI, T. C. **Dicionário Barsa da Portuguêsa**. Barsa Planeta Internacional. [lexicógrafa responsável Thereza Christina Pozzoli]. São Paulo: Barsa Planeta, 2008.

PRADO, N.N.B.L. et al. Revisitando definições e naturezas da intersetorialidade: um ensaio teórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.27, n.2, p.593-602, 2022.

PRESOTO, L.C.; WESTPHAL, M.F. A participação social na atuação dos conselhos municipais de Bertoga - SP. **Saúde e Sociedade**, v.14, n.1, p.68-77, jan-abr 2005.

REZENDE, A.C.; CORDEIRO, B.C. Reflexão do papel da educação permanente sobre os desafios dos conselhos de saúde: revisão integrativa. **Saúde em Redes**, v.5, n.2, p.123-141, 2019.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. DE S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. DE J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 139–147, mar. 2013.

ROCHA, D.S. *et al.* A patologia da representação: participação social e representatividade no Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco/Acre. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, e420101523058, 2021.

ROCHA, M.B.; MOREIRA, D.C.; BISPO JÚNIOR, J.P. Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho. **Cad. Saúde Pública**, v.36, n.1, e00241718, 2020.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, p. 260–268, mar. 2012.

- SANI, G. Participação política. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. (Eds.). **Dicionário de Política**. 11a ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1998. p. 888–890.
- SANTANA, J. S. DA S. O projeto de pesquisa. In: SANTANA, J. S. DA S.; NASCIMENTO, M. A. A. DO (Eds.). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana, BA: UEFS Editora, 2010. p. 69–86.
- SANT'ANA; R.N. Atuação da Defensoria Pública para a garantia do direito à saúde: a judicialização como instrumento de acesso à saúde. **Rev. Bras. Polít. Públicas**, Brasília, v. 8, n. 3, p.194-211, 2018.
- SANTOS, L. Direito à saúde e qualidade de vida um mundo de corresponsabilidades e fazeres. In: SANTOS, L. (Ed.). **Direito da saúde no Brasil**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2010.
- SANTOS, N.R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.1729-1736, 2018.
- SANTOS, P.N.V; et al. Oferta e Demanda dos serviços na Estratégia Saúde da Família em um município da Bahia: organização e práticas. In: ASSIS, M.M.A; ALMEIDA, M.V.G. (Eds.). **Acesso aos Serviços e Tecnologias no Sistema Único de Saúde**. Feira de Santana, BA: UEFS Editora, 2014.
- SANTOS, L.C. Ler a vida à luz do Livro: judaísmo, alteridade e educação em Emmanuel Levinas. In: SOUZA, S.R.M.; SANTOS, LC. **Entre linhas: Educação, Fenomenologia e Alteridade**. Salvador: EDUFBA, 2016.
- SANTOS, S.F.; VARGAS, A.M.D.; LUCAS, S.D. Conselheiros Usuários do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.2, p.483-495, 2011.
- SCHWARTZ, T.D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.4, p.2145-2154, 2010.
- SHIMIZU, H. E.; MOURA, L. M. As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 1180–1192, dez. 2015.
- SILVA, A.X. Reforma sanitária, hegemonia e a efetividade do controle social. In DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L.M. (orgs). **Seguridade social e saúde: tendências e desafios** [on-line]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 117-146. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/zw25x/pdf/davi-9788578791933-07.pdf>> Acesso em: 28 ago. 2022.
- SILVA, M.E.A. Direito à saúde: evolução histórica, atuação estatal e aplicação da teoria de Karl Popper. **Revista Digital Constituição e Garantia de Direitos**, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 4–22, 2017.

- SILVA, L.M.S. et al. Análise da Organização e Funcionamento dos Conselhos de Saúde e a Gestão Participativa em Fortaleza, CE. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.1, p.117-125, 2012.
- SILVA, C.R. et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1109–1120, abr. 2017.
- SILVA, M.I.S. et al. A gestão participativa no SUS: uma revisão integrativa. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 10, n. 4, p.1810-1817, 2018.
- SILVA, H.H.C.; FERREIRA, L.P.B.; BARROS, M.L. Estado/sociedade e o controle social. **Divers@ Rev. Elet. Interdisc.**, Matinhos, v. 1, n. 1, p. 23-39, jul./dez. 2008.
- SILVA, V.R.; MEDEIROS, M.R.A. Desafios e possibilidades para o controle social de políticas públicas no atual contexto de retrocesso dos direitos sociais. **Textos contextos**, Porto Alegre, v.19, n.1, p.1-12, jan.-jun. 2020.
- SOUZA, R.T. **Em torno à diferença**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2008, 238p.
- SOUZA, L.S. et al. Facilidades, dificuldades e oportunidades do controle social em saúde para a garantia do acesso à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.45, n.3, p. 178-196, jul./set. 2021.
- SOUZA, T.O. et al. Controle social: um desafio para o Conselheiro de saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.65, n.2, p.215-21, mar.-abr. 2012.
- SOUZA, P.V.N.C.S.; CARDOSO, H.R. Participação popular e controle social: uma análise dos conselhos públicos à luz da teoria habermasiana. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**. Belo Horizonte, v. n.116, p. 309–349, jun. 2018.
- SOUZA, A.V.; KRÜGER, T.R. Participação social no SUS: proposições das conferências sobre o conselho local de saúde. **Revista de Saúde Pública**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 80-96. 2010.
- SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle social e políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n. 4, p. 366–378, dez. 1992.
- STACONE, G. **Gramsci – 100 anos: revolução e política**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes Ltda, 1990.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- STRALEN, C.J.V. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.11, n.3, p.621-632, 2006.
- STURZA, J.M.; COSTA, M.M.M. O direito à saúde enquanto elemento fundamental da dignidade humana: pressupostos de efetividade e exigibilidade. **Revista do Curso de Direito da FSG**. v. ano 4, n.7, p. 71–83, jun. 2010.

TEIXEIRA, C.F.S.; PAIM, J.S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe2, p. 11–21, out. 2018.

TOFANI, L.F.N.; CARPINTÉRO, M.C.C. 3ª Conferência Municipal de Saúde de Várzea Paulista: a participação da sociedade no processo de priorização e compromisso político. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.1, p.244-252, 2012.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 1168–1173, maio 2008.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo.** São Paulo: Atlas, 2008. 175 p.

VALE, P.R.L.F et al. Movimento social de bairro: potencialidades e limites da participação em conselhos locais de saúde num município de interior no Nordeste brasileiro. **Saúde em Redes**, v.3, n.3, p.230-241, 2017.

VANDERPLAAT, M. Direitos Humanos: uma perspectiva para a saúde pública. **Saúde e Direitos Humanos.** Ano 1, n.1, p. 27–34, 2004.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, M.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. DE S. (Ed.). **Tratado de Saúde Coletiva.** [s.l.] Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006. p. 531–562.

VENTURA, C.A.A. et al. Cultura participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil. **Interface** (Botucatu), v.21, n.63, p.907-20, 2017.

VIEGAS, A.P.B.; CARMO, R.F.; LUZ, Z.M.P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.1, p.100-112, 2015.

VICAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.1751-1762, 2018.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203–220, 30 dez. 2014.

ZAMBON, V.D.; OGATA, M.N. Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 6, p. 921–927, dez. 2013.

APÊNDICES



APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Grupo 1: Membros do CMS de Feira de Santana

Universidade Estadual de Feira de Santana

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Acadêmico

Pesquisadora responsável: Bianca de Oliveira Araujo

Pesquisadora orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Angela Alves do Nascimento

Entrevista (n ^o)	Código do Entrevistado	Início (hora)	Término (hora)	Data
				___/___/___

1 Caracterização do(a) entrevistado(a):

1.1 Sexo: M() F()

1.2 Idade: ___ anos

1.3 Grau de escolaridade:

1.4 Formação: _____ Ocupação _____

1.5 Tempo de formação: ___ anos

1.6 Tempo de atuação no CMS:

1.7 Representa:

() administração e prestadores de serviços () trabalhadores de saúde () usuários

2 Temas norteadores

2.1 Controle social em saúde

2.1.1 Entendimento sobre Controle Social.

2.1.2 Compreensão/Entendimento sobre o CMS: concepção, finalidade, objetivos do CMS; ações desenvolvidas; processo da condução da discussão e deliberação da pauta das reuniões.

2.1.3 Ingresso no CMS (motivação, forma de inserção como representante do seu segmento social no CMS).

2.1.4 Protagonismo enquanto membro (práticas/atividades/ações do conselheiro no CMS).

2.1.5 Defesa dos interesses coletivos (como se processa).

2.2 Acesso como direito à saúde

2.2.1 Concepção/entendimento de saúde; acesso à saúde; direito à saúde; acesso enquanto direito.

2.2.2 Atividades desenvolvidas para a garantia do acesso.

2.3 Avanços/facilidades, limites/dificuldades, perspectivas.



APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Grupo 2: usuários

Universidade Estadual de Feira de Santana
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Acadêmico
 Pesquisadora responsável: Bianca de Oliveira Araujo
 Pesquisadora orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Angela Alves do Nascimento

Entrevista (nº)	Código do Entrevistado	Início (hora)	Término (hora)	Data
				___/___/___

1 Caracterização do(a) entrevistado(a):

- 1.1 Sexo: M() F()
 1.2 Idade: ___ anos
 1.3 Grau de escolaridade:
 1.4 Formação: _____ Ocupação _____
 1.5 Tempo de formação: ___ anos
 1.6 Tempo que acompanha as reuniões do CMS:

2 Temas norteadores

2.1 Controle social em saúde

- 2.1.1 Entendimento sobre Controle Social.
 2.1.2 Entendimento sobre CMS: compreensão; finalidade; objetivos; ações desenvolvidas.
 2.1.3 Participação das reuniões no CMS (motivação/ interesse).

2.2 Acesso como direito à saúde

- 2.2.1 Concepção: acesso à; direito à saúde; acesso enquanto direito.
 2.2.2 Atividades desenvolvidas para a garantia do acesso.

2.3 Avanços/facilidades, limites/dificuldades, perspectivas.



APÊNDICE C- ROTEIRO OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

Universidade Estadual de Feira de Santana

Departamento de Saúde

Pesquisadora responsável: Bianca de Oliveira Araujo

Pesquisadora colaboradora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Angela Alves do Nascimento

Código	Nome do Serviço de Saúde	Tempo de funcionamento	Tipo de Serviço	Data
				__/__/__

1 Alteridade do Controle Social

- ✓ Temas tratados nas reuniões do CMS;
- ✓ Posicionamento dos membros (presença, ativação, participação);
- ✓ Atividades desenvolvidas pelos conselheiros;
- ✓ Protagonismo dos participantes de acordo com a representação das categorias: atividades desenvolvidas;
- ✓ Características da Alteridade;
- ✓ Posicionamento nas questões pessoal e coletiva;
- ✓ Tecnoburocracia;
- ✓ Formas de luta na causa coletiva;
- ✓ Capacidade argumentativa dos conselheiros;
- ✓ Interrelação entre os conselheiros em defesa dos interesses individuais/coletivo;
- ✓ Autonomia;
- ✓ Problematização das questões.

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Bianca de Oliveira Araujo (pesquisadora responsável) e Professora Maria Angela Alves do Nascimento (pesquisadora colaboradora) estamos lhe convidando para participar da pesquisa “Alteridade no controle social nas políticas de saúde do SUS para o acesso como direito à saúde”, que tem como objetivos: analisar como ocorre a Alteridade no controle social dos sujeitos sociais em defesa de interesses coletivos do direito à saúde que se contrapõem ao estabelecido no município de Feira de Santana/BA; caracterizar a forma de Alteridade exercida por segmentos sociais representados no controle social do Conselho Municipal de Saúde; compreender como o controle social do SUS tem exercido o seu protagonismo na defesa dos interesses coletivos para garantia do acesso à saúde como direito; discutir facilidades/avanços, dificuldades/limites, desafios e perspectivas enfrentados pelos segmentos sociais para a garantia do acesso à saúde como direito. Esta pesquisa poderá fornecer subsídios para a formulação de estratégias para superar as dificuldades e fortalecer as facilidades na operacionalização das práticas do controle social, além de poder colaborar para a valorização da atuação dos gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nas instâncias do controle social, ratificando a sua importância na efetivação do acesso à saúde como direito. Os riscos que esta pesquisa oferece são mínimos e podem estar relacionados com a possibilidade do constrangimento em falar de sua prática, o desconforto por estar sendo observado durante sua prática; a impaciência devido à entrevista tornar-se longa; e a preocupação (medo, vergonha) sobre os resultados da pesquisa. Para minimizar estes riscos, garantiremos a sua privacidade, o sigilo, a confidencialidade e o anonimato mediante a preservação de dados que possam identificá-los. Além disso, evitaremos qualquer agravo à expressão de suas opiniões, entretanto, caso a pesquisadora ou você perceba algum risco ou dano à sua saúde causado pela participação neste estudo, ele será interrompido imediatamente e lhe encaminharemos para o serviço de apoio psicológico disponibilizado pelo município do estudo, uma vez que esta pesquisa não prevê nenhum risco físico ou financeiro que possa necessitar de pagamentos materiais. Caso nós percebamos algum dano à sua saúde devido à sua participação neste estudo, teremos a responsabilidade de acompanhar você nessa situação, inclusive sobre os gastos financeiros que possam lhe atingir, e você receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário. Se você perceber possíveis danos ocasionados pela pesquisa, será garantido o seu direito a buscar indenização. Se você aceitar participar da pesquisa, faremos algumas perguntas a você, por meio da realização de uma entrevista, que terá duração aproximada de 10 minutos e será gravada em local reservado, para que outras pessoas não possam ouvir sua fala. A entrevista será realizada em data e local de acordo com a sua disponibilidade e vontade, em local reservado, ou, se você preferir, podemos realizá-la por meio de uma chamada via Whatsapp ou Google Meet, que será agendada no dia e horário escolhidos por você. Sendo virtual ou presencial, será garantido o direito de você escutar a gravação após o seu término e retirar ou acrescentar alguma informação que achar mais interessante a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou desaprovação. Também observaremos as práticas desenvolvidas no CMS, bem como realizaremos análise de documentos, como Relatórios da Secretaria Municipal de Saúde, Atas de reuniões, Leis, Portarias, entre outros que ajudem a compreender o tema estudado. Se você aceitar participar desta pesquisa, não terá nenhum gasto financeiro e ninguém saberá que você participou da pesquisa, pois seu nome não aparecerá no trabalho nem nas entrevistas; seu anonimato será assegurado. Você poderá desistir em qualquer momento, retirando as informações dadas, sem qualquer problema. A gravação das entrevistas será arquivada pelas pesquisadoras no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva por um período de cinco (5) anos e, após esse período, será destruída. No momento em que você tiver necessidade de esclarecimento de dúvidas ou desistência da pesquisa, a pesquisadora responsável pode ser encontrada no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva, localizado no Prédio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, no VI Módulo da Universidade Estadual de Feira de Santana, Tel: (75) 3161-8162, ou por meio do e-mail: boaraujo@uefs.br; bem como poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS, que é um conjunto de pessoas que buscam garantir a dignidade e a segurança na realização das pesquisas, localizado no Módulo 1, MA 17, Avenida Transnordestina, S/N, Bairro Novo Horizonte, Feira de Santana – Bahia, CEP: 44036-900, cujo horário de atendimento é das 13:30 às 17:30, de segunda a sexta-feira, Tel: (75) 3161-8124/ e-mail: cep@uefs.br. Esclarecemos que os resultados desta pesquisa serão utilizados para confecção de relatório final de pesquisa e em eventos científicos, tais como congressos, simpósios, seminários, e publicados em revistas científicas, livros, artigos, além de serem apresentados à gestão do município e aos trabalhadores com fins científicos. Esta pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob o número CAAE: 53045521.1.0000.0053. Pedimos que, se você aceitar participar da pesquisa, assine duas vias deste documento, sendo que você receberá uma via e outra ficará com as pesquisadoras.

Feira de Santana– BA, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Entrevistado

Bianca de Oliveira Araújo–Pesquisadora Responsável

Maria Angela Alves do Nascimento Pesquisadora- Orientadora

ANEXOS

ANEXO A – Artigo aprovado para publicação

**CARTA DE ACEITE DE MANUSCRITO****REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde (ISSN 2178-2091)**

Informamos que o artigo abaixo foi considerado para publicação na revista.

Título do artigo:

ATUAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL PARA A GARANTIA DO
ACESSO À SAÚDE COMO DIREITO: REVISÃO INTEGRATIVA

Autor/Coautores:

Bianca de Oliveira Araujo
Maria Angela Alves do Nascimento
Mariana de Oliveira Araujo
Iraídes Andrade Juliano

Quarta-feira, março 22, 2023



Dr. Andreazzi Duarte
Editor-líder da Revista

NOTA:

* O aceite do artigo está sujeito a confirmação do pagamento e documentação conforme as normas da revista.

** O aceite não extingue a possibilidade de correções ou adequações no conteúdo do trabalho.

WWW.ACERVOMAIS.COM

Base presente em todo o Brasil.

Atuação do controle social para a garantia do acesso à saúde como direito: revisão integrativa

ACTION OF SOCIAL CONTROL TO GUARANTEE ACCESS TO HEALTH AS A RIGHT:
INTEGRATIVE REVIEW

ACCIÓN DE CONTROL SOCIAL PARA GARANTIZAR EL ACCESO A LA SALUD COMO
DERECHO: REVISIÓN INTEGRATIVA

Bianca de Oliveira Araujo^{5*}, Maria Angela Alves do Nascimento¹, Mariana de Oliveira Araujo¹,
Iraildes Andrade Juliano¹.

RESUMO

Objetivo: Discutir a atuação do controle social enquanto dispositivo do Sistema Único de Saúde para a garantia do acesso à saúde como direito. **Métodos:** Revisão integrativa em que as produções científicas (PC) foram selecionadas nas bases de dados ScIELO e LILACS, utilizando os descritores combinados com o operador booleano “AND”: conselhos de saúde; controle social formal; acesso aos serviços de saúde; participação da comunidade. Selecionou-se 14 PC que foram analisadas por meio da análise de conteúdo temática, com o auxílio do software MAXQDA. **Resultados:** As instâncias do controle social têm desenvolvido ações que podem influenciar na garantia do acesso por permitir discussões e deliberações sobre demandas específicas da saúde da população, de questões organizacionais e estruturais dos serviços de saúde e relacionadas aos determinantes sociais da saúde. Entretanto, ainda enfrentam dificuldades/limites para sua atuação. **Considerações finais:** O potencial democrático dos Conselhos e das Conferências precisa ser ressignificado rumo a novas articulações que sejam capazes de ampliar a vocalização da sociedade civil e assim ampliar o acesso às ações e serviços públicos de saúde para toda população brasileira.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde, Direito à Saúde, Controle Social Formal, Conselhos de Saúde, Participação da Comunidade.

ABSTRACT

Objective: Discuss the performance of social control as a device of the Unified Health System to guarantee access to health as a right. **Methods:** Integrative review in which scientific productions (PC) were selected from the ScIELO and LILACS databases, using the descriptors combined with the Boolean operator “AND”: health advice; formal social control; access to health services; community participation. **Results:** The social control instances have developed actions that can influence the guarantee of access by allowing discussions and deliberations on specific demands of the population's health, organizational and structural issues of health services and related to the social determinants of health. However, they still face difficulties/limits to their performance. **Final considerations:** The democratic potential of Councils and Conferences needs to be re-signified towards new articulations that are capable of expanding the voice of civil society and thus expanding access to public health actions and services for the entire Brazilian population.

Keywords: Health Services Accessibility, Right to Health, Social Control Formal, Health Councils, Community Participation.

⁵ Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana-BA.

RESUMEN

Objetivo: Discutir la actuación del control social como dispositivo del Sistema Único de Salud para garantizar el acceso a la salud como derecho. **Métodos:** Revisión integradora en la que se seleccionaron producciones científicas (PC) de las bases de datos SciELO y LILACS, utilizando los descriptores combinados con el operador booleano “Y”: consejos de salud; control social formal; acceso a los servicios de salud; participación comunitaria. Se seleccionaron 14 PC y se analizaron mediante análisis de contenido temático, con la ayuda del software MAXQDA. **Resultados:** Las instancias de control social han desarrollado acciones que pueden influir en la garantía del acceso al permitir discusiones y deliberaciones sobre demandas específicas de salud de la población, cuestiones organizativas y estructurales de los servicios de salud y relacionadas con los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, aún enfrentan dificultades/límites en su desempeño. **Consideraciones finales:** El potencial democrático de los Consejos y Conferencias necesita ser resignificado hacia nuevas articulaciones que sean capaces de ampliar la voz de la sociedad civil y así ampliar el acceso a las acciones y servicios de salud pública para toda la población brasileña.

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Derecho a la Salud; Control Social Formal; Consejos de Salud; Participación de la Comunidad.

INTRODUÇÃO

A participação social é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) apresentada na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e foi regulamentada e organizada pela Lei Orgânica da Saúde 8.142 de 1990 (BRASIL, 1990), que instaura as instâncias de sua atuação (Conferências e Conselhos de Saúde) nas três esferas de gestão –Federal, Estadual e Municipal– e estabelece como deve ser a organização e composição dos seus participantes. Dessa forma, foram institucionalizados os espaços de participação social no SUS.

Do ponto de vista do controle social, a participação da comunidade foi idealizada com o objetivo de atuar em setores organizados da sociedade e no desenvolvimento e execução das políticas de saúde mediante a possibilidade de criação de espaços mais participativos e democráticos, regularizados em todos os campos de gestão do SUS e composto por representantes de usuários, gestores e trabalhadores de saúde (BRAVO MIS e CORREIA MVC, 2012).

O controle social diz respeito à participação dos cidadãos nas políticas públicas, de modo que sua formulação, construção e implementação aconteça de forma mais participativa e democrática buscando o fortalecimento do exercício da cidadania (DUBOW C, et al., 2017).

A participação social é inerente ao direito à saúde e tem como objetivo a garantia de que haja a responsabilização e distribuição justa dos recursos em prol da saúde da população, desse modo, a participação efetiva possibilita o fortalecimento do sistema de saúde constituindo-se num componente chave para a concretização do direito à saúde no Brasil (GARCIA R, 2018).

A saúde foi defendida e institucionalizada no Brasil como direito de todos os cidadãos e dever do Estado pela Constituição Federal (BRASIL, 1988), que estabeleceu o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde e criou o SUS.

No entanto, o acesso aos serviços de saúde no sistema público na realidade ainda não é concretizado como universal e igualitário, principalmente quando relacionado aos serviços de média e alta densidade tecnológica (ARAUJO MO, et al., 2019). Portanto, a saúde precisa ser garantida a partir de políticas e ações implementadas pelo Estado com a finalidade de promover o acesso aos bens e serviços imprescindíveis para o bem-estar dos cidadãos.

Por conseguinte, a saúde, neste estudo, é considerada no seu conceito ampliado, formulado pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 1987), concebida não apenas como a ausência de doença, mas como resultante de várias condições relacionadas ao modo de viver das pessoas que determinarão sua qualidade de vida e, conseqüentemente, sua saúde. Dessa forma, entende-se que a saúde

pode ser influenciada também pelo acesso a serviços de saúde efetivos que sejam capazes de atender às demandas dos sujeitos e que ofereçam não apenas tratamento e reabilitação de doenças, mas que estejam empenhados em realizar ações de promoção da saúde e de prevenção de patologias e agravos.

Já o acesso é compreendido como a “porta de entrada”, local de recepção, acolhimento do usuário que possui uma necessidade de saúde específica, e os caminhos trilhados por ele no sistema para a resolubilidade da sua demanda de saúde (ASSIS MMA e ABREU DE JESUS WL, 20125).

Diante disso, percebe-se o controle social como um espaço garantido institucionalmente que poderá oportunizar a participação da comunidade no processo de tomada de decisão acerca das políticas públicas e ao controle sobre a atuação do Estado. Por isso, o controle social precisa lutar pelos direitos e interesses dos coletivos sociais para a efetivação do acesso universal enquanto um direito à saúde de todo cidadão brasileiro. Considerando que para a efetivação do direito à saúde é preciso o desenvolvimento de políticas públicas de saúde que atendam os problemas da população e, neste sentido, é importante que elas sejam planejadas pelo Estado com a participação da sociedade civil em prol do bem comum e da garantia do exercício da cidadania. Assim, este estudo tem como objetivo discutir a atuação do controle social enquanto dispositivo do SUS para a garantia do acesso à saúde como direito.

MÉTODOS

Este é um estudo de revisão integrativa baseado nas seis etapas propostas por Botelho LLR, et al. (2010). Na primeira etapa, foram definidas a questão norteadora (como o controle social tem atuado enquanto dispositivo do SUS para a garantia do acesso à saúde como direito?) e o objetivo do estudo. Em seguida, definiu-se as bases de dados para a identificação das produções científicas (PC), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando-se os descritores em português na busca das PC combinados com o operador booleano “AND”: “controle social formal”, “acesso aos serviços de saúde”, “direito à saúde”, “conselhos de saúde”, “participação da comunidade”.

Na segunda etapa foi realizada a busca das PC, que aconteceu em agosto de 2022, sendo realizada por duas pesquisadoras de forma independente e as divergências foram resolvidas por consenso. Inicialmente foram identificadas 438 PC. Considerando os critérios de inclusão: PC disponíveis na íntegra; publicadas nos últimos dez anos (2012 a 2022); e, terem relação com o objeto de estudo, selecionou-se 403 PC. Na terceira etapa, após a leitura de títulos, selecionou-se 74 PC, destas 46 PC foram selecionadas após a leitura dos resumos, das quais 21 foram excluídas por estarem repetidas, restando 25 PC (artigos, nota e dossiê). Na quarta etapa, foi realizada a leitura na íntegra dessas PC, e 11 delas foram excluídas por não condizerem com a temática em estudo, totalizando 14 PC analisadas. O fluxograma com o processo de busca e identificação das PC está descrito na **Figura 1**.

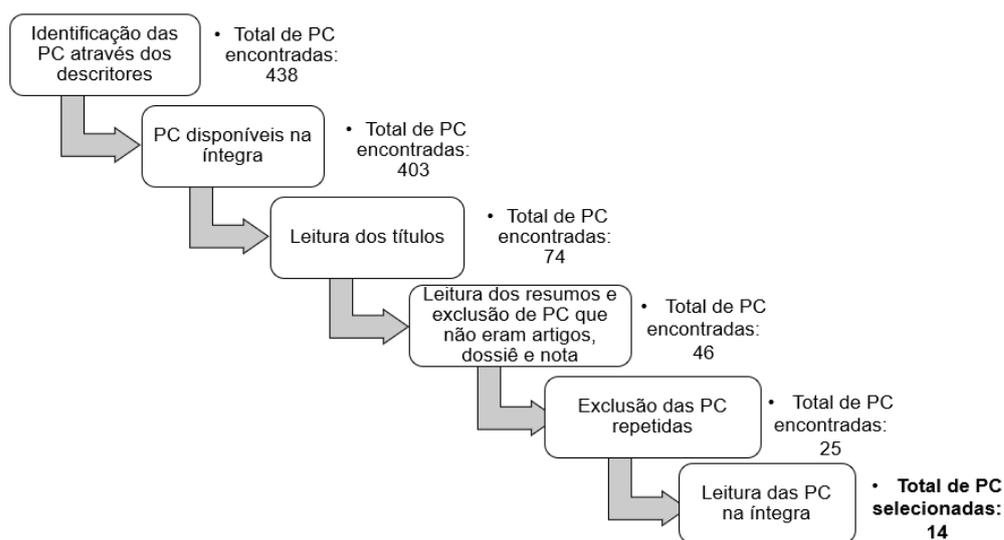


Figura 1 - Fluxograma de identificação e seleção das produções científicas.

Na quinta etapa, realizou-se a análise e interpretação dos resultados por meio da análise de conteúdo temática proposta por Minayo MCS, et al (2016), e para tanto utilizou-se como suporte o *software* MAXQDA para tratamento de dados não estruturados. Após a análise dos dados emergiram duas categorias teóricas: atuação do controle social para a garantia do acesso como direito à saúde; e, dificuldades para atuação do controle social no SUS.

Na sexta etapa, foi realizada a revisão propriamente dita, através da síntese das evidências exposta nos resultados e discussão.

Os dados aqui discutidos extraídos das PC são identificados no texto pelas ideias de cada PC acompanhada por um número que vai de 1 a 14, numeração essa representada a partir da ordem crescente do ano de sua publicação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise das 14 PC que foram publicadas em periódicos nacionais, apresenta-se no Quadro 1 uma síntese dessas produções.

Todas as PC possuem abordagem metodológica qualitativa. Quanto aos tipos de estudo são definidos como estudos de caso (4) e de revisão (3), seguido de relatos de experiência (2), nota (1), estudo descritivo (1), dossiê (1), estudo transversal (1) e fundamentado na Teoria das Representações Sociais (1). Observando-se o ano de publicação, a maior parte das PC foram publicadas em 2012 (5), seguida de 2015 (3) e de 2021 (2), os demais anos (2013, 2016, 2019, 2020), tiveram uma publicação cada.

A partir dos objetivos e da síntese dos resultados apresentados observou-se que as temáticas abordadas pelas PC atendem à questão norteadora deste estudo. Os textos abordaram a atuação de várias instâncias do controle social em saúde: conselhos locais, conselhos municipais e conferências de saúde (nacionais, municipais e de populações específicas).

Para possibilitar uma melhor compreensão dos estudos analisados eles foram consolidados e organizados em duas categorias teóricas apresentadas a seguir.

Quadro 1: Síntese das produções científicas incluídas na Revisão Integrativa.

PC	AUTOR/ ANO	PERIÓDICO/	TIPO DE ESTUDO/ METODOLOGIA	OBJETIVO	CONSIDERAÇÕES FINAIS
1	ALENCAR HHR, 2012.	Saúde e Sociedade	Relato de experiência/ Qualitativa	Apresentar os resultados positivos do processo de educação permanente (EP) desenvolvido junto aos conselheiros do município de Porto Alegre.	A EP é uma ferramenta potencializadora do exercício do controle social no SUS atravessando de modo transversal e permanente a atuação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e seus vínculos com outras instâncias governamentais.
2	BISPO JÚNIOR JP; MARTINS PC, 2012.	Physis: Revista de saúde coletiva	Estudo de casos múltiplos / Quanti- qualitativa com triangulação de método	Analisar o desempenho dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) enquanto instrumentos da participação social no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.	A institucionalização dos CLS não é o bastante para viabilizar a participação comunitária. Torna-se necessário uma maior receptividade dos gestores em saúde com relação às demandas do conselho, e a implementação de uma política de educação permanente para profissionais e conselheiros de saúde.
3	CAVALCANTI MLT, et al, 2012.	Ciência & Saúde Coletiva	Revisão bibliográfica narrativa / Qualitativa	Investigar o perfil das publicações, compreender como a questão da participação da sociedade na área da saúde é entendida no meio acadêmico e expor as principais constatações, derivadas da sistematização dos estudos.	Observadas três dimensões da participação na saúde: a primeira destaca os procedimentos de desenvolvimento da cidadania e da aceitação do direito à saúde; a segunda refere-se ao caráter político da participação social como meio de democratização do Estado; e a terceira remete a divisão da responsabilidade sanitária entre sociedade e Estado.
4	CRISTO SCA, 2012.	Serviço Social & Sociedade	Estudo de casos múltiplos / Qualitativa	Contribuir para um exame mais circunstanciado das experiências de controle social.	Os CMS estudados conseguiram influenciar em avanços nos serviços de saúde, e apesar disso eles ainda não conseguiram efetivar a função de participar na formulação de estratégias da política de saúde.

5	TOFANI, LFN e CARPINTÉRO, MCC, 2012.	Saúde e Sociedade	Relato de experiência / Qualitativa	Descrever e analisar a experiência da realização da 3ª Conferência Municipal de Saúde de Várzea Paulista, ocorrida em 2008.	A metodologia utilizada para uma maior participação da comunidade surtiu efeito positivo: ampliação do acesso à participação da comunidade e a qualificação das ações, permitindo espaços de discussões entre os diversos olhares, favorecendo o ensino-aprendizagem e a formação política dos participantes.
6	MARTINS CS, et al, 2013.	Saúde em Debate	Estudo transversal / Qualitativa	Aferir o grau de conhecimento dos usuários, trabalhadores e gestores de saúde, bem como dos representantes desses segmentos no Conselho Municipal de Saúde do Município de Colombo-PR.	Conselheiros desconhecem o seu papel dificultando seu desempenho. Conhecimento maior entre os gestores conferindo-lhes poder de influência no direcionamento das políticas de saúde.
7	ARTUR K, 2015.	Saúde e Sociedade.	Revisão bibliográfica/ Qualitativa	Tratar da participação através da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), abordando as percepções desses atores sobre as estratégias e as dificuldades de construção do controle social.	A consolidação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora pode ser possibilitada através do estímulo a criação da CIST pelas conferências nacionais de saúde do trabalhador e a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Entretanto, é necessário realizações de atividades institucionais em conjunto para fortalecer a participação social na elaboração da agenda, desenvolvimento, execução e apreciação de políticas públicas de saúde do trabalhador.
8	GUIZARD FL, et al., 2015.	RECIIS – Rev Eletron de Comun Inf Inov Saúde.	Nota / Qualitativa	Analisar alguns desafios atuais relacionados à construção da participação social do Sistema Único de Saúde.	Problemas não superados evidencia a fragilidade da democracia na história republicana e conjuntura política atual. Necessidade do potencial democrático entre Conselhos e Conferências serem repensados numa perspectiva de articulações e ressonâncias capazes de se desenvolverem como dispositivos de amplificação e socialização de debates.

9	SHIMIZU HE e MOURA LM, 2015.	Saúde e Sociedade.	Descritivo/ Qualitativa	Analisar as representações sociais dos presidentes dos conselhos regionais de saúde do Distrito Federal acerca da prática do controle social.	Os conselhos regionais de saúde expressaram potencialidades para atingir a função de formuladores de políticas públicas que beneficiem o desenvolvimento social, particularmente através da discussão das necessidades locais.
10	MOURA LM e SHIMIZU HE, 2016.	Revista Gaúcha de Enfermagem.	Qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais, e na Teoria do Núcleo Central	Conhecer a estrutura das representações sociais de direito à saúde e cidadania de conselheiros de saúde de municípios da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDDFE).	Compreensão do direito à saúde como condição para alcance da cidadania e a cidadania como proteção social. É necessária uma profunda mudança política, com a ampliação da consciência do direito à saúde e da cidadania.
11	BORTOLI FR e KOVALESKI DF, 2019.	Saúde em Debate.	Estudo de caso/ Qualitativa	Avaliar a efetividade da participação social em um conselho municipal de saúde.	A atuação dos conselheiros influenciou a participação da comunidade e impactaram sobre o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, impulsionando resultados práticos e progressos considerando as necessidades locais identificadas pela população. Destaca a necessidade de ampliação dos conhecimentos políticos, éticos e teóricos dos conselheiros visando a sua efetiva atuação.
12	ABRUNHOSA MA, et al., 2020.	Saúde e Sociedade.	Dossiê/ Qualitativa	Contribuir com o debate sobre os sentidos da participação e refletir sobre os desafios da sua configuração como controle social no âmbito da saúde indígena.	Houve uma mudança na participação nas conferências para uma atuação mais burocrática. Apesar disso, os mecanismos de controle social precisam ser valorizados ocupados e transformados.
13	RESENDE TC, et al., 2021.	Revista de Administração da UFSM.	Estudo de casos múltiplos/ Qualitativa	Traçar conexões entre o desempenho das equipes de saúde do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e dos conselhos participativos de saúde, a partir das	A satisfação dos usuários com relação aos serviços públicos de saúde pode influenciar no controle de qualidade exercido pelos Conselhos Municipais de Saúde nos três municípios estudados.

				experiências de conselheiros e gestores dos três grandes municípios do estado do Rio Grande do Norte.	
14	ANDRÉ NA, et al., 2021	Saúde em Redes.	Revisão sistemática/Qualitativa	Identificar dificuldades da participação social na Atenção Primária à Saúde, compreendendo e problematizando suas principais vertentes conforme a atual literatura.	A dimensão das dificuldades ainda é pouco explorada na literatura. O pouco conhecimento da população sobre a participação social e sua frágil atuação nesses espaços leva a um distanciamento, levando ainda mais a ideia da ineficiência desses ambientes. Esses limites podem ser superados através da educação popular em saúde.

Legenda: PC = Produção científica.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2023.

Atuação do controle social para a garantia do acesso como direito à saúde

Algumas PC identificaram ações desenvolvidas pelas instâncias do controle social que influenciaram diretamente na promoção do acesso uma vez que lutaram em defesa da saúde da população e desenvolveram possibilidades para que os serviços de saúde atendessem as demandas dela (PC1, PC2, PC4, PC5, PC11, PC12 e PC13). A seguir são apresentados alguns exemplos.

A PC1 expõe várias atuações do CMS, e dentre elas é destacada a luta exitosa em parceria com a sociedade e trabalhadores de saúde contra o fechamento do Pronto Atendimento em Porto Alegre-RS e a ação contra demissões de mais de 700 trabalhadores de um Programa Saúde da Família, que culminou na realização de concurso público. O autor reitera que estas ações foram desenvolvidas em parceria com outras instâncias do controle social, como o Conselho Estadual de Saúde, e com o Ministério Público.

A PC2, por sua vez, evidencia que os Conselhos Locais de Saúde (CLS) do Município de Vitória da Conquista-BA levaram a realização de compromissos com a comunidade relacionados à realização de ações de combate às patologias endêmicas, de promoção à saúde e empenho por melhorias estruturais do bairro.

Destaca-se também a atuação do CMS de Criciúma – SC, retratada na PC11 em que as discussões e deliberações conseguiram influenciar na construção das políticas públicas, resultando em melhorias nos indicadores de saúde do município.

Assim, tais ações evidenciam que a atuação no âmbito do controle social em saúde pode influenciar positivamente no desenvolvimento de atitudes que ampliem e qualifiquem o acesso à saúde.

Além disso, nas PC2 e PC5 ficaram evidentes que as discussões que permeiam o controle social extrapolam as competências do setor saúde que diretamente está imbricado com a qualidade de vida como transporte público, segurança pública “saneamento básico, manutenção, carreira dos servidores, áreas de lazer, financiamento da saúde, manutenção predial, coleta seletiva de lixo, transporte, moradores de rua [...] e participação popular” (TOFANI LFN, CARPINTÉRO MCC, 2012, p.251).

As discussões dessas temáticas deixam implícitas que os conselheiros e a comunidade poderão ter um entendimento que a saúde não é resultante apenas de aspectos biológicos, mas que também sofre influência dos determinantes sociais e ambientais.

Por conseguinte, segundo a PC9 a articulação das instâncias do controle social em saúde com outras instâncias de políticas públicas é imprescindível para atender demandas de saúde da população. Ademais, as PC1, PC4, PC11 explicitam que o Ministério Público tem sido um importante aliado do controle social em saúde ao atuar no processo de garantia do direito constitucional à saúde.

A relação entre o Ministério Público e os Conselhos de Saúde é de extrema importância para o fortalecimento e a consolidação do controle social no SUS. O diálogo interinstitucional beneficia as duas instâncias uma vez que o Ministério Público garante o funcionamento autônomo e a efetivação das deliberações dos conselhos de saúde, e estes últimos podem validar o exercício do primeiro (PEREIRA IP, et al., 2019). Portanto, a atuação do controle social pressupõe a articulação com outras instâncias, ou seja, o estabelecimento de uma parceria não apenas com alguns serviços de saúde, mas também com as instituições sociais que atuam em seguimentos que podem influenciar nas tomadas de decisão sobre as políticas públicas que vão impactar na qualidade de vida dos indivíduos e das coletividades.

Os estudos PC1, PC4 e PC5 explicitaram que uma das preocupações dos conselhos de saúde se refere à situação de vínculo do trabalhador de saúde com o serviço público, no que concerne à sua contratação (concurso público e verificação do registro dos profissionais), seu plano de carreira, e com a qualidade e responsabilidade no desenvolvimento do seu trabalho. Há também um entendimento que o trabalhador de saúde ao atuar diretamente com a população possui grande responsabilidade com a oferta de ações e serviços de saúde que satisfaçam as demandas da população. Realidade essa que mostra uma preocupação dos conselhos de saúde de extrema importância para a garantia do direito à saúde, uma vez que as condições de trabalho destes trabalhadores (aí incluídas não apenas as condições estruturais dos serviços de saúde, mas também questões salariais e de regime de carga horária) irão influenciar diretamente na qualidade do

trabalho que desenvolvem, motivados em prol da defesa/luta do SUS na garantia do acesso à saúde como direito em parceria com grupos da população através do controle social.

Destarte, com relação as principais estratégias utilizadas pelo dispositivo de controle social para influenciar no acesso à saúde foi identificado o envolvimento da população na discussão das suas necessidades e demandas (PC2, PC4, PC7, PC9, PC10, PC11, PC12).

Entretanto, de acordo com Souza LS, et al. (2021) para que as pessoas participem dos Conselhos e Conferências de Saúde é necessário que elas conheçam o que é o controle social e compreendam seus direitos e deveres no SUS, para assim utilizarem esses espaços na defesa do direito à saúde. Os estudos ainda reiteram que uma equipe multiprofissional preparada e conhecedora do desempenho do controle social é de suma importância para estimular a população a que assistem a participar das instâncias do controle social. Observou-se nas PC1, PC7, PC11 e PC12 que várias reivindicações políticas também foram conquistadas por meio da atuação da participação da comunidade e do controle social como a incorporação de reivindicações relacionadas a saúde do trabalhador na Constituição Federal de 1988; a elaboração de políticas para populações específicas; a produção de normas e regimento interno de conselhos de saúde; a proposição de conferências e discussões; a implantação de ouvidorias; e inclusão da representação indígena no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Todavia, nas PC1 e PC4 as instâncias do controle social apresentaram uma preocupação com relação a avaliação da prestação de contas do município. Especificamente, na PC4 os conselheiros solicitaram um técnico para ajudá-los na compreensão da linguagem técnica utilizada na área contábil-financeira; já na PC1 os conselheiros solicitaram o aperfeiçoamento dos relatórios de gestão com a inclusão de análises detalhadas de indicadores, metas pactuadas, e outras informações necessárias à adequada avaliação deste instrumento de gestão do SUS. Atitudes que são coerentes com o que disciplina a Lei nº 8142/1990 (BRASIL, 1990), uma vez que os conselheiros buscam meios para o exercício de um controle social eficiente acerca dos recursos financeiros, e de modo responsável, dentro dos limites da sua competência institucional.

É notável que tais produções ressaltam a atuação das instâncias do controle social para a garantia do acesso à saúde como direito, uma vez que se constituem em espaços sociais democráticos que propiciam a interação, o diálogo e uma ampla discussão e deliberação entre usuários dos serviços, trabalhadores de saúde e gestores para o adequado desenvolvimento de políticas públicas de saúde. Contudo, o exercício do controle social em saúde se depara, muitas vezes, com barreiras que impedem a sua capilaridade e o seu avanço, em contextos e conjunturas permeados por uma série de dificuldades, que serão abordadas, a seguir.

Dificuldades para atuação do controle social no SUS

Apesar dos estudos analisados explicitarem a influência do controle social no acesso à saúde, as PC2 e PC4 destacam que os conselhos estudados ainda não exercem plenamente suas funções uma vez que ainda não participam na elaboração de estratégias da política de saúde. Dentre um dos motivos referidos pelos estudos analisados que reforçam o fraco desempenho do controle social no SUS se destaca a pouca participação e envolvimento da comunidade (PC2, PC3, PC4, PC8, PC14).

Tal realidade também é apresentada no estudo de Kohler JC e Martinez MG (2015) ao afirmar que o pouco envolvimento da sociedade civil prejudica a representação das necessidades da sociedade nos conselhos de saúde. Mas, apesar dos conselhos de saúde apresentarem certo potencial para fortalecer a sociedade civil com a inclusão e participação nas discussões, eles parecem ter pouca influência no processo de desenvolvimento de políticas de saúde no Brasil, uma vez que suas deliberações muitas vezes são restritas (KOHLENER JC e MARTINEZ MG, 2015; MARTINEZ MG e KOHLER JC, 2016). De modo convergente o estudo de Balieiro EO e Macedo RM (2022) identificou como desafios para a gestão democrática a mobilização da sociedade civil e a necessidade de a condução da administração pública ser mais transparente para a população. Além disso, os autores afirmam que é preciso que as pessoas compreendam e se apropriem da sua função nos espaços de participação e controle social para que eles “*não se tornem espaços esvaziados e/ou fictícios de atuação democrática*”. Contudo, a baixa cultura associativa e reivindicativa é considerada como um dos entraves para a consolidação das políticas públicas, uma vez que a pouca organização da

sociedade gera uma dificuldade em reivindicar pelos seus direitos e a faz vulnerável e sujeita a uma gestão que não considera as demandas dos indivíduos (ROCHA DS, et al., 2021).

Além disso, segundo a PC4 e a PC6 infelizmente, em algumas instâncias, ainda é visível uma 'frágil' atuação dos conselheiros, que muitas vezes participam de forma parcial das reuniões apenas para cumprirem uma representação formal. Além disso, de acordo com PC12 o 'papel' deliberativo e fiscalizador tem sido desenvolvido de forma incipiente, o que prejudica o desempenho dos Conselhos de Saúde e leva os conselheiros ao desânimo no que se refere a sua atuação por não participarem de fato da construção das políticas públicas.

A PC14 expõe algumas dificuldades para a atuação do controle social como os limites para funcionamento dos conselhos de saúde no que diz respeito a questões como proposição e resolatividade; o pouco comprometimento de gestores e trabalhadores em efetivar as decisões e compromissos das instâncias participativas; e os obstáculos impostos pelas determinações sociais do processo saúde-doença para a participação social em saúde.

Outras dificuldades foram referidas nas PC2, PC4, PC6, PC7, PC8, PC9 e PC11 para o efetivo funcionamento do controle social em saúde, como a assimetria de conhecimentos, em que geralmente os gestores possuem mais conhecimentos técnicos específicos e conseguem exercer maior influência nas decisões; as agendas inadequadas, que muitas vezes atendem aos interesses apenas dos gestores; a pouca articulação dos conselhos com grupos e entidades organizadas; falta de recursos próprios dos conselhos de saúde, como financeiros e de pessoal; e, a inadequação da linguagem técnica que impede à compreensão adequada dos representantes de grupos populares.

Ademais, outras dificuldades foram referidas nas PC2, PC8 e PC9 a respeito da pouca representatividade dos conselheiros, como a desmotivação em participar de atividades voluntárias, o tempo que precisa ser dedicado para a sua atuação que pode interferir em suas atividades profissionais e pessoais, a pouca autonomia com relação ao desenvolvimento de políticas públicas, e a percepção de despreparo em participar desses espaços pela falta de conhecimento que os instrumentalizem para esta função. De forma convergente a esse resultado, o estudo de Souza LS, et al. (2021) também identificou a falta de representatividade como uma das principais dificuldades para a atuação legítima do controle social no SUS.

Diante da realidade caracterizada pela baixa participação dos conselheiros nos espaços de discussão e deliberação das políticas públicas de saúde, é compreensível que para garantir o alcance de uma maior representatividade dos conselheiros é necessário o desenvolvimento de ações que lhes permitam refletir sobre a importância da sua atuação para toda a sociedade, no sentido de sanar suas dúvidas e minimizar possíveis inquietações, as quais poderão ser viabilizadas e incentivadas por meio dos processos de educação permanente para o fortalecimento do exercício do controle social em saúde.

A PC6 inclusive chama atenção ao fato dos conselheiros desconhecem o 'papel' dos conselhos e conselheiros, o que dificulta suas atividades, tornando-se urgente a ampliação do conhecimento dos mesmos sobre o SUS para desempenharem o seu protagonismo como sujeito e, portanto, dar uma maior visibilidade aos Conselhos de Saúde numa atuação responsável e efetiva. Contudo, a PC11 considera que um dos desafios do controle social é justamente o de sensibilizar os conselheiros de que eles precisam expandir seus conhecimentos "políticos, éticos e técnicos", de modo a possibilitar que os conselhos sejam espaços democráticos de consensos e valorizem as vivências diárias, visando sempre dar uma maior resolubilidade às demandas e necessidades de saúde da população.

A experiência acumulada pelos conselheiros de saúde no exercício dessa atuação considerada de relevância pública poderá contribuir, a despeito das inúmeras dificuldades enfrentadas, para o alcance e a efetivação de políticas públicas de saúde concretas que melhoram a qualidade de vida da população. Outrossim, as limitações deste estudo estão relacionadas ao recorte temporal, e ao período em que as PC foram coletadas uma vez que podendo ter sido publicadas outras PC após a seleção, e ao fato de nenhuma das PC selecionadas tratarem diretamente do objeto em estudo (influência do controle social no acesso à saúde como direito) o que transparece que mais estudos como este objeto precisam ser realizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo levam ao entendimento de que a atuação das instâncias do controle social tem influenciado na garantia do acesso como direito à saúde ao permitir discussões e deliberações acerca de demandas específicas da saúde da população como também de questões organizacionais e estruturais dos serviços de saúde e relacionadas aos determinantes sociais da saúde. Apesar disso, percebe-se que as instâncias do controle social no SUS enfrentam dificuldades de natureza técnica, ética e política, que influenciam na sua efetiva atuação. Assim, considerando a atual conjuntura política de ameaças e retrocessos impostos aos mecanismos de controle social do SUS o potencial democrático dos Conselhos e das Conferências precisa ser urgentemente ressignificado, rompendo as fronteiras da institucionalização destes dispositivos, rumo a novas articulações que sejam capazes de ampliar a vocalização da sociedade civil, em especial das classes subalternas, e assim ampliar o acesso às ações e serviços públicos de saúde, para toda a população brasileira.

REFERÊNCIAS

1. ABRUNHOSA MA, et al. Da participação ao controle social: reflexões a partir das conferências de saúde indígena. *Saúde e Sociedade*, 2020; 29 (3): e200584.
2. ALENCAR HHR. Educação permanente no âmbito do Controle Social no SUS: a experiência de Porto Alegre – RS. *Saúde e Sociedade*, 2012; 21 (s.1): 223-233.
3. ANDRÉ NA, et al. Dificuldades da participação social na Atenção Primária à Saúde: uma revisão sistemática qualitativa. *Saúde em Redes*, 2021; 7(2).
4. ARAÚJO MO, et al. Dinâmica Organizativa do Acesso dos Usuários aos Serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade. *Revista de APS*, 2019; 22 (1): 63-75.
5. Artur K. Participação e direito à saúde dos trabalhadores. *Saúde e Sociedade*, 2015; 24 (3): 853-868.
6. ASSIS MMA, ABREU DE JESUS WL. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17 (11): 2865-2875.
7. BALIEIRO EO e MACEDO RM. Gestão participativa democrática, impasses, conquistas e desafios: uma análise realizada no município de Espinosa/MG. *Barbarói*, 2022; (61): p.34-52.
8. BISPO JÚNIOR JP e MARTINS PC. Envolvimento comunitário na Estratégia de Saúde da Família: dilemas entre institucionalização e efetiva participação. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2012; 22 (4): 1313–32.
9. BORTOLI FR e KOVALESKI DF. Efetividade da participação de um conselho municipal de saúde na região Sul do Brasil. *Saúde em debate*, 2019; 43 (123): 1168-1180
10. BOTELHO LLR et al. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 2011; 5 (11): 121-36.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde. 1987. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acessado em: 13 de agosto de 2022.
12. BRASIL. Constituição Federal da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acessado em: 12 de agosto de 2022.
13. BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 1990. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acessado em: 14 de agosto de 2022.
14. BRAVO MIS e CORREIA MVC. Desafios do controle social na atualidade. *Serviço Social & Sociedade*, 2012; (109): 126-150.
15. CAVALCANTI MLT, et al. Participação em saúde: uma sistematização de artigos publicados em periódicos brasileiros – 1988/2005. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17(7): 1813-1823.

15. CRISTO SCA. Controle social em saúde: o caso do Pará. *Serviço Social & Sociedade*, 2012; (109): 93-111.
16. DUBOW C, et al. Participação Social na Implementação das Políticas Públicas de Saúde: uma revisão crítica reflexiva. *Saúde & transformação social*, 2017; 8 (2): 103-111.
17. 9. GARCIA R. Expanding the Debate: Citizen Participation for the Implementation of the Right to Health in Brazil. *Health Hum. Rights*, 2018; 20 (1).
18. GUIZARDI, F.L. A autocrítica necessária: notas sobre os desafios do controle social na saúde. *Rev Eletron Comum Inf Inov.*, 2015; 9 (3):1-7.
19. KOHLER JC e MARTINEZ MG. Participatory health councils and good governance: healthy democracy in Brazil? *Int. j. equity health.*, 2015; 14(21).
20. Martinez MG, Kohler JC. Civil society participation in the health system: the case of Brazil's Health Councils. *Global. health.*, 2016; 12 (64).
21. MARTINS CS, et al. Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. *Saúde em Debate*, 2013; 37 (98): 437-45.
22. 11. MINAYO MCS, et al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2016; 95p.
23. MOURA LM e SHIMIZU HE. Representações sociais de conselheiros de saúde acerca do direito à saúde e da cidadania. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2016; 37(esp): e70826.
24. PEREIRA IP, et al. O Ministério Público e o controle social no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019; 24(5): 1767-1776.
25. RESENDE TC, et al. Pay-For-Performance Programme in Primary Health Care: Analyzing Performance and Social Participation in the Rio Grande do Norte state. *Revista de Administração da UFSM*, 2021; 14 (4): 769-788.
26. Rocha DS, et al. A patologia da representação: participação social e representatividade no Conselho Municipal de Saúde de Rio Branco/Acre. *Research, Society and Development*, 2021; 10 (15):1-12.
27. SHIMIZU HE e MOURA LM. As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. *Saúde e Sociedade*, 2015; 24 (4): 1180-1192.
28. SOUZA LS, et al. Facilidades, dificuldades e oportunidades do controle social em Saúde para a garantia do acesso à saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 2021; 45 (3): 178-196.
29. TOFANI LFN e CARPINTÉRO MCC. 3ª Conferência Municipal de Saúde de Várzea Paulista: a participação da sociedade no processo de priorização e compromisso político. *Saúde e Sociedade*, 2012; 21 (supl.1): 244-252.

Suporte financeiro: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Estadual de Feira de Santana (PPPG-UEFS) através do Programa de Apoio à Pós-Graduação (PROAP - CAPES) 2022-2023.