



Atuação do controle social para a garantia do acesso à saúde como direito

Action of social control to guarantee access to health as a right

Acción de control social para garantizar el acceso a la salud como derecho

Bianca de Oliveira Araujo¹, Maria Angela Alves do Nascimento¹, Mariana de Oliveira Araujo¹, Iraídes 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.

¹ Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana - BA.

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.

SUBMETIDO EM: 3/2023

ACEITO EM: 5/2023

PUBLICADO EM: 7/2023

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).

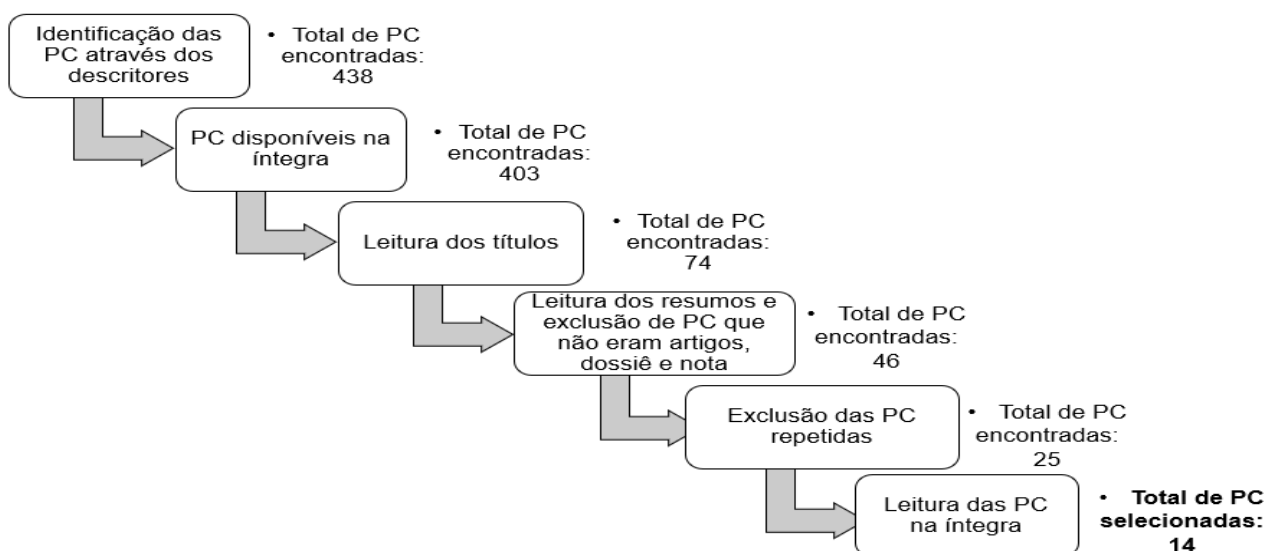
Diante disso, percebe-se o controle social como um espaço garantido institucionalmente que poderá oportunizar a participação da comunidade no processo de tomada de decisão acerca das políticas públicas e ao controle sobre a atuação do Estado. Por isso, o controle social precisa lutar pelos direitos e 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.



Fonte: Araujo BO, et al., 2023.

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 e Martins PC, 2012.	Physis: Revista de saúde coletiva	Estudo de casos múltiplos / Quantitativa 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.

PC	Autor/ano	Periódico	Tipo de estudo/metodologia	Objetivo	Considerações finais
8	Guizard FL, et al., 2015.	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	Abrunhos a 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 experiências de conselheiros e gestores dos três grandes municípios do estado do Rio Grande do Norte.	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.
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:** Araujo BO, et al., 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 e CARPINTÉRO MCC, 2012).

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 sofrem 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 resolutividade; 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 e 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): 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.
16. CRISTO SCA. Controle social em saúde: o caso do Pará. *Serviço Social & Sociedade*, 2012; (109): 93-111.
17. 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.
18. GARCIA R. Expanding the Debate: Citizen Participation for the Implementation of the Right to Health in Brazil. *Health Hum. Rights*, 2018; 20(1).

19. 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.
20. KOHLER JC e MARTINEZ MG. Participatory health councils and good governance: healthy democracy in Brazil? *Int. j. equity health.*, 2015; 14(21).
21. MARTINEZ MG e KOHLER JC. Civil society participation in the health system: the case of Brazil's Health Councils. *Global. health.*, 2016; 12 (64).
22. 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.
23. MINAYO MCS, et al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2016; 95p.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.